FABIANA SCHNEIDER PIRES

**Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia
da política nacional de saúde bucal**

São Paulo

2013

FABIANA SCHNEIDER PIRES

**Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia
da política nacional de saúde bucal**

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo

São Paulo

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Pires, Fabiana Schneider.

Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal / Fabiana Schneider Pires; orientador Carlos Botazzo. -- São Paulo, 2013.

179p. : fig., tab., 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social . -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Saúde bucal. 2. Políticas públicas. 3. Assistência odontológica . 4. Sistema Unificado de Saúde. 5. Modelos de atenção à Saúde I. Botazzo, Carlos. II. Título.

Pires FS. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Odontológicas.

Aprovado em: / /2013

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Este trabalho é dedicado aos profissionais que trabalham para o cuidado em saúde, pelos que zelam pela subjetividade da relação profissional-paciente e para aqueles que acreditam que vale muito estudar, trabalhar e produzir para e pelo o SUS.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Renê e Elena, pelo incentivo à leitura e ao estudo que perduram em minha vida.

Ao Cleber, amor da minha vida, pela paciência e incentivo neste árduo percurso de formação.

À Maria Júlia, nossa frutinha linda, por sua falta de paciência que me fez ver quando já era a hora de terminar esse processo.

Ao Prof. Dr. Carlos Botazzo, por sua genialidade e generosidade intelectual, pelo seu modo peculiar de orientar, de estimular a pesquisa, por suas brilhantes ideias, pelo seu modo de ver o trabalho em saúde, a produção do cuidado, por sua clareza em questões tão nebulosas, por ter tirado meu medo de Foucault

Aos colegas Cissa, Carol, André, Fernando e Letícia, pelos bons momentos de discussão e também de desabafos...

À Glauci e Vânia, bibliotecárias incansáveis, pela dedicação e atenção.

À Faculdade de Odontologia - FOUSP - pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

RESUMO

Pires FS. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013. Versão Original.

Esta tese discute a organização tecnológica do cuidado em saúde à luz das políticas de saúde bucal. Metodologicamente estruturou-se em um histórico das políticas de saúde bucal no Brasil desde a década de 1950 aos dias atuais, na vigência da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB, 2004). A abordagem das políticas procedeu-se sob teoria de M. Foucault na obra *Arqueologia do Saber* (1997). O estudo buscou apreender qual saber operante, (Mendes Gonçalves 1979, 1994) tem organizado a prática neste campo. Utilizou-se de revisão de documentos normativos do SUS e de publicações do período de 2000 a 2012. Procurou-se desvelar, a partir da organização tecnológica (categoria de análise) como a atual política aborda as necessidades de saúde da população e quais ferramentas/instrumentos/tecnologias são oferecidas para o cuidado em saúde bucal. O SUS busca tem buscado a mudança de modelos de atenção e de organização do trabalho que transformem a prática de assistência odontológica (ineficaz, baixa cobertura, monopolista, baixa resolubilidade, mal distribuída geográfica e socialmente), por modelos voltados à promoção da saúde. No entanto, de acordo com levantamento de artigos sobre a condução da atual PNSB no cotidiano dos serviços públicos de saúde, destacou um *modus operandi* ainda calcado na pragmática odontologia, plena de conflitos e contradições. A abordagem de conceitos como promoção da saúde, integralidade e cuidado em saúde trouxeram a este estudo uma luminosidade, uma clareza ao olhar a prática em saúde bucal. O histórico das Políticas em Saúde Bucal foi fundamental para compor a análise da organização tecnológica e os processos de trabalho, pois realçaram que o fio condutor das práticas tem sido realizado, de forma linear, por abordagens ainda muito centradas no conhecimento biológico do adoecimento. Para que de fato um novo modelo como propõe a PNSB transforme a prática em saúde bucal com novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, outras formas de vínculo e comprometimento devem ser almejadas. É necessário melhorar a formação e a prática profissional com a adição de novos saberes que, por sua vez,

irão exigir novos padrões cognitivos e culturais. Há que se qualificar a escuta sobre os padecimentos do paciente, ir além do diagnóstico de sinais e sintomas, apreender as subjetividades produzidas na condição do adoecimento. Talvez estes processos consigam legitimar a saúde bucal como um dos componentes da saúde em uma expressão ampliada: a da qualidade de vida.

Palavras-chave: Políticas de Saúde Bucal. Cuidado em Saúde. Modelo de Atenção. Organização tecnológica do trabalho em saúde.

ABSTRACT

Pires FS. Technological organization in oral health in SUS: an archeology of national policy for oral health [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2013. Versão Original.

This thesis discusses the technological organization of health care in light of the dental health policies. Methodologically structured in a history of oral health policies in Brazil since the 1950s to today, in the presence of the National Policy Oral Health (PNSB, 2004). The approach of the policies proceeded up under the theory of M. Foucault's work on the Archaeology of Knowledge (1997). The study aimed to discover which operating knowledge, (Mendes Gonçalves 1979, 1994) has organized practice in this field. We used the review of regulatory documents and publications SUS from 2000 to 2012. We sought to reveal, from the technological organization (analysis category) as the current policy sees the health needs of the population and what tools / instruments / technologies are offered to oral health care. The SUS search has sought to change care models and work organizations that transform the practice of dental assisting (ineffective, low coverage, monopolistic, low resolution, poorly distributed geographically and socially), for models aimed at health promotion. However, according to a survey of articles about the conduction of current PNSB in the routine of public health services, said a *modus operandi* still supported in the pragmatic dentistry, full of conflicts and contradictions. The approach of concepts such as: health promotion, and integrality health care have brought a luminosity to this study, a clarity look at at the practice in oral health. The historic Policy Oral Health was fundamental to compose the analysis of technological organization and work processes, as highlighted that the guiding line of practices has been performed, linearly, by approaches still very centered on biological knowledge of the illness. For a really new model as proposed by the PNSB turn the practice of oral health with new technological arrangements in the work process, other forms of ties and compromise to be desired. It is necessary to improve training and professional practice by adding new knowledge which will require new cultural and cognitive standards. It must be qualify the listening about the sufferings of the patient, to go beyond of the diagnosis of signs and symptoms, to capture subjectivities produced in the condition of illness.

Perhaps these processes are able to legitimize the oral health as a component of health in a larger expression: a quality of life.

Keywords: Oral Health Policy. Care in Health. Care Model. Technological organization of health work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AIS	Ações Integradas à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centros de Especialidade Odontológica
CF	Constituição Federal
CID	Código Internacional de Doenças
CPO-D	Cariados, Perdidos, Obturados - Dentes
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
GM	Gabinete do Ministro
IAIA	Instituto de Assuntos Interamericanos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIA	Programa Inversão da Atenção
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal

Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIA/SUS	Sistema de informação Ambulatorial do SUS
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Esta tese foi tomando corpo e volume ao resgatar a tecnologia de cuidado que a saúde bucal, através das políticas de saúde, vem imprimindo no setor público. À medida que avançávamos no estudo e na *arqueologia* dos documentos sobre tais políticas, mais outros tantos documentos surgiam e novas percepções se acumulavam no que, mesmo que informalmente constituído, poderíamos chamar de campo. Foram muitos os componentes que, do início do curso de doutorado até a conclusão da tese, rechearam e vivificaram as transformações de cada dia.

A maternidade, as novas responsabilidades, o trabalho e o estudo andando juntos, às vezes um recebendo mais tempo e dedicação do que outro...

A ideia original, proposta pelo orientador, causou um misto de medo e curiosidade: como seria trazer Michel Foucault e a *Arqueologia do Saber* para a abordagem metodológica? Seria possível apropriarmo-nos de tamanho conhecimento e o incorporar aos propósitos deste estudo? Bem, não podemos simplificar o que por si só carrega complexidades, saberes, poderes, fazeres....

Ampliar o horizonte dos nossos olhares ao nos debruçarmos no deslinde das políticas e modelos de atenção, buscando na história destes feitos a organização tecnológica, foi a um só tempo difícil e imensamente desafiador. A todo tempo havia o questionamento: qual a regularidade deste enunciado? Qual o discurso?

O entendimento que nos proporciona ainda hoje os referenciais estudos de Mendes Gonçalves, Schraiber, Merhy, entre outros, sobre trabalho em saúde, organização deste trabalho, tecnologias em saúde e, na mesma direção, abordagens epistemológicas de Ayres, psicanalíticas de Winnicott, sociológicas de Mafessoli foram iluminando um cenário novo para nossas visões iniciais e até mesmo para as concepções arraigadas e críticas do fazer em saúde bucal.

De certa forma, caminhamos ao construir esta tese na busca da prática social na saúde bucal. No entanto, permanentemente viemos encontrando a odontologia.

Buscamos superar também nossa formação biomédica por excelência, bastante burilada na especialização e no mestrado em saúde coletiva, para entrever algo a mais nas políticas de saúde bucal.

Fomos incorporando objetos a este estudo como caminho para descortinar e deslindar uma prática tão cimentada no ideário de saúde bucal/odontologia existente

na sociedade que, neste percurso, flutuações constantes ora clareavam, ora escureciam nosso horizontes na tarefa de “arqueologizar” as políticas de saúde bucal.

Adentrar os processos de trabalho que moldam a prática, por vezes nos colocou na berlinda, como alvo próprio de censuras e críticas por parecer tão descrente dos bons resultados epidemiológicos que certificam as práticas preventivas e educativas na saúde bucal no SUS dos anos 1990 e 2000 e até os dias de hoje.

Há que se refletir para além das estatísticas na nossa opinião. O indicador epidemiológico de máxima relevância para as políticas de saúde bucal, o índice CPO-d, pode contribuir para a avaliação das ações de prevenção da cárie dental ou subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à melhoria da saúde bucal, quando vista e interpretada como política de saúde cárie-centrada. Porém, para além disto, tem limitações: informa sobre o ataque da cárie, não retrata perdas por doença periodontal ou motivos protéticos, ou motivos ortodônticos ou violência.

A questão que nos motivou à pesquisa é também a questão dos saberes nesta prática. Há que se discutir sua expansão e reinterpretação. Se a primazia técnica continuar pautando as ações em saúde bucal no âmbito do SUS, continuaremos a reproduzir modelos biomédicos e odontocentrados e manteremos a prática em saúde bucal alijada de outros projetos terapêuticos, projetos estes que coloquem e assumam o Devir, a subjetividade da relação profissional/paciente, como centrais para seu caminhar.

Enfatizar o sujeito nesta relação, procurando desmedicalizar este processo, poderia ter um iluminado percurso ao rever conceitos arraigados de prevenção de doenças e se o incrementasse com o envolvimento dos atores – o ator que propõe um projeto terapêutico na forma de cuidado e aquele que, não passivamente, mas numa perspectiva autônoma, pactua deste cuidado, entende, tece julgamentos, dialoga.

Uma outra posição para o trabalho na clínica poderia direcionar novos olhares, novas responsabilidades no processo do cuidado em saúde e então configurariam ‘o novo’, entendendo que um novo modelo não é tão novo assim se apenas instituir, politicamente e por meio de incentivos financeiros, outros arranjos tecnológicos para as mesmas velhas concepções.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MATERIAL E MÉTODO	30
3 PROPOSIÇÃO E OBJETIVO	41
4 DISCURSOS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE	42
4.1 1º Discurso: Generalidades Sobre as Políticas de Saúde	42
4.2 2º Discurso: Sobre as Políticas de Saúde Bucal	51
4.3 3º Discurso: Sobre os Modelos de Atenção.....	68
4.4 4º Discurso: Sobre o Programa Saúde da Família (PSF)	82
4.5 5º Discurso: Sobre a Saúde Bucal no PSF	91
4.6 6º Discurso: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: Apresentação e Abordagem Crítica do Tema	102
4.7 7º Discurso: Sobre a Integralidade	110
4.8 8º Discurso: Cuidado em Saúde	116
4.9 9º Discurso: Sobre as Políticas de Saúde: do que estamos falando?	126
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
REFERÊNCIAS	155
ANEXOS	177

1 INTRODUÇÃO

No atual momento das políticas de saúde no Brasil avoluma-se o debate acerca dos modelos de prática em saúde na direção de que estes possam corresponder verdadeiramente aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerarmos o percurso histórico destas políticas, muitos avanços na direção da democracia e do direito à saúde foram alcançados e fortalecidos, principalmente pela busca de novas práticas em saúde que possibilitem instituir o sujeito¹, o processo saúde-doença e o componente social destes processos como protagonistas na organização do sistema de saúde no país.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, objetivando a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios (descentralização), enquanto base da estrutura político administrativa do Estado.

Do ponto de vista operacional do sistema de saúde, segundo Teixeira et al. (1998), a organização do processo de trabalho no modelo de atenção tem apresentado uma mutação em suas finalidades, evoluindo de objetivos iniciais de erradicação de doenças (como varíola e a poliomielite), para a assimilação da noção de vigilância epidemiológica, que passou a ser usada mais amplamente a partir dos anos 1950. O desenvolvimento da Epidemiologia registra tentativas de expansão do seu objeto para além das doenças infecto contagiosas, dedicando-se, já nas décadas de 1930 e 1940, à sistematização teórica do conceito de risco.

Na década de 1960, quando a Epidemiologia adquiriu a autonomia que a caracteriza atualmente como eixo da produção de conhecimentos sobre problemas de saúde em uma perspectiva coletiva, a incorporação da noção de risco e a busca de identificação dos fatores envolvidos na determinação das doenças — não só as infecto-contagiosas, mas, principalmente, as crônico-degenerativas, que passaram a ocupar um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações em

¹ Algumas exitosas experiências têm acontecido no Brasil na direção de partilhar a gestão da saúde e redimensionar a relação entre instituinte, instituído e instituição, considerando este um processo de relações de poder que configuram a forma da política pública de Estado, nem sempre permanente ou estável (Barros et al., 2012 In: Goes; Moyses, 2012).

sociedades industriais —, culminaram em um novo modelo e novas estratégias de ação no campo da Saúde Pública, ampliando e diversificando seu objeto de estudo, incorporando novas técnicas e instrumentos de geração de informações e organização das intervenções sobre danos, riscos, condicionantes e determinantes dos problemas de saúde (Teixeira, et al.,1998).

Por outro lado, como destacam os autores, o desenvolvimento institucional da Saúde Pública no Brasil, ilustra, com algumas particularidades, uma evolução conceitual, de modernização tecnológica e operacional em um percurso que foi das campanhas sanitárias do início do século (sanitarismo campanhista) aos sistemas de vigilância epidemiológica propostos em meados dos anos 1970, e evoluiu para o debate sobre a integração entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, na segunda metade dos anos 1980, na época da implantação do SUDS.

Os anos 1980 foram marcados por importantes mudanças no plano político do país, muitas destas transformações foram reflexo de movimentos democráticos realizados pela sociedade civil, e, nesta mesma direção, refletiram em conquistas no campo da saúde.

No que concerne a esta temática, consideramos oportunas algumas citações, mesmo que breves, sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do processo de implantação e construção do Sistema Único de Saúde para este estudo.

Historicamente, o início do longo caminho da constituição do SUS como a principal política pública de saúde brasileira pode ser resumido na citação de Sérgio Arouca:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (Arouca, 1998 disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. acesso em 21/08/2012).

De fato, a Constituição Federal (CF) de 1988, a “Constituição Cidadã” (para usar a famosa expressão do deputado Ulisses Guimarães), estabeleceu a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresentou na sua Seção II as

necessidades individuais e coletivas como de interesse público, e o atendimento a estas necessidades como um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passou a ter caráter universal e destinou-se a assegurar a todos o acesso aos serviços, de forma hierarquizada e com gestão descentralizada (Brasil, 1988).

A Constituição Federal também estabeleceu que o custeio do Sistema deveria ter como fonte essencial recursos da União, Estados e Municípios, que as ações governamentais estariam submetidas a órgãos colegiados oficiais e aos Conselhos de Saúde, com representação paritária obrigatória entre usuários e prestadores de serviços, o que possibilitou um enorme avanço em relação ao panorama da saúde pública no Brasil àquela época.

Segundo Santos (2008), estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestoras (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS e unificação da direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, o que elevou as expectativas de se alcançar os direitos sociais em decorrência da força e pressão sociais (Santos, 2008).

Nesse sentido, a Reforma Sanitária pode ser vista, no curso da história política, como um elemento novo no cenário do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. Em outro sentido, o lema "Saúde, direito de cidadania, dever do Estado", implicava uma visão desmedicalizada da saúde, diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identificava saúde como ausência relativa de doença (Luz, 1991).

Com a permissão para um salto na história, destacamos a década de 1990 no cenário do SUS. Na questão do modelo de atenção à saúde, com empenho para continuamente (re)construir e consolidar o SUS, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família — PSF —, adotado pela Atenção Básica como proposta de atuação e intervenção neste nível hierárquico do SUS e definido, posteriormente, como Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de

Atenção Básica^{2,3}. A ESF traz no centro de sua proposta a expectativa de reorientar os serviços de saúde a partir da Atenção Básica, ampliando seu objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tais propostas têm demandado mudanças e reformulações na condução e organização do trabalho e por isso exigido outras complexidades de saberes.

No entanto, ao largo dos mais de 20 anos da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, ainda são muitas as dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na questão do modelo de atenção.

Para Paim (2009), entre os desafios a superar encontram-se a universalização, o financiamento, o modelo institucional, o modelo de gestão, a gestão do trabalho e a participação social. O SUS pauta-se em um conjunto de princípios e diretrizes fundamentais para a democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura, dentro do projeto de reforma da saúde que a Reforma Sanitária brasileira representou na reforma social do país.

Segundo o autor, nas últimas décadas foram dados passos importantes para a participação social e a universalidade, mas, em relação à equidade e à integralidade, longo ainda é o percurso (Paim, 2009).

Na avaliação do autor, permanecem grandes dificuldades no acesso e na continuidade da atenção, devido principalmente à organização dos serviços que em muitos casos persistem sem uma rede regionalizada e hierarquizada que trabalhe com efetividade (Paim, 2009).

Para esta análise, Paim (2009), ao considerar cinco grandes áreas do sistema de saúde (infra-estrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços – assistência) aponta os avanços obtidos: o financiamento teve um aporte significativo de recursos; só no âmbito federal, em termos absolutos, entre o início dos anos 1990 e o final dos anos 2000, os valores foram de 12 bilhões de reais para 48 bilhões de reais. O SUS está implantado em todos os estados brasileiros e organizado em todos os municípios que dispõem de secretarias e conselhos municipais de saúde. O autor destaca que os maiores avanços do SUS centram-se

² Portaria nº. 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes-Comunitários de Saúde (PACS).

³ O núcleo operacional do PSF (Programa de Saúde da Família) que também orienta as ações da ESF, foi focado na base familiar, propondo o atendimento humanizado e a integração entre as ações clínicas e coletivas, permeando as diretrizes de integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar (Nickel et al., 2008).

na obra de gestão descentralizada em um país com mais de 5.500 municípios, marcado por grandes desigualdades regionais e sociais.

Segundo o autor:

Na presente década, realizou avanços indiscutíveis, como a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, a implantação do programa Brasil Sorridente, a Reforma Psiquiátrica e a ampliação do PSF por meio do Proesf, alcançando metade da população brasileira e instalando o atendimento pré-hospitalar para urgências e emergências com a atuação do Samu. (Paim, 2009. p.128).

Na seara dos avanços do SUS desde o início dos anos 1990, Santos (2008), destaca seus volumosos dados:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta. (Santos, 2008. p. 2010).

Neste cenário atual da política de saúde no país, voltamos nossa reflexão e estudo para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB – Brasil, 2004b) que, a partir do ano 2003, mediante esforços no campo técnico e teórico⁴, incentivos financeiros para a reorganização da Atenção Básica (AB) bem como ampliação da oferta de procedimentos de média e alta complexidade, tem estimulado os sistemas locais a buscarem uma melhor organização do trabalho, resultando em aumento da participação do pessoal auxiliar (ASB e TSB) na equipe, com a possibilidade de abordar velhos problemas em saúde bucal com outras práticas (Botazzo, 2008).

A Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 aponta diretrizes para reorganização das ações e reorientação do modelo de atenção em saúde bucal no país, tendo como eixo central o conceito de linhas de cuidado propondo

⁴ Destacamos a produção científica do Ministério da Saúde (MS), publicada na página eletrônica do MS e com acesso pelo portal <http://bvsm.s.saude.gov.br>

pressupostos para a ampliação e a qualificação da saúde bucal na perspectiva da integralidade da atenção (Barros; Botazzo, 2011).

Nesta perspectiva de redimensionamento da atenção em saúde, no caso da saúde bucal, as Diretrizes da PNSB apontam para uma remodelação das ações na Atenção Básica, convergentes à Estratégia de Saúde da Família, e também propõe a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como estruturas de referência de atendimento para a atenção secundária, ou de média complexidade (Brasil, 2008b).

Cabe ressaltar que a inserção da saúde bucal na ESF ocorreu de forma irregular e não organizada no país, ficando restrita a alguns municípios brasileiros até o ano 2000. O Ministério da Saúde, com a Portaria nº. 1.444, de 28/12/2000, regulamentada pela Portaria nº. 267 de 06/03/2001, instituiu incentivo financeiro para a integração de uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do Programa de Saúde da Família, por meio de duas possíveis modalidades: Modalidade I – composta por Cirurgião-Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) ou Modalidade II – composta por CD, Técnico de Saúde Bucal (TSB) e ASB (todos com 40 horas semanais). A Portaria MS nº. 673/03 alterou a proporção de equipes de saúde bucal para 1:1, definindo que para cada equipe de Saúde da Família poderia ser integrada a respectiva equipe de saúde bucal.

A ampliação da equipe de saúde bucal (Cirurgião-dentista, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal) teve por objetivo possibilitar um espaço também de reorientação do processo de trabalho, melhor alinhado aos ressignificados do cuidado em saúde que se projetam na clínica odontológica, nos atendimentos da Atenção Básica, na primeira instância do contato profissional-paciente.

O Estado brasileiro, através do SUS, como sabemos, é o responsável pela atenção à saúde de sua população assumindo a complexidade do processo saúde-doença. Para a saúde bucal, na Atenção Básica (AB), as ações de caráter individual ou coletivo envolvem: promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação numa cadeia progressiva que deve garantir o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias tanto à prevenção quanto ao enfrentamento de doenças (Barros; Botazzo, 2011).

Ao definir as diretrizes para a saúde bucal na Estratégia da Saúde da Família, o atual modelo de prática, com o objetivo de criar fluxos para ações mais resolutivas, além de abranger as ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e

reabilitação, busca ampliar a qualificação das ações da Atenção Básica, recomendando para este nível de atenção o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal, a implantação e o aumento da resolatividade do pronto-atendimento, a implantação de procedimentos mais complexos (como pulpotomias e fase clínica de implantação de próteses dentárias), a ampliação do acesso através de intervenções organizadas por linhas de cuidado^{5,6} e por condições de vida (Aguilar, 2009).

Tal abordagem será oportunamente discutida neste trabalho, mas mesmo esta reinterpretção (ou não) é regida pela excelência programática dos modelos de atenção, amarrando fortemente o processo de trabalho, a organização tecnológica do cuidado ao previamente estabelecido, como vemos na inclusão de maior número de patologias a terem equipamentos/recursos humanos/verbas para seu tratamento.

Em um resgate do trabalho em saúde bucal, Pezzato (2009) descreve sucintamente a prática odontológica – considerada neste texto como a expressão técnica do ato clínico em saúde bucal – como:

Centrada em procedimentos e não na produção de saúde, a Odontologia toma a boca como órgão fragmentado e destituído de corpo e, quando se baseia em dados para planejar suas ações, prioriza os epidemiológicos das duas doenças mais prevalentes (de acordo com esses dados epidemiológicos) – a cárie dental e a doença periodontal, desconsiderando as demais doenças bucais, assim como as subjetividades produzidas na condição do adoecimento, como fonte de informações para organizar sua clínica. Esta visão historicamente construída da Odontologia é favorecida e reforçada tanto pelas características da prática utilitária e mercantilista dessa atividade, como também pelos processos de formação da maioria dos cursos de graduação e pós-graduação. (Pezzato, 2009, p.84).

Para Botazzo (2005), o caráter restritivo do exercício da clínica odontológica em relação às necessidades em saúde bucal toma relevo a partir dos resultados da política de erradicação da cárie dentária, expressa pela diminuição do índice epidemiológico CPO-D^{7,8} (dentes cariados, perdidos, obturados).

⁵ Segundo Pucca Jr, coordenador nacional de Saúde Bucal, “Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar”. (Pucca Jr. 2006, p.243).

⁶ Joan Tronto (1996, p.142) denomina cuidado (caring) “uma atividade da espécie humana que inclui tudo que fazemos para manter, dar continuidade e restaurar nosso ‘mundo’ para que nele possamos viver da melhor forma possível”. Sobre o cuidado em saúde, este estudo dedica o capítulo Cuidado em Saúde para a exposição de ideias e conceitos.

⁷ Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A cárie dental corresponde ao código K02 da

agora a saúde bucal se sente na carência de reorganizar sua clínica no movimento de perceber que os limites ou restrições programáticas, concebidos décadas antes, adequavam-se àquelas políticas de saúde organizadas pelo sanitarismo campanhista, anteriores à Reforma Sanitária. (Botazzo, 2005. p. 45).

É notável e histórica a fragmentação⁹ da prática odontológica no setor público. Ao longo deste estudo iremos discutir as políticas de saúde bucal e seus correspondentes modelos de atenção, mas cabe neste momento indicar que retrospectivamente podemos destacar, no período entre 1952 e 1992, o surgimento das odontologias: sanitária, preventiva, social, simplificada, comunitária, integral e a saúde bucal coletiva (SBC).

Este modelo fragmentado, consolidado ao longo dos anos no percurso da saúde bucal no SUS, tem produzido um enorme obstáculo na direção do cuidado integral ao paciente, pois esta forma de organização do trabalho contrapõe-se às diretrizes do SUS e distancia a equipe de saúde bucal de práticas coletivas, que na sua função essencial – o coletivo – poderiam responder à integralidade. (Botazzo, 2005)

Aprofundando a discussão, buscamos as contribuições de Camargo Júnior (2003) para a construção do modo de cuidar em saúde. Segundo o autor, o sofrimento humano torna o sujeito um paciente em busca de cuidado e, da percepção deste sofrimento, na interação com os códigos culturais que levam ao seu entendimento e apresentação, junto com os recursos tecnológicos disponíveis, surge a demanda por serviços de saúde.

CID-10. A letra D do acrônimo utilizado na denominação do índice refere-se a “dentes examinados”, para diferenciar este indicador de outro que trata de “superfícies dentárias examinadas”. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição do índice CPO-D, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir para a avaliação das ações de prevenção da cárie dental. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas à melhoria da saúde bucal. Limitações: Informa sobre o ataque da cárie, não retratando perdas significativas por doença periodontal, motivos protéticos e, ainda, razões ortodônticas. Apresenta possibilidade de interpretações distintas dos estágios iniciais da cárie, por parte dos examinadores. Ocorre ainda subestimação do índice quando cáries de esmalte deixam de ser consideradas. É obtido mediante exame restrito à coroa do dente, que não permite identificar as cáries radiculares. Depende da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização. Usualmente, o inquérito abrange apenas a população escolarizada. Fonte: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record>. Acesso em 14/01/2013

⁸O Anexo B apresenta o quadro do índice CPO-D aos 12 anos nos anos 1986, 1996, 2003 e 2010 no Brasil, por região.

⁹ A prática no âmbito privado também tem esta característica, dividida em especialidades: dentística, periodontia, endodontia, ortodôntica, etc., mas não é objeto da nossa discussão.

Esta interrelação da demanda com a oferta de atenção e assistência é dialeticamente produzida e os autores destacam que a ênfase exagerada na necessidade do cuidado poderá também refletir-se no exagero da abordagem biológica do processo saúde-doença, fragmentada na sua essência pela hierarquização dos saberes e do exercício dos poderes na relação entre especialistas (Camargo Jr., 2003; Botazzo, 2005).

Gomes (2004), ao discutir integralidade destaca que o modelo biomédico, fragmentado e fragmentador na sua abordagem dos problemas em saúde, excludente entre ações assistenciais e preventivas, manifesta-se concretamente nas estruturas de gestão da saúde.

Mattos (2003), alicerçando-se na perspectiva do direito e no resgate histórico das formulações de políticas de saúde no Brasil, traz importante reflexão sobre a frequente separação entre as dimensões assistenciais e preventivas, o que em muitas situações minimiza o desconforto governamental diante de sua omissão em relação às necessidades de grupos específicos.

É também de forma contundente que o autor afirma:

cada vez que o sistema de saúde não corresponde adequadamente à demanda que a ele se apresenta (seja ela justificável ou não pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário. (Mattos, 2003. p. 54).

Na leitura de Mattos (2003), certamente um dos maiores desafios do sistema de saúde é "... pensar as políticas buscando superar as tensões entre a saúde pública tradicional e a abordagem centrada nos direitos" (Mattos, 2003. p. 57).

Na prática em saúde bucal, da mesma forma o tecnicismo e a dependência de tecnologias duras (os instrumentos e os equipamentos), tal como tratadas por Merhy (1992, 1997), se mostram soberanos, pois este é o modo da práxis, esta é a resposta que a técnica odontológica imprime para a terapêutica do seu objeto de trabalho: a lesão dentária, numa leitura restrita dos problemas de saúde dos sujeitos.

Sobre esta concepção histórica do objeto de trabalho da odontologia, Botazzo (2000, 2008), situa e contextualiza-o no surgimento ou nascimento da Odontologia e, assertivamente, expõe que a profissão Odontologia separada da Medicina surgiu no final do século XIX com a promessa política de restringir-se às operações sobre os

dentes. No entendimento que temos da odontologia como uma bio-política, ou seja, prática social dotada de historicidade, produto da ação política de homens concretos, afirmativamente a nova profissão explicitou qual seria seu projeto político e qual teoria sustentaria sua prática.

Nessa direção, o autor busca os trabalhos produzidos no início do século XX por Charles Godon os quais anunciavam que o objeto da odontologia era a realização de operações sobre os dentes, abandonando outras pretensões cirúrgicas e restringindo a prática ao que Godon considerava o trabalho verdadeiro dos dentistas: “limar, obturar, extrair e substituir dentes” (Botazzo, 2000; 2008).

Botazzo (2008), salienta a relevância desta concepção no ‘nascimento da odontologia’ posto que na contemporaneidade ainda esteja fortemente presente um “centramento dentário” que se opõe às definições atuais sobre a profissão – a de profissionais generalistas, com sólida formação técnico-científica, com conteúdo humanístico e ético voltado para a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças bucais. O resultado, na origem, foi a separação entre o bucal e o dental e então perdeu-se a possibilidade de uma clínica estomatognática, restringindo a prática a uma clínica dos dentes.

Souza (2011) também destaca a prática em odontologia, realizada através da clínica, como um exercício da ‘arte dentária’, com esmero e obstinação para a recomposição protética dos dentes perdidos, tornando as perdas dentárias e a substituição protética o caminho natural de quem, nas palavras da autora, subsiste ao ciclo vital, “... tão banal como a coloração dos cabelos brancos que chegam em alguns com a velhice e em outros pode se dar em qualquer fase da vida adulta” (Souza, 2011. p. 213).

Estas concepções de odontologia perduraram por muitos anos – quiçá continuem a povoar o ideário da profissão e da sociedade – e, como veremos no caminhar deste estudo, implicaram em políticas e práticas em saúde bucal avessas aos princípios doutrinários do SUS.

Por certo, quando nos deparamos com modelos hierárquicos e inflexíveis na relação profissional-paciente (objeto da prática) contemplar a integralidade do cuidado em saúde (independentemente do conceito que se queira utilizar para este princípio) estará comprometida.

Partilhamos no pensamento de Camargo Jr. sobre a integralidade nas práticas de saúde:

só possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória (...) é dessa forma, no cotidiano do exercício de práticas terapêuticas informadas e aparelhadas do ponto de vista técnico e teórico, mas sem estarem dominadas por estes, que se constrói a integralidade desejada. (Camargo Jr., 2003. p 42-3).

Nesta perspectiva, Paim (2009), em relação ao princípio da integralidade, destaca a negligência que esta tem sido relegada no âmbito do SUS e assinala que, na sua visão, somente com a expansão e reorientação política do PSF¹⁰ (Programa Saúde da Família) na segunda metade da década de 1990, foi possível enfatizar propostas como territorialização, vigilância da saúde, acolhimento e vínculo, retomando a discussão sobre integralidade no SUS.

Ainda sobre este ponto, Serra et al., (2005) destacam que o PSF propunha-se a resolver duas questões centrais para a concretização da integralidade: garantia de acesso à atenção básica como princípio de universalidade e a construção de sistemas de referência e contra-referência na reorientação do sistema de saúde.

Na avaliação dos autores, as políticas de saúde que visam à ampliação do acesso pelo aumento da cobertura buscam atingir, na prática, tanto a universalidade quanto a integralidade. A construção e a efetivação de um sistema de referência e contra-referência protocolar, com formulários de encaminhamento formalizadores de acesso aos outros níveis de atenção consolidaria a mudança de prática na saúde, pois contribuiria para que os usuários acessassem outros procedimentos para o restabelecimento de sua saúde (Serra et al., 2005).

A equação não tem sido tão simples assim.

Em pesquisa realizada em 2007 com 20 pequenos municípios de duas regiões de saúde próximas a São Paulo, pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo elaboraram um laboratório de observação das condições do sistema de saúde.

Segundo Cecílio et al., (2007) este estudo possibilitou dimensionar a operacionalização do SUS, apontando seus pontos mais frágeis, dos quais se

¹⁰ Segundo o Ministério da Saúde: “A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade”. (disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area>, acesso em 13/01/2013).

destacam a histórica baixa resolutividade da rede básica de serviços, fruto de uma gestão do cuidado desqualificada, em particular pela realização de uma clínica degradada, pela baixa capacidade de construção de vínculo e produção de autonomia dos usuários. Além disso, a notória dificuldade de produção de alternativas de cuidado ao modelo biomédico e seu característico processo de incorporação tecnológica, resultando em encaminhamentos desnecessários e excessivos, alimentando filas de espera nos serviços de média e alta complexidade, fragmentando os cuidados prestados; culminando na repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; na poli prescrição medicamentosa; na confusão e isolamento dos doentes, e também na perda de motivação para o trabalho por parte dos profissionais de saúde, inseridos em um modelo que esteve ao longo dos anos tutelado pela formação centrada em práticas curativas e hospitalares, com consequente dificuldade de desenvolvimento de práticas mais integrais e resolutivas de cuidado, incluindo a capacidade de trabalhar em equipe, implementar atividades de promoção e prevenção em saúde e de ter uma postura mais ética e cuidadora dos usuários do SUS.

O estudo explicitou que os modelos assistenciais e modos de organização de processos de trabalho adotados na rede básica de saúde têm resultado, quase sempre, em pouca flexibilidade de atendimento das necessidades das pessoas, gerando dificuldade de acesso aos serviços em seus momentos de maior necessidade, aumentando a demanda desordenada pelos serviços de urgência/emergência.

Os autores destacam também a deficiência na gestão dos sistemas loco regionais, o que se traduz em baixa capacidade de fazer uma adequada regulação do acesso aos serviços de saúde voltada para seu uso mais racional e produtivo, bem como a incapacidade de gestão do trabalho médico, em particular a avaliação e acompanhamento da produtividade, qualidade do trabalho e resolutividade destes profissionais, aliada à baixa capacidade de planejamento e programação de serviços a partir de indicadores epidemiológicos. São modelos que comprometem o estabelecimento de prioridades para alocação de recursos, com pouca ou nenhuma prática de priorização de “gestão de casos” em situação de alta vulnerabilidade dos pacientes com o objetivo de garantir o uso dos múltiplos recursos necessários para o cuidado de forma mais racional e integrada (Cecílio et al., 2007).

O estudo assinala a valorização do consumo de serviços médico-hospitalares, a garantia de acesso ao atendimento mais rápido em serviços de urgência/emergência e a busca por segurança e satisfação na utilização de tecnologias consideradas mais potentes, em particular a utilização de fármacos, a realização de exames sofisticados e o acesso a especialistas. Tais percepções seriam componente importante da explicação da demanda sem fim por atendimento médico que desqualifica todos os parâmetros de programação e planejamento dos serviços de saúde (Cecílio et al., 2007).

Alguns estudos que servirão de referencial empírico para esta tese podem ser realizados já nesse momento para se traçar um paralelo com a situação da saúde bucal.

Em estudo publicado em 2011, Soares et al. revisaram publicações no período de 2001 a 2008 sobre a atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando conhecer outros estudos que subsidiassem a avaliação da inserção da saúde bucal na ESF. Os dados indicaram que, em geral, os municípios estudados não realizavam suas ações de saúde bucal plenamente da forma preconizada pelo Ministério da Saúde. Além disso, segundo os autores, ainda predominavam as práticas do modelo tradicional, no entanto são observados e identificados tanto avanços quanto barreiras neste processo de construção.

Calvo et al., (2012) e Goes e Moysés (2012) ao buscarem por estudos que avaliassem a Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde destacam alguns artigos (não por acaso os mesmos que encontramos nas bases de dados pesquisadas para este estudo) e, a partir destes, ressaltam os principais problemas encontrados nos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, citando a precarização das relações de trabalho, a baixa qualificação dos profissionais de saúde bucal na área de saúde coletiva, a dificuldade de trabalho em equipe, inadequações nas referências e contra referências, dificuldade de utilização/acesso aos serviços odontológicos ofertados pelas equipes de saúde bucal, entre outros.

Pelo exposto, muitas são os pontos a serem abordados na questão do modelo tecnológico que a PNSB, dentro do vigente modelo Atenção Básica, tem preconizado (principalmente pelo incentivo financeiro para os municípios) como resposta às necessidades e demanda em saúde bucal.

A partir da categoria central de análise a ser explorada neste estudo – a organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS – buscamos tecer e desvelar em uma arqueologia das políticas de saúde bucal o “fio condutor”, o núcleo que perpassa, transcende e se traduz na prática clínica dos serviços públicos de saúde bucal no Brasil.

De certa forma este é um trabalho de desconstruir, de remontar a partir do texto das políticas de saúde, entre outros, o modelo de atenção. Um estudo para retroceder no tempo e na história, buscando localizar e realçar o conteúdo da política e as implicações para a organização tecnológica da saúde bucal.

Buscamos também localizar na proposta de reorganização das práticas em todos os níveis de atenção, de que forma o eleito eixo de reorientação - linhas de cuidado - e a concepção de saúde não centrada apenas na cura dos doentes, mas na melhoria da qualidade de vida e intervenção sobre os fatores de risco, diferem dos modelos dos anos 1980 e 1990.

Complementando, o que nos tem motivado para o estudo das políticas de saúde bucal são as questões em relação ao novo na produção do cuidado – e na organização tecnológica do trabalho em saúde bucal – que a atual PNSB buscar dar relevo.

Elencamos algumas questões que ocupam nosso pensar e fazer em saúde:

1) Esta seria uma proposta de reorientação do modelo assistencial, com novas competências profissionais, reformulação do processo de trabalho, formação dos trabalhadores da saúde orientada pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e do debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS?

2) Questões sobre a Saúde Bucal Coletiva (SBC): nesta proposta de cuidado a SBC se apresenta como um campo de conhecimentos e práticas (saberes) que integram a saúde e contrapõe-se ao modelo de saúde bucal hegemônico?

3) Como seria diferente, na prática cotidiana deste novo modo de produzir o cuidado, a inter-relação dos profissionais de saúde – cirurgiões-dentistas – ainda formados e pós-graduados para uma odontologia liberal-privatista, a qual se caracteriza pela mercantilização dos serviços odontológicos, pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites e pelo enfoque biológico curativista?

4) Nesse sentido, a atual PNSB constitui ou permite arranjos multidisciplinares para uma práxis capaz de recuperar para o trabalho suas dimensões política, social, comunitária e integral, indispensáveis às práticas de saúde pautadas na assunção dos sujeitos?

5) De qual forma a organização tecnológica do trabalho em saúde bucal poderia superar o modelo biomédico de atenção às doenças e responder à proposta de transformação do processo de trabalho com multiprofissionalismo, interdisciplinaridade, integralidade da atenção, intersectorialidade, ampliação e qualificação da assistência, melhores condições de trabalho e a discussão e pactuação de parâmetros que orientem esse processo de trabalho?

Dentre os questionamentos que este trabalho busca entender, e quiçá encontrar respostas, podemos pontuar: da atual política de saúde bucal, de que forma o cuidado poderia implicar em vínculos entre os trabalhadores e os serviços na perspectiva de se construir conhecimento, responsabilização e autonomia? E seria possível fazê-lo juntamente com os usuários?

Alguns autores também entendem que a PNSB tem apoiado iniciativas pelo aumento substancial de investimentos para o setor odontológico, contudo, inicialmente não ficou clara a “imagem-objetivo” da atenção à saúde bucal a ser implantada nos municípios brasileiros, ainda que alguns documentos apontassem para certas prioridades no âmbito do PSF e na abertura de centros odontológicos especializados para a média complexidade (Chaves; Vieira da Silva, 2007).

Merhy e Franco, (2002) destacam a necessidade de um propício ambiente institucional, agindo como propulsor de determinada política para o setor da saúde como indispensável para que as mudanças ocorram numa perspectiva de reorganização da produção da saúde, posto que os modelos assistenciais são produtos sócio-históricos, carregados de sentidos na sua efetivação.

Desta forma, neste estudo consideramos o tema da organização tecnológica do trabalho como um ponto crítico da prática em saúde para qualquer política que pretenda inverter a lógica existente da produção de cuidado, e para a saúde bucal não seria diferente.

Talvez por uma possível interpretação heurística da PNSB¹¹, os atores sociais esperem, das suas diretrizes e da reorganização do modelo proposta, todas as

¹¹ A capacidade heurística é uma característica humana que pode ser descrita como a arte de descobrir e inventar ou resolver problemas mediante a experiência (própria ou observada), somada à

respostas, posto que as questões de saúde bucal estão clamando há muito por uma nova abordagem, por novas relações entre os sujeitos (sujeito profissional de saúde e sujeito paciente), por tratamentos completos (ou seriam completados?), por intervenções que possibilitem uma inversão do padrão saúde-doença, o qual é, historicamente, composto no desequilíbrio. Por certo que respostas mágicas não estão ao nosso alcance e nem a possibilidade de mudança no modelo de atenção virá do planalto central para cada pedaço de um país continental, ao modo de fórmula pronta, para o enfrentamento de todas as dificuldades que coroam o desafio de um sistema de saúde do porte do sistema brasileiro se realizar no cotidiano dos serviços.

Na busca de um entendimento destas questões, que chamamos de “nós”, esta tese pretende compor um cenário que, pelas vicissitudes do método foucaultiano da *Arqueologia do Saber*, possa desvelar a organização tecnológica do trabalho em saúde bucal tendo como percurso empírico e teórico as políticas de saúde bucal da década de 1950 aos dias atuais, bem como o entendimento do *saber operante* que nos fala Mendes Gonçalves (1979, 1994), das definições de trabalho em saúde por Merhy (1997) e Merhy e Franco (2008), de processo de trabalho em saúde (Peduzzi; Schraiber, 2008), de tecnologia em saúde como abordado por Schraiber (1996, 1997) Schraiber et al. (2008).

Desta forma, o material selecionado para este estudo, à luz do método, procura tecer e costurar um conhecimento valoroso para abordar criticamente a atual PNSB, não no sentido de encontrar e reforçar suas falhas, mas de deslindar os nós que pontuam o emaranhado de saberes e fazeres no discurso da saúde bucal no Brasil.

A introdução ao problema que trata esta tese segue a abordagem metodológica que conformou este estudo, posto que o referencial teórico já foi entendido e recortado na perspectiva do método.

2 MATERIAL E MÉTODO

“O objeto do arqueólogo é o discurso, cujas unidades são os enunciados, que formam práticas discursivas que configuram o saber de uma época”. (Araújo, 2007, p.2).

Para o estudo das políticas, com foco na organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no âmbito do SUS, metodologicamente este estudo estruturou-se em um histórico das políticas de saúde bucal no Brasil desde a década de 1950 com o modelo Sespiano, estendendo-se à época atual na vigência da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB – de 2004. Procedemos a abordagem do conteúdo das políticas sob a ótica das construções teóricas de Michel Foucault em seu livro “Arqueologia do Saber”, em edição de 1997 do original “L'Archéologie du Savoir, Paris, Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 1969”.

Segundo Machado (2006), nesta obra Michel Foucault procurou explicitar suas categorias de análise e a nova direção de seu projeto teórico, interessando-se pelo discurso real, pronunciado, existente como materialidade e definindo um método arqueológico a partir de seus objetos: o discurso, o enunciado e o saber. Com objetivo de estabelecer *regularidades*, Foucault investigou o que faz a unidade de um discurso. Nesse contexto, examina quatro hipóteses de unidade (objetos, tipos de enunciado, conceitos, temas/teorias (Machado, 2006).

Essas leituras partem de uma visão de historicidade bem particular e são estudos orientados pelas noções de verdade, poder, saber e sujeito, concebidas de forma original e deslocadas de suas definições tradicionais (Mattos, 2011).

Desta forma, em uma aproximação com o trabalho de Botazzo (2012), este estudo buscou apreender, nos documentos sobre as políticas de saúde, as possíveis materialidades dos enunciados sobre a saúde bucal. Ora os enunciados estiveram na odontologia, ora na promoção da saúde, e uma mudança foi sendo encontrada e sutilmente destacada.

Do modo como Machado (2006) realça, a materialidade do enunciado é função institucional e o mesmo enunciado (neste caso, reativos à saúde bucal) ao ser formulado por sujeitos distintos (os formuladores de políticas, os profissionais da odontologia, os usuários dos serviços de saúde) em lugares, circunstâncias e momentos distintos, não chega ao mesmo resultado de interpretação e de significação. Nesta leitura foucaultiana, a materialidade construtiva do enunciado permite que diferentes sujeitos a tomem para si e a ela atribuam significados.

Didaticamente, a função enunciativa é a capacidade de produzir enunciados, partícula daquilo que serão as formações discursivas (ou saberes). Enunciados são signos que se relacionam a um domínio de objetos, que prescrevem uma posição ao sujeito, que aparecem entre outros conjuntos de signos diferentes numa linguagem e

têm modalidade de existência rara e reprodutível, não sendo ocultos, nem imediatamente visíveis. Estes signos são identificados pela função e variação que exercem num conjunto linguístico, indicando o que será significável e o que será designável: ele é aquilo que dá sentido aos outros tipos de signo; é um signo necessário para a existência de uma determinada trama, um signo que exerce poder sobre outros, forçando uma organização do discurso (Foucault, 1997).

Segundo o autor:

Não há razão para espanto por não se ter podido encontrar para o enunciado, critérios estruturantes de unidade; é que ele não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço. (Foucault, 1997. p. 99).

A produção de enunciados pode ter uma regularidade e apenas alguns discursos têm regularidade em seu aparecimento e em sua formação. A este sistema de formação regular de enunciados, chamamos formação discursiva ou Saber.

A arqueologia interessa-se principalmente pelo nível de formação dos saberes em detrimento do estudo dos saberes já formados: em lugar das relações entre observação e proposições, a verificação; notar como se constitui o que pode ser observado e proposto (Mattos, 2011).

Ou, de acordo com Botazzo (2012), na perspectiva foucaultiana a história de um conceito ou objetos, coisas, situações, fenômenos articula-se por suas regras de formação e repartição, o modo como vieram a ser como são, "... o processo mesmo de sua existência que deve ser levado em conta antes de qualquer pretensão" (Botazzo, 2012. p. 52).

Sobre o método de pesquisa, importante defini-lo, mesmo que representado pela processual construção do pensamento. Nestes termos, a pesquisa documental, ou pesquisa que se utiliza de documentos como material, propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos (Sá-Silva et al., 2009).

Na perspectiva de Michel Foucault (1997), uma inferência do pesquisador, transformada em seu discurso sobre o objeto da pesquisa, pode se modificar no tempo e na forma em que é retrabalhado pelo próprio discurso. A ferramenta de

investigação apresentada para uma análise destes discursos é que ele denomina de *arqueologia*.

Ao pensar este processo metodológico, assim como Salgueiro (2009) destacou em artigo de cunho reflexivo sobre a obra de M. Foucault, na desconstrução dos métodos (daqueles métodos que primam pela excelência científica¹² no modo como o fazem os pesquisadores das áreas da biologia, como a odontologia, por exemplo) o que importa para a arqueologia é saber como o discurso isola temas e objetos, e constitui os conteúdos.

Nas palavras de Foucault:

Chamaremos de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apóiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência (Foucault, 1997. p. 135).

Assim, para o presente estudo, consideramos localizar as práticas discursivas, os objetos do saber, buscando descobrir como se produzem os discursos em determinado período, como se forma a produção de enunciados de uma época, ou que materialidade – os enunciados e seu conjunto (discurso) expressos pela política de saúde bucal:

O que se chama ‘prática discursiva’ pode ser agora precisado (...) é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa (Foucault, 1997. p. 136)

Mattos (2011), também em exposição sobre a pesquisa arqueológica, contribui para este estudo, na medida em que sublinha a necessidade de que é preciso reconhecer as práticas discursivas, ou seja, desvelar o conjunto de regras anônimas que em determinado tempo e contexto definem as condições do exercício da função enunciativa, pois se trata da situação geral onde se fala e se escreve, constituindo um grau zero do discurso que, mesmo no nível dito teórico, é já o exercício de uma prática.

¹² Destacamos para esta questão o conceito de monopólio da competência científica, no modo como o faz Bourdieu (1983).

O estudo arqueológico não pretende, à semelhança da história do pensamento, interpretar os enunciados: não se trata de desvendar sentidos ocultos no que está aparente, encontrar não ditos no que está dito. Esta interpretação remeteria à ideia de um sujeito onde residiria a verdade do enunciado. Não é este o caso da arqueologia (Foucault, 1997).

Em linhas gerais, na *Arqueologia do Saber* Foucault, (1997) buscou isolar os sistemas nos quais os saberes emergem. A arqueologia quer reconstituir as condições internas para surgimento de saberes; dar inteligibilidade àquilo que permite constituir variados sistemas, formular teorias, desenvolver análises, selecionar temas.

Para a arqueologia do saber os fenômenos começam em pontos históricos particulares, não se originam em algum lugar que seria como o lugar próprio da sua verdade: um espírito de época, uma mentalidade coletiva ou uma consciência individual; numa única palavra, um sujeito. O tempo é uma sucessão de descontinuidades, de começos nos já-começados; não é o devir de um pensamento ou de uma razão que se arrasta na evolução lenta e contínua do seu progresso (Nicolazzi, 2002).

A arqueologia teve como preocupações fundamentais a temporalidade e os sujeitos históricos. Constante é o interesse em compreender as condicionantes que possibilitam a própria história e, por conseguinte, o sujeito dela. A arqueologia mantém com a historiografia uma relação peculiar: ao mesmo tempo em que os pressupostos teóricos desta (o tempo e o sujeito) são postos em questão, é o próprio questionamento que permite a formulação da arqueologia enquanto posicionamento teórico para um estudo historiográfico (Nicolazzi, 2002).

Foucault estabelece diferenças entre a análise arqueológica e a história das ideias, tema ao qual o autor procura um contraponto.

Segundo o autor:

A arqueologia busca definir não os pensamentos, as representações, as imagens, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nos discursos; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras. Ela não trata o discurso como documento, como signo de outra coisa, como elemento que deveria ser transparente, mas cuja opacidade importuna é preciso atravessar freqüentemente para reencontrar, enfim, aí onde se mantém a parte, a profundidade essencial; ela se dirige ao discurso em seu volume próprio, na qualidade de monumento. Não se trata de uma disciplina interpretativa: não busca um 'outro discurso' mais oculto. (Foucault, 1997. p. 159)

Outro ponto relevante abordado por M. Foucault e muito pertinente aos propósitos da pesquisa sobre as políticas de saúde bucal é a elaboração do autor sobre o poder. As problematizações discursivas e suas práticas sociais constitutivas se dão concretamente em conjuntos complexos que misturam diferentes poderes e saberes. Esses complexos poder-saber são o aspecto do corpo social escolhido por Foucault para seus estudos históricos.

Mattos (2011) pondera nesta abordagem foucaultiana que devemos sempre notar que o poder gera saber e que o saber sustenta um poder, e as problematizações se dão a partir de práticas, as quais vão se modificando. Ao mesmo tempo, o saber propulsiona efeitos de poder por causa de sua pretensão de verdade, de fazer de sua verdade a norma (mesmo se é esse poder que a condiciona e limita).

Avançando para o estudo das políticas de saúde, Mattos (2011) realça o papel da abordagem foucaultiana - arqueologia do saber: primeiro à análise de discursos e políticas de saúde num determinado momento e depois ao estudo histórico das políticas de saúde.

Para Mattos, (2011):

Antes de qualquer coisa, o que nos parece mais importante é levar em conta que, na perspectiva apresentada aqui, qualquer estudo faz parte da história. As motivações, os conceitos, os métodos têm uma história. Assim, não há um estado acabado, nem um caminho ideal para a análise de políticas. O próprio surgimento de um campo de análises de política pode e deveria ser localizado e investigado historicamente, em especial pelas práticas governamentais que desencadearam esta problematização. Independente da realização de um estudo histórico, também a análise das relações de poder, isto é, das políticas vigentes na área da saúde, pode se beneficiar de algumas das indicações arqueo-genealógicas. (Mattos, 2011, p. 242).

Neste exercício, ao invés de leituras dos discursos e práticas procurando neles a presença de categorias prévias, buscamos apreender a contingência de categorias, ver categorias que emergem dos discursos - como as pessoas pensam suas ações, suas obrigações, seus objetivos, sem categorias prévias, sem privilegiar determinadas palavras de antemão, sem imaginar que as diretrizes e princípios são operantes. Buscamos descobrir quais os elementos que permitem que categorias

sejam formadas (quais discursos são imprescindíveis para que outros se sustentem e quais práticas antecedem a formação de discursos) (Mattos, 2011).

Por fim, as hipóteses da arqueologia foucaultiana podem ser aplicadas, metodologicamente, para entender como esses elementos - objeto, modalidades enunciativas, discurso e estratégias - se encontram nas práticas, na forma de uma regularidade. Esse jogo de relações permite que uma formação (construção teórica) adquira relativa autonomia e identidade própria.

Assim, uma formação não ocupará todas as possibilidades impostas pela diversidade do objeto, das enunciações e dos conceitos, mas será limitada pelo sistema de escolhas estratégicas.

Para Mattos, (2011):

Diferentemente de um código de ação, de um conjunto prescritivo de comportamentos (saberes), diferentemente das ações efetivamente tomadas que dizem o quanto se obedece ou se resiste ao que é imposto (relações de poder), há a 'constituição de si enquanto sujeito moral'. Há diversos modos de subjetivação, historicamente localizados, diversas práticas de si mesmo, orientadas por idealizações e constatações, cheias de coerções, obediências e imposições, que permitem a constituição de si mesmo enquanto sujeito. As ações morais particulares remetem a uma unidade de conduta; essa unidade é uma escolha, ela implica a constituição de si mesmo, implica constituir-se como sujeito. (Mattos, 2011, p. 231).

Indiscutível a relevância dos estudos de Mattos (2011) e Botazzo (2012) para a aplicabilidade dos conceitos da arqueologia de M. Foucault na construção deste trabalho.

Devemos expor a forma conceitual, dentro do rigor das metodologias científicas, ao que se refere à pesquisa documental: é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais por possibilitar o entendimento de objetos que necessitam de contextualização histórica e sociocultural.

Às vezes são os documentos as únicas fontes que registram princípios, objetivos, metas. Esses documentos podem revelar as concepções subjacentes e em tese deveriam nortear a execução das políticas públicas. Os documentos, à medida que vão sendo usados, desvelam suas complexidades. Outra justificativa

para o uso de documentos em pesquisa é que ele permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social (Sá-Silva et al., 2009).

Independentemente das leituras (ou subjetividades) que o pesquisador irá dispor para a análise de documentos, este processo favorece a observação da maturação ou evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (Sá-Silva et al., 2009).

Segundo Minayo (2008):

a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. (Minayo, 2008, p. 22).

O trabalho de análise já se inicia com a coleta do material, não é acumulação cega e mecânica. À medida que colhe as informações, o pesquisador elabora a percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado (Laville; Dione, 1999).

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É neste momento que a teoria foucaultiana se faz presente neste estudo. É o modo como é apreendido o conteúdo dos documentos que dá as características do trabalho de pesquisa, pois os objetos da pesquisa, por si mesmos, não explicam nada. O pesquisador deverá interpretá-los, sintetizar informações, desvelar as tendências e, na medida do possível, fazer a inferência.

Na historicidade dos discursos pretendemos encontrar as práticas discursivas que configuram o saber de determinada época. Nesta direção, como seria a condução da pesquisa com documentos em vista aos objetivos deste trabalho? É a tarefa de encontrar, nesta leitura qualificada pela teoria de M. Foucault, o fio condutor das políticas de saúde bucal, traduzido como organização tecnológica, desde a década de 1950 aos dias atuais. É a busca pelo(s) enunciado(s), como este(s) constituiu(iram), por sua materialidade, o corpo dos discursos em cada época, na historicidade das políticas de saúde bucal e, a partir deste desvelamento, compreender o saber operante (conceituado por Mendes Gonçalves), que deságua na atual PNSB, implicando e impactando nos atuais processos de trabalho nesta área, com seus acertos, suas falhas, suas dificuldades.

Portanto, a partir do pensamento de Foucault como arqueologia, como explanado, organizamos o material de pesquisa. Foram feitos levantamentos das políticas de saúde bucal no Brasil desde os anos 1950 (Fundação SESP) até a atual Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004b), realizado tanto por via eletrônica (base de dados Scielo; BVS) quanto por buscas ao acervo do Centro de Saúde Bucal Coletiva do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período de 2010 a 2013.

Nesta perspectiva, elaboramos também uma revisão dos principais documentos normativos do SUS, descritos no anexo A. Concomitantemente, buscamos por publicações acessando a base de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: <http://www.saudepublica.bvs.br>) a partir dos descritores e palavras-chave “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Básica à Saúde” e “Programa Saúde da Família”; “Saúde Bucal”; “Odontologia em Saúde Pública”; “Serviços de Saúde”; “Serviços de Saúde Bucal”; “Odontologia Preventiva”; “Políticas Públicas de Saúde” buscando informações sobre as possíveis interpretações dadas pelos diferentes autores e atores sociais a estes conceitos.

Foram selecionados os textos completos apresentados na base de dados Scielo por ser possível ter acesso integral aos artigos e por considerá-la fonte da qual muitos pesquisadores e estudiosos fazem uso. Nesses documentos identificou-se o contexto em que apareceram ou foram citados tais conceitos-chave, objetos do estudo.

Organizar o material usualmente significa processar a leitura segundo critérios de análise de conteúdo, do levantamento qualitativo de termos e assuntos recorrentes para facilitar o controle e manuseio. Não é essa a indicação de Foucault para que aflore na pesquisa o seu conteúdo intrínseco. Não pela prévia categorização de termos, não pelo documento, mas pelo *monumento*, a materialidade dos enunciados *vista pelo avesso*.

Nesta construção destacaram-se, na cronologia das publicações, textos anteriores ao Sistema Único de Saúde que descreviam “programas de Saúde Bucal no Estado de São Paulo – 1986; Política Nacional de Saúde Bucal – 1988, 1989” e também material sobre a organização das ações em saúde bucal frente às novas demandas de gestão nos diferentes períodos da era SUS (descentralização e hierarquização das ações com efetiva municipalização do modelo de atenção).

Em relação à temática dos textos e documentos oficiais consultados, a questão da organização tecnológica do trabalho foi o ponto convergente das políticas de saúde bucal, ora ela mesma colocando-se como meio, ora como diretriz para modelo de atenção em determinada política pública. Exatamente esta questão indissociável é a categoria central que se tornou o objeto de pesquisa no percurso deste trabalho.

Portanto, compreender a organização tecnológica do trabalho em saúde bucal (entendida nas concepções de Merhy, 1997, sobre tecnologias duras e leves para o cuidado em saúde¹³ e que serão apresentadas ao longo deste estudo) ao longo do percurso das políticas públicas de saúde constituiu-se referencial teórico e de categoria de análise¹⁴ para o entendimento dos nós e gargalos da atual Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.

Conceitualmente o termo categoria, segundo a abordagem de pesquisa qualitativa, se refere a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si e as categorias são empregadas para produzir classificações. Nesse sentido, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões sobre um conceito que seja capaz de abranger tudo isso (Minayo, 2008).

O método permitiria desvelar circunstâncias distintas, porém muito condensadas e justapostas, de modo a parecer que o *modus operandi*, o processo de trabalho em saúde bucal e a odontologia seriam sinônimos ou mais do que isso, eles mesmos a saúde bucal? O método permitiria conhecer, dentro da organização tecnológica disponível ou apresentada em cada momento, numa cronologia histórica, como se materializou o saber de forma a responder à intencionalidade política de cada período?

Nesta perspectiva, o método possibilitou delinear, nas políticas enquanto conjunto, delimitadas pelas conjunturas econômicas e sociais as quais conformam

¹³ Estes são conceitos que serão expostos no percurso deste estudo, mas sucintamente, podemos dizer que, de acordo com Merhy (1997), tecnologias leves são entendidas como os processos relacionais estabelecidos entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, ou seja, entre os trabalhadores de saúde e usuários, bem como entre os trabalhadores de saúde entre si; as tecnologias leve-duras estão ligadas à organização e administração de ações e serviços; as tecnologias duras estão ligadas ao uso de “máquinas”, equipamentos utilizados na produção das ações em saúde (Merhy, 1997).

¹⁴ A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos (Moraes, 1999). Como já explicitado, a partir da arqueologia dos saberes, dos monumentos de que nos fala Foucault, faremos tal análise.

seu pano de fundo, o arcabouço de tecnologias dispostas para responder às necessidades em saúde bucal.¹⁵ Tecnologias estas que operam o trabalho vivo em saúde, que são ao mesmo tempo projeto terapêutico e recorte de objeto, na medida em que dispõem trabalhadores (os agentes) e instrumentos/material na execução de práticas reveladoras de saberes. Não quaisquer saberes, mas aqueles que podem constituir o saber operatório do trabalho.

Trataremos destas questões na discussão, ao conduzir a interpretação da PNSB à luz deste arcabouço político-ideológico-tecnológico.

É a questão central, ou seja, a organização tecnológica do trabalho, que emerge das políticas e que se sustenta pelo conjunto de saberes sobre o objeto remete ao pensar em novos arranjos no cuidado, este visto na dimensão essencial da prática.

E é nesta perspectiva que o método arqueológico compõe este estudo. O material que emerge nestas e destas reflexões não caracteriza-se pela apresentação de uma teoria ou pontos da teoria que justificariam ou que embasariam o estudo (o estudo vai se fazendo enquanto é feito, pelo percurso da pesquisadora através dos textos das políticas, dos temas que emergem neste processo, como os modelos de atenção, a integralidade, o cuidado em saúde).

¹⁵ Sobre necessidades em saúde cabe uma conceituação. De acordo com Teixeira (2010) “as necessidades de saúde da população podem ser definidas como uma carência relacionada com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos ou grupos. Incluem os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas como alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde. Estas ações podem ser inespecíficas da promoção e melhoria da qualidade de vida ou específicas como as ações de proteção contra riscos e agravos ou de assistência no caso de doença, acidente ou outro padecimento” (Teixeira, 2010, p. 140).

3 PROPOSIÇÃO E OBJETIVO

Este é o objetivo deste estudo: encontrar a regularidade na construção teórica, compreender ao longo da história das políticas de saúde bucal como a organização tecnológica para o cuidado se deu e se esta regularidade poderia ser o fio condutor para as práticas. Desta forma, seria possível apreender, razoavelmente, a materialidade do enunciado - saúde bucal - ao longo da história e suas interpretações ou consequências para a formulação de políticas, o que, para nossa compreensão inicial poderia iluminar, para mais bem interpretar alguns dos impasses localizados na condução da mudança do modelo de atenção que propõe a atual PNSB. O objeto é a Política Nacional de Saúde Bucal, sua organização tecnológica para a abordagem da produção do cuidado em saúde.

4 DISCURSOS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE

4.1 1º Discurso: Generalidades Sobre as Políticas de Saúde

A discussão, avaliação e críticas sobre modelos de atenção e a condução das políticas em saúde permeiam há tempos a produção científica e acadêmica no Brasil.

É consenso que as políticas sociais passaram a ter um caráter mais focalizado à medida que o contexto social, econômico e político também mudou nas duas últimas décadas.

Goes e Moysés (2012) destacam a transformação do papel do Estado ao e relembram o modelo teórico do keynesianismo¹⁶ e a conjuntura histórica de seu surgimento – o pós-guerra – com o fortalecimento da intervenção estatal para geração de emprego e renda e proteção social aos cidadãos, mesmo que à custa de déficit público.

Na segunda metade do século XX, este período de relativa estabilidade, de um certo “modo de vida”, estruturado a partir do pós-guerra nos países capitalistas centrais, cuja característica maior foi a grande “rede de proteção ao trabalho e de segurança social ao cidadão”, passou a ser fortemente abalada, dando origem a um sentimento generalizado de insegurança nas mais diversas esferas da sociedade (Filgueiras, 1997).

Segundo o autor:

O fenômeno político/ideológico denominado de neoliberalismo, disseminado mundo afora a partir dos fins dos anos 70 de forma fulminante, tornou-se, em apenas duas décadas, um guia teórico e prático para partidos e governos de quase todos os países ocidentais. Aclamado de forma dominante nas academias e demais centros de produção de conhecimento, foi vulgarizado para o grande público, com apoio e influência decisivos da mídia. Os seus princípios passaram a ser aceitos, consciente ou

¹⁶ O termo macroeconomia teve sua origem na década de 1930, a partir da Grande Depressão iniciada em 1929, quando foram intensificadas as questões macroeconômicas, sendo a primeira grande obra literária deste assunto foi o livro Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda de 1936, do economista britânico John M. Keynes, dando origem a Revolução Keynesiana que se opôs à ortodoxia da Economia Clássica. A macroeconomia concentra-se no estudo do comportamento agregado de uma economia, ou seja, das principais tendências (a partir de processos microeconômicos) da economia no que concerne principalmente à produção, à geração de renda, ao uso de recursos, ao comportamento dos preços, e ao comércio exterior. Seus objetivos são principalmente: o crescimento da economia, o pleno emprego, a estabilidade de preços e o controle inflacionário. Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Macroeconomia>, acesso em 20/03/2013.

inconscientemente, pela maior parte da população, evidenciando-se, assim, a constituição de uma hegemonia na forma de se pensar a vida em sociedade, com influência crucial nas ações cotidianas dos indivíduos. Em suma, o neoliberalismo assumiu a condição de hegemonia cultural, no sentido mais abrangente que este conceito possa ter. (Filgueiras, 1997, p. 897).

Ao final do século XX evidencia-se o avanço dos governos e das políticas neoliberais¹⁷, enquanto alternativa ou resposta à crise da social-democracia e as agências internacionais, como o Banco Mundial, no papel de financiadoras através de empréstimos aos países em desenvolvimento, indicaram políticas de saúde em nível internacional a partir de uma pauta neoliberal, ou seja, defendendo que no campo da saúde as intervenções do Estado que “... não contemplassem custo/efetividade deveriam ser financiadas pela iniciativa privada ou por outra forma de seguro social” (Goes; Moysés, 2012, p. 16).

Por certo a crise global de 2008 agravou tal contexto e neste cenário a busca pela implantação de políticas públicas mais justas no país tem exigido ação criativa dos atores sociais envolvidos – gestores, profissionais da saúde, usuários - como sujeitos em ação que, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, poderiam construir coletivamente novas relações institucionais, tanto na organização dos serviços de saúde, quanto na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS.

Em contrapartida, Santos (2013), ao analisar os 22 anos do SUS, elenca as principais dificuldades, os avanços e retrocessos na questão do SUS como política pública de Estado e propõe algumas reflexões sobre o papel da sociedade civil organizada (conselhos de saúde) e também algumas estratégias para o enfrentamento do que o autor considera uma efetivação secundária das diretrizes constitucionais para os direitos humanos de cidadania. Entre os principais obstáculos estariam: o sub-financiamento federal, os subsídios públicos ao mercado

¹⁷ A partir da década de 1960, neoliberalismo passou a significar a doutrina econômica que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, só devendo esta ocorrer em setores imprescindíveis e ainda assim num grau mínimo. Segundo Moraes (2001) o neoliberalismo é uma corrente de pensamento e uma ideologia, isto é, uma forma de ver e julgar o mundo social, um movimento intelectual organizado, que realiza reuniões, conferências e congressos, edita publicações, cria centros de geração de ideias e programas, de difusão e promoção de eventos, bem como um conjunto de políticas adotadas pelos governos neoconservadores, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 1970, e propagadas pelo mundo a partir das organizações multilaterais criadas pelo acordo de Bretton Woods em 1945, isto é, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (Moraes, 2001).

de planos privados de saúde, grande resistência à reforma da estrutura gerencial e a delegação da função pública de gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados.

Nesta perspectiva, os recentes avanços legais do SUS (como o decreto 7508/11, Lei 12.466/11 e Lei 141/12) não garantem, mas estimulam, avanços na universalização e qualificação da Atenção Básica à Saúde procurando resolver as necessidades de saúde da população, sob a reorientação da universalidade da AB e dos demais níveis de atenção preventiva e curativa, efetivando o funcionamento das redes e linhas de cuidados, dando concretude ao processo da regionalização. O mesmo autor destaca a importância de mudanças administrativas e democráticas da estrutura estatal gerenciadora da prestação de serviços para responder às demandas dos direitos sociais básicos, incluindo a saúde, com descentralização e autonomia gerencial, orçamentária e financeira às unidades públicas, como forma de elevação da eficiência, do controle público e maior controle social (Santos, 2013).

Do ponto de vista teórico-conceitual, ressaltamos o entendimento da política pública em geral e a política social em particular como campos multidisciplinares e com foco nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos.

Souza C. (2006), ao elaborar consistente revisão de literatura tratando dos principais conceitos e modelos de análise de políticas públicas, buscou sintetizar o estado-da-arte da área, mapeando, a partir da literatura clássica e da mais recente, o tema políticas públicas. O artigo constrói pontes entre as diferentes vertentes das teorias neo-institucionalistas e a análise de políticas públicas.

Segundo a autora, uma teoria geral da política pública implica em sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, portanto qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade (Souza C. 2006).

Assim, em uma aproximação com essas teorias, políticas públicas podem ser descritas como:

O campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, 'colocar o governo em ação' e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas

eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (Souza C., 2006, p. 26)

A autora traz para a discussão a contribuição de Lowi (1964; 1972) para a abordagem da tipologia sobre política pública, elaborada através de uma máxima: a política pública faz a política. Segundo o autor, cada tipo de política pública encontra diferentes formas de apoio e de rejeição e as disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas (Lowi, 1964; 1972, Souza, C. 2006).

Na sua análise, a política pública pode assumir quatro formatos: as políticas distributivas, que abordam decisões tomadas pelo governo, gerando impactos mais individuais do que universais, podem privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo; as políticas regulatórias - visíveis ao público, envolvendo burocracia, políticos e grupos de interesse; as políticas redistributivas - atingem maior número de pessoas e impõe perdas concretas no curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuros para outros. Estas são as de mais difícil encaminhamento, em geral, como as políticas sociais universais, o sistema tributário, o sistema previdenciário etc. O quarto é o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos. Cada uma dessas políticas públicas vai gerar pontos ou grupos de vetos e de apoios, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma também diferente (Lowi, 1964, 1972; Souza, C. 2006).

Höfling (2001), nos traz contribuições sobre a estratégia de intervenção governamental. Segundo a autora, é a que se estabelece a partir das relações consideradas fundamentais entre Estado e políticas sociais, ou seja, entre a concepção de Estado e a(s) política(s) que este implementa, em uma determinada sociedade, em determinado período histórico.

Segundo a autora, para análise e avaliação de políticas implementadas por um governo, fatores de diferentes natureza e determinação são importantes, especialmente quando o foco são as políticas sociais (entendidas como as de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento etc.) e os fatores envolvidos para a aferição de seu “sucesso” ou “fracasso” são complexos, variados, e exigem grande esforço de análise (Höfling, 2001).

A autora destaca as políticas públicas como o Estado em ação: é o Estado implantando um projeto de governo, mediante programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade. Desta forma, o Estado não pode ser reduzido à burocracia pública, aos organismos estatais que concebem e implementam políticas

públicas. As políticas públicas são compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política (Höfling, 2001).

Como exatamente expressa a autora:

Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais. E políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. (Höfling, 2001, p.31).

Voltemos nossa abordagem, portanto, para as políticas de saúde. Nas contribuições de Paim e Teixeira (2006) destacamos:

Entende-se como política de saúde a 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. (Paim; Teixeira, 2006, p. 74).

Para Levcovitz et al., (2003) política de saúde envolve 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, bem como o estudo da relação da política de saúde com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Desta forma, direcionamos nosso estudo neste capítulo sobre políticas de saúde e os serviços de saúde. Na avaliação de Luz (1991), estes se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Àquela época, as condições de saúde da população tornaram-se críticas, frutos de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário. No início dos anos 1980, a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada com a crise do regime.

A autora destaca que a partir de 1983, a sociedade civil organizada, firme e atuante, pedia novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde.

Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania. A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras e possivelmente pode ser atribuída aos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 1970 e do início dos anos 1980. (Luz, 1991, p. 84).

Em um breve resgate histórico da condução das políticas públicas no Brasil a partir da década de 1980, vemos que as diretrizes políticas implantadas pelo setor saúde, nesse período, impulsionaram modificações nas instituições responsáveis pela prestação de serviços. Em consonância com as profundas reformas que a Constituição de 1988 trouxe para o país, uma nova forma de acesso e de prestação de serviços de saúde foi se estabelecendo entre os diferentes prestadores, em decorrência da definição de novas competências e de responsabilidades do poder executivo. As diretrizes de descentralização e de integração, impulsionadas por essas políticas, ocasionaram modificações nas estruturas organizacionais e nos procedimentos administrativos utilizados pelas diversas instituições, principalmente públicas, envolvidas no processo (Tanaka et al., 1992).

No início dos anos 1980, ao mesmo tempo em que a política econômica recessiva, adotada pelo Governo Federal,¹⁸ agravava a crise do custeio da assistência médico-hospitalar, surgia a necessidade de medidas administrativas para o equilíbrio do sistema. Nesse sentido, em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)¹⁹ com o objetivo de estudar e propor normas mais adequadas à prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da rede de serviços (Tanaka et al., 1992).

¹⁸ A segunda metade da década de 1980 foi marcada por uma crise de caráter político, social e econômico, tendo enorme repercussão sobre a condição de saúde das populações, agravando as condições de vida, aumentando o desemprego, a desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos protegidos (Da Costa Silva et al., 2010).

¹⁹ Em 1981, através do Decreto nº 86.329, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o seu Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, também conhecido como Plano do CONASP.

No que se refere ao Plano do CONASP, Teixeira (1984) sugeriu uma "dupla leitura" acerca dessa proposta política: 1. A mera contenção dos gastos da Previdência com assistência médica, preservada a hegemonia do setor privado prestador de serviços médicos e o modelo lucrativo e curativo"; 2. uma mudança profunda do próprio modelo em direção a um sistema único de saúde, com a direção do setor público, integração e hierarquização dos serviços, universalização do direito à assistência, integração das práticas preventivas e curativas, etc. (Teixeira, 1984)

O CONASP possibilitou a criação das Ações Integradas à Saúde (AIS – 1983), que se efetivaram por meio de convênios assinados na maioria dos estados brasileiros entre o Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação e Cultura, as Secretarias Estaduais de Saúde, com a adesão progressiva dos municípios. Iniciava-se assim um programa de descentralização do controle da saúde no Brasil, com a embrionária regionalização dos serviços de saúde.

O CONASP respondia às pressões do movimento de Reforma Sanitária, porém garantindo ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) a direção da política de saúde. Em 1982 foi apresentado e aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP), que tinha como objetivos a melhoria da qualidade da assistência à saúde, a cobertura dos serviços de forma igualitária para a população rural e urbana, o planejamento da assistência à saúde de acordo com parâmetros definidos e o aumento da produtividade com a racionalização de serviços. Destacava-se o Programa das Ações Integradas de Saúde que preconizava a regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado por comissão paritária (Tanaka et al., 1992).

O Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) foi transformado em Estratégia AIS. Esta propunha a otimização dos serviços públicos de saúde, a fim de atender a uma demanda crescente por assistência médica. As AIS tinham como objetivo integrar e racionalizar o atendimento médico tornando os serviços de diferentes níveis de complexidade mais acessíveis à população (Tanaka et al., 1992).

A constante discussão do sistema de saúde brasileiro teve um novo capítulo - a VIII Conferência Nacional de Saúde, que resultou no Decreto nº. 94.657/ 87, criando o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). Ocorrida em março de 1986, contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade e destacou o consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança no arcabouço jurídico-institucional vigente, com a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da Reforma Sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 (Andrade et al., 2000).

Com o advento do Programa Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, os convênios AIS foram substituídos pelos convênios SUDS, cujas bases institucionais eram a municipalização da rede básica de saúde, a definição de uma política hospitalar e a implantação de uma estrutura programática comum para os Estados (Tanaka et al., 1992).

Segundo os autores, na década de 1980, devido às pressões sociais e à presença de novos executivos municipais, que respaldados por eleições democráticas, reivindicavam maior autonomia, observou-se a implantação da gestão colegiada das instituições prestadoras de serviços de saúde nos diferentes níveis de poder. Portanto, já àquela época, fazia-se necessária a busca de adequada compreensão dos diferentes tipos de gerenciamento nas instituições pública para que pudessem servir de base para a construção consciente de um novo modelo assistencial capaz de responder, efetivamente, às reais necessidades de saúde da população (Tanaka et al., 1992).

No início dos anos 1990, entretanto, muitos estados e municípios não apresentavam condições para exercer plenamente as competências e atribuições da nova legislação da saúde (entre elas Lei nº. 8080 de 1990 e Lei nº. 8142 de 1990). Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS²⁰ e, desta forma, a sua construção recorreu a um conjunto de portarias – as Normas Operacionais: NOB 91, NOB 93, NOB 96, NOAS 2000 e NOAS 2002 (Paim, 2009).

Tais normas tiveram importância no SUS ao mobilizarem gestores, técnicos e estudiosos do assunto e foram atualizadas por mais de 15 anos para viabilizar a política de descentralização no SUS. Em 2006 foram traduzidas em um novo instrumento – Pacto da Saúde – que estabeleceu responsabilidades sanitárias como metas, atribuições e prazos estabelecidos na busca de superar a descentralização tutelada pelo governo federal (Paim, 2009).

²⁰ Cabe salientar que a tão discutida questão do financiamento teve regulamentada a importante emenda constitucional nº. 29. Em 16 de janeiro de 2012, a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei Complementar nº. 141, que regulamenta a Emenda Constitucional 29, aprovada pelo Congresso em dezembro de 2011. O texto define claramente o que deve ser considerado gasto em saúde e fixa os percentuais mínimos de investimento na área pela União, Estados e Municípios. No texto, ficou mantida a regra aprovada pelo Congresso que obriga a União a aplicar na saúde o valor empenhado no ano anterior, mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os estados e o Distrito Federal deverão investir 12% de sua receita, enquanto os municípios devem investir 15%. Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4001/162/presidenta-dilma-sanciona-lei-que-define-gastos-da-saude.html>. Acesso em 13/01/2013

Nesta direção, em 2008 foi aprovada a Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos para a Consolidação das Portarias SUS com objetivo de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde. A Portaria nº. 2048 de 03 de setembro de 2009 aprovou o Regulamento do Sistema Único de Saúde, que é um instrumento político com artigos a legislação SUS, o que aponta a complexidade da gestão do sistema de saúde brasileiro (Paim, 2009).

Nesta breve contextualização política e social do cenário brasileiro nos anos que precederam a implantação do SUS - e também os anos seguintes - e a forma como tem acontecido sua consolidação e estruturação, partimos para o recorte da saúde bucal neste ambiente institucional, com destaque para a condução das políticas aplicadas à saúde bucal neste período.

4.2 2º Discurso: Sobre as Políticas de Saúde Bucal

De forma a situar este estudo e na intenção de dar o relevo necessário à organização tecnológica em saúde bucal, consideramos importante uma cronologia das políticas de saúde bucal e consequentemente de modelos de atenção. A política de saúde bucal, sua organização tecnológica e seus modelos de atenção têm sido descritos e analisados por destacados pesquisadores e estudiosos da área acadêmica e de serviços de saúde ao longo das duas últimas décadas.

Segundo Goes e Moysés (2012), a saúde bucal ocupou pouco espaço político ao longo de décadas de história sanitária no país, dado que pode ser corroborado pelos principais indicadores epidemiológicos, demonstrando a omissão do Estado, assim como indicam também os textos de Pinto (1993), Souza (1996), Serra (1998), Narvai e Frazão (2008), entre outros.

Para este estudo, fizemos um recorte do material produzido pelo governo federal iniciando a exposição da saúde bucal na esfera pública a partir do texto 'Programa de Reorientação da Assistência Odontológica' de 1983 do extinto Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Neste texto, para a política e o modelo de atenção em saúde bucal – assistência odontológica conforme denominação da época - o CONASP propunha um programa de reorientação na assistência odontológica em que dominavam as ações e políticas administrativas e técnicas, iluminadas pelos critérios de co-participação, integração, regionalização, hierarquização e descentralização, com objetivo de assegurar maior cobertura e eficiência da Instituição, racionalizando despesas (Brasil, 1983).

Percebemos neste material produzido pelo MPAS em 1983 uma leitura dos problemas de saúde bucal e uma avaliação de que no âmbito da Previdência Social, sempre predominaram as ações assistenciais e curativas, "... sendo que aquelas, na sua maioria, de caráter mutilador, ou seja, extrações dentárias" (Brasil, 1983).

Sobre o quadro epidemiológico, uma hierarquização dos principais problemas de saúde bucal era descrita de modo a organizar as frentes de trabalho: 1) cárie dental; 2) doença periodontal; 3) deformidades dento-faciais; 4) lábio leporino e fenda palatina; 5) câncer de boca.

A assistência odontológica prestada no âmbito da Previdência Social oferecia baixa cobertura populacional (0,32% consultas/habitante/ano), com a distribuição geográfica e demográfica distorcida, acompanhando as mesmas tendências da

assistência médica em geral. Por outro lado, a assistência prestada, baseada em um modelo de alto custo, privilegiava ações curativas em detrimento de ações preventivas e sem alcançar adequada resolutividade, com alta taxa de atos mutiladores (extrações dentárias) quando comparados às ações conservadoras e reparadoras (Teles, 1985).

A reorientação proposta neste documento referia-se ao financiamento, passando a dispor de recursos orçamentários próprios e específicos para assistência odontológica do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, responsável pela prestação de assistência médica individual previdenciária existente na época), ao conteúdo do programa *destacando as ações de combate à cárie dental com atenção particular à população infantil até 12 anos e as ações odontológicas preventivas*. Para tanto, pretendia a implantação crescente de sistemas de trabalho mais econômicos e de cobertura mais ampla, com utilização de equipamentos não sofisticados e de fabricação nacional. O modelo de atenção – incremental – esperava reforçar e ampliar a equipe odontológica com emprego de auxiliares odontológicos devidamente treinados, articular o modelo a outros Ministérios, entidades beneficentes, sindicatos e empresas ou profissionais privados, todos integrados na rede assistencial (Brasil, 1983).

O modelo de atenção – sistema incremental²¹ - contemplava medidas preventivas consideradas de massa, apoiado em dados epidemiológicos. Assim, priorizava a atenção às crianças de 6 a 12 anos de idade, por considerar a faixa de maior vulnerabilidade ao ataque da cárie dental, propunha o desenvolvimento de um programa educativo para proporcionar orientação referente aos cuidados primários para crianças de 0 a 12 anos e gestantes. Para os adultos, justificava-se a atenção devido à grande demanda junto aos serviços previdenciários e objetivava-se a racionalização do trabalho desenvolvido em todo o aparato de prestação de serviços disponíveis (unidades próprias, contratadas e conveniadas) para aumentar o rendimento e direcionar atendimento aos grupos populacionais de maior carência econômica (Brasil, 1983).

Assim sendo, nos anos 1980 a prática em saúde bucal, no que se refere à organização dos serviços públicos de saúde, *sob a sombra do regime militar* – como

²¹ Segundo a publicação, “Entende-se por sistema incremental o tratamento intensivo (em poucas sessões) da demanda acumulada da cárie dental, nos grupos populacionais prioritários (6 a 12 anos) objetivando o seu controle em níveis aceitáveis, de acordo com metas estabelecidas” (Brasil, 1983).

textualmente vemos “*ataque da cárie*”, “*combate à cárie*” -, rascunhava uma política para a saúde bucal pontuada pela eleição de grupos prioritários ao atendimento, racionalização do trabalho e a proposta de reorganização da rede largamente apoiada em convênios e contratos.

Com o objetivo de discutir modelos assistenciais em saúde bucal na perspectiva da consolidação do SUS, Oliveira et al. (1999) destacam que, historicamente e anterior a uma política de saúde ampla, os cuidados em saúde bucal organizaram-se a partir de uma assistência odontológica (pública) espelhada nos clássicos modelos de assistência a escolares preconizados pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP) nos anos 1950 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde, com modelos gerenciais para as ações de saúde bucal pulverizados entre as instituições que prestavam assistência odontológica. O Sistema Incremental em escolares se estabeleceu como hegemônico e geralmente vinculado aos programas de saúde escolar.

Desde os anos 1950, o Sistema Incremental era o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país, sinônimo do tipo de atendimento prestado pela Fundação SESP, importante órgão responsável pela assistência à saúde da população desde a metade do século passado e inicialmente financiado pelo governo norte-americano, com a coordenação do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) em parceria com o governo brasileiro. Enquanto agência bilateral, o SESP recebia recursos financeiros e técnicos do IAIA e do Estado brasileiro. Até 1944, o IAIA contribuiu com mais de 80% das verbas do acordo e a partir daquele ano, a relação entre a média de investimentos do IAIA e do governo brasileiro começou a se alterar, implicando em recursos cada vez maiores do Brasil, o que evidencia uma “nacionalização” crescente da agência (Campos, 2008).

Esse modelo surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores. Os elementos estruturais ou ideológicos dessa prática odontológica eram o biologismo (excluía a causa social), mecanicismo (analogia do corpo com a máquina), centralização de recursos (hospitais centrais, atenção centrada na população urbana), especialização (fracionamento do conhecimento), tecnificação do ato (associação da qualidade à tecnologia de alta sofisticação), ênfase na prática curativa (a cura incorporou mais

tecnologia, maior custo) e exclusão de práticas alternativas (refutação *a priori* de outros métodos) (Narvai, 1994; Serra, 1998).

Consideramos importante um espaço neste texto para iluminar o papel da Fundação SESP nas políticas públicas em nosso país. Na década de 1940 o governo brasileiro, em convênio com o americano, estruturou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que se tornou um dos marcadores do desenvolvimento das instituições de saúde no país, particularmente por suas propostas no campo das programações de saúde.

Segundo Campos (2008):

O SESP, na sua origem, esteve vinculado aos interesses militares dos Estados Unidos, pois sua atuação voltou-se para o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas – borracha do vale amazônico e minério de ferro e mica do vale do Rio Doce. Entretanto, note-se que um segundo objetivo do SESP referia-se à formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde. (Campos, 2008, p.880).

Com o comando de militares norte-americanos, unidades do SESP foram organizadas primeiramente na Região Amazônica e Vale do Rio Doce, fato que significou novas tecnologias de medicina preventiva e formas de gerenciamento institucional.

Segundo alguns autores (Costa, 1980; Melo, 1984; Rosa, 1994; Merhy, 1997; Vasconcelos, 1999; Rocha, 2003; Da Costa Silva et al., 2010) as ações do SESP tinham por objetivo a proteção dos trabalhadores envolvidos na extração da borracha e de minério, e trouxeram novas técnicas educacionais na área de saúde com tendência tecnicista de educação. A população era vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias. A atuação do SESP baseou-se na criação de postos permanentes – centro de saúde e postos rurais – em várias regiões, incluindo Minas Gerais e Espírito Santo, na contratação de sanitaristas em tempo integral e de equipe auxiliar com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes, entre outros.

As atividades do SESP davam-se a partir de programas que associavam doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividades de higiene em geral e organização administrativa dos serviços públicos. A Fundação SESP influenciou de forma importante a introdução da ideologia do desenvolvimento e participação comunitária, educação de grupos e,

ainda, na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, introduzindo no currículo de educação sanitária o estudo dos fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde doença.

Segundo Da Costa Silva et al. (2010), esse movimento introduziu nas escolas a educação sanitária, ainda com forte influência eugenista, a criação de técnicas de regulação e normatização, visando criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças (Costa, 1980; Melo, 1984; Rosa, 1994; Merhy, 1997; Vasconcelos, 1999; Rocha, 2003; (Da Costa Silva et al., 2010).

Segundo Loureiro e Oliveira (1995) e Zanetti et al., (1996) o Sistema Incremental, a despeito do grande avanço que representou para a assistência odontológica da época, já se mostrava, já no início dos anos 1970, como um modelo superado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura, pois se estabeleceu a partir do paradigma curativo-reparador, provocando um aumento no número de dentes restaurados, porém sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. Com relação à abrangência, tratava-se de um modelo excludente, na medida em que priorizava - mais no sentido de exclusividade do que de prioridade - os escolares de 7 a 14 anos (com algumas variações) (Loureiro; Oliveira, 1995; Zanetti et al., 1996).

Na avaliação de Nickel et al., (2008) os recursos preventivos do Sistema Incremental restringiam-se à fluoretação da água de abastecimento ou, quando este recurso não estava disponível para a população, à recomendação de aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças. Portanto, o modelo, mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), enfatizava a ação restauradora e colocava em segundo plano qualquer ação educativa ou preventiva, abordadas através de aplicações tópicas de flúor.

Pinto (2000), define Sistema Incremental como um método de trabalho que visa o completo atendimento odontológico de uma determinada população, de forma a eliminar suas necessidades acumuladas e preservá-las sob controle, segundo critérios de prioridades em relação a idades e problemas.

Apesar do Sistema Incremental se tratar de um modelo programático, ou seja, que em tese poderia ser aplicado a qualquer clientela circunscrita, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal e se manteve como hegemônico por mais de 40 anos. Para o restante da população, a assistência se

dava de forma pontual e fragmentada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e entidades filantrópicas (Zanetti et al., 1996).

O estado de São Paulo pode ser citado como exemplo deste modelo para a saúde bucal. Nos anos 1980, as práticas também focavam nas chamadas “doenças de massa” (São Paulo, 1986) – cárie dental e gengivite – constituindo prioridade absoluta para a organização dos serviços. O Subprograma de Saúde Bucal, publicado em 1986, enfatizava a necessidade de integração das ações em saúde bucal com as demais atividades de outros programas de assistência à criança, à gestante e ao adulto, com foco na prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos indivíduos matriculados nas unidades.

A organização tecnológica do trabalho em São Paulo baseava-se em atividades educativas como forma de desenvolver comportamentos adequados à prevenção e manutenção da saúde bucal e em ações elencadas para assegurar tratamento odontológico (exame clínico, profilaxia, exodontias, restaurações) às crianças de 3 a 6 anos. De forma suplementar e na excepcionalidade dos casos, ampliava tais cuidados aos escolares de 7 a 14 anos (SES/SP, 1986).

Aos adultos, o subprograma restringia a oferta programática de restaurações, devida à notória carência de recursos odontológicos públicos, e definia a assistência ao adulto como de urgência e com apenas duas ações: exodontia de dente permanente ou outros procedimentos (não descritos).

O subprograma destacava o sistema de trabalho a quatro ou seis mãos com incorporação de pessoal auxiliar – Técnico em Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

Segundo Pinto (1992), a Odontologia no setor público caracterizou-se como um setor que estabeleceu, ao longo dos anos, suas próprias regras, enfatizando a área universitária (formação de um grande número de CDs), priorizando, nos principais modelos de prática, as ações curativas em tratamentos individuais.

Segundo Werneck (1994), daí resultaram as dificuldades de constituir-se como equipe e de trabalhar como equipe; de não ter uma política de recursos humanos que compreendesse o processo de trabalho em saúde em toda a sua amplitude e que estivesse voltada para as especificidades e necessidades de recursos humanos na odontologia em saúde pública.

Segundo o autor:

No Setor de Saúde Bucal, que, até a presente data caracterizou-se pela atenção predominante aos escolares do 1º grau (através do Sistema Incremental), pelo atendimento das urgências em adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de Recursos Humanos pouco preparados para atuar no Serviço Público e, pela inexistência de integração com os demais setores, o planejamento restringiu-se ao caráter normativo, repetindo, por quatro décadas, basicamente um mesmo programa. (...) As principais referências para o planejamento e a avaliação no Setor de Saúde Bucal, originaram-se do Sistema Incremental, a partir de parâmetros criados e divulgados pela Fundação SESP - Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública -, com base em avaliações de produtividade dos serviços e desempenho profissional. (Werneck, 1994, p.13).

A partir dos anos 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos assistenciais em saúde passaram a ter uma maior importância na esfera municipal, pois seus princípios doutrinários e organizativos destacavam-se no cenário político e de gestão dessa esfera de governo – o nível municipal – principalmente nos anos seguintes com as Normas Operacionais para a implantação e condução do SUS²².

Por outro lado, o Sistema Incremental de base escolar, mesmo sendo um modelo programático com claras limitações, formava uma base muito sólida e "confortável" para grande parte dos municípios, pois apresentava uma estrutura organizacional forte e consolidada e talvez a principal razão do seu sucesso. Com a necessidade de se criar um novo sistema, a partir de outras bases, os municípios tiveram que elaborar outros modelos assistenciais.

Os anos 1990 no Brasil foram de mudanças, reflexo da nova Constituição e novas políticas públicas, em um país recém egresso de um período ditatorial e que se reconstruía econômica e politicamente.

Segundo Werneck (1994) em sua tese de doutorado realizado no início dos anos 1990, naquele período as questões administrativas e gerenciais, a incorporação de tecnologia, a capacitação de recursos humanos, a manutenção do sistema técnico/tecnológico, a informatização, o conhecimento e a correta interpretação dos dados epidemiológicos e demográficos, considerados como o arcabouço do processo de planejamento de um sistema de saúde, encontravam dificuldades na realidade de cada município ou região.

²² Os princípios da universalidade da atenção, integralidade e descentralização das ações e controle social foram um contraponto aos modelos vigentes e imputaram um desafio aos municípios que se propuseram a reorganizar os seus modelos assistenciais (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

Na avaliação do autor, entre as principais dificuldades da implantação do SUS e, portanto, de um novo modo de produzir cuidados em saúde, era a dependência, fundamentalmente, de vontade política, de coordenação entre os diferentes níveis e, principalmente, da garantia de recursos financeiros para a sua exequibilidade (Werneck, 1994).

Publicado em 1989, o documento “Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades” (Brasil, 1989) propunha ações em saúde bucal calcadas no quadro epidemiológico da época, na transição política e nas dificuldades econômicas do período. Consoante ao período político²³ - promulgação da nova Constituição Brasileira, eleições diretas para presidente, a “nova república” – o sistema odontológico (reforçando aqui o caráter privatista e liberal do serviço de saúde bucal público à época) deveria estruturar-se de modo a oferecer: “... serviços básicos à população, adotando um modelo descentralizado e hierarquizado de ação” (Brasil; 1989 p.1).

O documento definia também o rol de procedimentos a serem contemplados e os incluía em uma denominada Atenção Básica em Saúde Bucal:

O conjunto de ações orientadas à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população afetada, a qual se produz como fruto da participação consciente e organizada da comunidade e de sua cooperação com as instituições de saúde. (Brasil, 1989, p. 1).

No âmbito político-administrativo, Costa e Pinto (2002) apontam o crescimento estrutural do setor público municipal no período 1992-1999, com a transferência de unidades que pertenciam a esfera federal e estadual principalmente para a atenção básica e, sobretudo, em municípios com menos de 5.000 habitantes nos quais a rede de unidades básicas apresentou maior crescimento. Ou seja, a existência de unidade básica de saúde de natureza pública foi um dos importantes resultados da descentralização, especialmente para os pequenos municípios.

²³ Segundo Vieira (1997), “a partir de 1988, a política social acha-se no seu terceiro período de existência no Brasil, que chamo de ‘política social sem direitos sociais’. Em nenhum momento a política social encontra tamanho acolhimento em Constituição brasileira como acontece na Constituição de 1988 nos campos da educação, da saúde, da assistência, da previdência social, do trabalho, do lazer, da maternidade, da infância e da segurança, definindo especificamente direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, e associação profissional ou sindical, de greve, de participação de trabalhadores e empregadores em colegiados dos órgãos públicos e de atuação de representante dos trabalhadores no entendimento direto com empregadores” (Vieira, 1997, p. 14).

Nos anos seguintes à legislação que propunha alavancar as ações de saúde no SUS, algumas experiências em saúde bucal foram apontando nos municípios, de forma irregular, de acordo com a capacidade de gestão de cada município, de recursos e também de vontade e necessidade políticas. É fato que o poder local teve e continuará a exercer decisiva influência sobre os modos de produzir os cuidados em saúde.

De forma geral, algumas experiências municipais se destacaram a partir do início dos anos 1990, pelo fato de terem estabelecido modelos condizentes com os princípios do SUS, e também por terem desenvolvido estruturas programáticas bastante eficientes, alcançando resultados significativos na redução das principais doenças bucais em um período razoavelmente curto.

Cordón (1996, 1997), a partir da observação em 25 municípios em vários estados do Brasil, descreveu os principais avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal numa perspectiva crítica, discutindo as dificuldades, avanços e retrocessos na implantação de sistemas de saúde com relação à qualidade de vida, indicadores de saúde bucal, planejamento participativo, integralidade, universalidade e controle social.

Sem encontrar um sistema que tenha se estabelecido como hegemônico, o autor agrupou os resultados em três vertentes do cuidado em saúde bucal percebidas nos sistemas municipais de saúde: o Sistema Inversão da Atenção, a Atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês) e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar.

Corrêa (1985), Oliveira et al. (1999), Calado (2002) e Nickel (2008), entre outros, destacam que, diante de novos conhecimentos sobre prevenção e controle da cárie, bem como das discussões sobre o atendimento à saúde bucal prestado pelo Estado e dos resultados epidemiológicos insatisfatórios em todo o Brasil, novas opções programáticas surgiram, como a Odontologia Integral, ou o Incremental Modificado. Este modelo enfatizava a prevenção, reconhecia a cárie como doença infecto-contagiosa e, incorporando equipe auxiliar²⁴ na assistência, instituía o retorno programado para manutenção preventiva da saúde bucal.

²⁴ Equipe formada pelo cirurgião-dentista, pelo técnico de higiene dental e pelo auxiliar de consultório dentário (denominações para equipe auxiliar do período). Desde 2008 a lei 11.889 (Brasil, 2008c) regulamentou as profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e Auxiliar em Saúde Bucal – ASB.

A insuficiência de respostas do sistema incremental – que atuava com o objetivo de tratar necessidades acumuladas de uma população definida, neste caso específico os escolares, através de um programa intensivo e curativo, até o completo tratamento para o posterior controle - e seu modelo essencialmente mecanicista, biologicista, especialista, individualista, curativista e tecnicista -, levou à formação, no final da década de 1980, do Programa Inversão da Atenção (PIA), elaborado em 1985 pelos professores Loureiro e Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

O Programa Inversão da Atenção estabeleceu-se como modelo alternativo àquele praticado desde os anos 1950, pois contrariava as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, descentralizando a atenção curativa clássica, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos²⁵ (Loureiro; Oliveira, 1985).

Este modelo pretendia adaptar sua estrutura organizativa à doutrina do SUS, baseando sua prática no controle epidemiológico da doença cárie através da utilização de métodos preventivos. Considerava imperativo tal controle para dar início ao tratamento restaurador definitivo, com a reabilitação oral e ampliação da cobertura populacional. Destinava-se à população infantil, buscava a descentralização da atenção curativa clássica, visando à estabilização do meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos (Garbin et al., 2012).

Diante das características do modelo, outras denominações para o Programa Inversão da Atenção podem ser citadas: Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva e Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie. A organização deste modelo ocorre em fases ordenadas de procedimentos com objetivos pré-definidos: estabilização, reabilitação e declínio. A organização tecnológica do trabalho neste modelo preconizava uma abordagem sequencial e uma fase só iniciava após o término da anterior (Nickel, 2008; Garbin et al., 2012).

Ao avaliarem este modelo, Zanetti et al., (1996), destacam que a sua atuação limitava-se a um coletivo restrito e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico. Consequentemente, os princípios de universalidade,

²⁵ Os estudos sobre cariologia de Anders Thylstrup e Ole Fejerskov nas décadas de 1970 e 1980 foram muito difundidos e determinantes tanto na formação acadêmica dos profissionais da Odontologia na década de 1990 quanto na elaboração e condução de programas de saúde bucal no Brasil. (Thylstrup; Fejerskov, 1995).

integralidade e equidade preconizados por este sistema não foram seguidos (Zanetti et al., 1996; Nickel, 2008).

Comparado ao Sistema Incremental, o Programa Inversão da Atenção diferia-se por não trabalhar sob a ótica de acúmulo de necessidades e tratamentos completados individuais, mas pela prioridade de controlar a doença com conceitos de prevenção e educação em saúde. Por isso, tornou-se um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador (Nickel, 2008).

Segundo os autores, o Programa Inversão da Atenção conseguiu romper com o modelo cirúrgico-restaurador ao enfatizar as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto permaneceu com a exclusividade de prestação de serviços a um grupo restrito. Uma das principais críticas a este modelo, além de ser exclusivista, foi não ter levando em conta as necessidades epidemiológicas da população, que permaneceu com alto índice CPO-D, principalmente aquela não pertencente à faixa etária eleita pelo modelo (Nickel, 2008).

A Atenção Precoce, outro modelo aplicado inicialmente no meio acadêmico e que teve alguma projeção nos serviços de saúde, propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida. Ao observar frequentes problemas bucais em pacientes na primeira infância, preconizava - como o próprio nome esclarece - uma abordagem precoce da saúde bucal, podendo incluir gestantes, e visando a educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar. Esse modelo resgatou para o atendimento clínico a clientela com idade inferior a seis anos, abandonada desde a década de 1950 em virtude da força do modelo incremental, e introduziu nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua (Nickel, 2008).

Para Silva (2007), a Odontologia para bebês resultou de uma tendência mundial de atenção odontológica para criança de baixa idade (bebês) com o estabelecimento de programas de educação, medidas preventivas e de controle de cárie, atenção primária e tratamentos curativos específicos.

No Brasil, em 1985, a Clínica de Bebês da Universidade Estadual de Londrina iniciou suas atividades, com orientações à gestante e ao bebê sobre limpeza dos dentes, utilização de fio dental e amamentação. No serviço dessa clínica, os procedimentos educativos eram direcionados aos pais, assim como os preventivos e

curativos aplicados aos filhos, já no primeiro ano de vida. A atenção deveria iniciar-se por volta dos seis meses, com a erupção dos primeiros dentes. No serviço público, a implantação deste atendimento ocorreu na Companhia Siderúrgica de Volta Redonda (RJ), no município de Londrina e Cambé (PR), e Araçatuba no estado de São Paulo. Nas universidades, as primeiras a dedicarem estudos e tecnologia foram: Universidade Estadual de Ponta Grossa (PR), Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Faculdade de Odontologia de Caxias (RJ) (Walter et al., 1997; Pinto et al., 2003; Silva, 2007; Nickel, 2008).

A clínica de bebês, na abordagem essencialmente puericultora que os movimentos da clínica odontológica têm produzido há décadas, podia ser considerada uma promissora linha de prestação de cuidados preventivos implantada desde o nascimento da criança.

Conforme Pinto et al. (2003), a metodologia desenvolvida na clínica de bebês englobava duas fases principais: a fase educativa, em que os pais recebiam informações sobre saúde bucal e sobre o funcionamento do programa, e a fase preventiva, na qual a criança recebia o atendimento clínico, com retorno previsto a cada dois meses.

O programa buscava justificar-se na redução de cárie dental tanto na idade assistida, quanto nas idades subsequentes, incluindo os escolares de seis anos de idade – época importante pela erupção do primeiro molar permanente. Provavelmente o sucesso na redução do índice de cárie ocorria pela ênfase dada à prevenção e educação em saúde bucal. Entretanto, em alguns municípios as clínicas de bebês foram implantadas sem lógica e estruturação programática (Oliveira et al, 1999).

Segundo Nickel (2008) a eficácia do modelo – medida por sua individualidade de ação – trouxe deficiências semelhantes às encontradas nos modelos anteriores, não atendendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal.

Portanto, este resgate histórico e documental das práticas em saúde bucal até o final dos anos 1980 demonstra a alternância de modelos centrados e ocupados em responder ao problema de saúde pública: Cárie Dentária.

Idealizados a partir dos conhecimentos científicos da época, esses modelos representaram, do ponto de vista epidemiológico e de efetividade de programas de saúde, há que se dizer, um grande avanço para as avaliações sobre saúde bucal no

SUS, principalmente pelo declínio do índice CPO-D (anexo B) com a adoção de filosofias preventivo-educativas na programação do serviço assistencial.

Contudo, para Garbin et al., (2012) a oferta de assistência odontológica eficiente e universal continuou sendo um grande desafio. Acrescentamos que o desafio não se limita ao atendimento clínico e, sob uma visão ampliada, tem perdurado a dificuldade em se construir modelos que incluam a integralidade no cuidar em saúde bucal. Mas teremos melhor momento para estas considerações ao longo desta tese.

Destacamos o material elaborado por Botazzo et al. em 1988, para o Curso para Formação de Técnico em Higiene Dental, do SUDS - São Paulo, intitulado *Saúde Bucal Coletiva* (SBC). Este texto marca a diferença conceitual entre saúde bucal e odontologia e traz reflexões que permitiram o desenvolvimento de um campo de conhecimentos e práticas que integra um conjunto mais amplo, a 'Saúde Coletiva', e por exclusão o campo da 'Odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o (Botazzo et al., 1988; Botazzo, 1994; 2003; 2005; 2006; 2008; Narvai, 1994, Narvai 2001; Narvai; Frazão, 2006).

Esta leitura traz a politização do processo saúde-doença e sua vinculação às práticas coletivas de saúde, distanciando-se da odontologia tradicional (tecnicista, biologicista) para assumir um objeto de trabalho coletivo. A SBC entende que por ser um processo social, cada situação é única, singular, histórica, portanto sua replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação é inconsistente e os elementos e dimensões de cada processo apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos (Narvai; Frazão, 2006).

Minayo (2008) situa a Saúde Coletiva como um campo de práticas sanitárias, sociais ou de investigação que incorpora os sujeitos, os movimentos sociais, os serviços de saúde, submetidos à crítica transformadora.

Nesta perspectiva, também as instâncias ou aparelhos de controle social medicalizados são submetidos à crítica. Reside neste viés sua diferença em relação à Saúde Pública - esfera estatal que, por meio da oferta de serviços de saúde, efetiva suas políticas de controle social.

Para Botazzo, (2003):

a Saúde Coletiva vem a ser um campo de práticas — sanitárias, sociais ou de investigação — que incorpora os sujeitos, os movimentos sociais, os serviços de saúde etc, e os submete à *crítica transformadora*. Nesta perspectiva, também as instâncias ou aparelhos de controle social medicalizados são submetidos à crítica. Por este viés ela se diferenciaria da Saúde Pública, entendida sempre como esfera estatal que, por meio da oferta de serviços de saúde, efetiva suas políticas de controle social, isto é, o controle do Estado sobre indivíduos ou grupos de indivíduos. (Botazzo, 2003, p.19).

Esta concepção implica à SBC uma ruptura epistemológica com a odontologia (liberal-privatista), cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais nos quais fundamenta sua prática.

Segundo Frazão (1999) a SBC pretendeu substituir o ‘tecnicismo’ e ‘biologismo’ presentes nas formulações específicas da área de odontologia social e preventiva, realizando uma reconstrução teórica de modo articulado e orgânico ao pensamento e a ação da Saúde Coletiva, na perspectiva de reforçar o compromisso histórico desta com a qualidade de vida na sociedade e com a defesa da cidadania.

Narvai (2006b) destacava no início dos anos 2000 a possibilidade de realizar no SUS as ações que permitiriam atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), viabilizando seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitem (princípio da integralidade), e ofertando mais aos que mais necessitam (princípio da equidade) por meio de uma ruptura epistemológica com a odontologia (mercantilista) que a SBC poderia sustentar. Para tal, seria necessário desenvolver uma práxis que, dialeticamente, romperia com a prática odontológica hegemônica. Tal ruptura deveria ter sua base no desenvolvimento do trabalho odontológico (tecnologia de trabalho) a partir das necessidades das pessoas e que:

Opondo-se à lógica do mercado rompa, portanto, com o status quo, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (todos os recursos) odontológicos pelas elites. (Narvai, 2006b, p. 144).

Desta forma, é inerente à SBC uma dupla pretensão: desodontologizar a saúde bucal; de outro, assegurar para todos acesso a todos os recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano (Narvai, 2006a).

Segundo vários autores, entre eles Botazzo et al. (1988) e Narvai (1994), a SBC provocou grande ruptura epistemológica ao apontar um novo referencial teórico para a mudança de uma prática assistencial privatista em direção a um modelo de atenção em saúde bucal. Esta organização da prática em saúde bucal causou impacto nas ações preventivas e de promoção da saúde, mas impactou em menor intensidade a produção do cuidado, mantendo a clínica em certa marginalidade nas discussões.

Junqueira et al., (2004) sobre os desafios da prática em saúde bucal no início dos anos 2000, afirmam:

A Saúde Bucal Coletiva brasileira adentrou o século XXI com importantes desafios como o de universalizar a atenção para alterar o perfil epidemiológico das populações adultas; implantar um sistema racional de trabalho, por meio da equipe de saúde bucal, para aumentar o acesso da população brasileira dentro de uma perspectiva integral de saúde que respeite a equidade e o perfil de cada população e inserir a saúde bucal na agenda da política nacional de saúde, quer seja nas decisões governamentais ou nas esferas de Conselhos de Saúde e demais fóruns de representação da sociedade onde a saúde for discutida. (Junqueira et al., 2004, p.91).

Passados 25 anos do texto “Saúde Bucal Coletiva”, Botazzo (no prelo)²⁶ comenta a publicação de 1988 destaca que, àquela época, pela primeira vez e de modo original, definia-se o que seria assistência e o que seria atenção em saúde bucal:

a prática odontológica realiza a assistência à saúde bucal das pessoas. A ação clínica ocorre nos indivíduos, pois a doença, embora produzida socialmente, está obrigatoriamente localizada num corpo biológico e não "na sociedade". Por isso, é importante que sejam organizados os sistemas de assistência às pessoas doentes". (...) Aqui, justamente, está a essência da questão: a assistência odontológica (ou médica etc.) às pessoas compreende ações clínicas e cirúrgicas restritas, limitadas ao atendimento individual. Esta é a prática odontológica. A atenção à saúde bucal compreende, por outro lado, as atividades de assistência individual, mas implica, além disso, também em ação sobre as causas das doenças, sejam estas de que natureza for (biológicas, sociais, econômicas ou políticas). (Botazzo et al., 1988, p.6).

E na atualidade, como se organiza o cuidado em saúde bucal na esteira dos avanços e rupturas com modelos biomédicos, odontocentrados e toda adjetivação

²⁶ Botazzo, C. Saúde Bucal Coletiva. Anotações e comentários críticos a um texto antigo (no prelo).

recorrente que a literatura especializada faz uso para caracterizar e ilustrar a prática odontológica desde os anos 1950?

Não sem propósito que temos usado saúde bucal e odontologia quase como sinônimos ou ao menos justapostos ao longo deste texto. Temos a intenção de marcar esta passagem, pretensa ou de fato, do entendimento da saúde bucal como contexto e de odontologia como técnica. Ou nas palavras de Botazzo et al., (1988):

estas ações, situando-se num campo extra-clínica, são englobadas por práticas de saúde não mais no campo da assistência odontológica, mas num campo que poderíamos chamar saúde bucal coletiva. (Botazzo et al., 1988, p. 6).

Sobre o exposto em relação às Políticas de Saúde Bucal neste resgate histórico e de conceitos, podemos apontar que uma organização tecnológica fortemente associada à biomedicina, como nos fala Camargo Jr. (2005) - ou seria simplesmente Odontologia? - acompanha as nuances das ações em saúde bucal, mesmo que a disposição do arsenal técnico político possa ter mudado ao longo dos anos.

Até mesmo as ações para 'educação em saúde', que se basearam na remoção de placa bacteriana pela ação mecânica da escovação supervisionada (prática medicalizadora), acompanhada de 'palestras educativas' para a transmissão de conhecimentos e conceitos sobre a saúde bucal dos indivíduos, numa clara destituição dos conhecimentos de qualquer sujeito da ação que não seja o profissional e seu conhecimento técnico, podem ilustrar nossa interpretação das políticas públicas. Assim sendo, quem sabe mais, fala mais, e os pacientes são meramente sujeitos (ou seriam objetos?) passivos da ação.

Na avaliação de Silveira Filho (2008), estas práticas em saúde bucal estiveram sempre alicerçadas na biomedicina, mesmo quando justificadas pelo amplo manto da SBC. Ou, qual seria a outra interpretação para a perpetuação de falas e abordagens (saberes) como: manutenção individual a cada seis meses, independentemente da capacidade de proteção que o paciente possa ter adquirido, pressupondo que, uma vez manifestada a doença (cárie), este indivíduo tenderia à reincidência?

Segundo o mesmo autor, as práticas apontam para um denominador comum na saúde bucal: a doença está no centro e no foco da atenção. Segundo ele,

o que importa é interromper a história natural do agente etiológico, a história de vida das pessoas, das famílias e das comunidades por onde transitam esse agente etiológico e as capacidades individuais e coletivas de exposição e/ou defesa a estes, pouco importam (Silveira Filho, 2008, p. 36).

Parece-nos que o tema deste estudo, abordado pelo percurso das políticas de saúde bucal e suas práticas, como tratado até este momento, já preenche uma parte da análise a que esta tese dedicou-se.

Ao delimitarmos o plano de fundo das práticas em saúde bucal conseguimos destacar uma proposição odontológica na organização tecnológica nesta práxis da saúde pública. Se então considerarmos como suficientemente esclarecido o contorno político-histórico que serviu de base documental e percurso teórico para a pesquisadora, podemos, nos próximos capítulos, abordar conceitos e características de modelos de atenção, de cuidado em saúde e de integralidade como pertinentes e componentes da análise e arqueologia que pretendemos.

Consideramos muito importante delinear e apontar os conceitos que fundamentam teoricamente este trabalho. Os capítulos que seguem têm a finalidade de expor, portanto, esses entendimentos e pavimentar a discussão sobre a PNSB.

Ainda nos cabe abordar a atual política de saúde no Brasil – a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – e o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) no qual se organiza a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as ações da PNSB.

4.3 3º Discurso: Sobre os Modelos de Atenção

Primeiramente, ao iniciar este capítulo, consideramos importante situar este estudo em relação ao conteúdo e definição dos termos a serem apresentados e discutidos. Desta forma, processo de trabalho em saúde, tecnologia em saúde, cuidado em saúde são entendimentos sobre o modo de se fazer saúde na esfera da saúde coletiva e são as referências para o encaminhamento das questões propostas.

Da mesma forma, o conceito de modelo adotado para as discussões e elaborações deste estudo remete-se ao texto de Paim (2003):

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços, populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade: postos, centros de saúde, hospitais etc. (Paim, 2003, p.567).

De acordo com o autor, modelo de atenção é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma racionalidade, uma "lógica" que orienta a ação. E também uma maneira de organizar os meios de trabalho(saberes e instrumentos) utilizados nas práticas em saúde. É um modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Portanto incorpora uma "lógica" que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo, portanto, um modo de intervenção (Paim, 2003).

Além dessa concepção, fundamentada nos estudos sobre práticas de saúde, especialmente na identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho, pode-se perceber uma concepção ampliada sobre modelo de atenção, que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, com a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de

trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (Teixeira, CF 2003).

Por outro lado, cabe salientar que o conhecimento e a institucionalização das práticas em saúde pública configuraram-se articulados à medicina. Apesar de superarem a mera aplicação de conhecimentos científicos, as práticas em saúde apresentaram-se como técnica fundamentalmente científica. Essa representação constitui o aspecto essencial da conformação das práticas, as quais encontram suas raízes na efetiva utilização do conhecimento científico. O discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença e o conceito de doença constituiu-se a partir de uma redução e fragmentação do corpo humano, pensado a partir do normal e o patológico²⁷, de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia (Czeresnia, 2003).

De acordo com importantes teóricos da saúde coletiva no Brasil, autores como Donnangelo (1975); Donnangelo e Pereira (1976) e, posteriormente, Mendes Gonçalves (1979; 1994), Schraiber (1997) e Merhy (1997), entre outros, a compreensão do viés social no campo da saúde provocou nos anos 1970 e 1980 uma ruptura com os modelos hegemônicos de investigação em saúde, modelos esses que reduziam as relações de causa e efeito ao plano biológico e remetiam seu enfrentamento e resoluções a modelos clínicos para diagnóstico e terapêutica.

Segundo Nunes (2008), a escola de pensamento de M. Cecília Donnangelo (1940-1983) pautou-se por uma tradição cujas marcas estão em muitos de seus discípulos que desenvolveram suas pesquisas centradas em quatro conceitos: historicidade, socialidade, estrutura, totalidade, e dois valores: a dignidade e a prioridade humana dos valores.

Além disso, segundo o autor, iniciava-se nas décadas de 1960 e 1970 o movimento que procurou diagnosticar, analisar e compreender a saúde sob o prisma das ciências sociais. Mais uma vez, a presença de Cecília Donnangelo será sempre

²⁷ Para melhor compreender este tema, indicamos Canguilhem, Georges. O normal e o patológico. Tradução de Maria de Thereza Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. Nesta obra referencial para a saúde pública, Canguilhem discute as questões “Seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?”. “Existem Ciências do Normal e do Patológico?” Para o autor, a convicção da medicina em poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico. A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde. E é no patológico, segundo seu pensamento, que se pode decifrar o ensinamento da saúde.

lembrada pelo seu pioneirismo na construção do campo das ciências sociais em saúde (Nunes, 2008).

Nesta perspectiva, Donnangelo (1975); Donnangelo e Pereira, (1976), ao analisarem a medicina como prática técnica e social discutiram a construção de um quadro teórico que não só examinava o proceder das intervenções nas práticas de saúde como buscava nestes a historicidade e a socialidade das práticas.

Ao examinar a medicina como prática técnica e social, Donnangelo abriu oportunidades para a construção de um quadro teórico específico – a teoria do trabalho em saúde, voltado para o “processo de trabalho em medicina”, constituindo uma verdadeira escola de pensamento, investigação e prática, com base nesse referencial teórico (Nunes, 2008).

Segundo Peduzzi e Schraiber (2008) tais estudos tiveram vários desdobramentos, no Brasil e na América Latina, na área médica e nas demais áreas profissionais da saúde, constituindo-se importante referencial para o estudo do campo das políticas e da estruturação da assistência (estudos do sistema de saúde brasileiro, até o atual Sistema Único de Saúde - SUS); estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Esta linha de pesquisa culminou no entendimento de dois importantes conceitos em saúde: força de trabalho em saúde e ‘processo de trabalho em saúde’ (Schraiber, 1997).

As novas interpretações e abordagens que se seguiram principalmente nos trabalhos de Mendes Gonçalves (1979, 1994) estimularam o estudo e a compreensão dos processos saúde-doença e as decorrentes práticas de saúde em nossa sociedade. Desta forma, o objeto da prática médica passou a ser a compreensão do adoecimento dos corpos sociais e sua análise voltada ao processo saúde-doença em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade.

Em relação ao estudo do processo de trabalho em saúde, Peduzzi (2002), ressalta que na área da saúde a categoria trabalho²⁸ também deve ser considerada como recurso teórico e analítico que permite a apreensão de certos aspectos da

²⁸ Dentre os conceitos da categoria trabalho, trabalhamos neste estudo com a definição de trabalho como processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios. Todo trabalho produz algo que tem utilidade e pode ser trocado por outros produtos necessários (Peduzzi; Schraiber, 2008).

realidade, realidade esta que não reduz à dimensão trabalho ou a qualquer outra dimensão possível, ao curioso olhar humano.

Segundo a autora:

Essa ressalva cabe em especial ao trabalho em saúde, tal como o vemos, talvez até pelo fato de que, contraditoriamente, a categoria trabalho nunca se aplicou completamente à saúde. A peculiaridade de ação intrínseca à dimensão trabalho fez com que o uso desta categoria iluminasse, por analogia, o trabalho social típico do campo da saúde. (Peduzzi, 2002, p. 79).

Segundo Pires (2000), o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização – trabalho vivo, como se refere Merhy (2002).

Para a autora, o trabalho em saúde não tem como resultado um produto material que seja independente do processo de produção e que seja comercializável. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (Pires, 2000).

Na avaliação de Peduzzi e Schraiber (2008), foi Ricardo Bruno Mendes Gonçalves quem formulou o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’, a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular.

Mendes Gonçalves (1979, 1994) estudou a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, utilizando-se dos conceitos de processo de trabalho de Marx (1994), para o qual a atividade do homem opera uma transformação no objeto e atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. O autor destaca os três elementos componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim (o próprio trabalho), o objeto de trabalho, (a matéria a que se aplica o trabalho) e os instrumentos ou meios do trabalho. O processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, abstrações teóricas, portanto, pelas quais é possível abordar e compreender alguns aspectos da realidade - as práticas de saúde -, cujo trabalho constitui a base fundamental de sua efetivação (Mendes Gonçalves, 1994).

Na leitura e interpretação de Rocha e Almeida (2000), Mendes Gonçalves propunha o entendimento do objeto de trabalho como algo que contém o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho; no entanto, essa

qualidade de produto precisa ser evidenciada ativamente no objeto. Portanto, um determinado aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, o objeto de trabalho não é um objeto natural, não existe enquanto objeto por si só, mas é recortado por um 'olhar' que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Esta representa a intencionalidade do processo, o projeto prévio de alcançar o produto desejado que esteja na mente do trabalhador.

Nos originais, Mendes Gonçalves (1979, 1994) analisou, no processo de trabalho em saúde, a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual. Segundo o autor, esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

Desta forma, Mendes Gonçalves (1994) desenvolveu um profundo raciocínio lógico e dialético para compreender as práticas em saúde, discutindo e redefinindo tecnologia. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade.

Para Peduzzi e Schraiber (2008):

O conceito – processo de trabalho em saúde – diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde. (Peduzzi; Schraiber, 2008, p. 323).

Segundo Peduzzi (2002), o legado de Mendes Gonçalves na análise do trabalho em saúde, o campo da medicina, fundado cientificamente, permite a construção de duas modalidades de saber – o clínico e o epidemiológico. Estes saberes conduzem à apreensão do objeto do trabalho médico, pois o saber é o que recorta, da realidade, aspectos que se constituem objetos de intervenção. O saber configura, junto com os demais instrumentos do trabalho, possibilidades de

intervenção e, mesmo sem as dimensões materiais de equipamentos, tem uma dimensão tecnológica e/ou operante.

A categoria saber operante permite apreender o agente do trabalho como mediador, que estabelece relações entre os conhecimentos científicos, os saberes e as dimensões ético-políticas de ambos, e, na prática cotidiana do trabalho, utiliza este saber operante para mediar a conexão entre o objeto, os instrumentos e a atividade do trabalho (Mendes Gonçalves, 1994).

O saber operante significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas. No trabalho existe diversos saberes, os quais são campos de inscrição de ciências e de outros conhecimentos (Peduzzi, 2002).

De acordo com Schraiber (1996) e Peduzzi (1998), Mendes Gonçalves analisa a consubstancialidade entre trabalho e necessidades humanas, de modo que os processos de trabalho são também '*re-produção*' das necessidades, ou seja, reiteram as necessidades de saúde e o modo como os serviços se organizam para atendê-las e podem criar novas necessidades, processos de trabalho e modelos de organização de serviços.

Já na categoria 'saber', Mendes Gonçalves (1994), Schraiber, (1996) e Peduzzi (1998) mostram que, ao expressar a intermediação entre ciência e trabalho, remete à dimensão tecnológica deste. Formulam o saber como o recurso que põe em movimento os demais componentes do processo de trabalho. Será, pois, saber operante ou tecnológico – saber que tem sua origem 'no' e 'através do' processo de trabalho, fundamentando a intervenção em saúde.

Na esteira dos novos arranjos políticos no Brasil no início dos anos 1990, novas questões sobre o trabalho em saúde estabeleceram também outras reflexões e pesquisas sobre o processo de trabalho em saúde: por um lado, aparecem questões relacionadas às formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional/usuário ou as relações entre os profissionais (Nogueira, 2002).

Assim o conceito 'processo de trabalho em saúde' estende-se aos estudos dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo

da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas (Peduzzi; Schraiber, 2008).

Outros autores também têm dedicado estudos às questões do processo de trabalho em saúde e tecnologia (Antunes, 1995, 1999, 2005; Rocha; Almeida, 2000; Franco, 2006), dos quais se apreende que tecnologia não tem o significado corriqueiro de conjunto de instrumentos materiais, muitas vezes associado à maior eficácia e produtividade por avanços em suas concepções operacionais, que o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. O trabalho, portanto, é uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação.

Nessa linha de pensamento, Mendes Gonçalves (1994) apontou a necessidade das práticas de saúde - tomadas como trabalho social - de aprofundarem o conhecimento de suas 'características internas' (intra-técnica), consubstanciadas com suas 'características externas' (o contexto sócio histórico de sua produção). Desta forma, a tecnologia passava a ser entendida como:

... o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social. (Mendes Gonçalves, 1994, p. 32).

Segundo Schraiber et al., (2008) o modo de vida em sociedade está inscrito no modo de ser das práticas em saúde, produzindo uma configuração geral das práticas - recriada em arranjos particulares nas especificidades das técnicas. O 'interno' são os processos de trabalho, arranjos da técnica em medicina – com permissão para estender essa produção teórica para as outras áreas da saúde, entre as quais a odontologia - na organização social da produção dos serviços de saúde para responderem às múltiplas determinações de seu trabalho. Este 'interno' são recriações, e não tão somente reflexos de seu 'exterior' - as políticas de saúde, os mercados de trabalho, a economia política do complexo médico-industrial, as ideologias ocupacionais, corporativas e as culturas profissionais, os movimentos sociais de reivindicação de direitos, de acesso e de consumo entre outros.

Tais recriações estão condensadas no saber que orienta esses modos de produzir, técnica e socialmente, os cuidados. ‘Tecnologia em saúde’ aparece, então, desdobrada em duas novas concepções: o saber que preside o modo de produzir os cuidados em saúde – ‘saber tecnológico’ em saúde – e o arranjo dos elementos técnicos plasmado em um modo de produzir – os modelos tecnológicos de organização do trabalho ou, simplesmente, ‘modelos tecnológicos do trabalho’ em saúde. Dessa formulação deriva, em estudos voltados para a política de saúde, a noção de modelos tecno-assistenciais ou, como é mais usual, modelos assistenciais em saúde.

O conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde construído por Mendes Gonçalves (1994) refere-se aos nexos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante, realizada através de instrumentos considerados em sentido amplo, sendo o conhecimento o principal, porque orienta todo o processo, os objetos de trabalho e a finalidade.

Para Schraiber et al., (2008) por tecnologia compreende-se o conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora do homem sobre a natureza. Além dos equipamentos, devem ser incluídos os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos. O sentido contemporâneo de tecnologia, portanto, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões.

Segundo os autores:

... na medicina, dentro do movimento histórico mais global, será na segunda metade do século XX que se verifica a grande criação e incorporação de equipamentos e medicamentos. Constitui-se, então, a ‘tecnologia em saúde’, que é, sobretudo, ‘tecnologia de curar’. De sua origem na modernidade a seu estabelecimento como conceito já nos anos 70-80 do último século, a ‘tecnologia em saúde’ é confundida com a própria tecnologia da medicina, e, num claro movimento de sobrevalorização da possibilidade de intervir, ou da criação desta possibilidade, até mais que a própria utilidade da técnica e seu produto, significou para muitos uma espécie de ‘bem em si mesmo’, corporificado na existência de equipamentos e de medicamentos. (Schraiber et al., 2008, p. 385; grifo dos autores).

Nesta direção, buscamos em Schraiber (1997) a clínica como ‘saber tecnológico’, sua passagem de um saber reflexivo e pouco aparelhado para um uso mais mecânico e repetitivo do conhecimento científico. A autora apontou que a

clínica manteve a maior valorização do científico, como um duplo técnico, isto é, saber operante que combina, nos contextos de trabalho, o uso do conhecimento científico com aquele de ordem prática, na qual a medicina contemporânea expõe sua mecanização e a rotinização da ação profissional, a qual a autora designa por ‘técnica- tecnológica’.

Elaborando a discussão sobre a aplicação dos conceitos de tecnologia em saúde e seus desdobramentos na atualidade, Schraiber et al. (2008) ressaltam que a conceituação de tecnologia passa a incluir os saberes e as possibilidades, ditas ‘inovações tecnológicas’ em saúde, tanto nas práticas da assistência médica quanto na saúde pública. Uma primeira dessas inovações surge exatamente na e para a articulação entre essas práticas: são as diversas elaborações em torno da noção de integralidade, com as consequentes ‘tecnologias de integração’ das práticas de saúde.

Conforme destacam os autores, em seu sentido tecnológico, as proposições políticas devem configurar concreta e materialmente arranjos de trabalho, como vemos:

Há, ainda, as inovações correlatas ao trabalho gerencial, com seus saberes tecnológicos: o planejamento, a organização e administração, a avaliação dos serviços de saúde. São proposições tecnológicas buscadas na tríade planejamento-produção de informação-avaliação e que podem ser mais voltadas à organização da produção dos trabalhos ou mais voltadas às interações entre sujeitos ali presentes. (Schraiber et al. 2008, p.390).

Merhy (1997), ampliou as contribuições teóricas sobre a organização tecnológica do trabalho a partir de Mendes Gonçalves (1979, 1994), trazendo a possibilidade do “auto-governo” dos trabalhadores para alcançar mudanças a partir das intersubjetividades no processo de trabalho. Constituindo-se um clássico na saúde coletiva, Emerson Elias Merhy classificou a tecnologia em saúde em dura, leve-dura e leve, como segue:

Tecnologia dura: instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações;

Tecnologia leve-dura: saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho.

Tecnologia leve: produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente. Neste momento de falas, escutas, criam-se cumplicidades, relações de vínculo, aceitação e produz-se a responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado (Merhy, 1997, 2002).

Merhy e Franco (2003) ressaltam que as observações sobre o tema conduzem ao entendimento de que, para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há outro, o espaço das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partindo do pressuposto de que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente do trabalho no momento em que este está sendo produzido, os autores indicam que estas relações podem ser sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo e compõem um modelo que tem na sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos, mas por outro lado, estas podem se dar como trabalho vivo nas:

(...) relações entre 'sujeitos', no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os 'dois' em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo. (Merhy, 2002, p.50-1).

E é, portanto, esta forma relacional de produzir o cuidado que se coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado que constituem as tecnologias leves.

Nesta linha de elaboração do trabalho em saúde e a produção do cuidado, para ilustrar estes conceitos, os autores identificam tecnologias inscritas nos instrumentos - as tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar produtos da saúde -, e o conhecimento técnico, identificado por uma parte dura estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (Merhy, 1997; Merhy; Franco, 2003).

Muitos são os estudos, como Merhy et al., (1991), Campos e Cecílio (1994), Campos (1994, 1997, 1999), Merhy (1997, 2000, 2002, 2004), Merhy e Franco (2002, 2003), Campos e Domitti (2007), Cecílio (2012), entre outros, no percurso iniciado por M. Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves ainda nos anos 1970

e 1980, que têm estudado os modelos assistenciais como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área.

Ao considerarmos o trabalho em saúde e os modelos assistenciais como formas de organização da produção de serviços - a partir de um determinado arranjo de saberes – e associá-los aos processos e tecnologias de trabalho, ou seja, um certo modo de agir para ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, na esfera individual e coletiva, passamos a compreender o campo de saberes e práticas da clínica como parte fundamental na organização da produção da saúde bem como as associações entre outros saberes e a multiplicidade de fazeres - como a clínica, a epidemiologia, o planejamento o saber da análise institucional, incorporado ao campo de debate em torno da saúde (L'Abbate, 2003, Merhy; Franco, 2003).

Em análise retrospectiva da estruturação dos modelos assistenciais no âmbito da reforma sanitária brasileira e nos primórdios da construção do SUS, entendemos que houve uma organização para a distribuição dos serviços de saúde de forma hierarquizada, para intervenções sobre o território. Neste cenário, o debate centrou-se na oferta e demanda por serviços, com um processo de trabalho que operava pelos conhecimentos da vigilância à saúde, da epidemiologia e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica (Mendes, 1994; Merhy; Franco, 1999, 2003).

Merhy e Franco (2003) destacam que historicamente a formação dos modelos assistenciais esteve centrada nas tecnologias duras e leve-duras, visto o caráter hegemônico e ligado aos interesses corporativos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, no qual o saber médico influenciou e estruturou o trabalho de outros profissionais – destaque também ao trabalho em saúde bucal -, ficando a produção do cuidado também dependente de tecnologias duras e leve-duras.

Considerando que há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a denominada rede básica (atenção primária), viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscamos em Cecílio (1997, 2012) fecunda discussão sobre o tema.

Segundo Cecílio (1997) por muitos anos tem sido utilizada a figura de uma pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial para a implantação plena do

SUS. A pirâmide poderia representar a possibilidade de uma racionalização do atendimento, um fluxo ordenado de pacientes nos dois sentidos, realizado através dos mecanismos da referência e contra-referência, trabalhando as necessidades de assistência das pessoas nos espaços tecnológicos adequados. Na avaliação do autor, a representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu legitimidade porque representou, de forma densa e acabada, um ideário de justiça social específico para o setor saúde.

A figura geométrica da pirâmide serviu para traduzir a proposta de "regionalização e hierarquização dos serviços", teve consenso do movimento sanitário por estar ligada à ideia de expansão da cobertura e democratização do acesso aos serviços de saúde. Nesta interpretação a formulação de uma "porta de entrada" para garantir o acesso universal ao sistema seria vista como a expressão semiótica da política do movimento sanitário. Além disso, o espaço propiciado por uma ampla rede básica de serviços de saúde, com população adscrita, poderiam formatar o espaço ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico, modelo este centrado no atendimento médico com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. A proximidade do serviço de saúde da residência do usuário facilitaria o acesso e possibilitaria a criação de vínculos entre a equipe e a clientela (Cecílio, 1997).

Nesta perspectiva, o espaço da rede básica seria o locus privilegiado para a testagem e construção de um modelo contra hegemônico de atenção à saúde, cuja hierarquização dos serviços poderia ser a principal estratégia para que se racionalizasse o uso dos recursos existentes no setor saúde. Segundo o autor, representaria a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários. Com a hierarquização se garantiria para o paciente o acesso a todas as possibilidades tecnológicas que o sistema de saúde dispusesse para enfrentar a dor, a doença, o risco da morte. Seria também, a pirâmide, um orientador seguro para a priorização de investimentos em recursos humanos, na construção de novos equipamentos, pois localizaria as reais necessidades da população (Cecílio, 1997).

No entanto, o autor afirma que a pirâmide, a despeito da justeza dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar. Na prática, os usuários por sua conta e risco, buscam onde for possível o atendimento

de que necessitam. O autor considerava, no final dos anos 1990, que era necessária coragem e lucidez para repensar os princípios que têm orientado o modelo assistencial do SUS, por mais que eles pareçam justos e adequados para a transformação da realidade sanitária brasileira (Cecílio, 1997).

Buscamos as avaliações do mesmo autor em publicação mais recente para também entender o que mudou neste processo e no modelo de atenção. Cecílio (2012) compõe um elenco de problemas teórico-práticos da produção do cuidado:

- a quimera da atenção básica em saúde (a promessa que nunca vira realidade de uma rede de atenção básica resolutiva, qualificada, que cuide dos serviços e promova a vida em todas as dimensões, que seja a porta de entrada para o sistema nacional de saúde);

- o “usuário-fabricado” e o “usuário-fabricador” (a tensão entre aquele usuário disciplinado, guiado pelos procedimentos padronizados e previsíveis e o “usuário-real”, autônomo, nômade, que faz escolhas e subverte a racionalidade planejada pelos administradores);

- a disjunção entre o tempo dos gestores, o tempo da equipe de saúde e o tempo dos usuários (as formas diferentes e quase sempre incompatíveis de “vivenciar o tempo” dos vários atores sociais com relação ao acesso aos serviços de saúde; o sentimento de estranhamento dos gestores com o espaço micropolítico na gestão em saúde).

- os múltiplos sistemas que regulam o acesso e consumo de serviços de saúde, ou o funcionamento do SUS real como uma produção social (a regulação formal/governamental compreendida como uma das lógicas regulatórias que envolvem o acesso aos serviços de saúde locais).

Desta forma, consideramos importante entender a estrutura, os conceitos e as ferramentas que a ESF trouxe para a PNAB (Brasil, 2006b) de modo a também cotejar as principais, ou em maior número, ações da Saúde Bucal.

A publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 organizou tecnologicamente o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde a partir dos conceitos da Estratégia Saúde da Família.

Encaminhamos nosso percurso neste estudo para a abordagem da Política Nacional de Atenção Básica e a Atenção Primária à Saúde (APS), a apresentação e reflexões sobre o Programa Saúde da Família (PSF), a organização da rede de atenção pela Estratégia Saúde da Família (ESF), seu histórico e fundamentos.

Avançaremos para as ações de saúde bucal na perspectiva da ESF e da Atenção Básica.

4.4 4º Discurso: Sobre o Programa Saúde da Família (PSF)

Buscando contextualizar a organização tecnológica do trabalho em saúde com os processos político-administrativos do SUS, destacamos, como já discutido anteriormente, que houve um impulso na política de descentralização com Normas Operacionais (NOB/93, NOB/96) favorecendo um arcabouço legal e administrativo necessário ao novo papel atribuído para o poder local. Porém, mais do que reorganizar o modelo assistencial, o que predominou foi o interesse municipal em cumprir requisitos para assegurar repasses federais, não sendo raros os exemplos em que a montagem das novas estruturas administrativas era coincidente com o momento em que o município assumia a gestão da rede de serviços (Conill, 2008).

Segundo Bodstein (2002), para os municípios mais pobres e inteiramente dependentes dos repasses federais, por apresentarem capacidade técnica limitada para planejar, organizar e montar seus serviços, os incentivos para as ações de vigilância sanitária e da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram cruciais para sua estruturação.

Os municípios maiores e com maior capacidade técnica reivindicavam maior autonomia na aplicação dos recursos, mas por serem igualmente dependentes dos repasses federais, foram aderindo ao novo modelo de atenção, pois a verba do SUS e de outros convênios da área da saúde (transferência de recursos financeiros do SUS para os municípios) atinge quase dois terços do total de recursos transferidos pela União para a esfera municipal (Bodstein, 2002).

A origem do PSF no Brasil remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor saúde, instalado desde a Constituição de 1988, com a intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Saúde da Família com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional da assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas (Mendonça; Azevedo, 2002).

A implantação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde, traz no centro de sua proposta a

expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (Brasil, 1997a). Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, avaliações, críticas e os argumentos se apoiam em uma reflexão sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família.

Ao objetivar a reorganização do processo de trabalho em saúde na atenção básica, vislumbrando a incorporação de novos conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias necessárias para responder às necessidades apresentadas nos espaços concretos, onde as pessoas constroem suas histórias, seu processo de saúde-doença, o PSF sinalizou uma mudança no foco da atenção, que passou a ser a família assistida no seu espaço social – área adscrita – com suas singularidades.

O programa indicava um redirecionamento no processo de trabalho, baseado na interação com uma equipe multiprofissional, visando práticas resolutivas e integrais, dentro da perspectiva da vigilância à saúde, esta concebida para a recondução da lógica assistencial, de modo a superar as intervenções voltadas para a cura individual, orientando, para tanto, o uso da epidemiologia como eixo estruturante das ações coletivas (Brasil, 1997b).

A base operacional do programa centralizou-se no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar. Portanto, segundo o departamento de Atenção Básica do MS, o PSF surgiu para alterar o modelo hospitalocêntrico e propor a humanização do atendimento e integração entre as ações clínicas e de coletividade (Brasil, 2000).

Sobre a emergência do Programa Saúde da Família (PSF) na década de 1990, Conill (2008) destaca a confluência de um conjunto de fatores:

a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar mesmo para um governo de cunho neoliberal. É possível também que oferecer um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como uma medida operacionalmente viável para estimular o reordenamento da atenção básica. (Conill, 2008, p.11).

No final da década de 1990a proposta de PSF foi reformulada e adotada institucionalmente em âmbito nacional, estadual e municipal como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, principalmente pelos

incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios – em especial o Piso da Atenção Básica em 1998 que resultou no fortalecimento da Atenção Básica e do PSF no âmbito municipal. A intensificação deste movimento traduziu-se em estratégia de reorientação assistencial. Na NOB-96²⁹ estão as primeiras citações sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, já destacando o PSF como opção (Souza, 2001; Gil, 2006; Calvo et al., 2012).

Na avaliação de Gil (2006), o PSF avançou de programa para estratégia em parte devido ao acúmulo subjacente ao debate e experiências em torno da insuficiência dos arranjos organizacionais, a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regiam o tradicional modelo de atenção à saúde.

Gil (2006) destaca a organização do PSF a partir do referencial da Vigilância à Saúde (organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, produção social da saúde) que sustenta a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária (Mendes, 1996; Paim, 2009).

Desde 2006³⁰ a Estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão em grandes centros urbanos, é a principal proposta governamental/política de reorganização do modelo de atenção à saúde, com apoio político, institucional e econômico do Estado e instituída como alternativa de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. E carrega consigo a expectativa de que possa vir a ser a esperada reestruturação da atenção básica, sobretudo nas capitais brasileiras.

No entanto a expansão e implementação dessa proposta, em grandes centros urbanos, tem encontrado dificuldades, tendo em vista a complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos como a falta de financiamento, o despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no PSF, o padrão rígido para composição das equipes sem respeitar as particularidades locais, a insuficiência de

²⁹ Segundo a análise documental de Gil (2006), a NOB-96 (1998) cita Saúde da Família. Aponta para uma reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados, destacando a importância de vínculo entre serviços e usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunidade; ressaltando a integralidade das ações e a necessidade de incorporar no modelo clínico, o modelo epidemiológico. Explicita financiamento ao PSF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Utiliza os termos serviços básicos e ações básicas, mas não fala explicitamente em Atenção Básica. Não faz referência à Atenção Primária à Saúde e nível primário de atenção (Gil, 2006).

³⁰ Brasil. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)". Diário Oficial da União (2006).

mecanismos de relação do PSF com outros serviços, a precariedade das redes ambulatoriais e hospitalares, uma dinâmica urbana complexa, a dificuldade da interação de novos saberes e de novas práticas para ações coletivas e sociais (Mattos, 2001; Favoretto; Camargo Jr., 2002; Gomes; Pinheiro, 2005).

Destacamos a avaliação de Merhy e Franco (2003) em relação ao PSF. De acordo com os autores, em muitos casos muda-se a forma de produzir sem, no entanto, alterar o processo de trabalho, permanecendo centrado nas tecnologias duras:

A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, dão uma idéia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde. (Merhy; Franco, 2003; p. 8).

Segundo Alves (2005), na possibilidade de novos arranjos, o modelo de atenção centrado na família, baseado em uma vigilância sanitária como o é o de saúde da família, estabeleceu-se preconizando o conhecimento das áreas de atuação - a territorialização; a concepção de saúde e o entendimento do processo saúde-doença a partir da noção de saúde como um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente; a organização do processo de trabalho numa lógica do acolhimento, vínculo e responsabilização pelo usuário; a equidade a partir do enfoque em grupos, famílias e usuários de risco; o planejamento das ações a partir da realidade local; a avaliação sistemática das atividades e o estímulo à participação dos usuários e do controle social (Alves, 2005).

Machado et al., (2007) também destacam no PSF o propósito de mudança do modelo da atenção ao considerar como núcleo do cuidado as famílias, sendo que estas devam ser abordadas e compreendidas a partir do meio onde vivem. Para os autores, o PSF, anunciando sua trajetória como modelo inovador, fundamenta-se em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro.

De acordo com Monken e Batistella (2008), um modelo que se estruture a partir da vigilância em saúde, poderia ser entendido como uma rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, poderia construir um caminho fértil para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito de processo

saúde-enfermidade, a vigilância em saúde deslocaria o olhar sobre o objeto da saúde pública: da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida).

Entendida como uma proposta de ação e uma área de práticas, a vigilância em saúde apresenta como características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; intervenção sob a forma de operações (Teixeira et al., 1998).

Outro ponto a ser abordado no estudo das políticas e modelos de atenção é a relação entre o sistema de saúde e os princípios doutrinários. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade pode ser entendida como opositora do arranjo das racionalidades do sistema, ou seja, o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa.

A política de saúde no Brasil tem sido marcada pela verticalização destas ações. As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental – programática –, tradicionalmente foram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública e a epidemiologia, elaborando respostas verticais do MS para os municípios, atravessando os serviços e as práticas de saúde, atropelando muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida (Alves, 2005).

Segundo Paim (2003), os programas de saúde pública dispõem geralmente de uma administração única e vertical, atravessam instituições, estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e desintegrada. Concentram um conjunto de recursos humanos, materiais e financeiros e de atividades com objetivos bem definidos e muitas vezes constituem respostas pontuais a certas mudanças do perfil epidemiológico.

Voltando nossa abordagem para a PNAB, ressaltamos que o Sistema Único de Saúde utiliza o termo Atenção Básica para designar as ações de saúde que atendam às demandas de maior frequência e relevância da população em um território delimitado.

Seu conceito está presente no texto da Portaria MS/GM nº. 648, de 28 de março de 2006, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica na direção

de um modelo de atenção construído sobre os conceitos e parâmetros do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (Brasil, 2006b, p.71).

O ano de 2006 marcou a gestão do SUS pela proposição de um novo pacto envolvendo a participação do governo federal, estaduais e municipais (tripartite). O momento propiciou a revisão de 27 portarias do MS que regulamentavam a Atenção Básica e que foram substituídas pela implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria/GM nº. 648, complementada pela Portaria/GM nº. 649 que definiu recursos para estruturação das unidades básicas de saúde nos municípios com Pró-Saúde³¹ e Residência de Medicina de Família e Comunidade e pela Portaria/GM nº. 650 que definiu valores do piso da atenção básica (PAB) fixo e variável. Ou seja, um forte financiamento para as ações de saúde nesta direção.

De acordo com as diretrizes desta política, os conceitos de universalidade e integralidade estão em destaque, pois a atenção básica - primeiro nível de complexidade do sistema de saúde – tem a responsabilidade de integrar todo o cuidado em saúde por meio da coordenação entre os serviços, estruturados pelos

³¹ No sentido de buscar a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em parceria com a Secretaria de Educação Superior e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Ministério da Educação (MEC), e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O objetivo do programa é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo Saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população. O Pró-Saúde foi lançado por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 2.101, de 03 de novembro de 2005, contemplando, inicialmente, os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Com a publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes> acesso em 20/03/2013.

sistemas de referências e de contra-referências, e a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php, acesso em 20/03/2013).

Consideramos importante destacarmos desta política algumas terminologias para o entendimento e condução deste estudo.

Há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil esta discussão ganha contornos especiais e a expressão Atenção Básica (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais bem como parte de sua política de saúde (Brasil, 2006b).

Outra expressão amplamente utilizada quando falamos de políticas de saúde é “Atenção Primária à Saúde” (APS), em referência ao “Primary Health Care” na língua inglesa. Vinculada à Conferência de Alma-Ata (OMS - Organização Mundial da Saúde, 1978) é provavelmente o conceito que, segundo alguns autores, se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde (SUS) e modelo comunitário da Estratégia de Saúde da Família (Mello et al., 2009).

Dentre os marcos teórico-conceituais da APS destaca-se a publicação “Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology”, de Barbara Starfield, em 1998, traduzido para língua portuguesa e publicado no Brasil em 2002. Essa publicação evidencia o papel da APS nos sistemas de saúde, traz evidências científicas dos seus impactos na saúde da população e compara o custo benefício entre países com diferentes formas e em diferentes graus de implantação dessa estratégia, além de propor uma estrutura para mensurá-la e definir seus atributos.

Para Starfield (2002), a atenção primária é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde e o locus de equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e

tecnologia. A autora apresenta dois componentes estruturais que estão sob constante investigação no contexto da reforma da atenção à saúde: o financiamento e a porta de entrada. As duas coisas estão altamente relacionadas com o alcance dos atributos da atenção primária.

Os atributos essenciais e exclusivos da APS compreendem: acesso/atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Um alto nível de alcance dos atributos essenciais da APS resulta em três aspectos adicionais denominados aspectos derivativos, os quais qualificam as ações e serviços deste nível de atenção (Starfield, 2002).

Conceitualmente, a acessibilidade pode ser definida como a presença de serviço de saúde próximo à população que o utiliza, bem como a capacidade de lidar com demanda espontânea (não agendada), horário de funcionamento flexível, entre outros. A variedade de serviços diz respeito ao que está disponível para a população, inclusive aquilo que ela acredita que poderia ser ofertado; população eletiva é a capacidade do serviço de conhecer a população para a qual é referência, suas necessidades e demandas; e continuidade consiste na forma como o cuidado é prestado em toda a estrutura da rede. Sobre os aspectos qualificadores da APS destacam-se a centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade, estas consideradas como situação ideal para esta estratégia (Starfield, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica aponta em suas diretrizes, em definição muito próxima aos conceitos de APS, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizando a Atenção Básica como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção. Esta rede de atenção deverá acolher usuários e promover a vinculação e co-responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde (Brasil, 2011).

Em documento de 2006, o Ministério da Saúde destacava que a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e se constituindo como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais. Assim, a Política Nacional de Atenção Básica, na perspectiva do Pacto pela Vida, define como prioridade “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2006a).

Conill (2008), avaliando esta questão, observou que, se num primeiro momento a reorientação da AB pelo Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizada de maneira “vertical” e “seletiva”, sua evolução política a teria aproximado dos conceitos originais da APS. Desta forma, a organização tecnológica da AB fundamenta-se em um pólo tecnocrático com a incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas - comunidade como fundamento das necessidades de saúde, hierarquização, coordenação e integração do cuidado -, e em um pólo participativo associado à democratização dos serviços - mudanças na divisão do saber com ampliação da equipe, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social.

Deste modo, três eixos principais fazem o pano de fundo da política de Atenção Básica brasileira desde 2006: racionalização, legitimação do Estado por meio de políticas públicas e uma maior democratização dos serviços, conduzindo-a pela ESF, na qual estão inseridas as ações de saúde bucal.

4.5 5º Discurso: Sobre a Saúde Bucal no PSF

Embora a formação das equipes de saúde bucal no PSF tenha ocorrido alguns anos depois da implantação do programa, sendo somente regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 267, de 6 de março de 2001, a inclusão da saúde bucal na atenção básica no âmbito do modelo de atenção do PSF, segundo alguns autores, como veremos adiante, poderia responder aos princípios de universalidade e integralidade, melhorando as condições de vida dos brasileiros.

O Artigo 2º dessa Portaria destaca que o trabalho das equipes de saúde bucal deverá voltar-se para a reorganização de acesso às ações de saúde, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (Brasil, 2001).

Do ponto de vista legal, a Portaria nº. 267, de 6 de março de 2001, regulamentou a Portaria nº. 1444, a qual aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF e definiu o Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, estabelecendo a orientação de caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas unidades básicas de saúde por meio de adscrição da população, integralidade da assistência, articulação entre os serviços (por complexidade) do sistema de saúde; definição da família como núcleo central de abordagem, humanização do atendimento, abordagem multiprofissional, estímulo às ações de promoção da saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social, bem como a educação permanente dos profissionais e o acompanhamento e a avaliação permanente das ações realizadas (Brasil, 2001).

A Portaria nº. 673 de 3 de junho de 2003, estabeleceu que o número de equipes de saúde bucal implantadas poderia ser em mesmo número que as equipes de PSF, porém não incluiu a equipe de saúde bucal na equipe mínima do programa. Desta forma, a inserção ou não dessa equipe passou a ser de critério e responsabilidade municipais, inclusive na questão da proporcionalidade entre as equipes de PSF e as de saúde bucal (Souza et al., 2001; Santos et al., 2007; Nickel, 2008).

O novo modelo de atenção propõe às equipes de saúde bucal uma prática voltada à promoção de saúde, ao controle e tratamento das doenças bucais, com prioridade à eliminação da dor e da infecção. É recomendada a utilização de

recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para agir segundo critérios de risco (Brasil, 2001).

A atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde tem sido, nos dias de hoje, em sua maior parte, provida na atenção básica através das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família.

Entre os anos de 2003 e 2010 o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) cresceu em ritmo acelerado e consistentemente. O portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde informa que no ano de 2003 eram 6,2 mil as ESB implantadas, o que correspondia a cobertura de 20,5% da população brasileira. Em 2009, segundo a mesma fonte, já existiam 18.982 ESB implantadas, abrangendo 4.717 municípios brasileiros. Na atualidade, superou a marca de 20.000 equipes (Calvo et al., 2012; Brasil, 2013).

Sobre o modelo de atenção, voltamos ao Plano de Reorientação das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. A expectativa desta reorganização é a de melhora dos índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira e de ampliação do acesso à atenção em saúde bucal (promoção, proteção e recuperação da saúde). O levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (2000) teve como objetivo gerar instrumentos de definição de estratégias que orientassem a operacionalização do sistema de saúde bucal em todo o país (Brasil, 2001).

Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal, de acordo com o Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2008b) é necessário conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos por meio de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e avaliação de risco. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado por um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações (Brasil, 2008b).

O Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006, para a área de saúde bucal, dois indicadores principais: cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada - e dois indicadores complementares: média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de

procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica. De acordo com as necessidades dos municípios, estes devem discutir e pactuar junto à população e aos profissionais de saúde outros indicadores com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde desta população (Brasil, 2008b).

Portanto, quatro indicadores de saúde bucal do Pacto da Atenção Básica segundo a Portaria nº. 493/GM, de 10 de março de 2006, são assim definidos:

- **Cobertura de primeira consulta odontológica programática:** é o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas.

- **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada:** É o percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida a um grupo de indivíduos e expressa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

- **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais:** Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Este indicador tem a finalidade de análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.

- **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais:** Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados

epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população, quais as respostas aos serviços odontológicos especializados, ao grau de atenção e à integralidade do cuidado.

Em relação às metas, em 2010 a análise de dados do Ministério da Saúde indicava que, da meta nacional pactuada de 30% para o indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática o resultado alcançado foi de 11,9%, ou seja, a meta não foi cumprida e, dos 27 estados, apenas 11 alcançaram a meta pactuada. Os elementos que podem ter influenciado o não alcance de metas, de acordo com tal publicação: a dificuldade de fixação de profissionais da saúde bucal no interior dos estados, as áreas rurais dos municípios, as comunidades isoladas (ribeirinhas); a falha na alimentação do procedimento no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o descumprimento da jornada de trabalho (Brasil, 2010).

Para as ações coletivas, a cobertura de escovação dental supervisionada pactuada nacionalmente foi de 5% e o resultado alcançado foi 2,8%, portanto a meta também não foi alcançada (Brasil, 2010). O Ministério da Saúde entende que a escovação dental supervisionada é uma ação educativa com estímulo ao autocuidado, com insumos de baixo custo, porém apresenta resultados, de modo geral, ainda muito baixos no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde:

Infere-se que os elementos que tenham influenciado o não alcance de metas estejam relacionados à ausência de alimentação de dados no sistema de informação, à dificuldade na prática da ação de escovação dental por decorrência da falta de insumos de higiene dental, além do pouco compromisso com a meta pactuada. O alcance da meta possivelmente deve-se à priorização da prática da Escovação Dental Supervisionada por parte dos profissionais das UBS e gestores. A Estratégia Saúde da Família tem potencial para obter melhores resultados com a inserção das Equipes de Saúde Bucal e por ser um modelo que prioriza a prática da prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2010, p. 145).

Da mesma forma, para o indicador “média de procedimentos odontológicos básicos individuais”, a meta não foi alcançada. A meta nacional pactuada foi de 2,5% e o resultado alcançado foi 0,6% (Brasil, 2010).

Este indicador, segundo o MS (Brasil, 2010) tem dependência direta da capacidade instalada da rede de serviços de Atenção Básica com saúde bucal, do fornecimento de insumos odontológicos, da existência de profissionais para realização dos procedimentos específicos e do acesso da população a esses

serviços. Com relação aos resultados obtidos pelas Unidades Federadas, observou-se que apenas três alcançaram a meta pactuada e que, de modo geral, os resultados são baixos (Brasil, 2010).

Os dados por si descortinam algumas dificuldades em operacionalizar um mínimo pactuado entre as esferas de governo e apontam para outras fragilidades do sistema de saúde que, ainda sem sucesso, a PNSB procura responder.

Destacamos o viés programático nas indicações deste documento à medida que limita o cuidado em saúde aos problemas elencados pelas informações epidemiológicas. Aflora, na nossa interpretação, certa rigidez no método de abordagem dos problemas em saúde bucal, com um conjunto de orientações sobre a prática na qual se dissolve o sujeito das ações em saúde e do cuidado. É dado especial relevo ao conjunto de indicadores pactuados, com pouco realce à qualidade destes fazeres. Não a qualidade somente técnica, mas aquela vista na dimensão de compreender expectativas individuais e sociais, pois essas ações em saúde são para indivíduos, famílias, grupos sociais e devem visar à satisfação de necessidades e a solução de seus problemas reais.

Avaliações de resultados ou processos são adequadas para serviços públicos, não é desta quantificação a que nos referimos, mas ao conteúdo intrínseco que nestas orientações transparece: a base biológica que ainda sustenta, na atualidade, as ações em saúde bucal ou mesmo se trata do velho centramento dentário e suas técnicas correlatas.

Como em uma regularidade foucaultiana, o ‘saber odontológico’ emerge na sua função controlista, que eleva uma abordagem biologicista do processo de adoecimento da população e mantém armado, como numa guerra contra a cárie e a doença periodontal, o que de melhor a ciência odontológica produziu de conhecimento etiopatogênico nas últimas décadas. E as ‘ferramentas’ para este enfrentamento, para além de serem as mesmas do preventivismo das décadas de 1980 e 1990, surgem revestidas e ampliadas pelo controle coletivo, da população adscrita, do território.

Como indica o Caderno de Atenção Básica (Brasil, 2008b) a atual PNSB guarda certo destaque para uma ‘manutenção ou retorno programado’ que se caracteriza pelo conjunto de procedimentos para manter a saúde bucal e o controle das patologias identificadas. Desta forma, os usuários que concluíram seus

tratamentos clínicos, ou que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado (Brasil, 2008b).

Ainda sob uma abordagem biomédica do adoecimento, o texto do Ministério da Saúde desenvolvido como manual técnico para a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica propõe uma abordagem dos fatores de risco comum para as doenças, na intenção de romper com "... antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças" (Brasil, 2008b, p.7).

E descreve sua lógica de atuação sobre um determinado fator que pode estar concorrendo simultaneamente para o desenvolvimento ou agravamento de diferentes doenças ou agravos. "Assim, por exemplo, a cárie dentária, a diabetes e a obesidade têm a dieta como um fator de risco comum" (Brasil, 2008b, p.26).

Temos visto um deslocamento proposto pela reorganização do modelo de atenção da PNSB em direção à Promoção da Saúde. Termo amplamente utilizado e que, para não vê-lo banalizado, consideramos importante desenvolver suas bases conceituais e a relação do tema Promoção da Saúde no contexto da PNSB.

Promoção da Saúde é um conceito abordado inicialmente por Henry Ernest Sigerist (1891 – 1957), pioneiro da moderna medicina social e destacado estudioso dos fatores sociais na saúde. Sigerist colocou uma visão integral da medicina através do exercício de suas quatro funções: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração da saúde do paciente e reabilitação - esta no sentido de reintegrar o paciente à sociedade como membro útil. Estas funções foram mais tarde adaptadas por Leavell e Clark (1976), sendo amplamente conhecidas e divulgadas como os "níveis de prevenção", associados ao nível primário de atenção em medicina preventiva, nas relações entre saúde e condições de vida (Nunes, 1992).

Segundo o autor, Sigerist definiu saúde e o seu significado para o bem-estar do homem, em uma visão não somente da condição física e mental, mas considerada em seu sentido social.

Em suas palavras:

Saúde é, por conseguinte, não simplesmente a ausência de doença, ela tem alguma coisa positiva, uma prazerosa atitude frente à vida e uma aceitação

jovial das responsabilidades que a vida coloca para o individuo (Sigerist, 1941 apud: Nunes, 1992, p.76)³².

Cerca de cinco anos depois, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) parafraseou esta declaração com o conceito "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e de enfermidade" (Nunes, 1992 p.76).

A Promoção da Saúde foi entendida originalmente como uma das funções da medicina e posteriormente definida como um conjunto de ações de prevenção primária a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde, tendo o objetivo de melhorar a saúde dos indivíduos e grupos da população.

Em artigo de 1992, Terris afirma que, conceitualmente existe uma grande confusão a respeito de Promoção da Saúde. A despeito de ser um conceito amplo, o autor destaca a tendência de alguns grupos de limitarem a um ou outro aspecto da formulação total. Sua hipótese é de que os diferentes conceitos de promoção da saúde derivam principalmente de uma dualidade em teorias de causa da doença, isto é, causas específicas e as causas em geral sobre os determinantes sociais.

Segundo o autor, o primeiro uso do termo "Promoção da saúde" ocorreu em 1945, quando Henry E. Sigerist, o grande historiador médico, já mencionado neste texto, definiu as quatro tarefas principais da medicina como: (1) promoção da saúde, (2) a prevenção da doença, (3) a restauração do doente, e (4) a reabilitação. Sigerist, nos anos 1940 já definia: "saúde é promovida pela prestação de um padrão decente de vida, boas condições de trabalho, educação, cultura física, meios de descanso e lazer" (Sigerist, 1941³³ apud: Terris, 1992, p.35).

Milton Terris, discípulo de H. Sigerist, apresentou, na Conferência de Implantação da Estratégia de Promoção da Saúde da Organização Panamericana de Saúde, realizada em 1972 em Washington D.C. (e posteriormente publicada em forma de artigo), propostas para a Promoção da Saúde: 1) A ação intersetorial para atingir políticas públicas saudáveis, bem como o papel ativo da população na utilização de conhecimentos de saúde para fazer escolhas favoráveis à saúde e para aumentar o controle sobre sua própria saúde e sobre os seus ambientes. 2) A ação comunitária das pessoas no nível local, de modo a fortalecer a participação pública

³², ³³ Sigerist, H. E. *Medicine and Human Welfare*. New Haven, Yale University Press, 1941.

no direcionamento de questões de saúde pública, posto que estas estão no centro da estratégia de promoção da saúde (Terris, 1992).

Segundo Bógus (2002), a Promoção da Saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são importantes para melhorar a situação de saúde e de vida das pessoas.

Para Czeresnia e Freitas (2003), a Promoção da Saúde tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propôs ações intersetoriais, - como emprego, renda, saneamento, habitação, educação, transporte, lazer e saúde – e também de mobilização social na busca da melhoria da qualidade de vida da população.

Conforme definido na Carta de Ottawa em 1986, a promoção da saúde visa o desenvolvimento de ambientes que conduzam à saúde, reconhecendo o impacto deste nas condições de saúde, visa políticas saudáveis considerando o impacto de políticas públicas de outros setores no setor saúde; visa fortalecer as ações comunitárias – dos indivíduos e das comunidades nos processos decisórios, redes sociais, planejamento e estratégias para a saúde; busca desenvolver habilidades pessoais, sociais e políticas que permitam aos indivíduos promover a saúde. Entende a reorientação dos serviços de saúde com foco dirigido à meta da saúde com equidade.

As discussões de Ottawa em 1986 e os encontros e conferências posteriormente realizadas (Sundsvall em 1991; Santa Fé de Bogotá em 1992; Caribe em 1993; Jacarta em 1997 e Adelaide em 1998) têm ajudado a delinear um novo paradigma da produção social do processo saúde doença e, desta forma, a saúde de cada indivíduo, dos grupos sociais e da comunidade, indo além do que seria apenas responsabilidade do setor saúde (Brasil, 2008b).

Ampliando a visão tradicional de saúde, a Promoção da Saúde incorpora a complexidade das trocas sociais na interrelação da saúde com os contextos sociais, culturais, políticos e econômicos da sociedade (Kusma et al., 2012).

A utilização de um conceito político para a formatação de estratégia para a saúde deve ser revestida de critérios e deve reafirmar a saúde como direito do cidadão, deve reconhecer o vínculo entre saúde e desenvolvimento justo e sustentável, de forma a favorecer o apoderamento da sociedade no desafio de combater iniquidades por meio de políticas públicas voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (Teixeira, 2010; Kusma et al., 2012).

Sobre as possibilidades da “Promoção da Saúde”, Ferreira et al., (2011) afirmam que, muito mais que uma expressão, a Promoção da Saúde é ideário que serve de referência para ações e políticas no campo da saúde. No entanto, marcada pela ambigüidade com a Prevenção em Saúde, a Promoção da Saúde vem sendo identificada em diferentes abordagens.

A primeira delas, chamada de comportamentalista ou conservadora, fundamenta-se em fatores de risco produzidos por vertentes reducionistas clássicas da epidemiologia, orientando mudanças comportamentais e de estilo de vida. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde é vista como um meio de dirigir os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua própria saúde e assim reduzir os gastos com o sistema de saúde (Ferreira et al., 2011).

A outra abordagem de Promoção da Saúde, como destacam os autores, ficou conhecida como “Nova Promoção da Saúde” (ou abordagem sócio-ambiental ou sócio-ecológica), cujo marco foi a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá. Esta também se baseia na ideia de risco epidemiológico, mas tem seu foco dirigido para os condicionantes gerais da saúde como ambiente social, econômico e cultural (Ferreira et al., 2011).

Verdi e Caponi (2005) também discutem a promoção da saúde numa perspectiva de modelo sanitário, entendido como conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se expressam nos espaços da organização do trabalho e das práticas de saúde. Segundo as autoras, a evolução histórica das ideias de promoção da saúde apresenta diferentes interpretações. Destacam o enfoque comportamental por ações que visam à transformação de hábitos e estilos de vida, pontuando fatores de risco e transferindo a responsabilidade ao indivíduo. Outra interpretação considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de vida e de saúde estando diretamente relacionada à qualidade de vida individual e coletiva.

Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde é vista como um meio para mudanças sociais e diminui a ênfase da abordagem comportamentalista na mudança de estilos de vida e nos fatores de risco como elementos direcionadores das ações em saúde (Ferreira et al., 2011).

Um ponto importante na elaboração do percurso teórico deste estudo é o entendimento da Prevenção em Saúde.

As ações preventivas podem ser definidas como intervenções orientadas a evitar doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. De certa forma, a base do discurso preventivista é o conhecimento epidemiológico moderno a serviço do controle da transmissão de doenças infecciosas, bem como a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (Czeresnia; Freitas, 2003).

Ao costurar estes conceitos com a PNSB, surge para nós um emaranhado de conceitos atrelados a práticas ainda pouco claras. Buscamos em Kusma et al., (2012) uma parte desta elaboração.

Segundo os autores, no contexto brasileiro, o desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde – também as de saúde bucal - e a construção de evidências sobre sua efetividade ainda são limitadas e podem estar relacionadas a fatores como: imprecisão conceitual, campo de ação reduzido, incipiente cultura de avaliação, ações programáticas verticais, muitas vezes pontuais e focadas no indivíduo, o que, segundo os autores, demonstra a necessidade de se promover uma articulação entre os conceitos e estratégias de promoção da saúde bucal para práticas qualificadas nesse campo de atuação (Kusma et al., 2012).

Por outro lado, os documentos da Política Nacional de Saúde Bucal direcionam as questões sobre prevenção de doenças (cárie principalmente) a protocolos de intervenção, fazendo parecer que se trata de promoção da saúde:

para atividades educativo-preventivas e curativas é importante considerar também a atividade da doença. A adoção deste critério, embora priorize esta situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades (...) como exemplo cita-se o apoio a ações e políticas que: (1) promovam desenvolvimento social; (2) possibilitem o acesso a saneamento básico e incentivem a fluoretação das águas de abastecimento; (3) contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool; (4) incentivem dietas mais saudáveis; (5) contribuam para garantir proteção no trabalho; (6) contribuam para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB - Lei no 9394/96), entre outras. Especificamente em relação à LDB, significaria discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de escolas saudáveis (Brasil, 2008b, p. 22 -25).

Este estudo leva-nos a pensar sobre uma confusão conceitual ou terminológica que parece enaltecer a prevenção de doenças no discurso da prática em saúde bucal como resposta à Promoção da Saúde. Assim, em que medida a organização tecnológica poderia responder de fato à promoção da saúde?

De certa forma o conceito de promoção da saúde perdeu-se nos arranjos organizacionais de atos especificamente técnicos para prevenção de doenças na sua abordagem restritamente biológica e/ou epidemiológica. Textualmente são ações “... individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e de intervenções cirúrgico-restauradoras ofertadas de forma organizada” (Brasil, 2008b, p.22).

Essas são leituras e interpretações produzidas por este estudo que serão posteriormente comentadas, mas que indicam um tanto dos “nós” e da intensa, profunda e aparentemente indissociável relação da odontologia com a política de saúde, da abordagem biomédica, focada nas lesões (ampliou-se a mirada sobre os *tipos de lesão: lesão cariiosa, lesão por câncer, lesão do periodonto*) à organização das práticas.

Com esta breve introdução ao tema, apresentamos as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

4.6 6º Discurso: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: Apresentação e Abordagem Crítica do Tema

Segundo alguns autores, a atual Política Nacional de Saúde Bucal teve sua formulação iniciada na construção do programa de governo da candidatura de Luiz Inácio Lula da Silva às eleições presidenciais de 2002. Em face da vitória do candidato, várias reuniões foram articuladas com a finalidade de negociar e detalhar as estratégias de ação do Executivo para a saúde bucal. Destaque para o documento produzido em uma destas reuniões, a qual aconteceu em São Paulo em 2002: “Fome Zero e boca cheia (de dentes)!”. Em um segundo momento, a Comissão de Assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal assumiu a consolidação e sistematização das propostas de modo organizado, em um engajamento dos pares, com confluência de opiniões (Garcia, 2005; Andrade, 2009).

As diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS foram estruturadas a partir de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentadas nas proposições de odontologia e de saúde coletiva, em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Segundo o documento oficial produzido por esta comissão e intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” estaríamos diante de uma nova proposta para a saúde bucal no país. Tal política reinseriu a saúde bucal no contexto das políticas de saúde, tornando-a umas das prioridades do Ministério da Saúde e com medidas que objetivaram concretizá-la como política de Estado:

As diretrizes aqui apresentadas apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco — pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (Brasil, 2004b, p. 3).

O texto avança na interpretação do cuidado em saúde vinculado à humanização das ações. Considerando que a produção do cuidado traria consigo a proposta de desenvolver ações e serviços com a responsabilização dos atores (os serviços, os trabalhadores da saúde, os usuários), na busca de respostas às dores,

angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que este processo venha a produzir conhecimento.

Diferentemente de outras políticas para a saúde bucal, a PNSB propõe que a reorientação do modelo de atenção busque uma adequação do sistema de trabalho das equipes de saúde bucal para que englobem ações de promoção e proteção da saúde, resultantes do conhecimento da realidade de saúde de cada localidade como forma de construir uma prática resolutiva.

Segundo a PNSB, as mudanças na prática odontológica devem se dar por processos que ampliem e qualifiquem a assistência desde a efetiva inclusão das equipes de saúde bucal no PSF como forma de garantir o acesso à atenção básica, até a estruturação da atenção no nível secundário e terciário, visto que os serviços odontológicos especializados, no âmbito do SUS, historicamente correspondem a baixos percentuais do total de procedimentos clínicos (Brasil 2004b).

No que se refere ao processo de trabalho, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) busca reorganizar as práticas em todos os níveis de atenção, colocando como eixo de reorientação as linhas de cuidado, bem como uma concepção de saúde não centrada apenas na cura dos doentes, mas na melhoria da qualidade de vida, intervindo sobre fatores de risco. O cuidado proposto implica na vinculação dos serviços e dos trabalhadores na construção de conhecimento, responsabilização e autonomia dos indivíduos.

Portanto, a nova proposta de orientação do modelo em saúde bucal exige novas competências profissionais, uma reformulação do processo de trabalho e a formação dos trabalhadores orientada pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde e pelo debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS (Brasil, 2004b).

Como seria esta reorientação? Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos em direção a ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, no informar, no atender e no encaminhar (referência e contra-referência) (Brasil, 2004b).

Assim, as ações e os serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para construir uma prática resolutiva. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua

saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem, bem como o que fazem para evitar enfermidades (Costa et al., 2006).

No que compete à descrição do plano de atuação da PNSB também estão elencados a viabilização da adição de flúor nas águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica, incorporando ao cotidiano dos serviços e às ações de saúde bucal a rotina de abordagem e cuidado da Estratégia Saúde da Família, a formação de Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e a implantação de laboratórios regionais de prótese dentária para a referência da atenção especializada (Brasil, 2004b).

Junqueira et al., (2004) destacam que este novo modelo representa uma proposta de permanente sistema de vigilância epidemiológica e coleta de informações para acompanhar o impacto das ações, avaliar e planejar distintas estratégias e/ou adaptações em decorrência dos diferentes perfis socioeconômicos da população brasileira.

Os autores consideram a PNSB como o resultado do amadurecimento e da consolidação da Saúde Bucal Coletiva no Brasil e enfatizam que a construção de um modelo, antes visto como utópico, é viável e leva à necessidade de se firmar uma agenda com ações integradas que contribuam para a melhoria da saúde bucal dos brasileiros (Junqueira et al., 2004).

Desta forma, tomado como ponto de partida para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária implica, necessariamente, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários, em ter consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação.

O estímulo à construção de uma consciência sanitária, em que a integralidade seja abordada como direito a ser conquistado, poderá resultar em participação social para desenvolver o controle social das ações e dos serviços em saúde bucal. Além disso, a equipe de saúde, em conjunto com os demais setores da sociedade, deve participar desta construção, em um movimento político e social que transcenda à dimensão técnica da odontologia, ampliando racionalmente a responsabilização e autonomia em cada usuário (Junqueira et al., 2004; Costa et al., 2006).

Segundo a PNSB, a organização tecnológica no novo modelo de atenção com a adequação do processo de trabalho requer uma atuação da equipe de saúde bucal

voltada para a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo: ou seja, não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico:

Além de suas funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas para ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, atenta ao contexto sócio-econômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas. A ESB deve ser — e se sentir — parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (Costa et al., 2006, p. 59-60).

Outro ponto que destacamos das diretrizes da PNSB é a interpretação dada à integralidade, considerando que este conceito/princípio poderia ser contemplado através da virtual capacidade da ESB de oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto no coletivo (Brasil, 2004b).

Como podemos perceber, o conceito de integralidade que a PNSB utiliza para organizar as práticas é bastante restritivo, ou talvez, superficial, pois aposta em um conjunto de fluxos, abordagens, metas e resolutividade como formas de bem executar o cuidado em saúde. Mesmo quando desloca para as linhas de cuidado a questão da organização tecnológica, parece pairar apenas sobre a boa distribuição do arsenal tecnológico da odontologia para as diferentes faixas etárias e seus respectivos agravos em saúde, como o destaque para a abordagem de diabéticos, hipertensos, portadores do vírus da Imunodeficiência Humana, entre outros.

Consideramos, para a abordagem crítica da PNSB a qual nos propomos trazer para este estudo, a apropriada avaliação de Mattos (2001) sobre necessidade de saúde e epidemiologia e que complementam a abordagem da integralidade.

Segundo o autor, algumas necessidades não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica, e algumas ações se justificam independentemente do impacto epidemiológico que porventura produzam. Por sua vez, a demanda espontânea pode ser vista como a expressão da percepção das necessidades de saúde e deve ser extremamente reveladora para a discussão da organização de serviços de saúde. A demanda espontânea não se reduz a um perfil de morbidade, nos termos epidemiológicos, pois contem outras razões para a busca dos serviços

de saúde. Desta forma, ao reconhecermos essa necessidade, somos apresentados a outro sentido de integralidade:

não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. Nesse sentido, a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada. Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2001, p. 55).

Sobre o que temos exposto neste estudo, nos parece que a “novidade” do modelo de atenção, as novas tecnologias em saúde, a mudança do processo de trabalho em saúde bucal estariam, portanto, mais na gestão de como melhor identificar e planejar ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, por meio do conhecimento das características do perfil epidemiológico da população adscrita, do que na abordagem do paciente/sujeito em sua complexidade. Trataremos deste tema mais adiante.

Passados oito anos (usando como referências as experiências em saúde bucal no SUS da publicação da PNSB de 2004 até 2012), estudos conduzidos em diferentes partes do Brasil, e com diferentes particularidades geográficas, demográficas, políticas e econômicas, vêm demonstrando um descompasso entre a proposta da política e a prática no cotidiano dos serviços.

Nesta etapa do estudo, buscamos ilustrar como tem acontecido a condução da prática em saúde bucal em alguns municípios brasileiros que adotaram o PSF, buscando compreender de que forma está posto o novo arranjo da organização tecnológica do trabalho em saúde bucal. O material levantado foi o das experiências relatadas em artigos disponíveis na base de dados Scielo, no período citado.

Retomamos o estudo de Soares et al., em artigo publicado em 2011, quando realizaram um estudo do tipo revisão da literatura, com objetivo de avaliar a atuação da Equipe de Saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo

artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período de 2001 (ano da implantação das Equipes de Saúde Bucal) a 2008.

Segundo os autores, dos 20 artigos selecionados, em relação aos resultados da prática da saúde bucal na política de saúde da família,

Como aspectos positivos destacam-se a maior ênfase às ações de promoção, prevenção e educação; a delimitação da clientela possibilitando melhor acompanhamento; o aumento no número de procedimentos odontológicos; a cobertura populacional de acordo com o mínimo estipulado pelo Ministério da saúde; propostas de trabalho consistentes em fase de implantação; a recepção favorável e satisfação por parte do usuário; a boa integração do cirurgião-dentista (CD) com a equipe e sua capacitação na área de saúde pública; e a existência de relações humanizadoras e vínculo entre trabalhadores e usuários (Soares et al., 2011, p.3171).

Por outro lado, o material coletado pelos pesquisadores também desvelou aspectos negativos, destacados em 16 dos 20 artigos selecionados:

Os aspectos negativos, (...) foram mais numerosos do que os positivos e incluíram a falta de atividades de planejamento, programação e avaliação; a grande demanda reprimida e a pouca oferta; a não ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal em comparação com áreas não cobertas pela ESF; obstáculos nas relações entre os sujeitos; a maior expectativa voltada às ações curativas e queixas relacionadas à presteza no atendimento e resolubilidade do serviço por parte dos usuários; a não percepção do trabalho da ESB pelos usuários; dificuldades referentes ao encaminhamento dos casos de maior complexidade; ausência de THD na equipe; ações com foco no atendimento clínico e valorização excessiva da técnica e da especialidade; predomínio de práticas preventivas e educativas tradicionais; dificuldades no desempenho das atividades; dificuldades na intersetorialidade e no diagnóstico epidemiológico; contratos precários, baixos salários, frustrações e condições inadequadas de trabalho para o CD (Soares et al., 2011, p.3171).

Os autores destacam que, de uma forma geral, foi possível identificar a necessidade, em princípio, de reorientação de rotinas instituídas, uma vez que na grande maioria dos municípios pesquisados as ações da ESB na ESF não têm sido realizadas de forma satisfatória, tendo como parâmetro as diretrizes constantes nos documentos oficiais. Predominam as características do modelo tradicional de atenção, indicando que o incentivo financeiro parece não ser suficiente para promover as mudanças desejadas (Soares et al., 2011).

Este artigo traz a tona questões como a necessidade de se melhorar a formação dos profissionais para legitimar a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla: a da qualidade de vida. Também realçam a

necessidade de uma formação que possa desenvolver um perfil para a prática profissional consoantes com os fundamentos da ESF no que se refere à interação teoria-prática. Os autores destacam projetos governamentais como o Ver SUS, projeto que se orienta pela abertura dos órgãos de gestão do SUS como espaços de ensino e aprendizagem, e também apontam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) como uma possibilidade para enfrentar a dificuldade de inversão do modelo assistencial na medida que poderia auxiliar na formação de profissionais aptos a trabalhar tanto na prevenção e recuperação quanto na promoção e proteção à saúde (Soares et al., 2011).

Outro artigo que destacamos na busca de produzir um retrato da saúde bucal na ESF, é a publicação de Santos et al., (2007) que traz a avaliação das tensões vivenciadas pela equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Alagoinhas – BA. Os autores buscaram na análise do acolhimento do usuário um balizador do processo, mostrando o percurso enfrentado por usuários e trabalhadores na produção da atenção à saúde bucal, em diversos momentos: recepção, atendimento individual e a conclusão ou não do processo terapêutico (tratamento, retorno e encaminhamentos externos).

Tal estudo revelou a iminente necessidade de se repensar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal, em especial do dentista, para superar uma prática centrada na queixa e pouco resolutiva, fato este que tem gerado tensões e insatisfações, tanto para os trabalhadores da área, quanto para os usuários, por ser inadequada ao novo modelo de prática.

Destacam-se também as dificuldades enfrentadas pela população para garantir o acesso aos serviços de saúde bucal, marcado por relações tensas e conflitantes, entre elas a baixa resolutividade no atendimento às necessidades demandadas. Os autores não aprofundam a discussão sobre tratamento completado ou não completado, mas apontam este tema também como um ponto de tensão entre os envolvidos.

Em publicação anterior, vemos claramente esta questão, que segundo Santos e Assis (2006):

Na realidade, a forma como se organizam as práticas em saúde bucal nos conduzem a uma discussão polêmica – fazer ou não o “tratamento completado”, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos em relação aos procedimentos básicos, ou resolver apenas os problemas demandados em cada consulta. O “tratamento não completado” gera, de um lado, uma maior rotatividade de usuários que

utilizam os serviços, mas, por sua vez, cria um círculo vicioso, no qual a baixa resolubilidade acaba por gerar a permanência dos usuários por muito tempo no serviço, sem a garantia de que concluirão o tratamento ou conseguirão resolver os seus problemas (Santos; Assis, 2006, p.56).

Entendemos que um projeto terapêutico deve refletir, no modelo de atenção à saúde, a busca de maior eficácia, a capacidade dos modelos de produzir saúde, de promover, prevenir, curar, reabilitar e aliviar o sofrimento, na forma como nos fala Campos (2003).

A organização tecnológica de um modelo de atenção deve buscar resultados concretos, tanto na melhoria dos indicadores de saúde quanto na diminuição do risco e da vulnerabilidade epidemiológica, social e clínica.

Ainda falta-nos uma melhor elaboração sobre integralidade e o cuidado em saúde, objetos dos próximos capítulos, para avançarmos na discussão do novo modelo proposto pela PNSB a partir de sua reorganização tecnológica.

4.7 7º Discurso: Sobre a Integralidade

Ao discutir modelos de atenção em serviços públicos de saúde, constituídos e organizados conforme os pressupostos do SUS, é grande o relevo dado ao princípio da integralidade, sem minimizar a importância da universalidade, equidade ou participação social.

Paim (2009) destaca que a integralidade é o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, pois desde a década de 1990 a ênfase política sempre foi o financiamento e a descentralização. Na visão deste autor, mas não apenas ele, somente com a expansão e reorientação política do PSF/ESF foi possível retomar a discussão da integralidade no modelo de atenção, pois tal modelo incorpora no seu método de fazer as propostas de territorialização, vigilância da saúde, acolhimento e vínculo. Um dos principais motivos para o PSF vislumbrar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, está no fato de entre seus objetivos e metas institucionais, políticas e sociais, basear na integralidade da atenção e do cuidado à família a centralidade de suas ações (Pinheiro, 2001; Gomes; Pinheiro, 2005).

Podemos dizer que a integralidade não é apenas uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) definida constitucionalmente. Nesta, a definição da integralidade pressupõe a oferta pública de ações preventivas e curativas, básicas e de média e alta complexidade, bem como a hierarquização do atendimento, garantindo referência e contra-referência nos níveis de complexidade do sistema de saúde (Bodstein, 2002).

A integralidade como definição legal e institucional é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado superam os modelos idealizados para sua realização (Pinheiro, 2008).

Segundo Mattos (2001):

a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos

quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2001, p.40).

Machado et al., (2007) destacam a integralidade como um conceito que permite a identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não seja alcançável em sua plenitude, princípio que considera todas as dimensões possíveis que se pode intervir. Desta forma, o atendimento integral extrapolaria a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongaria pela qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o aprendizado contínuo e com a prática multiprofissional.

As autoras entendem a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade percebendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Destacam a educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno (Machado et al., 2007).

Mattos (2001) assertivamente conduz a discussão das práticas de saúde sob a ética da integralidade. Para o autor, a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde que se caracterizariam pela busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional.

Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer.

O autor propõe a reflexão sobre três conjuntos de sentidos do princípio de integralidade, que incidem sobre diferentes pontos: 1) atributos das práticas dos

profissionais de saúde, sendo valores ligados a uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; 2) atributos da organização dos serviços; 3) respostas governamentais aos problemas de saúde (Mattos, 2001).

Comentando tais afirmações, Pinheiro (2008) considera que a boa prática assentada na integralidade consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente (que procura o serviço de saúde) e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao sistema biológico do paciente, pois tal redução criaria silenciamentos. A autora destaca que, na sua interpretação, esta integralidade está no encontro, na conversa do profissional de saúde que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional "... com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos" (Pinheiro, 2008, p. 256).

Para a organização dos serviços, como modo de organizar as práticas, Pinheiro (2008) assinala a necessidade de horizontalização dos programas anteriormente verticais (desenhados pelo Ministério da Saúde), superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde para contemplar e articular demanda programada e demanda espontânea.

A assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas deve ter forte alicerce na identificação dos problemas a serem enfrentados pelas equipes de saúde a partir do horizonte da população atendida. A integralidade deve contrapor-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (Alves, 2005).

Segundo Pinheiro (2008), na prática dos serviços a integralidade ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja:

concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (Pinheiro, 2008, p. 257).

Complementando essa abordagem, Mattos (2001) destaca:

quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica (Mattos, 2001, p. 62).

Ao repensarmos novas modelagens assistenciais na integralidade do cuidado da saúde, devemos aprofundar o debate sobre a natureza do processo de trabalho, especialmente a sua micropolítica (Merhy, 2002, 2004) e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde.

Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, refletido em ações diferenciadas na produção da saúde que possam operar com tecnologias voltadas para a produção do cuidado, estabelecendo novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde - centrado nos usuários e suas necessidades (Malta et al., 2004; Machado et al., 2007).

Segundo Alves (2005), para efetivamente conseguirmos uma prática em saúde que reflita o princípio da integralidade, devemos integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinares e multiprofissionais para a compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas.

Segundo a autora:

integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, locus de exercício de racionalidades (...) de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população (Alves, 2005, p.43).

No entanto, a lógica de novos arranjos na produção do cuidado contrapõe-se ao cotidiano dos serviços de saúde, onde frequentemente há confronto entre os

profissionais que atuam ou que deveriam atuar com o mesmo objetivo, ou seja, o bem-estar do usuário/paciente e o desenvolvimento de ações curativas ou preventivas no processo de saúde/doença (Pinheiro; Mattos, 2003).

De acordo com Pinheiro (2008), para entendermos a integralidade como meio para concretizar o direito à saúde é importante também observar a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população.

A integralidade centrada na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, no ato de cuidar alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos. Este sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu devir, devendo ser respeitado no seu saber (saber particular e diferenciado), pois deste modo, considerando de fato esses saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, se construirá um compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários (Gomes; Pinheiro, 2005; Pinheiro, 2008).

Desta forma a integralidade se constitui em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde; poderá ser reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm a concepção ou 'ideia-força' de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (Pinheiro, 2008).

A integralidade ganha visibilidade quando se atinge a resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços. Para a organização das práticas em saúde a integralidade no cuidado necessita de definição de responsabilidades entre serviços e população, humanização³⁴ das práticas da saúde, estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e a população, estímulo à organização da

³⁴ Muitas vezes associada às discussões sobre integralidade, a política de Humanização do Ministério da Saúde (Brasil, 2008a) destaca o acolhimento e a formação de vínculos na relação profissional/usuário como um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde. "O cenário indica a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão. Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, criamos no SUS a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde. Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão". (Brasil, 2008a, p.8-9).

comunidade para o exercício do controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania. Essa 'ideia-força' constitui o cerne da cidadania do cuidado (Pinheiro, 2008).

Botazzo (2008) ilumina tal discussão expandindo conceitualmente a integralidade e suas múltiplas dimensões, das quais poucas apenas se realizam na saúde, ou são passíveis de concretização nos serviços ou na atuação do profissional de saúde. Dadas as características da sociedade contemporânea como pobreza, guerra, exploração, desconforto e alienação, além de importante desenraizamento cultural e social decorrentes dos fluxos migratórios, a questão dos subempregos, ou seja, motivos não faltam para que produzir ou manter um homem inteiro seja tarefa que vai muito além das possibilidades dos de serviços de saúde.

O autor traz implícita crítica aos modelos de saúde que, na busca por ações integralizadoras, elegem a promoção da saúde como ferramenta para prover cuidados para indivíduos ou grupos, os quais, desde os anos de 1990 têm se caracterizado como práticas dos sujeitos e não mais sobre os processos sociais como proposto pela promoção da saúde (Botazzo, 2008).

Os entendimentos sobre integralidade nos conduzem a procurar por mais e melhores respostas sobre o cuidado em saúde e suas interrelações com os modelos de atenção.

No próximo capítulo trataremos do cuidado em saúde também como percurso teórico para a discussão que se propõem este estudo.

4.8 8º Discurso: Cuidado em Saúde

Ao iniciar este capítulo, consideramos relevante destacar e esclarecer o entendimento de cuidado e suas possibilidades para o modelo de atenção ao qual este estudo faz referência. Buscamos na bibliografia autores envolvidos com uma produção intelectual de reflexão sobre o cuidado em saúde, na intenção de construir um suporte para interpretações e inferências a que este trabalho tem por propósito.

Primeiramente José Ricardo Ayres, em um ensaio de 2004, elegantemente coloca-nos, a partir de uma desconstrução teórica com vistas para a reconstrução em curso nas práticas de saúde, o cuidado sob três perspectivas conceituais: como categoria ontológica, como categoria genealógica e como categoria crítica. Consideramos contribuição ímpar para o campo das práticas em saúde tal leitura e interpretação e convictamente trazemos a discussão do autor para este estudo. É constructo teórico que alavancará a discussão desta tese.

Ayres (2004), destaca a interface das três perspectivas apontadas como uma direção para o entendimento e reconstrução das práticas de saúde, que se daria pelo movimento de profissionais e serviços no sentido de se voltarem à presença do outro no espaço assistencial, pela otimização e diversificação das formas e pela qualidade da interação eu-outro nesses espaços, bem como pelo enriquecimento dos horizontes de saberes e fazeres em saúde na perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

Nas palavras do autor,

Trataremos aqui do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2004, p.74).

Ayres (2004) traz o pensamento de Martin Heidegger (1889-1976) para a categoria cuidado, tal como proposta em “Ser e Tempo”, que situa a condição humana a partir da construção de significado às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto existencial. Na dialética de

presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa elaboração sempre em curso, que tem como substrato a linguagem e como “artesão” o cuidado (Heidegger, 1995).

Considerando muito rica em significados a antiga fábula de Higino, Heidegger se vale dela para sua interpretação e aproximação hermenêutica com o cuidado - nas palavras de José Ricardo Ayres. Reproduzida aqui, ilustra a abordagem do autor sobre o plano filosófico da construção do cuidado:

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de humus (terra) (Heidegger, 1995, p. 263-4)

Sobre esta fábula, Ayres (2004) destaca os aspectos do movimento, da interação, da identidade/alteridade, da plasticidade, de projeto, de desejo, de temporalidade, da não-causalidade e responsabilidade como elementos que se extraem da interpretação do texto e servem para reencontrar, no plano das práticas de saúde, a discussão do cuidado.

Uma segunda construção conceitual de relevância para o tema, segundo Ayres (2004) é a que trata do cuidado como expressão de formas de vida da civilização ocidental. Trata-se da categoria foucaultiana do cuidado de si.

A categoria “cuidado de si”, para Foucault (2002), é definida como uma espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social, na forma de saberes e práticas voltados para a construção do lugar do eu e do outro na suas interações, nos planos público e privado. É um movimento de construção, manutenção e transformação da identidade dos indivíduos, entendidas por Foucault como “tecnologias do si”. Nesse processo, surgem as formulações: Que fazer de si mesmo? Que trabalho operar sobre si? (Ayres, 2004).

Ao expor as ideias de Heidegger e Foucault, Ayres (2004) destaca:

Em síntese, Heidegger possibilitou-nos uma auto compreensão existencial da condição humana como cuidado. Foucault nos mostra o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida no ocidente cristão. (...) É tirando proveito dessa mútua fecundação, da possibilidade de nos argüirmos do valor existencial das tecnologias do si como forma de vida, que buscaremos nos indagar a respeito das práticas de saúde contemporâneas, dos alcances, limites e implicações das formas atuais de cuidado em saúde. Cabe, nesse sentido, nos perguntarmos: até que ponto esse labor individualista e “pan-racionalista” segue instruindo as práticas de saúde contemporâneas? Em que tecnologias específicas se organiza, se é que se organiza? Até que ponto atinge práticas de saúde pública? É possível identificar outros tipos de tecnologia, outras “artes da existência”, outros projetos existenciais nas propostas contemporâneas para as práticas de saúde pública? (Ayres, 2004, p. 81).

A terceira concepção que o autor traz para as reflexões sobre o cuidado diz respeito ao modo de interação nas e pelas práticas de saúde na contemporaneidade, definindo para a análise das tecnologias já configuradas o campo institucional das práticas de saúde (Ayres, 2004).

Destaque dado ao caráter individual-universalista do cuidado em saúde, o autor busca desenrolar as problematizações desse cuidado no âmbito de suas configurações técnicas e institucionais, constituídas de um conjunto de reflexões críticas sobre as tecnologias da saúde que, sob diferentes perspectivas, tratam da organização de ações e serviços, da formulação de políticas de saúde, das relações médico/paciente, das relações serviços/população, das relações entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos, como já tratados também por outros autores (Schraiber et al., 1996; Czeresnia; Freitas 2003; Pinheiro; Mattos, 2003).

O autor eleva o questionamento da técnica (arte tecno-científica da medicina) aplicada ao cuidado em saúde e propõe a reflexão e discussão para a assistência à saúde, com a histórica aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas (Ayres, 2004).

O autor instiga:

Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determinam limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico (Ayres, 2004, p. 84).

Na condução do pensamento neste ensaio, Ayres elenca algumas questões para reflexão sobre o cuidado em saúde, particularmente na assistência: a progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde de se provarem racionais, de se mostrarem sensíveis às necessidades das pessoas e se tornarem cientes de seus próprios limites. Qual o significado desse lugar destacado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência? O que é essa arte tecno-científica? O que são essas ciências completamente dependentes da arte de assistir à saúde? Por que a tecnociência da assistência à saúde tem sido acusada de ser irracional, desumana, onipotente? (Ayres, 2004).

O autor, então, realça os questionamentos:

Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a Medicina tecno-científica encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra ad infinitum, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais artísticos.(...) ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e suas práticas (a práxis médica), a assistência à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade (Ayres, 2004, p.83-4).

Expondo uma nova categoria para o cuidado, Ayres (2004) traz a categoria reconstrutiva interpretando-a em sua potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, na possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecno-ciência e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que o autor tem chamado de ‘Cuidado’.

Nesse viés, a interação terapêutica se apoia na tecnologia, mas não se limita a ela:

Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Ou seja, não é a *theoría* nem a *póiesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a *práxis*, ou atividade prática (Ayres, 2004, p. 86).

Neste pensamento, do qual partilhamos a essência, a importância do Cuidar nas práticas de saúde reside no desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados sim na tecnologia, mas sem resumir a ação em saúde à tecnologia (aqui entendida como as tecnologias duras já tratadas neste estudo). A intervenção técnica se articula verdadeiramente com um 'Cuidar' quando o sentido desta intervenção passa a ser não somente o alcance de um estado de saúde, nem apenas a aplicação das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas sim o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (Ayres, 2004).

Outra abordagem sobre o cuidado que instigou este estudo foi a aproximação da teoria de Donald Winnicott (1896 – 1971) aos cuidados em saúde. De forma resumida, Winnicott construiu uma teoria pautada na relação humana, na formulação de vínculos e na intencionalidade dessas relações, isto é, no cuidado do ser humano consigo e com seu próximo. Desse modo, o paradigma Winnicottiano³⁵ é a relação entre uma mãe suficientemente boa e seu bebê, ou seja, o cuidar. Sua teoria geral é a do amadurecimento, seu modelo ontológico é o ser e seu modelo heurístico provém das ciências humanas.

Segundo Campos (2006) a motivação para o ato de cuidar provavelmente mobilize no cuidador a necessária sensibilidade que lhe permite captar as necessidades de quem é cuidado. Neste sentido, a 'boa captação' é essencial para o 'bom cuidado' e neste conjunto de providências do ato de cuidar a boa prática se encontra no bem captar, bem entender as necessidades daquele a quem se destina o cuidado. Para Winnicott, o bebê, para as práticas de saúde, o usuário/paciente.

Ainda nesta direção, o ato de cuidar deixa de ser um ato de superioridade, de desnível e de unilateralidade para ser um ato recíproco, de experiência compartilhada, pois supõe um entendimento que antecede as palavras ou a intelectualização, é um ato de vivência, de troca (Campos, 2006).

³⁵ D.Winnicott, desenvolveu o conceito da *função de holding* na relação mãe-bebê. *Holding* é definido pelo autor como toda provisão ambiental, que vai além do segurar físico do bebê, incluindo nos cuidados dispensados ao recém-nascido além dos aspectos físicos, os psíquicos considerando a sua sensibilidade. Holding é caracterizado por um conjunto de ações integradas e indissociáveis realizadas pela figura materna no cuidado ao seu filho, essa função ou qualidade na relação mãe-bebê atua na constituição física e emocional da criança. Fonte: <http://artigos.psicologado.com/abordagens/psicanalise/holding-e-formacao-da-personalidade-em-d-w-winnicott>

Sobre o cuidado em saúde, Campos (2006) apresenta as contribuições de Cobb (1976) que, a partir da psicologia social e comunitária, mais especificamente no termo suporte social³⁶ - referindo-se às relações interpessoais que emprestam ao indivíduo sentimentos de apoio e proteção que podem propiciar-lhe bem-estar – lança um olhar sobre as relações profissional/paciente de forma que, neste contexto, podemos interpretar o suporte social como um ato de cuidar e os profissionais de saúde como a fonte deste suporte social para os pacientes, não apenas na relação direta profissional/paciente, mas, também nas ações de cunho coletivo.

É neste entendimento que o cuidado em saúde, na perspectiva do suporte social, poderia ser considerado como holding. E o cuidado em saúde, desta forma, vai elaborando e construindo a experiência de vínculo, pois há um ente que necessita cuidados (paciente/usuário/comunidade/área adscrita), um provedor de cuidados (profissional de saúde/modelo de atenção/política de saúde) e um resultado (biológico/social/psicológico/epidemiológico).

Avançando para as questões de cuidado nos serviços de saúde, na perspectiva do suporte social, algumas experiências destacam-se no cenário do SUS.

Em artigo de 2006, Araújo et al. relacionam o suporte social e a promoção de saúde em idosos como fator de integração social e diminuição de agravos à saúde. Nesta perspectiva, o suporte social abrangeria as políticas e redes de apoio (família, amigos e comunidade) com finalidade de contribuir para o bem-estar por meio de uma relação de inclusão, de equidade das ações, em um claro exercício da cidadania.

Nesta direção, salientamos o artigo de De Mello e De Lima (2010), intitulado "O cuidado de enfermagem e a abordagem Winnicottiana". As autoras destacam o papel do profissional enfermeiro para o desenvolvimento e utilização de estratégias inovadoras na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na manutenção e recuperação da saúde. A perspectiva do cuidado integral implica repensar as formas de interação com os sujeitos, seja no processo saúde-doença ou no cuidado.

Propomos estender e ampliar estes conceitos para os demais profissionais da saúde.

³⁶ Cobb (1976) define suporte social em três dimensões: emocional (sentimento de ser amado, cuidado, protegido), valorativo (sentimento de ser aceito, reconhecido), comunicacional (sentimento de ser compreendido e de compartilhar informações).

Nesta perspectiva, no processo de cuidar e na construção da identidade de cuidador, é importante que o profissional da saúde construa a função de continência e holding, tomando por base a abordagem winnicottiana. Esse processo está vinculado ao movimento de compartilhar, dar suporte, proteção e sustentação, demonstrar preocupação e compreensão da situação de saúde e de vida dos sujeitos e está também na construção da identidade de cuidador, pois é importante que o profissional de saúde construa a função de continência e holding, tomando por base a abordagem winnicottiana (De Mello; De Lima, 2010).

Assim, os conceitos sobre *holding*, expandidos aos serviços de saúde, traduzem-se por: ambiente facilitador, espaço transicional, relações suficientemente boas que possam dar forma a um espaço adequado para o desenvolvimento do indivíduo. Tais conceitos têm aproximação com os aspectos de intersubjetividade e de construção da relação com o outro, fundamentais para ampliar a compreensão do cuidado.

Desta forma, vemos que o cuidado em saúde é permeado por um processo de identificação com o sujeito que está sendo cuidado. O profissional de saúde faz parte da construção de identidade do sujeito, por compreender o processo saúde-doença e as condições de saúde, por situar-se no ambiente de cuidado, por realizar procedimentos (clínico-cirúrgicos ou outros).

O cuidado em saúde envolve voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer os horizontes com interações intersubjetivas ricas e dinâmica. Podemos construir o entendimento de que esse processo se vincularia a um movimento de compartilhar, dar suporte, proteção e sustentação, demonstrar preocupação e compreensão da situação de saúde e de vida dos sujeitos.

O *holding* pode estar ligado à capacidade de identificar-se com o sujeito que está sendo cuidado e com suas necessidades de saúde contextualizadas, evitando distanciamento, desligamento ou não adesão ao tratamento (De Mello; De Lima, 2010).

As autoras enfatizam o paradigma winnicottiano e a enfermagem:

Tomar o cuidado de enfermagem como um processo vivo e suficientemente bom implica lidar com diferentes condições de orientação, aceitação, conflito e frustração, que necessitam tolerância, compreensão, adaptação dinâmica, suporte e mediação. Desse modo, é de extrema importância tematizar com os sujeitos, aspectos de seu interesse, repensar sobre aquilo que os mobiliza e os desacomoda, estimular a produção de narrativas terapêuticas,

conhecer as escolhas e tomadas de decisão, fortalecer virtudes e experiências cotidianas positivas, contribuindo para ampliação desse cuidado, no sentido de apreendê-lo sob uma perspectiva integradora e suficientemente boa (De Mello; De Lima, 2010, p.567).

Nesse sentido, e ampliado ao cuidado em saúde, a construção de compartilhamento e suporte dá-se pelo diálogo, conversa, efusão de horizontes, para o desenvolvimento do indivíduo e do cuidado de sua saúde. O cuidado em saúde deve considerar a intersubjetividade em uma relação entendida no sentido de encontro, do ato de se colocar diante do outro (Ayres, 2001).

Sob esta ótica de desenvolver e compreender o cuidado em saúde é pertinente uma atitude profissional reconstrutiva para que os sujeitos possam buscar e se apropriar de informações e conhecimentos que façam sentido. Nesta relação dinâmica, é de extrema importância ouvir o outro, compreender e discordar, entender e concordar o que é colocado para o outro e o que o outro coloca, não com a ideia de um horizonte final a ser alcançado, mas sim um horizonte possível e processual, revendo e repensando os obstáculos na interação, de maneira reconstrutiva e suficientemente boa (De Mello; De Lima, 2010).

Pensando a organização de modelos de atenção que respondam a esta discussão sobre o cuidado em saúde, Pinheiro (2008) propõe pensarmos o tema como uma tecnologia e não somente como objeto de práticas de saúde realizadas em determinado nível de atenção, mas também nos níveis de atenção especializada, nos quais a complexidade não seja dada pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos, mas, pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúnem.

Segundo a autora, o cuidado consiste em um modo de agir produzido como experiência de um modo de vida que é delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, os quais se traduzem em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre outros em uma dada sociedade. Portanto, o cuidado como ato resulta na prática do cuidar e ao ser exercido por um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro (Pinheiro, 2008).

Segundo a autora:

O outro é o lugar do cuidado. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu cuidado, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo

tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida (Pinheiro, 2008, p.111).

Neste entendimento, cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser e pensar. É garantir acesso às práticas terapêuticas, permitir, na perspectiva do serviço de saúde, ao usuário sua participação ativa na decisão acerca da melhor tecnologia a ser por ele utilizada (Pinheiro, 2008).

A autora faz uma crítica, a partir deste entendimento do cuidar em saúde, ao modelo biomédico - orientador e formador do conjunto de profissões em saúde -, por apoiar-se nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças e afastar-se do sujeito humano como totalidade viva, permitindo então que o diagnóstico substitua o cuidado integral à saúde.

Demandas e necessidades em saúde não são apenas definições ou conceitos como aplicados em outras áreas, como na economia, por exemplo, e na visão integral do cuidado, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (Pinheiro, 2008).

Pinheiro e Luz (2003), em artigo sobre aspectos da implementação de modelos na gestão de serviços destacam que a demanda por serviços de assistência médica é elemento importante na organização das práticas de saúde.

As autoras trazem a contribuição de lunes (1995) para a construção deste conceito aplicado à saúde. Desta forma, a demanda é a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em determinado período de tempo, consideradas suas restrições orçamentárias. Nesta definição incluem-se dois aspectos: o desejo, retratado por preferências, e o montante de recursos como elementos básicos analisáveis no estudo de tais demandas.

Nesta perspectiva, essas características envolvem atores distintos, que se inter-relacionam influenciando a construção de demandas: o indivíduo, o profissional médico e a instituição (gestor do sistema de saúde). Neste sentido, a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo este o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços na rede pública (Pinheiro; Luz, 2003).

Voltando para a dimensão da integralidade como fio condutor das práticas de saúde, as práticas de cuidado não podem se restringir às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição. O cuidado é, portanto, uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, com saber profissional e tecnologias necessárias, mas com espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro (Pinheiro, 2008).

Consideramos que os temas até aqui expostos já nos possibilitam evoluir para uma discussão qualificada e oportuna em um momento de reflexão sobre a saúde bucal no SUS.

4.9 9º Discurso: Sobre as Políticas de Saúde: do que estamos falando?

Nem sempre é possível curar ou resolver uma necessidade apresentada, mas é sempre possível cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro. Até porque, quem adoece a si, como um todo, ou seja, uma cárie, uma dor de dente, referente na boca, no corpo, na alma, na vida. Com alguém que sofre, sofrem os que o amam, então, o sofrimento é compartilhado, ainda que não dividido, por isso, é patente a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde (Santos, 2007, p. 60).

Então é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência (Ayres 2004, p.85).

Iniciamos este capítulo com uma reflexão sobre o processo de trabalho, que a PNSB mantém. Esclarecendo que, dentre suas ações destinadas à promoção e proteção e educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor, estão aquelas que deverão ser desenvolvidas, principalmente, por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) com a inserção de Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e também de Técnicos em Saúde Bucal (TSB) para atuar no processo de trabalho.

Pelo conteúdo já apresentado e desenvolvido mesmo antes de um capítulo designado para a discussão, por repetidas vezes questionamos qual seria o novo olhar para a velha prática largamente alicerçada na técnica odontológica, talvez agora repaginada, revestida, redesenhada para os mesmos fins?

Esta questão, que consideramos central na abordagem da PNSB, já era reincidente nas discussões do coletivo “Projeto Observatório” que, de 2004 a 2008, reuniu-se para refletir sobre a problematização das relações entre clínica odontológica e o SUS e, de certa forma, entre odontologia e sociedade. Ressaltamos que neste fecundo período foram realizados dezessete seminários no Instituto de Saúde da SES/SP denominados: “Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva. Integrando serviços” que tiveram por objetivo discutir e fazer ampla reflexão sobre a produção científica e tecnológica da situação de saúde bucal e a análise do desempenho de programas e serviços da região da Direção Regional de Saúde V – Osasco do Estado de São Paulo.

Dentre algumas reflexões deste coletivo, e que se aplicam aos propósitos deste estudo, está o entendimento de que historicamente a **odontologia** vinha sendo uma **forma específica de política**, reproduzindo a técnica odontológica no setor público de forma acrítica (Botazzo et al., 2008).

Esse “modus operandi” histórico da política de saúde bucal, fortemente alicerçado no “fazer odontológico”, com toda sua carga de biologicismo e suas insuficiências para responder à demanda no setor público, conduziram os serviços para uma perversa exclusão da maioria da população de benefícios e tecnologias de cuidado (Botazzo et al., 2008).

O relatório do Projeto Observatório e outras publicações afirmam que desde a década de 1990 temos visto significativos e importantes avanços em relação ao controle de cárie (sucessivo declínio dos dados nacionais de CPO-D – ver anexo B) fato a ser creditado às políticas de saúde afirmativas, à aplicação de métodos de

prevenção em massa, como fluoretação³⁷ da água de abastecimento, à ampliação do acesso às ações coletivas de saúde bucal desenvolvidas no âmbito do SUS e ao aumento do uso de dentifrícios fluoretados por grande parte da população (Freitas, 2001; Junqueira et al., 2004).

Sobre este ponto das ações em saúde bucal, ressaltamos o artigo de Antunes e Narvai (2010). Segundo os autores, a fluoretação da água, reconhecidamente vantajosa, se iniciou há mais de meio século e recebeu determinação legal no Brasil há mais de 30 anos. Apesar disso, os dados indicam sua efetivação como extremamente desigual ao avaliarmos as unidades da Federação e as macrorregiões: essa tecnologia de intervenção em saúde pública avançou mais nos estados do Sul e Sudeste, (Estados com maior concentração de riqueza no país) e ainda é insuficiente nas regiões Norte e Nordeste.

Para os autores:

Uma medida de saúde pública efetiva na redução de desigualdades é, ela própria, objeto de profundas desigualdades em sua implantação, no âmbito das políticas públicas de saúde em nível nacional (Antunes; Narvai, 2010, p.362).

O efeito favorável da fluoretação da água pôde ser identificado na redução da prevalência de cárie dentária, conforme levantamentos epidemiológicos de saúde bucal de amplitude nacional. No entanto, os autores apontam outro dado alarmante quando se trata de redução de desigualdades sociais e seus efeitos diretos sobre a situação de saúde:

Apesar do resultado favorável, a fluoretação da água teve um efeito indesejável no Brasil: a distribuição desigual do recurso preventivo aumentou o viés sócio econômico na prevalência da doença (Antunes; Narvai, 2010, p.362).

Peres et al., (2006) apontam correlação negativa entre o índice de cárie e a percentagem de domicílios ligados à rede de águas. Segundo os autores, nas

³⁷ Segundo Frias et al. (2006), a fluoretação das águas de abastecimento público pode ser considerada uma das medidas mais amplas de promoção de saúde na área de saúde bucal, pois associa o benefício da água tratada e o impacto epidemiológico na redução da prevalência e severidade da cárie dentária. O primeiro município no Brasil a fluoretar suas águas de abastecimento foi Baixo Guandu, no Espírito Santo, em 1953, sob controle do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). No Estado de São Paulo, a primeira cidade a fluoretar artificialmente suas águas para consumo humano foi Marília, em 1956. A Cidade de São Paulo teve suas águas de abastecimento público fluoretadas somente em 1985.

idades que participaram do levantamento, quanto maior a cobertura do sistema de abastecimento de água, menor o índice CPO-D aos 12 anos. Estes dados expressam a injustiça social envolvida no não atendimento da determinação legal de fluoretação para todos os municípios. Para garantir o acesso universal ao flúor, não basta adicioná-lo à água de abastecimento, mas é imperativo garantir o acesso à água encanada em todos os domicílios ou, pelo menos, acesso a alguma fonte comunitária e sob vigilância desta medida.

Desigualdades em saúde e sua relação com condições de vida estão no centro dos debates da saúde pública. Peres et al., (2006) ao discutirem as desigualdades da doença cárie no Brasil, destacam fatores étnicos, de gênero, bem como classificação econômica como sendo os fatores que mais importam para a avaliação das desigualdades em saúde no desenvolvimento dos países. Segundo os autores, a Organização Pan-Americana da Saúde afirma o crescente impacto que causam sobre a saúde e bem-estar geral as desigualdades associadas ao gênero, as socioeconômicas e étnicas classificando-as como macro-determinantes.

Os autores afirmam que a experiência de cárie dentária é suscetível a desigualdades geográficas e sociodemográficas e destacam as carências sociais, a desigualdade de renda e de coesão social como extremamente relevantes para explicar diferenças de distribuição da cárie nos levantamentos epidemiológicos no Brasil (Peres et al., 2006).

Por outro lado, muitos são os pontos críticos que podemos destacar como fruto dos anos de política odontocentrada: o acesso de adultos (primeira consulta³⁸) ainda muito baixo, as práticas mutiladoras, doenças crônicas e degenerativas desconsideradas no contexto do atendimento clínico, a grande defasagem entre necessidade de serviços de prótese e a oferta da rede de serviços, entre outros (Botazzo et al., 2008).

Temos visto que o processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde ao longo dos últimos anos tem buscado a substituição, por meio de políticas públicas, dos enraizados modelos de organização do trabalho em saúde bucal por um sistema ou modelo de atenção que transforme a velha prática de

³⁸ Ressaltamos aqui o conceito de primeira consulta odontológica programática: o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no Sistema Único de Saúde (SUS), e caracteriza-se pelo exame clínico odontológico do paciente realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, a elaboração de um plano preventivo-terapêutico, no âmbito de um programa de saúde. Fonte: Brasil, Portaria nº. 493/GM de 10 de março de 2006.

assistência odontológica amplamente descrita como ineficaz, ineficiente, de baixa cobertura, de caráter monopolista e mercantilista, com baixa resolutividade e mal distribuída geográfica e socialmente, em uma prática voltada para a promoção da saúde, dentro da visão de processos que considerem não somente a ausência de doença, mas sim uma teia multifatorial de variáveis que permeiam as condições de vida (como acesso ao trabalho, terra, moradia, lazer, transporte etc.) para constituir novas abordagens e estabelecer novos fluxos na rede de cuidados à saúde bucal.

Desta forma, no âmbito da assistência, tais diretrizes defendem a ampliação e a qualificação dos cuidados básicos, dirigidos às linhas de cuidado. Ademais, visa assegurar o atendimento clínico nos níveis secundário e terciário como resposta à integralidade das ações, equidade e universalização do acesso aos serviços públicos de saúde bucal (Brasil, 2004b).

Salientamos que, de acordo com a PNSB (Brasil, 2004b), o uso da epidemiologia e de dados territoriais compõe os subsídios para o planejamento e acompanhamento do possível impacto destas ações e que uma maior preocupação com os recursos humanos também se destaca pela importância referida aos cursos de formação, educação, atualização e profissionalização dos agentes de saúde bucal como possibilidade de modernização e melhoria dos processos institucionais na busca de ampliar e melhor qualificar os serviços.

De forma concisa, destacamos dos pressupostos da PNSB a ênfase na AB e na rede de serviços, a produção e o uso de informações com vistas ao monitoramento e à avaliação, a educação permanente – incluindo a formação, capacitação e incorporação de pessoal auxiliar – agenda de pesquisas sobre a situação de saúde bucal e a proposição de novas tecnologias e produtos como potenciais propulsores de uma nova organização tecnológica do trabalho.

O modo de realização destes objetivos, ou seja, o processo de trabalho em saúde se daria pela abordagem transversal às linhas de cuidado, interdisciplinar e multiprofissional, visando a integralidade, intersetorialidade, ampliação e qualificação da assistência e propiciando condições de trabalho adequadas, com condições dignas para trabalhadores e usuários (Botazzo et al., 2008).

Sobre esta abordagem, Mattos (2001) destaca que o serviço de saúde, ao definir para segmentos da população (geralmente divididos em faixas etárias) atividades a serem programadas, priorizando algumas doenças e agravos frequentes na população e passíveis de ações preventivas e/ou de controle ao modo

de diretrizes programáticas, deveria guiar o trabalho dos diversos profissionais e incidir também sobre a recepção da unidade, sobre o agendamento de atividades, sobre o elenco das atividades realizadas e sobre o protocolo de realização das atividades.

Considerando que as Diretrizes da PNSB propõem uma substituição de modelo, voltamos ao questionamento: quais são as novas práticas em saúde bucal a partir da PNSB de 2004?

Ao pensar em uma nova política para a saúde bucal, entendemos que além de um eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, um novo processo de trabalho precisa ser incorporado ao cotidiano dos serviços de saúde.

Alguns autores defendem a equipe de saúde bucal como novo sujeito da nova prática odontológica, prática que seja capaz de, efetivamente, promover saúde bucal (Narvai, 2003). A integração destes profissionais permitiria, de forma racional, o aumento da produtividade, da qualidade e do rendimento do trabalho, desde que respeitada uma proporção adequada entre auxiliares e cirurgiões-dentistas (Junqueira et al., 2004).

A nova política de saúde bucal do país pretende ser compreendida como referência conceitual para a organização tecnológica do modelo de atenção, buscando, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos (usuários e profissionais). Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, para repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traria a chance de construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, a PNSB busca um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender (Brasil, 2004b; 2008b).

Sobre as relações que emergem a partir de novos modelos de prática, ou, de novos arranjos tecnológicos, na perspectiva das ESB, devemos repensar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal, em especial do dentista, para superar uma prática centrada na queixa e com baixa resolutividade, considerando cada encontro como um ponto de eminente tensão ou acolhimento, o qual poderá (ou não) produzir o cuidado.

Dito de outra maneira, a equipe de saúde bucal, como parte da AB, para avançar na mudança do modelo, necessitaria de gestores comprometidos com a organização do sistema e engajados com a saúde coletiva; trabalhadores valorizados, educados de forma contínua e permanente nos serviços e compromissados com a defesa da vida individual e coletiva. Além disso, é fundamental termos comunidades integradas nas decisões e no planejamento das propostas e ações de saúde num encontro concreto com a integralidade da atenção (Santos, 2007).

Considerando, assim como Gil (2006), que a organização dos serviços não acontece ao acaso e que as práticas profissionais, no seu interior, ocorrem articuladas a um corpo de ideias e a um conjunto de ações coordenadas, organizados, geridas e financiadas para determinado processo de trabalho em saúde, em que medida, neste país de dimensões continentais, as experiências da PNSB na perspectiva da Atenção Básica, da Estratégia Saúde da Família têm refletido em novas práticas?

Trazendo para esta discussão Mendes Gonçalves (1994) sobre processo de trabalho em saúde, nitidamente identificamos o que o autor descreve como instrumentos materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais.

Como já vimos, estudos e publicações sobre a saúde bucal no SUS, de forma concisa, denotam que grande parte dos municípios, mesmo após a sua incorporação ao PSF, manteve o tradicional modelo de atenção em saúde bucal, não avançando no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

Santos e Assis (2006) apontam a prática da saúde bucal como plena de conflitos e contradições e direcionam os questionamentos para um dos problemas que este estudo também identifica na condução da PNSB: como o novo modelo, baseado em linhas do cuidado, pode se constituir em ferramenta potencial para mudança nos processos de trabalho, posto que se instalaria num processo inacabado, em construção, no qual convivem a técnica odontológica (fragmentação) e a perspectiva de um novo olhar (integralidade)?

Santos Neto et al., (2012) partilham da visão de que a efetivação dessa política coloca o desafio na incorporação de profissionais de diversos níveis de

formação como necessidade primordial para ampliação do acesso e cobertura dos serviços da Atenção Básica em todo o Brasil.

Para os autores, esse movimento em direção à ampliação do acesso de qualidade leva à reflexão sobre os recursos humanos em saúde bucal. Nesse sentido, para reorientar o modelo de atenção à saúde bucal, não mais seguindo a lógica cirúrgica-restauradora-mutilatória, são necessárias mudanças quantitativas e qualitativas do sujeito do trabalho odontológico. Destaque dado ao perfil do cirurgião-dentista formado com grande conhecimento técnico-científico, amplamente fundamentado na fragmentação do conhecimento – a odontologia e o seu objeto: o elemento dental - com uma racionalidade corporativa, que conduz o processo de trabalho em uma lógica assistencial que nem sempre consegue modificar os modos de operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS (Santos Neto et al., 2012).

Botazzo, em texto intitulado Saúde Bucal Coletiva - Anotações e comentários críticos a um texto antigo -, ainda não publicado, destaca o componente educativo, isto é, controlista, que permanece e transcende os modelos, mantendo sua estrutura ideológica mesmo na era pós-SUS, tanto na formação dos profissionais quanto nas práticas nos serviços de saúde, de modo que, segundo o autor:

não seria exagerado afirmar ter havido a recuperação da materialidade da puericultura na contemporaneidade da Política Nacional de Saúde Bucal, justo ela que se propôs, e corretamente, diga-se, inovar e historicamente superar concepções e práticas do passado (Botazzo, no prelo³⁹).

Nesta perspectiva crítica, a lógica que direciona a organização dos serviços - e mesmo a do sistema de informação e dos indicadores para saúde bucal pactuados na AB - é ainda cárie-dirigido ou cárie-orientado, tanto no plano da promoção ou da prevenção quanto no da assistência, o que torna o lado coletivo da saúde bucal uma utopia distante. Para o autor:

é sempre a forma-criança da cárie que se manifesta na teoria e na prática, a qual submete adultos e mesmo idosos aos regulamentos discursivos da escovação dos dentes e do controle da ingesta de sacarose. A manutenção deste centramento dentário tem sérias implicações para a saúde bucal e para a qualidade de vida de grandes setores da população (Botazzo, no prelo)⁴⁰.

³⁹, ⁴¹ Botazzo C. Saúde Bucal Coletiva. Anotações e comentários críticos a um texto antigo (no prelo).

Em trabalho anterior, Botazzo (1999) ao discutir unidade básica de saúde e os processos que ele chamou de internos (aqui, entre outros, situa-se a assistência aos usuários propriamente dita) e externos (onde se daria a abordagem dos fatores causais ou associados de riscos para a saúde da população), expõe um fazer duplo da prática de saúde: as funções médico-assistenciais e as intervenções sobre fatores de risco identificados pela epidemiologia, destacando a disjunção neste processo: se as políticas indicam uma ‘coisa ativa’ como a intervenção, então estamos diante de uma atividade prática para além do ambiente de intervenção clínica. Mas o profissional da saúde conseguiria realizar atividades extramuros por outros princípios que não os de medicalização (mais ou menos inevitáveis nos serviços de saúde, segundo o autor) para o conjunto das relações sociais ao seu entorno?

Sobre a medicalização dos cuidados em saúde, Mattos (2001) destaca o fato de, por não serem demandadas pelo paciente, as práticas de diagnóstico precoce e demais práticas de prevenção devem ser exercidas com enorme prudência:

Elas tipificam o processo de medicalização, pois o profissional deve sempre ter boas razões para aplicá-las. O termo medicalização é utilizado aqui para indicar um processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social. Nesse sentido, a medicina preventiva é altamente medicalizante, pois estende as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para regular os aspectos da vida social. Através dela, a medicina não só trata os doentes; ela recomenda hábitos e comportamentos. Ela invade a vida privada para sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento (Mattos, 2001, p.46).

Nesta perspectiva, Botazzo (1999) tece importante reflexão sobre a autonomia dos sujeitos. Autonomia esta que está sempre presente em políticas de saúde e modelos de atenção que pretensamente evocam o sujeito como instituinte. Para o autor, a autonomia do sujeito está relacionada à autonomia da saúde (ou políticas de saúde, ou a forma que o Estado ou governo organizam cuidados em saúde), a qual não se autogoverna.

Além disso, de que forma a questão da subjetividade na prática clínica odontológica, muitas vezes apartada pelo viés essencialmente e historicamente programático das políticas de saúde, poderia produzir respostas se não se coloca o sujeito da ação clínica (o paciente) no centro do trabalho?

Quanto a este aspecto, Barros e Botazzo (2011) salientam:

é o entendimento sobre a saúde como um estado de equilíbrio instável, determinado social e subjetivamente (...), da resignificação das funções sociais da boca, da compreensão do adoecimento buco–dentário e da constituição do caso clínico na anamnese que se estabelecerá outra posição para a clínica (Barros e Botazzo, 2011, p. 4347).

Segundo os autores:

Percebemos que o vínculo entre o profissional e o usuário na AB é construído a cada encontro, a cada negociação terapêutica (como uso de medicamento ou necessidade de encaminhamento) resultando do diálogo franco, da assunção de responsabilidades tanto do profissional quanto do usuário e da resolução das suas queixas e necessidades (Barros e Botazzo, 2011, p. 4347).

Um tanto da inquietude da pesquisadora aparece de forma contundente na publicação de Botazzo (2008), na qual o autor destaca:

A Odontologia, tal como ela socialmente aparece, permanentemente elide sua natureza social e enfatiza sua dimensão técnica e prática, ao tempo que reduz a experiência bucal dos homens ao trinômio sacarose-placa-escova. Ainda que a cárie dentária fosse a única doença bucal humana – quem nos dera! – mesmo aí e no seu próprio território certa teoria odontológica não faz mais que banalizar, com esse trinômio, o bom conhecimento em cariologia (Botazzo, 2008, p.10).

E é nesta perspectiva que o método da arqueologia compõe este estudo. Utilizo a forma apropriada com que Botazzo (2012) sintetiza o processo de trabalho em pesquisa, sob a teoria foucaultiana para também interpretar o processo de trabalho em saúde bucal:

Todo trabalho se dirige para um objeto determinado, é realizado por um agente, com uso de meios e instrumentos apropriados e mediante um determinado modo de trabalhar, o que implica o desenvolvimento de técnicas. O agente do trabalho – o trabalhador – é um sujeito singular na medida em que carrega consigo uma qualificação que lhe é conferida por um específico saber, um saber que, na verdade, é formado por múltiplos elementos e que é parte constitutiva e indissociável do próprio trabalhador. Tais saberes dizem respeito ao objeto, aos meios, instrumentos e ao domínio dos modos de fazer (Botazzo, 2012, p. 4).

Desta forma, tal processo ocorre de forma coletiva e no lócus de organizações ou instituições. Quando abordados em conjunto, adquirem dimensão

tecnológica e revestem-se de um saber operatório, relacionado ao objeto, aos meios e instrumentos, saber próprio do trabalhador em atividade prática, instituinte e instituído do processo (Botazzo, 2012).

Vamos adiante na discussão da organização tecnológica disposta na PNSB.

Existe, sim, uma dependência do modelo de saúde com os propósitos das políticas de saúde e estes processos sucumbem aos planejamentos e financiamentos do gestor do sistema (por democrático que se intitule, ainda função do Estado e atrelado às suas leitura/interpretações das necessidades de saúde da população).

Desta forma, buscamos para a discussão do tema o Postulado de Coerência de Mario Testa como proposta para análise da organização tecnológica da saúde bucal, o modelo de atenção e a política de saúde bucal.

Propósitos de governo e métodos são, também, determinados ou condicionados pelos elementos do “Postulado de Coerência”. Estabelece-se uma relação entre os propósitos, os métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam de realizá-los.

Testa (1992) propõe um modo de entender os problemas de saúde e os processos de planejamento a partir de alguns elementos para esse processo. Ao compreender os problemas de saúde como socialmente determinados, Testa avança sua interpretação no encontro do comportamento dos atores sociais, com ênfase na análise das relações de Poder e na consideração das práticas de saúde, enquanto práticas ideológicas, conformadoras de seus sujeitos (Giovanella, 1990).

O autor indica, portanto, uma proposta de ação política em saúde ao postular a existência de relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização e são, portanto, estes três conceitos e sua interligação que compõem o “Postulado de Coerência” (Testa, 1987).

Segundo Testa (1992), planejar em saúde é escolher um método. Ao colocar para si o problema das necessidades sociais e de saúde, estamos frente a um processo de planejamento que, sob determinado enfoque ou teoria de governo, busca responder aos propósitos de certo governo.

Propósitos de governo e métodos são, também, determinados ou condicionados pelos elementos do “Postulado de Coerência”. Ressaltamos que, estabelece-se uma relação entre os propósitos, os métodos para alcançá-los e a organização das instituições que se encarregam de realizá-los.

A identificação dos problemas, os métodos propostos e os serviços criados devem ser coerentes, e todas estas dimensões do processo precisam ser encaradas em sua complexidade histórica, geográfica e temporal (de curto ou longo prazo). A questão do poder deve estar sempre à vista. O poder técnico, o poder político e o poder administrativo. É mais fácil conceber o postulado em realidades concretas, no nível local. No entanto, é no nível global que fatalmente se encontrarão determinações a que se deve dar um valor supremo na compreensão do que se passa com a saúde. É também neste nível macro que devem ser buscadas as propostas de organização do sistema de saúde (Carvalho, 1999).

Giovanella (1990), ao estudar as proposições de Mário Testa para o planejamento em saúde, destaca que as proposições em saúde somente serão eficazes e levarão à resolução dos problemas se fundamentadas na interpretação da determinação social do processo de produção desses problemas. Os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social mesmo. Pois a totalidade social não é divisível, não pode ser separada em partes e não é possível modificar o social com propostas apenas setoriais.

São estas necessárias relações entre propósitos, método e organização que representam a interpretação dos problemas de saúde enquanto problemas sociais, o empenho para solucioná-los e a organização dos serviços para a prática. Desta forma, o propósito de mudança determina um diferente método, pois considera o método necessariamente relacionado aos propósitos perseguidos. Postula, então, a existência de relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização (Giovanella, 1990).

E retornando à questão central deste estudo, de que forma a nova organização tecnológica para o cuidado em saúde bucal deve se apresentar na operacionalização dos serviços de saúde? Como poderia ser abordada à luz do Postulado de Coerência?

Consideramos que as possibilidades de organização do trabalho não correspondem a uma “fórmula mágica”, e aumentar a carga horária ou a permanência do dentista no consultório, ou seja, nas atividades eminentemente clínico-cirúrgicas, não garante, por si, um aumento no número de procedimentos, nem significa, necessariamente, ganho em qualidade das atividades desenvolvidas, criticamente discordando da atual política que considera, para organização do trabalho, referências estanques, pré-conceituais sobre o trabalho da equipe de

saúde bucal: “75% a 85% das horas contratadas devem ser dedicadas à assistência” (Brasil, 2004b, p. 4).

Nem tampouco fornecer uma agenda preestabelecida de trabalho, principalmente se esta estiver destacadamente atrelada a metas de produtividade, não servirá para produzir autonomia ou responsabilização dos sujeitos, nem pacientes nem profissionais.

É preciso entender qual organização tecnológica (aqui novamente compreendidas como as tecnologias leves, duras e leve-duras de Merhy, 1997) está disposta e disponível, com qual abordagem terapêutica (técnicas odontológicas fragmentadas, descontextualizadas, odontocentrado, tecnicista, etc.) e para qual propósito (a PNSB). Outro ponto de discussão está diretamente relacionado ao modo com o qual os atores sociais (profissionais da saúde bucal, usuários, gestores) envolvidos na condução e execução da política utilizam esta tecnologia em saúde.

Na perspectiva dos propósitos, Andrade (2009) lança sob a PNSB os holofotes da política partidária:

A ênfase exacerbada na abertura de CEO contribui para a consolidação de uma imagem equivocada e perigosa: a PNSB como assistência odontológica especializada. Há uma motivação política e, de certa forma, interna à Coordenação Nacional de Saúde Bucal, instalando-se assim, uma tendência a casuísmos burocráticos. Os CEO tornaram-se previsivelmente benquistos por grande parte dos gestores, devido às destinações orçamentárias e à sua repercussão eleitoreira. (...) Conferir todo o sentido da PNSB aos CEO significa atribuir-lhe um horizonte movediço ou um destino errante – ele seria uma realização singular que, paradoxalmente, não conseguiria resgatar a dívida histórica para a qual foi idealizada (Andrade, 2009, p. 114-5).

Portanto, talvez falte nas experiências relatadas sobre a PNSB na ESF um melhor arranjo tecnológico para as esperadas respostas. Talvez ainda estejamos numa época de descompasso entre objetivos, propósitos e métodos. Por certo que não é tarefa simples pois rearticulária muitas outras concepções de trabalho em saúde bucal do que a publicação de uma política de saúde poderia alcançar com suas diretrizes.

Um destes pontos, aqui tratados como organização tecnológica do trabalho em saúde bucal, emerge da reflexão sobre a produção do cuidado: a clínica.

Sobre a clínica odontológica, - pois é neste espaço de poder e saber que o profissional de saúde dá formato aos limites do seu reino - algumas discussões trazem relação de pertinência aos objetivos deste estudo.

A ciência moderna (como nos orienta Foucault – O Nascimento da Clínica, 2004 do original: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963, 212 p.) impregnou a clínica da ideia de que é possível estabelecer uma relação de neutralidade nas relações entre o sujeito que cuida e o sujeito que é cuidado (que passa à condição de objeto) e estabelece ações de saúde que se colocam de forma pontual e fragmentadas em relação ao sujeito, quando o sujeito em torno do qual essas ações são desenvolvidas não é considerado.

Segundo Camargo Jr. (2005), esta medicina contemporânea talhada pela biomedicina, consiste em uma corrente da racionalidade médica que vincula sua existência ao conhecimento produzido por disciplinas científicas no campo da biologia, articuladas aos princípios da mecânica clássica. Configura assim um campo de saberes e de práticas da medicina subsidiada pela anatomia, fisiologia, patologia, pautada na perspectiva de uma abordagem isolada e linear das partes constituintes do corpo humano.

Desta forma, a clínica incorporou alguns princípios da ciência moderna e aplicou-os, na medida em que, atendendo a um rigor metodológico, procurava estabelecer uma pretensa neutralidade nas relações que estabelecia entre o sujeito que detinha o saber e aquele que era objeto de seu olhar e da sua prática; e também quando, a partir da racionalidade do pensamento, operou uma cisão entre o sujeito e sua vida, entre o corpo que adoece e o corpo do sujeito apreendido de forma fragmentada e à luz de uma racionalidade médica (Vieira et al., 2011).

Para o cuidado em saúde importa entender de qual sujeito estamos falando: do sujeito–objeto a quem se propõe algumas tecnologias de saúde ou o sujeito envolvido nesse cuidado.

Segundo os autores, o sujeito não deve ser tomado como sinônimo de indivíduo, uma entidade unitária, portadora de uma essência. Mas como uma produção de subjetividade, que articula, por sua vez, o plano do desejo ao plano social, numa relação processual (Vieira et al., 2011).

Desta forma, consideramos ímpares as contribuições de Teixeira RR (2003), Souza ECF. (2006; 2011), Vieira et al., (2011) sobre as possibilidades de uma

prática clínica revisitada. Os autores trazem o acolhimento e o desvio para a abordagem do cuidado no espaço da clínica.

Nesta direção, Vieira et al., (2011) destacam uma abordagem da clínica que se reconhece como parte da própria relação sujeito-objeto, onde estes se confundem, não havendo separação entre ambos e propõem o entendimento da prática clínica voltada para os sujeitos em si, que vá além do interesse e do olhar que objetifica, recorta e isola e, nesse encontro, permita a produção de afetos, de vínculos oriundos de uma cumplicidade e de singularidades originadas nos desvios produzidos pelos choques inerentes a um processo de subjetivação não homogeneizante. Inventando, portanto, nova práxis:

Possibilita-se, assim, uma clínica produtora de desvios, ressignificadora dos sentidos e das relações construídas no processo de cuidar, valorizando os saberes, as iniciativas e as potencialidades dos sujeitos (Vieira et al., 2011, p.19).

Para Teixeira RR (2003), o encontro do profissional-paciente há que ser pautado pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, e é a partir daí que se decide a trajetória 'necessária' de cada usuário através do serviço.

A centralidade nos sujeitos possibilita a reconfiguração da clínica em função dos sentidos e das necessidades trazidas para o encontro com os profissionais de saúde, abandonando movimentos institucionalizados na atenção à saúde e instaurando o devir como caminho recheado por movimentos inacabados da existência, do qual os profissionais são partícipes e não condutores.⁴¹ Constitui-se como processo de produção de movimentos desviantes da ótica normalizadora e padronizadora dos modos de se viver e reproduzir assepticamente a existência (Vieira et al., 2011).

Segundo Souza (2011) a clínica na contemporaneidade é marcada por subjetividades que se expressam no processo de trabalho e nas demandas

⁴¹Na contemporaneidade, Gilles Deleuze concebe o Devir como a realidade se perfazendo em uma zona de indiscernibilidade onde as definições dos termos de uma relação se constituem pela própria relação que os une, de forma dinâmica, recíproca e complexa. Podemos dizer que essa concepção encontra-se no bojo da virada epistemológica promovida no final do séc. XIX e que tem repercussões em efeito cascata no séc. XX e XXI. A questão do Devir acaba por tornar-se constituinte de todo o pensar contemporâneo: traz à baila a responsabilidade humana na construção do real e na valorização da diferença e da descontinuidade (Deleuze; Guattari, 1992).

direcionadas aos serviços de saúde, permeada por aspectos da vida que produzimos e pelos quais somos produzidos.

Segundo a autora:

Se pensarmos a clínica na perspectiva de produção de novas subjetividades pautadas na criação e na liberdade, será preciso buscarmos deslindar as malhas das redes de assujeitamento que nos aprisionam na fixidez de nossos territórios disciplinares ou na rapidez da passagem de nossos corpos que perdem a potência da vida, porque acreditam que ela deva estar em algum lugar fora de nós, delegada a alguma instituição que nos domina, ou em algum “menu” oferecido para o consumo frugal e fugaz em nosso cotidiano. Será preciso, entrelaçados nessas malhas, resistirmos a elas. Deslindando-nos, engendremos outras redes, outros entrelaçamentos que nos libertem e nos mantenham vinculados à vida (Souza, 2011, p. 213).

Ao trazer a discussão para a saúde bucal, a autora envolve-nos na questão da transposição da “... odontotécnica exclusiva que se nega e se omite de ver, de dar escuta e de interferir no sofrimento e nas necessidades bucais” para a possibilidade de uma clínica em saúde bucal, que possa se reinventar, que seja de acolhimento e de desvio, “reiventando-se e construindo-se, cotidianamente, com competência técnica e compromisso ético, estético, político” (Souza, 2011, p. 29).

Os saberes e práticas em saúde bucal, historicamente atravessaram a instituição de uma clínica odontológica e odontologizante, - já discutida neste estudo como acriticamente produtora de políticas – fragmentada e distante de uma estomatologia que poderia ter tomado a boca e não somente os dentes enquanto órgão de seu objeto de conhecimento (Botazzo, 2000).

Para Souza (2011), uma nova clínica em saúde bucal seria aquela que dimensionasse suas intervenções bucais para além do órgão estrito, na direção de território corporal compreendido em sua dimensão psíquica e também antropológica, pois tomaria o ‘bucal’ não somente como objeto de conhecimento e produção tecnológica, mas pelos efeitos produzidos na bucalidade dos homens. Esta bucalidade resgatada no conceito de linguagem, erotismo, manducação, como nos lembra Botazzo (2000), articulados à cultura, ao trabalho e à comunicação humana.

No prefácio do livro de Elizabethe C. F. Souza, Botazzo (2011) salienta a importância da escuta e do acolhimento:

importa acolher o sofrimento como destino da doença, mas sem incorrer na banalização da dor do outro, o que importa é, (...) considerar a existência em sua contradição, diversidade e multiplicidade humanas, importa é ir atrás dessas ‘subjetividades carentes e dessas bocas desprotegidas de suas

garras desejantes', importa, finalmente, é ir encontrar outro modo de produzir saúde (Botazzo, 2011, prefácio).

Na perspectiva do processo saúde-doença-cuidado, Rocha e Almeida, (2000) afirmam que a lógica instrumental, como tecnologia dura, dá sustentação ao trabalho em saúde quando este se apoia na fisiopatologia para o diagnóstico, na terapêutica e obtém sucessos se considerarmos como resultado a restauração biológica – o caso muitas vezes da odontologia. Os autores destacam que, considerando-se a experiência do vivido existencialmente durante o processo, ou seja, o significado do padecimento surge o questionamento sobre os limites da intervenção, posto aqui também as limitações na forma como se estabelece o cuidado e as associações entre o cuidado e o processo diagnóstico (clínico, fisiológico, biológico) que permitem atuar na intervenção.

Assim como no pensamento de Ayres (2004), a assistência à saúde nos remete a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em uma formulação simples: a ciência produziria o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transformaria esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicariam esses saberes e instrumentos e o resultado, como em uma fórmula ou equação seria: SAÚDE. Lembra-nos a frase, ou slogan, divulgado pelos Conselhos de Odontologia na década de 1990: Saúde é com o dentista, numa alusão que iguala saúde bucal a tratamento odontológico.

Como já abordado no capítulo sobre o cuidado em saúde, Ayres (2004) destaca a direção inversa como também verdadeira: o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determinam limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde:

Ora, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então nós temos que pensar que nós, profissionais de saúde, estamos construindo mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios. Nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Recuperar a dignidade da sabedoria prática, (...) abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde, sem determinar de modo absoluto e a priori onde e como chegar com a assistência: eis como vemos configurarem-se o norte político e as tarefas práticas de uma reconstrução das ações de saúde quando se tem o Cuidado como horizonte (Ayres, 2004, p.84).

Da discussão da organização tecnológica no SUS para sua particular relação com a saúde bucal, na PNSB (Brasil, 2004b) podemos destacar algumas questões que permanecem procurando uma resposta. Como já dito por Roncalli (2000) e Botazzo (2005) um ponto extremamente crítico é a possibilidades de estabelecer um modelo com base no ideário do SUS. Mesmo que o primeiro autor considere que a epidemiologia, enquanto área de conhecimento no plano da produção científica e tecnológica no Brasil, poderia constituir-se em fundamental ferramenta, aproximando os modelos assistenciais em saúde bucal do ideário de universalidade, integralidade e equidade do SUS ao fomentar discussões a respeito dos determinantes biopsicossociais das doenças bucais. Sobre esta interpretação, ao longo deste estudo viemos tecendo algumas questões sobre a extrema ênfase dada a esta ferramenta, na direção de que esta por si não delimita nem garante modelos de atenção mais justos, como veremos ainda nesta discussão.

Esta é uma dificuldade que vem sendo enfrentada por outros setores da área da saúde e, na saúde bucal o grande obstáculo tem sido lutar contra a lógica da corporação. A grande tarefa da Saúde Bucal Coletiva seria ultrapassar a barreira corporativista e abrir espaços para uma prática voltada para a qualidade de vida.

Apesar das iniciativas do Ministério da Saúde, o que vemos ainda hoje é a manutenção de modelos de prática centrados em estratégias organizativas já superadas, ainda bastante alicerçadas no conhecimento técnico-biologicista, mesmo na roupagem da promoção da Saúde que, pelo exposto neste estudo, tem ficado muito mais no terreno da prevenção de doenças e agravos (principalmente aqueles ligados à cárie dentária) do que da promoção da saúde.

Voltemos a falar dos nós que enredam a prática em saúde bucal aos antigos modelos.

O levantamento de experiências da organização tecnológica da saúde bucal no SUS descrita neste estudo demonstrou, salvo alguns exemplos isolados, que, no cotidiano dos serviços de saúde, permanece um modelo centrado nos padrões biomédicos, dependente de tecnologias duras ou leve-duras, fortemente pautadas pelos conhecimentos etiopatogênicos da doença cárie, conduzindo assim a prática para ações coletivas controlistas, (como a escovação supervisionada e as palestras educativas), justificando nesse modo operacional sua visão distorcida e diminuída de Promoção da Saúde, que muito mais se associa a um fazer pela prevenção de doenças, como já mencionado.

Vimos também que a formação profissional mantém-se inadequada para responder a possíveis novos modelos, pois não tem considerado a dimensão solidária e humana da prática em saúde⁴² nem discutido o envolvimento subjetivo do profissional de saúde na produção viva do cuidado em saúde. A propalada reorganização do cuidado em saúde bucal tem refinado e ampliado, talvez, o modo dos fazeres e dos saberes da odontologia ao buscar, na abordagem da ‘família/comunidade’ o seu campo de ação, mas ainda é na busca dos dentes, da cárie, da lesão que esta prática se fundamenta.

A regularidade que encontramos ao trabalhar com as políticas de saúde bucal, tanto no nível federal quanto dos municípios ao longo das décadas de 1980, 1990 e 2000 tem sido a de produzir cuidado pelo controle das doenças de maior prevalência, tanto pela abordagem individual quanto coletiva, de forma a responder epidemiologicamente às necessidades em saúde bucal.

A prática não tem conseguido responder às propostas de reorganização, pois o dito ‘novo modelo’ carrega consigo as limitações já tão evidenciadas ao longo das últimas décadas: o modelo que se pauta pela odontologia torna-se exclusivista, inflexível, fechado em si, pois a lógica odontológica é a lógica da mercantilização, e não contempla em seus preceitos uma prática viável aos princípios do SUS.

Ao abordar a odontologia como biopolítica, devemos ressaltar o que venha a ser trabalho odontológico e trabalho em saúde bucal, posto que para a odontologia, os instrumentais e as técnicas (já na formação acadêmica e também na pós-graduação) são os meios para realizar seu ‘produto de saúde’ – uma restauração, uma coroa dentária, uma prótese total... – são a fonte e o objeto de um saber operante. E o é político, social.

⁴² Consideramos oportuno o relevo dado aos juramentos daqueles que se graduam em odontologia: Juramento de Hipócrates: “Prometo que, ao exercer a Odontologia, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência; nunca me servirei da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu para sempre, a minha vida e a minha arte, de boa reputação entre os homens”. Juramento da Organização Mundial de Saúde: “No momento em que sou admitido como Cirurgião-Dentista, juro: consagrar minha vida a serviço da humanidade; ter para com os meus mestres respeito e gratidão; exercer a minha profissão com dignidade e consciência; ter a saúde do meu paciente como a minha maior preocupação; respeitar os segredos que me forem confiados; manter por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da Odontologia; considerar meus colegas como irmãos; jamais permitir que preconceitos de religião, nacionalidade, raça, credo político ou situação social se interponha entre os meus deveres e meu paciente; conservar o máximo de respeito pela vida humana; nunca utilizar meus conhecimentos contra a lei dos homens. Faço este juramento para honra minha, solene e livremente”. Fonte: <http://www.apcd.org.br/index.aspx?Pagina=Juramentos.html>, acesso em 01/04/2013.

O problema de saúde que se coloca para o cirurgião-dentista direciona seu olhar e também suas conexões neurológicas para o arsenal tecnológico com qual este poderia responder para aquele que solicita seu talento e técnica apurados. Este nos pareceu ser um dos nós na organização do modelo de saúde bucal, pois o problema e o trabalho em saúde bucal têm origem e ressignificados em outra dimensão (o coletivo) do que para a odontologia. Da saúde bucal emergem outros atores, como a equipe auxiliar e a figura do paciente, isto é, do usuário.

A ideologia da odontologia talvez amarre fortemente um dos nós que vinculam a prática em saúde bucal ao conteúdo odontológico, tanto na técnica quanto na prescrição.

Ao encadear um pensar em saúde que se oriente por estas nuances, podemos vê-lo desaguar nesta confusão conceitual entre prevenção e promoção da saúde que falamos há pouco. É a ideologia preventivista que amarra há décadas os conceitos de odontologia sobre as doenças bucais (com grande relevo para a cárie) e para as quais desenvolve abordagens e dogmas que parecem ecoar *ad infinitum*: situações que se perpetuam para sempre ou ilimitadamente ou que se repetem indefinidamente. Assim tem sido para o 'novo' modelo de atenção em saúde bucal com prescrições e indicadores para seu monitoramento.

Devemos destacar as relações de poder que estão estabelecidas e seriam redimensionadas em um novo modelo de fato, pois a proposição de novas formas de organização das práticas em saúde, e então também para a saúde bucal, tende a mudar a relação de poder exercida naquela prática e a transformar as concepções de mundo de seus sujeitos, sustentando uma mudança nas relações de força, pela potencialidade de realização de novas práticas coletivas impulsionadas por essa nova concepção de mundo (Giovanella, 1990).

Nosso olhar, nossa interpretação e nossa leitura da PNSB não encontraram no seu interior, no seu cerne, outras possibilidades para o adoecer em saúde bucal que não a dieta, os hábitos de higiene, o risco epidemiológico.

Sobre o papel da epidemiologia na formatação de modelos de atenção, buscamos em Ayres (2002) a discussão sobre a positividade da epidemiologia para as concepções de saúde e o paradoxo do risco.

Aprofundando o tema, o autor traz a interrogação acerca das contribuições que a epidemiologia pode trazer para uma conceituação positiva de saúde. A tese é a de que o paradigma do risco coloca a epidemiologia em uma situação paradoxal:

nenhuma outra ciência biomédica tem tanta liberdade metodológica para tomar a saúde como objeto positivo de conhecimento quanto a epidemiologia e, ao mesmo tempo, poucas têm tão restritas possibilidades epistemológicas de validar esse conhecimento (Ayres, 2002, p.29).

O autor destaca que a direção no plano do fazer em saúde estabelece um importante desafio para o plano do saber, qual seja uma conceituação positiva de saúde. Portanto, não se trata apenas de saber o que evitar, mas sim de reconhecer o que alcançar, e desta forma:

as definições negativas de saúde, aquelas que a delimitam por intermédio do contraste com a presença de riscos e agravos, mostrar-se-ão limitadas e, em certas situações, até limitantes, para instruir novos modelos assistenciais (Ayres, 2002, p.29).

Ayres (2002) tem buscado, por meio do conceito de vulnerabilidade, promover o diálogo entre a epidemiologia e outras disciplinas, a fim de que a epidemiologia e promoção da saúde possam efetivamente dialogar. Ao descrever o discurso do risco com seu alto grau de formalização, o autor salienta que nesta abordagem para a promoção de saúde ou mesmo para modelos assistenciais, o que importa não é aquilo que escapou do risco, mas aquilo que de alguma forma não lhe diz respeito, não esteve entre as exigências/condições normativas, proposicionais ou expressivas que o conformaram e que poderá ter efeito na saúde.

Como leitura destes conceitos na prática, Ayres (2002) destaca os modelos que se estruturam a partir da vigilância da saúde, mesmo que ampliando os métodos da tradicional vigilância epidemiológica, que ainda permanecem estreitamente relacionados ao controle dos agravos como forma de cuidar da saúde, mas o autor sinaliza um deslocamento substantivo quando vincula o controle a processos regionalizados e democratizados de definição de preocupações prioritárias e de suas estratégias de intervenção e monitoramento.

Voltando para a discussão da organização tecnológica em saúde bucal, onde poderíamos encontrar o 'fazer' voltado para novas relações entre sujeitos? Onde estaria a escuta qualificada sobre os padecimentos do paciente para irmos além do diagnóstico de sinais e sintomas, percebendo as subjetividades produzidas na condição do adoecimento? A integralidade almejada ainda não tem proximidade conceitual ou mesmo prática com uma qualidade do cuidado, visto que na PNSB a

integralidade é posta como uma melhor integração entre os diferentes níveis de complexidade, ou como resposta e tecnologias para um maior elenco de patologias bucais.

Quais mudanças encontramos? São necessárias transformações também nos processos de trabalho de saberes e práticas que, por sua vez, exigem novos padrões cognitivos e culturais. Novos padrões que rejuntem saberes e práticas, tradicionalmente compreendidas e organizadas de forma dicotômica e polar como, por exemplo, Clínica versus Saúde Coletiva, como nos fala Souza em sua publicação de 2004.

Trazemos para esta discussão os pressupostos teóricos da sensibilidade de Maffesoli (1988) para tentarmos vislumbrar um olhar mais sensível e atento sobre o cotidiano visto que a razão sensível nos diferencia do profissional puramente técnico-científico, quando nos fala do afeto, do sensível e do emocional como alavancas metodológicas para a compreensão dos múltiplos fenômenos sociais, entendendo que o comportamento humano é influenciado pelo contexto micro e macro no qual se situa.

A Sociologia Compreensiva proposta por Maffesoli (1988) propõe como método de abordagem descrever o vivido naquilo que é/está, discernindo ‘visadas’ dos diferentes atores envolvidos. Compreensiva porque não tem a pretensão de explicar, mas de compreender o que se apresenta, ou seja, os contornos, os limites e as necessidades das situações e das representações que constituem a vida cotidiana.

Alguns pressupostos levantados por Maffesoli são válidos para a apreensão de sutilezas, matizes, contornos, limites, descontinuidades das situações e representações da vida cotidiana, contribuindo para o reconhecimento de que a ciência positivista é apenas uma das modulações do conhecimento, os quais poderiam muito bem ser diretamente aplicados à saúde.

São cinco seus pressupostos teóricos da sensibilidade abordados na obra “O Conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva” (Maffesoli, 1988): a crítica ao dualismo esquemático (construção, razão, mecanismo X natureza, sentimento, organicidade, imaginação), o recurso metodológico da “forma” (apreensão do real em função do irreal); a sensibilidade relativista (compreensão da heterogeneização do mundo, ênfase na socialidade, no imaginário ou no cotidiano); a pesquisa estilística (polissemia de estilos cotidianos, gestos, palavras, teatralidade

da trama social); o pensamento libertário (liberdade do olhar, aspecto aventureiro, empatia, generosidade, proximidade) (Maffesoli, 1988; Fernandes, 2007; Novelli; Cisneros, 2011).

Aproximando esses pressupostos para a prática em saúde bucal, assim como Fernandes (2007) revelou, em sua tese de doutorado para a enfermagem, percebemos que com ao compreender o cotidiano dos sujeitos, ao identificar os limites e as forças para o ser saudável no dia-a-dia, poderíamos direcionar nosso pensamento colocando-nos como seres humanos em movimento de aprendizagem, compartilhando experiências vividas e possibilidades de construções no contorno dos limites do dia-a-dia quanto à forma, quanto aos limites e quanto às forças do cotidiano. Desta forma, uma sensibilidade relativista poderia se dar ao promover encontros com a singular e intensa maneira de viver das pessoas, estando atentos às suas diversas expressões.

Os pressupostos desta sociologia compreensiva poderiam direcionar o trabalho com liberdade do olhar, preservando a flexibilidade e as imperfeições da singular maneira de viver, abordando a multidimensionalidade do cotidiano como trajeto para apreender o significado da maneira de viver do outro, as suas interações, os seus prazeres, os seus desprazeres delineados pelo ritmo de vida de cada um.

A prática em saúde não pode limitar-se a protocolos ou receitas, mas deve ser compreendida como campo com possibilidades que podem direcionar outras novas maneiras de trabalhar e de cuidar em saúde, valorizando o cotidiano vivido. Portanto, compreender o cotidiano de forma a refletir sobre vários aspectos em torno do ritmo e maneira de viver no dia-a-dia, que pode ser limitante no processo de viver humano, mas que resgata uma potência para contornar esses limites, conduziria ao entendimento do cuidar em saúde como premissa para conhecer como vivem e se cuidam, interação no seu meio, cuidam de si e dos outros as pessoas para quem se propõem um projeto terapêutico, identificando suas dificuldades e forças. Dessa forma nós, profissionais da saúde poderíamos ajudá-las a agir de modo a atender as suas necessidades e desejos, resgatando as suas forças para contornar seus limites cotidianos.

Para estas conquistas, outras formas de vínculo e comprometimento deveriam ser almejadas. Estas dependem da compreensão do próprio processo de trabalho em saúde e da utilização de dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo) e

dispositivos instituintes (autonomia, pertencimento, empoderamento) na perspectiva de atender aos problemas de saúde, mas, primordialmente, superar a dicotomia (aqui reside o viés odontológico) entre a saúde bucal e os outros elementos associados ao cuidar em saúde, percebendo que as condições de saúde bucal não são determinadas pelos sujeitos individualmente, mas pela soma de vários fatores (condições de moradia, saneamento básico, emprego, acesso aos serviços de saúde, modos de levar a vida), que geram situações de saúde/doença.

Enfatizamos a relevância em significarmos o cotidiano dos seres humanos, visto que as maneiras de viver podem sinalizar maneiras de cuidar, contribuindo para o seu movimento de ser saudável, as quais se manifestam no corpo, na alma, na boca.

Ou, do entendimento que nos indica Souza (2004) sobre as subjetividades como modos de lidar com as condições objetivas de vida:

Subjetividades que são a produção da história de cada um, que também é a história de sua família, de sua classe, de sua cultura. Os usuários, que trazem suas queixas para os serviços de saúde, precisam ser compreendidos como sujeitos que também se produzem no adoecimento (Souza, 2004, p.2).

Finalizamos este capítulo com a afirmação de Botazzo (2011):

de fato, o SUS ainda aguarda o momento de ultrapassagem de concepções nosológicas estreitas que cercam a saúde bucal, esta parte da saúde humana que tarda em tornar-se pública e que tarda, por isso mesmo, em acolher ao abrigo de suas tecnologias de cuidado algo além das peças dentárias, algo além do odontocentrismo. Algo, enfim, que seja exercido em nome da integralidade da assistência e que amplie o olhar a um só tempo para doente e doença (Botazzo, 2011, prefácio).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar a exposição dos discursos e na conclusão deste estudo, reaparecem iluminados os conceitos, as teorias, os enunciados, a materialidade e regularidade dos objetos e temas que vieram compondo esta caminhada pelo itinerante - no sentido da escola grega de Aristóteles – por uma orientação empírica.

Ao abordarmos o tema da organização tecnológica na atual política de saúde bucal – PNSB –, considerando que esta organização tecnológica serviria de fio condutor das políticas, fomos encontrando, para além do que as diretrizes políticas poderiam indicar, as ideologias do e para o cuidado em saúde bucal.

Desta forma, fomos resgatando o histórico dos modelos de atenção em saúde bucal e sua relação com os modelos de atenção em saúde desvelando algumas formas do fazer em saúde bucal, as quais transcendem períodos históricos e sociais e adquirem outras roupagens, mostrando-se renovadas e acumuladoras de meios e métodos.

No entanto, quando começamos a “arqueologizar” tal prática pelo olhar de uma pesquisa que pretendeu encontrar nós e gargalos na atual PNSB, fomos expondo certas fragilidades até conceituais (não pertencentes apenas e exclusivamente à PNSB) recorrentes no discurso destas diretrizes de reorientação tecnológica, como apontamos para a Promoção da Saúde e a Prevenção à Saúde.

Procuramos estender nosso horizonte na direção de localizar o saber operante da saúde bucal, nos termos que brilhantemente nos falou/fala Ricardo Bruno; demarcar e ressaltar quais tecnologias (duras, leves-duras e leves) estão a dar suporte para tais práticas, como Emerson Merhy e Túlio Franco trouxeram para a discussão dos modelos de atenção e do fazer em saúde.

O caminho percorrido indicou a direção da integralidade e do cuidado como balizadores, neste estudo, para abordar a organização tecnológica da saúde bucal interposta na PNSB.

Pudemos apreender que os enunciados desta prática pública de saúde estiveram amarrados ao tecnicismo odontológico e atualmente necessitam deslocar-se para a vigilância e promoção da saúde nos moldes de uma nova (ou nem tão nova assim) estratégia de saúde: Estratégia Saúde da Família.

Um dos desafios que se impõe para a atual PNSB é o de produzir cuidados de saúde bucal na perspectiva do coletivo, da comunidade. O que percebemos é

que a parte ‘coletiva’ da tecnologia ainda está atrelada aos conceitos positivistas de redução dos índices epidemiológicos, e aos indicadores operacionais e de gestão desta política (Cobertura de primeira consulta odontológica programática; Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada; Média de procedimentos odontológicos básicos individuais; Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais).

Na busca de um fio condutor para a organização tecnológica em saúde bucal, destacamos a Integralidade e o Cuidado, pois estes conceitos/categorias tomaram importante centralidade na abordagem da PNSB.

Outra construção que merece destaque neste momento é o papel da epidemiologia nos programas de saúde bucal e, posteriormente, nas políticas (em discursos mais bem elaborados e fundamentados do conceito de risco). Assim como apresentamos na discussão que Ayres (2002) para o papel da epidemiologia nos modelos de atenção, traçamos um paralelo com a ênfase dada a esta ferramenta nos modelos de saúde bucal. A relevância de índices epidemiológicos, como balizadores de arranjos tecnológicos para o cuidado em saúde na formatação dos modelos de atenção, ocupam um ideário para as ações coletivas que, de certa forma, passam a sustentar e organizar boa parte de sua prática, mesmo a prática clínica.

São nos moldes de uma força-tarefa que as ações em saúde bucal, calcadas no mote da vigilância à saúde e irrigadas pelas informações epidemiológicas, voltam-se à erradicação da cárie dentária, de forma recorrente, ao longo dos anos e das políticas de saúde, reforçando nossa interpretação de que a base epidemiológica e a tecnologia biomédica adquirem novamente, ou permanentemente, a concretude que sustenta a prática pública de saúde bucal.

Na intenção de costurar tantos discursos, elegemos a produção do cuidado em saúde como a categoria que mais distancia as práticas públicas em saúde bucal do ideário de integralidade que, na forma doutrinária, sustenta ou deveria sustentar modelos de atenção.

Da mesma forma, a integralidade do cuidado tem sido tratada como uma quimera, pois objetivamente busca-se criar uma organização burocrática do cuidado, com fluxos hierarquizados, nos quais reside a integralidade do atual modelo de prática. A nosso ver, este também é um dos nós, pois as Diretrizes da PNSB não transcendem o protocolo do que pode ser tecnicamente respondido pela ciência

odontológica, ou seja, reorganizam a atenção pela complexidade no sentido do custo operacional.

Não localizamos nos discursos da PNSB a discussão sobre outras possibilidades para abordar os problemas bucais (gengivites, periodontites, xerostomia, halitose, perdas dentárias, dores articulares, apinhamentos dentários, etc) que não fosse: escovação dental aprimorada, controle de dieta cariogênica, correção de hábitos deletérios. Esta integralidade pouco detalhada, pouco desenvolvida, pouco aprofundada, muito se distancia do que entendemos ser a integralidade do cuidado em saúde e, de certa forma, contribui para a ocultação e o encobrimento de um expressivo contingente de doenças bucais, que podemos facilmente denominar de *negligenciadas*.

São as características do fazer em odontologia que tomam materialidade na prática da saúde bucal e assim, numa perspectiva positivista, a técnica e aquele que conhece a técnica e sabe quando e como melhor usá-la, constituem uma verdade institucional.

Talvez outro nó esteja no distanciamento que o técnico (odontólogo) produz em relação ao seu produto. Pois das práticas de saúde que abordamos, o produto é a recuperação do dano pelo uso de materiais e técnicas, sem que o sujeito, tanto o que exerce quanto aquele que recebe o resultado/produto da técnica, possam emergir como sujeitos sociais e políticos. De que forma a organização tecnológica poderia constituir-se para o Devir?

A despeito de uma crítica ou elaboração teórica mais consistente sobre a ESF, pareceu-nos incontestável a falta de correlação entre o arsenal odonto-técnico, das tecnologias de cuidado em saúde bucal conhecidas e executadas, e os propósitos do modelo centrado no território, na família. Posto que, com algumas variações e aperfeiçoamentos, as tecnologias para a saúde bucal continuam a ser aquelas desenvolvidas pela odontologia para seu objeto de trabalho, objeto de intervenção: a lesão, tanto faz se assume a forma de uma cárie ou de uma inflamação periodontal (por isso mesmo, *outras lesões*, incluindo o câncer de boca, *tem muito menos visibilidade*).

Nesta perspectiva podemos apreender que ainda, com bastante frequência, é o mesmo arsenal odontológico que compõe a tecnologia de cuidado, com antigas concepções que se renovam em outra roupagem, a da ESF. Talvez seja ao modo de

uma regularidade foucaultiana que o saber/poder odontológico imprime políticas de saúde bucal para a população.

E é também, para além do que nossa leitura produziu, mas de dentro da prática clínica diária no setor público, que a pesquisadora infere que o trabalho em saúde bucal ainda se concretiza como um trabalho da odontologia, pois se mostrou para nós, no material consultado para este estudo, que não temos um profissional para a saúde bucal, temos o profissional da odontologia.

Portanto, é do lugar no qual se faz a prática clínica em saúde bucal, de um saber/poder tecnológico que julga que seu conhecimento técnico e científico basta para reduzir o agravamento das doenças bucais que parecem continuamente se organizar modelos de atenção e políticas de saúde bucal. Poderia este conjunto tecnológico dar conta das doenças que se manifestam na boca, ainda que possível fosse separá-las do sujeito que adoece?

A prática em saúde acontece, como sabemos, lá na ponta do serviço e ainda é percebida como prática liberal independente, de ordem intelectual e de julgamentos de quem a executa, mesmo que não seja autônoma. Mesmo que muitos dos teóricos participantes das discussões sobre a PNSB sejam, declarada e reconhecidamente, militantes da Saúde Coletiva, a transformação, que certamente foi ensejo de muitos, não adquiriu capilaridade no cotidiano dos municípios, dos serviços.

A PNSB indica e orienta ações em saúde focadas na redução de índices epidemiológicos de doenças e propõe um modelo tecnológico para alcançá-la, muitas vezes com êxito (epidemiológico!) como já mencionamos, mas nas suas possibilidades de intervenção, a proteção e o suporte social, que poderiam construir ou consolidar autonomia dos sujeitos, explicitamente não emergem nem como prática, nem como política.

A definição de Hartmann (1995), para a enfermagem poderia ser expandida para iluminar o trabalho em saúde na perspectiva do suporte social:

papel de tomada de decisão, no qual o profissional deixa de ser juiz para ser colaborador; papel de mestre-aprendiz, que enfatiza o estar aberto; papel de escultor da realidade, que pressupõe a possibilidade de reconstruir, modificar; papel de mediador e agente de mudanças; papel de ativista político, nos quais se trabalha questões de cidadania e papel auto-reflexivo (Hartmann, 1995 apud: Fernandes, 2007 p. 261)⁴³.

⁴³ Hartman S. Preparing modern nurse for postmodern families. *Holistic Nursing Practice*. 1995;9(4):1-10.

Talvez seja esta a grande utopia que os rescaldos da reforma sanitária fazem ecoar.

É preciso reconhecer e colocar em análise os efeitos da prática odontológica no corpo dos sujeitos e tirar da odontotécnica o seu valor útil – o de restituir a dignidade perdida por meio do tratamento odontológico reparador, que se faz conhecido ao resolver casos de dor, de disfunções, de desarmonias, de desajustes – mas nele não se restringir. Há que se ampliar a busca por práticas de saúde bucal de cuidado que tomem a boca como lugar de afirmação da Vida (Souza, 2004).

As pesquisas e os estudos contemporâneos que também buscam equalizar novas práticas em saúde bucal, como o fez o Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva de 2004 a 2008 e Pezzato (2009) em seu doutoramento, indicam que novas abordagens para o cuidado, na direção do sujeito e não mais da doença, mesmo que inicialmente causem estranhamento, acabam por produzir alguns efeitos para uma desnaturalização do cotidiano dos serviços de saúde bucal no SUS.

Talvez tenhamos percorrido historicamente as políticas de saúde bucal e sua intrínseca relação com a odontologia buscando o desvelamento da organização tecnológica que sustenta as práticas que se instituíram coletivas, porém, faltou-nos encontrar uma tecnologia de cuidado que fosse verdadeiramente pertinente ao fazer em saúde bucal. O que nos ocorre é a falta, na PNSB, de maior elaboração teórico-prática sobre uma tecnologia para o cuidado do sujeito com suas necessidades bucais.

Pelas bordas da utopia, se o profissional de saúde conseguisse buscar saber o que falta para o Outro, qual seu projeto de vida, o que ele tem além do que está impresso em sua boca, talvez fizesse mais sentido o projeto terapêutico. Não que devêssemos retirar todo o crédito que a saúde bucal no SUS tem e construiu com ações coletivas e de cunho social – citando a fluoretação das águas de abastecimento – mas a proposta de novos olhares sobre a condição de adoecimento, sobre os projetos de vida, da saúde e das experiências bucais de cada paciente, poderia ser uma transformação nas práticas de saúde. E daí seria libertador, tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde, pois abriria espaço para outros projetos profissionais, pessoais, institucionais.

REFERÊNCIAS⁴⁴

Aguilar MI. A Integralidade na saúde bucal: estudo das articulações entre os serviços públicos na zona norte do município de São Paulo [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface* (Botucatu). 2005;16:39-52.

Andrade FR. Relações de poder na política Nacional de Saúde Bucal. Goiânia: Editora UFG; 2009.

Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Jr. TA. Descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2000;8:1-2.

Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):360-5.

Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo/Campinas: Cortez/ Editora da Universidade Estadual de Campinas; 1995.

Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo; 1999.

Antunes R. O caracol e sua concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.

Araújo, IL. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. *Revista Aulas*; 2007;3:1-24.

Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Social support, health and oral health promotion among the elderly population of Brazil. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2006b;10(19):203-16.

⁴⁴ De acordo com Estilo Vancouver.

Arouca S. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. [citado 21 ago. 2012].Disponível em <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>; 1998.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface – Comunic. Saúde Educ. 2004;8(14):73-92.

Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev. Bras. Epidemiol. 2002;5(supl. 1):28-42

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;1:63-72.

Barros RS, Botazzo C. Subjetividade e clínica na atenção básica. Narrativas, histórias de vida e realidade social. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(11):4337-48.

Barros RS, Sousa LMO, Dias PB, Díaz PHP, Soster JC, Heinzelmann RS, Botazzo C. Gestão participativa e controle social: o apoio institucional como estratégia de gestão participativa. In: Goes PSA, Moysés SJ, Organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p.135 -45.

Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7:401-12.

Bógus CM A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. In: Villela W, Kalckmann S, Pessoto UC. Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde. 2002:49-53.

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: HUCITEC-FAPESP; 2000.

Botazzo C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e Práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Lopes, MM. Saúde bucal coletiva: implementando idéias ... concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2008. p.3-15.

Botazzo C, Barros RS, Martino LVS, Oliveira MA, Pires FS. O relatório científico do Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a cidadania na saúde. In: Botazzo C, Oliveira MA, Organizadores. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Editora Páginas e Letras; 2008: p.239-290.

Botazzo C. Bocas, câncer e subjetividade: os percursos (mal) elaborados do nós e do outro. In: Souza ECF. Doença, narrativa e subjetividades. Patografias como ferramentas para a clínica. 1ª ed. Natal: EDUFRN; 2011. prefácio.

Botazzo C. Manfredini MA, Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal coletiva [citado 25 fev. 2013]. Disponível em <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/BSBCBotazzo.pdf> 1988.

Botazzo C. Novas abordagens em saúde bucal: a questão da integralidade. In: Garcia DV, organizadora. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABO/RJ-UNESCO; 2005.

Botazzo C. O desenho de objetos em saúde coletiva. Ensaio sobre o positivismo e outros modos de pensar em saúde [Tese Livre docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2012.

Botazzo C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 1994.

Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:7-17.

Botazzo C. Transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, Organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.17-27

Botazzo, C. Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru: EDUSC; 1999.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.

Brasil. Decreto nº 86.329, de 02 de Setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Brasília: CONASP. Diário Oficial da União 03 set 1981.

Brasil. Decreto nº 94.657 - de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 21 jul 1987; Sec 1, p.11503.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União 20 set 1990; Sec 1, p. 18055. 1990a.

Brasil. Lei nº 8.142 - de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União 31 dez 1990, p. 25694. 1990b.

Brasil. Lei nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União 26 dez 2008, p.2; 2008c.

Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União 25 ago 2011, p.1; 2011.

Brasil. Lei Complementar nº. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 jan 2012. p.1.

Brasil. Portaria nº. 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União 07 mar 2001; sec 1, p. 67.

Brasil. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 71 (2006b).

Brasil. Portaria nº 649/GM de 28 de março de 2006 Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 76 (2006c)

Brasil. Portaria nº. 650/GM de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 76 (2006d).

Brasil. Portaria nº. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Diário Oficial da União 04 jun 2004; sec 1, p. 44; (2004b).

Brasil. Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 29 dez 2000; sec 1, p. 85;

Brasil. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 out 2011; sec 1, p. 48; 2011.

Brasil. Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União 27 nov 2007; sec 1, p. 44, 2007a.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de reorientação da assistência odontológica. Rio de Janeiro: MPAS/CCS; 1983. Apostila.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica-2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 13 mar 2006 sec1, p. 45; 2006e.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 22 dez 1997, Sec 1, p.11.1997b.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a; 36p.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Apostila.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de saúde bucal – princípios, objetivos, prioridades, Brasília (DF);1989. (Série A. documentos técnicos DNSB,5)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a saúde da família [citado 20 março 2013]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. - Cadernos da Atenção Básica, 17. Brasília (DF); 2006a.

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 (DF); 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília (DF); 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde Bucal 1ª edição, Brasília (DF); 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Geral/SESUS. Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1990c.

Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF); 1990d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. 1ªed. Diário Oficial da União. 29 jun 2011, Sec 1, p.1, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de saúde bucal – princípios, objetivos, prioridades, Brasília (DF); 1988.

Calado SG. A Inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 2002.

Calvo MCM, Colussi CF, Rocha RACP, Goes PSA. Avaliação da atenção primária em saúde bucal. In: Goes, PSA, Moysés SJ, Organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012 p.181-93.

Camargo Jr. KR Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p.35-43.

Camargo Jr. KR. A biomedicina. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2005;15:177-201.

Campos ALVB. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(3):879-88.

Campos EP. Equipe de saúde: cuidadores sob tensão. *Epistemo-somática*. 2006;3(2)195-222.

Campos GWDS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde; *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.

Campos GWDS, Cecílio LCD. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. Saúde Debate. Série Didática. 1994;76(3):29-87.

Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.

Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS. A Saúde pública e a defesa da vida; São Paulo: Hucitec; 1994.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Canguilhem GO. Normal e o patológico. 2ªed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982.

Carvalho JR. Os desafios para a saúde. Estudos Avançados. 1999;13(35):7-20.

Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". Saúde soc. 2012;21(2):280-9.

Cecílio, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos Saúde Pública. 1997;13(3):469-78.

Cecílio, LCO Andreazza, R, Souza, ALM et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. RECIIS. Rev eletr de comunic, inform inov saúde. 2007;1:200-7.

Chaves SCL, Vieira da Silva LM. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad Saúde Pública. 2007;23(5):1119-31.

Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomat med.1976;38(5):300-14.

Connil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):7-27.

Cordón JA. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. *Divulgação Saúde Debate*. 1996;13:36-53.

Cordón JA. Avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal no Brasil: considerações críticas. *Caderno de Resumos do XIII ENATESPO/II Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva*;1997; Cuiabá, Brasil. Cuiabá: [editora desconhecida]; 1997.

Corrêa AP. Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1985.

Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. *Cad Cedes*. 1980;4:5-27.

Costa NR, Pinto LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4)907-23.

Costa JFR, Chagas LDA, Silvestre RM, Organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

Czeresnia D, Freitas CM, Organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

Da Costa Silva, CM, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2539-50.

Deleuze, G Guattari F. O que é a filosofia? São Paulo: Editora 34; 1992. Coleção Trans.

De Mello DF, De Lima RAG. O cuidado de enfermagem e a abordagem winnicottiana. *Texto Contexto Enferm.* 2010;19(3):563-9.

Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1975.

Donnangelo MCF, Pereira I. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Favoretto CAO, Camargo Jr. KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis.* 2002;12(1):59-76.

Fernandes SLISA. O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da nova promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Supl 1):865-72.

Filgueiras L. Reestruturação produtiva, globalização e neoliberalismo: capitalismo e exclusão social neste final de século. *Encontro Nacional de Estudo do Trabalho*, Rio de Janeiro; 1997:895-920.

Foucault M. *Arqueologia do saber*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.

Foucault M. *História da sexualidade*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.

Foucault M. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006;1:459-474.

Frazão P. *Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde* [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1999.

Freitas SFT. História social da cárie dentária. Bauru: EDUSC; 2001.

Frias AC, Narvai PC, Araújo ME, Zilbovicius C, Antunes JLF. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso – Município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. Cad Saude Publica. 2006;22(6):1237-46.

Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS, Rovida TAS, Diniz DG. Parâmetros assistenciais em saúde bucal: Comparação entre duas programações do atendimento clínico no serviço público. Rev Bras Promoção Saúde, 2012;25(3):255-60.

Garcia DV, Organizadora. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABO/RJ - UNESCO; 2005.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1171-81.

Giovanella L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. Cad Saúde Pública. 1990;6(2):129-53.

Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

Gomes MASM. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(4):1080-2.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2005;9(17):287-301.

Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1995.

Höfling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes. 2001;21(55):30-41.

Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. In: Piola SF, Viana SM. Economia da saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 1995.

Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político In: Rode SM, Nunes SG. Atualização clínica em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 591-604.

Kusma S, Moysés ST, Moysés, SJ Avaliação de ações de promoção da saúde bucal. IN: Goes PSA, Moysés SJ, organizadores. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 167-179.

L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2003;8(1):265-74.

Laville C. Dionne J. O percurso problema-pergunta-hipótese. In: Laville C. Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.103-127.

Leavell S, Clarck EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

Levcovitz E, Baptista TWF, Uchôa SAC, Nespoli G, Mariani M. Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000). Brasília (DF): OPAS; 2003.

Loureiro CA, Oliveira FJ. Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde;1995.

Lowi T. American business, public, case studies and political theory. World Politics. 1964;16:677-715.

Lowi T. Four systems of policy, politics, and choice. Public Adm Review. 1972;32:298-310.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. Physis. 1991;1(1):77-96.

Machado R. Foucault, a ciência e o saber. 3ª ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz, DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):335-42.

Maffesoli M. O conhecimento comum. São Paulo: Brasiliense; 1988.

Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;7(1):61-6.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p.45-59.

Mattos ALC. Contribuições da arqueologia e da genealogia à análise das políticas de saúde. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2011 p. 220-56.

Marx K. O Capital. 14. ed. São Paulo: Difel; 1994.

Mello, GA Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. Rev APS. 2009;12(2):204-13.

Melo JAC. Educação sanitária: uma visão crítica. Cad Cedes. 1984;4:28-43.

Mendes Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 1979.

Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Mendes EV. Distrito sanitário. São Paulo: Hucitec; 1994.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

Mendonça CS, Azevedo EG. Informação para tomadores de decisão em saúde pública – projeto ITD Biblioteca Virtual em Saúde Pública – Saúde Pública Brasil, perguntas mais frequentes. In: Sampaio LFR, Lima PGA. Apoio ao programa de saúde da família. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS; 2002.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 117-60.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 97-228.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2000;4(6):109-16.

Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde Debate. 2003;27:316-23.

Merhy EE. A saúde pública como política. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.

Merhy EE, Franco TB. Programa saúde da família: somos contra ou a favor? Saúde Debate. 2002;26(60):118-22.

Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira, IB. Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 427-32.

Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira Filho RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. Saúde Debate. 1991;33:83-9

Minayo, MCS O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Moraes R. Análise de conteúdo. Rev Educ. 1999;22(37):7-32.

Moraes R. Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai? São Paulo: Senac; 2001.

Monken M, Batistella C. Vigilância em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.471-8.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L. Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização. 3a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 475-94.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006a;11:18-9.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Ver Saude Publica. 2006b;40(Spec):141-7.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva: um conceito. Odontol Soc. 2001;3:47-52

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 2006. p.346-62.

Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Nickel DA. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008, 89p.

Nickel DA Lima FG, Da Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(2):241-6.

Nicolazzi F. As histórias de Michel Foucault. Klepsidra. 2002;2(12). [citado 18 mar 2013]. Disponível em: <http://www.klepsidra.net/klepsidra12/foucault.html>.

Nogueira RP. O trabalho em saúde: novas formas de organização. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/IE; 2002. p.59-63.

Novelli D, Cisneros L. Diálogo interdisciplinar entre a estética da existência de Michel Foucault e a ética da estética de Michel Maffesoli. Cad de Pesq Interdisc em Ciênc Humanas. 2011;12(100):21-35.

Nunes ED. Henry Ernest Sigerist pioneiro da história social. Educ Med Salud. 1992;26(1):70-81.

Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(3):909-16.

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Rev Ação Coletiva. 1999;2(1):9-14.

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p.567-86.

Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Publica. 2006;40(Esp.):73-8.

Paim JS. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Coleção Temas em Saúde.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [Tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas;1998.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho Educ e Saúde. 2002;1(1):75- 91.

Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira, IB Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.320-8.

Peres MA, Antunes JLF, Peres KG. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. *Soz Präventivmedizin*. 2006;51(5):302-310.

Pezzato L. Encontros, instituições e sujeitos em análise: a alta pactuada em saúde bucal [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Pinheiro, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2001.p.39-64.

Pinheiro R. Integralidade em saúde. IN: Pereira, IB Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV: 2008. p. 255-62.

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003.

Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p.7-34.

Pinheiro R, Mattos RA, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2001.

Pinto VG. A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil [Tese]. São Paulo: universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1992.

Pinto VG. *A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir*. São Paulo: Ed. Santos; 1993.

Pinto VG. *Saúde bucalc*. São Paulo: Santos; 2000.

Pinto MHB, Lopes CMD, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil: perfil do programa de atenção precoce à saúdeb. *JBP: j bras Odontopediatria Odontol Bebê*. 2003;6(31):210-6.

Pires D. Reestruturação positiva e consequências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enferm. 2000;53:251-63.

Pucca Jr, GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(1):243-246.

Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino Am Enferm. 2000;8(6):96-101.

Rocha HHP. Educação escolar e higienização da infância. Cad Cedes 2003;23(59):39-56.

Roncalli, AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia. 2000.

Rosa MSO. Saber e participação popular: diálogo e aprendizagem da cidadania em Saúde. Rev Município Saúde. 1994;1(1):10-5.

Salgueiro EM. Michel Foucault: uma crítica historiográfica em a Arqueologia do Saber. Rev História Reflexão. 2009;3(6):1-21.

Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a saúde bucal no programa de saúde da família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:53-61.

Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Bessa MSJ. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do programa saúde da família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(1):75-85.

Santos Neto ET, Esposti CDD, Oliveira AE, Cavaca AG, Galvêas EA, Zandonade E. Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad Saúde Coletiva. 2012;20(1):72-81.

Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(2):429-35.

Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(2):2009-18.

Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):273-80.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento Técnico Normativo. Subprograma de saúde bucal; 1986. (mimeo)

Sá-Silva JR, Almeida , Guindani JF Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras História Ciênc Soc*. 2009;1(1):1-15.

Schraiber LB. Ciência, trabalho e trabalhadores em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Divulgação Saúde Debate*. 1996;14:7-12.

Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional: novos desafios, outros dilemas [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 1997.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996.

Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde In: Pereira, IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p.382-92.

Serra CG. A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba [Dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.

Serra CG, Garcia DV, Mattos D. A explicitação das antigas inquietações e a busca da soluções na realidade recente da saúde bucal: um processo doloroso de espera pelo fim das ansiedades e angústias. In: Garcia DV, organizadora. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABO/RJ - UNESCO; 2005;9-21.

Silva EL. Odontologia para bebês. *Rev Paraense Med*. 2007;21(4):53-7.

Silveira Filho AD. A saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Botazzo C, Oliveira MA, organizadores. Atenção Básica no sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas e Letras; 2008.p.1-49.

Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período de 2001 a 2008. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(7):3169-80.

Souza C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. Sociologias. 2006;8(16):20-45.

Souza DJ, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2001;2:7-28.

Souza DS. A saúde bucal e sua inserção no Sistema Único de Saúde. Rev Divulgação Saúde Debate. 1996;13:83-9.

Souza, ECF. Formação e trabalho em odontologia: ampliar a clínica para construir uma nova cultura de cuidado em saúde bucal. III Conferência Estadual de Saúde Bucal do Rio Grande do Norte. [citado 19 mar 2013]. Disponível em: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_sauco/saude_bucal_betinha.pdf 2004.

Souza ECF. Ampliação da clínica: para buscar a integralidade do cuidado em saúde. política Gestão Saúde. 2006:125-145.

Souza ECF. Doença, narrativa e subjetividades. Patografias como ferramentas para a clínica. 1ª ed. Natal: EDUFRN; 2011.

Souza SPS. A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2001.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Tanaka OY, Escobar EMA, Giménez ASM, Camargo KG, Lelli CLS, Yoshida TM. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. São Paulo; 1992;26:185-94.

Teixeira SMF. Reorientação da assistência médica previdenciária: um passo adiante ou dois atrás? Rio de Janeiro: FGV/EBAP;1984.

Teixeira CF, Paim JS, Villasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS. 1998;7:7-28.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saúde Debate. 2003;27(65):257-77.

Teixeira CF, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R; Mattos, RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003. p. 89-111.

Teles JCB. Assistência odontológica no país: perspectivas. Cad Saúde Pública. 1985;1(2):253-62.

Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy. 1992:267-76.

Testa M. Estrategia, coherencia y poder em las propuestas de salud - Parte I. Cuad Méd Soc. 1987;(38):4-24.

Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco; 1992.

Thylstrup A, Fejerskov O. Cariologia clínica. São Paulo: Editora Santos; 1995.

Tronto JC. Care as a political concept. In: Hirschmann NJ, Di Stefano C, organizadores. Revisioning the political: feminist reconstructions of traditional concepts in Western political theory. Boulder: Westview Press; 1996. p.139-56.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção de saúde numa perspectiva bioética. Texto Contexto Enferm. 2005;14(1):82-8.

Vieira AN, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. Trab Educ Saúde. 2011;9(1):9-22.

Vieira E. Políticas sociais e direitos sociais no Brasil. Comunic Educ.1997;3(9):13-7.

Walter FRL, Ferelle A, Issao M. Odontopediatria: odontologia para o bebê 1ªed. São Paulo: Artes Médicas;1997.

Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [Tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994.

Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulg Saúde Debate.1996;13:18-35.

ANEXO A: Documentos Oficiais: Leis, Decretos, Portarias

- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.
- Brasil. Decreto nº 86.329, de 02 de Setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária. Brasília: CONASP. Diário Oficial da União 03 set 1981.
- Brasil. Decreto nº 94.657 - de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - SUDS, e dá outras providências. Diário Oficial da União 21 jul 1987; Sec 1, p.11503.
- Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União 20 set 1990; Sec 1, p. 18055. 1990a.
- Brasil. Lei nº 8.142 - de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União 31 dez 1990, p. 25694. 1990b.
- Brasil. Lei nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Diário Oficial da União 26 dez 2008, p.2; 2008c.
- Brasil. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União 25 ago 2011, p.1; 2011.
- Brasil. Lei Complementar nº. 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União 16 jan 2012. p.1.
- Brasil. Portaria nº. 267/GM, de 6 de março de 2001. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Portaria de Normas e diretrizes da saúde bucal. Diário Oficial da União 07 mar 2001; sec 1, p. 67.
- Brasil. Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 71 (2006b).
- Brasil. Portaria nº 649/GM de 28 de março de 2006 Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 76 (2006c).
- Brasil. Portaria nº. 650/GM de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Diário Oficial da União 29 mar 2006; sec1, p. 76 (2006d).
- Brasil. Portaria nº. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Diário Oficial da União, Diário Oficial da União 04 jun 2004; sec 1, p. 44; (2004b).
- Brasil. Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 29 dez 2000; sec 1, p. 85;
- Brasil. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da

- Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 out 2011; sec 1, p. 48; 2011.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União 27 nov 2007; sec 1, p. 44, 2007a.
 - Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de reorientação da assistência odontológica. Rio de Janeiro: MPAS/CCS; 1983. Apostila.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica-2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e o Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 13 mar 2006 sec1, p. 45; 2006e.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 22 dez 1997, Sec 1, p.11.1997b.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a; 36p.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Apostila.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de saúde bucal – princípios, objetivos, prioridades, Brasília (DF);1989. (Série A. documentos técnicos DNSB,5).
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a saúde da família [citado 20 março 2013]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> 2013.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. - Cadernos da Atenção Básica, 17. Brasília (DF); 2006a.
 - 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 (DF); 2004b.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília (DF); 2007b.
 - Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Saúde Bucal 1ª edição, Brasília (DF); 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17).
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2008a.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação unificada de indicadores: avaliação 2007. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília (DF):Editora do Ministério da Saúde; 2010.
 - Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Geral/SESUS. Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1990c.
 - Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF); 1990d.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências. 1ªed. Diário Oficial da União. 29 jun 2011, Sec 1, p.1, 2011.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de saúde bucal – princípios, objetivos, prioridades, Brasília (DF); 1988.

ANEXO B: Quadro do índice CPO-D aos 12 anos nos anos 1986, 1996, 2003 e 2010 no Brasil, por região.

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sbucal/sbbr.def> (acesso 19/02/2013)

Ministério da Saúde

Rede Interagencial de
Informações para a Saúde
RIPSA

**Indicadores de fatores de risco e
de proteção**

**IDB 2011
BRASIL**

Ficha de qualificação

G.17 Índice CPO-D

**Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos de idade, por escolar examinado, segundo Região e Capital
Brasil, 1986, 1996, 2003 e 2010**

Região e Capital	1986	1996	2003	2010
Total	6,7	3,1	2,8	2,1
Região Norte	7,5	4,3	3,1	3,2
Porto Velho	...	5,0	...	...
Rio Branco	...	4,4	...	...
Manaus	...	2,5	...	...
Boa Vista	...	6,3	...	...
Belém	...	4,5	...	...
Macapá	...	2,6	...	...
Palmas	...	4,6	...	...
Região Nordeste	6,9	2,9	3,2	2,7
São Luís	...	3,5	...	...
Teresina	...	3,4	...	...
Fortaleza	...	2,3	...	...
Natal	...	3,8	...	...
João Pessoa	...	3,9	...	...
Recife	...	3,0	...	...
Maceió	...	2,9	...	...
Aracaju	...	1,5	...	...
Salvador	...	1,5	...	...
Região Sudeste	6,0	2,1	2,3	1,7
Belo Horizonte	...	2,4	...	...
Vitória	...	1,5	...	...
Rio de Janeiro	...	2,1	...	...
São Paulo	...	2,3	...	...
Região Sul	6,3	2,4	2,3	2,0
Curitiba	...	2,2	...	...
Florianópolis	...	2,8	...	...
Porto Alegre	...	2,2	...	...
Região Centro-Oeste	8,5	2,9	3,2	2,6
Campo Grande	...	3,0	...	...
Cuiabá	...	3,3	...	...
Goiânia	...	3,3	...	...
Brasília	...	1,9	...	...

Fontes: Ministério da Saúde/COSAB:

1. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana – 1986. A amostra refere-se a escolares de 16 capitais.
2. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Cárie Dental – 1996. A amostra refere-se a escolares das capitais dos estados e do Distrito Federal.
3. Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil) – 2002/2003. A amostra refere-se a escolares de 250 municípios (50 por região).
4. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil) – 2010.