PAULO CAPEL NARVAI

**PRÁTICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL:
PROPOSTAS E AÇÕES NO PERÍODO 1952-92**

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof.Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez

SÃO PAULO
- 1993 -

À memória do meu pai, Antonio

Para Raquel e Julia

AGRADECIMENTOS

- Ao meu Orientador, Professor Doutor Roberto Augusto Castellanos Fernandez, pela segurança, infinita paciência, confiança em que os caminhos trilhados levariam ao trabalho que acreditamos bom e, sobretudo, pelo relacionamento solidário e fraterno que mantivemos ao longo da pesquisa e que, estou certo, haverá de manter-se;
- À Professora Maria da Penha Costa Vasconcellos, pelo interesse, apoio e entusiasmo com que acompanhou todas as etapas, das primeiras idéias ao projeto, e dele ao texto final. Sua contribuição foi enorme, incentivando permanentemente e mantendo o tempo todo aguçada perspectiva crítica;
- Ao Professor Jorge Alberto Cordón, pela orientação bibliográfica e sugestões para o texto final;
- A todos os que dedicaram e dedicam parte do seu tempo à reflexão, à elaboração e implementação de propostas com vistas à transformação da atual prática odontológica, objetivando tornar cuidados odontológicos acessíveis a todos os brasileiros.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

A partir da conceituação e problematização de expressões envolvendo o termo "odontologia", investiga-se a origem, características e implicações práticas de um conjunto de "odontologias" surgidas no Brasil nas últimas quatro décadas. As propostas e ações decorrentes dessas "odontologias" no período 1952-92 são objeto de análise. O material empírico utilizado para esta construção analítica é constituído por publicações e documentos de variada origem e finalidade. O contexto epidemiológico e a magnitude dos interesses econômicos relacionados à problemática da saúde bucal durante os anos 80 são apresentados pois, ainda que se refiram apenas a esse período histórico, constituem aspectos fundamentais do pano de fundo histórico onde surgem, atuam e disputam hegemonia as propostas que se identificam com as diferentes odontologias, sendo imprescindíveis para compreendê-las. Apresenta-se, ainda, as características básicas do modelo de prática odontológica hegemônico no Brasil no período em estudo, e discute-se as perspectivas de cada uma das propostas de prática odontológica contra-hegemônica.

ABSTRACT

From the concept and questioning of the expressions involving the term "dentistry", the author research the origin, features and practical implications of an array of "dentistries" that emerged in Brazil in the last four decades. The proposals and actions resulted from these "dentistries" in the period of 1952 to 1992 are object of analysis. The empirical material used for this analytical construction consists of publications and documents of varied origin and purposes. The author also presented the epidemiologic context and the magnitude of the economic interest related to the oral health problematic during the 1980's. Although they just refer to this historic period they are fundamental aspects of the background where the proposals, which identify themselves with the different "dentistries", emerge, act and dispute the hegemony. Those aspects mentioned above are mandatory to understand the "dentistries". At last, are presented the basic features of the dental practice model that is dominant in Brazil in the period of the study and it discuss the perspectives of each dental practice counterdominant.

SUMÁRIO

	Página
1. DUAS CENAS COM JEITO DE INTRODUÇÃO.	1
2. SOBRE O OBJETO DE ESTUDO E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.	4
2.1. Palavras, palavras	5
2.2. Odontologia: palavra e ação insuficientes.	10
2.3. Propostas e práticas, teoria e ação.	13
3. UM POUCO DE EPIDEMIOLOGIA	23
4. O CAPITAL EM MOVIMENTO.	33
4.1. Recursos Humanos	34
4.2. Materiais e Equipamentos	36
4.3. Produtos de Higiene Bucal.	36
4.4. Fluoretação da Água.	39
4.5. Tamanho da Conta	39
5. AS ODONTOLOGIAS E SUAS PROPOSTAS.	43
5.1. A Odontologia Sanitária.	44
5.2. A Odontologia Preventiva	57
5.3. A Odontologia Social	72
5.4. A Odontologia Simplificada	82
5.5. A Odontologia Integral	92
5.6. A Saúde Bucal Coletiva	97
6. A PRÁTICA HEGEMÔNICA E OS DILEMAS DAS OUTRAS PRÁTICAS	122
6.1. O modelo de prática odontológica hegemônico. . .	127
6.2. As propostas contra-hegemônicas de prática odontológica.	142
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	167
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	171

1.

**DUAS CENAS COM
JEITO DE INTRODUÇÃO**

Cena 1

Memorial da América Latina, São Paulo, manhã de 24 de outubro de 1991. "Painel de Experiências", no Oitavo ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. Com a palavra Sérgio Pereira, criador e coordenador do PISE - Programa Integrado de Saúde Escolar do Distrito Federal, reconhecidamente o mais importante programa de saúde bucal já desenvolvido no Brasil, em termos de inovações tecnológicas e abrangência de cobertura:

"O programa de Brasília sempre foi muito avesso às mudanças semânticas. A odontologia vive mais uma mudança semântica do que uma mudança em resultados. Então se teve uma odontologia simplificada, depois uma odontologia integral, depois uma odontologia coletiva... e vai por aí. Nós temos um projeto de saúde bucal. Não basta ser apenas coletivo, não basta ser apenas integral. Daqui a pouco vem por aí, quem sabe na próxima década, o programa equitativo e por aí vai... A gente não deu nenhum título novo para essa odontologia... É o programa de saúde bucal do Distrito Federal. O único título que a gente usa é esse. Nós não temos outro título. E não estamos atrás de uma revolução semântica."

Cena 2

Auditório do Hotel Glória, Rio de Janeiro, manhã de 20 de abril de 1992. Desenvolve-se a sessão plenária da I ANEO - Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas, convocada pelo Conselho Federal de Odontologia para "regulamentar a questão das especialidades odontológicas e dos cursos destinados à formação de especialistas". Ao final daquela manhã uma das especialidades odontológicas, a "Odontologia Social", havia recebido nova denominação: "Odontologia em Saúde Coletiva".

2.

SOBRE O OBJETO DE ESTUDO E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

"O dentista não é um ser descerebrado. O dentista
é um ser para praticar saúde pública e
refletir sobre a sua prática."

Samuel Jorge Moysés, no Oitavo ENATESPO.
São Paulo, 28 out. 1991.

"A prática tem de se dar ao pensar teórico
que a ilumina e a retifica..."

Paulo Freire, na inauguração do
Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde
do Município de São Paulo, 15 ago. 1990.

Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva, Odontologia Social, Odontologia Simplificada, Odontologia Comunitária, Odontologia Integral. No período compreendido entre 1952 e 1992 a odontologia brasileira foi objeto de várias adjetivações. As referidas aqui são apenas as que obtiveram maior destaque na literatura técnico-científica. Não bastasse tantas "odontologias", os anos 80 viram surgir a "Saúde Bucal Coletiva".

Por que tudo isso? Qual a necessidade de empregar diferentes denominações para designar o que, aparentemente, é a mesma coisa?

Que relações teriam tantas adjetivações com o fato de as características da prática odontológica virem mudando, significativa e intensamente, em todo mundo⁷⁸ e também no Brasil? Até que ponto essas mudanças justificariam tantos adjetivos?

Este estudo acadêmico teve origem nessas interrogações.

2.1. Palavras, palavras...

Desde o início deste trabalho, houve grande preocupação com as palavras, com o sentido que os termos assumem, as conotações e significados que adquirem em diferentes contextos. Apesar disso não se pretendeu, em nenhum momento,

dirigir o objetivo do estudo para o campo da linguística, da semiótica ou algo parecido. Em primeiro lugar, porque a preocupação principal sempre foi conduzir a pesquisa tendo como eixo as preocupações do campo da saúde pública relacionadas à produção de serviços de saúde. Neste sentido, saberes de diferentes disciplinas foram requisitados apenas na medida em que interessavam a esta perspectiva de estudos. Em segundo lugar, porque o autor reconhece suas dificuldades em transitar por esses domínios.

Assim, ainda que se possa observar nesta dissertação um grande cuidado com as palavras, seu resultado final expressa apenas e tão-somente a tentativa de compreensão, por parte de um cirurgião-dentista, de expressões surgidas no âmbito do seu campo de trabalho bem como as propostas de ações e as práticas que lhes corresponderam.

E essa busca exigiu uma espécie de acerto de contas com algumas palavras.

Vale reafirmar, desde logo, que as palavras não são neutras. Ninguém as utiliza inocentemente pois, também no mundo das palavras, nada acontece por acaso.

Veja-se a palavra "planejamento", por exemplo. TESTA⁸⁹ (1992) conta que na América Latina, pelos idos dos anos 50 e 60, havia associação imediata entre a palavra **planejamento** e a palavra **comunismo**, uma remetendo à outra a tal ponto que, algumas vezes, optou-se, no setor saúde, pela palavra

programação em substituição a planejamento.

Mais ou menos nessa direção segue a conotação adquirida pelo termo **estatal**. "Estatat" soava tanto a "comunismo" nas Américas dos anos 50-60 que não houve jeito: quase tudo que era estatal passou a ser eufemisticamente denominado "público". Parecia soar menos "comunista"... E no entanto, inúmeros serviços essencialmente públicos (de utilidade pública) eram e continuam sendo ou de propriedade privada ou de propriedade estatal. Perdeu-se por isso, lamentavelmente, uma noção importantíssima de "público" como não sendo necessariamente equivalente a "estatal" que só agora, no final do século, estamos conseguindo recuperar.

A palavra "democracia" também incomoda muitos. BORDENAVE⁹ (1982: 84) diz que "convidado a fazer uma conferência num país de governo autoritário, indicou como tema de sua palestra 'O papel dos meios de comunicação na construção de uma sociedade democrática'. Quando a instituição patrocinadora publicou o anúncio do evento, o título da palestra era 'O papel dos meios de comunicação na sociedade moderna'."

Também a palavra "revolução" pode ser requisitada para o desenvolvimento desta argumentação. FERNANDES⁴⁸ (1984: 7-10) faz o seguinte comentário a propósito de diferentes designações para o termo:

"A palavra revolução tem sido empregada de modo a

provocar confusões. Por exemplo, quando se fala de 'revolução institucional', com referência ao golpe de Estado de 1964. É patente que aí se pretendia acobertar o que ocorreu de fato, o uso da violência militar para impedir a continuidade da revolução democrática (a palavra correta seria contra-revolução: mas quais são os contra-revolucionários que gostam de ver-se na própria pele?). Além disso, a palavra 'revolução' encontra empregos correntes para designar alterações contínuas ou súbitas que ocorrem na natureza ou na cultura (coisas que devemos deixar de lado e que os dicionários registram satisfatoriamente). No essencial, porém, há pouca confusão quanto ao seu significado central: mesmo na linguagem de senso comum sabe-se que a palavra se aplica para designar mudanças drásticas e violentas da estrutura da sociedade (...). O debate terminológico não nos interessa por si mesmo. É que o uso das palavras traduz relações de poder e relações de dominação. Se um golpe de Estado é descrito como "revolução", isso não acontece por acaso (...). Nessa conjuntura, confundir os espíritos quanto ao significado de determinadas palavras-chave vinha a ser fundamental. É por aí que começa a inversão das relações normais de dominação. Fica mais difícil para o dominado entender o que está acontecendo e mais fácil defender os abusos e as violações cometidas pelos donos do poder."

FERNANDES prossegue:

"O marco de 1964 (...) ilustra muito bem a natureza da batalha que as classes trabalhadoras precisam travar no Brasil. Elas precisam libertar-se da tutela terminológica da burguesia (isto é, de relações de dominação que se definem, na área da cultura, como se fossem parte do ar que respiramos ou 'simples palavras'). Ora, em uma sociedade de classes da periferia do mundo capitalista e de nossa época, não existem 'simples palavras'. A revolução constitui uma realidade histórica; a contra-revolução é sempre o seu contrário (não apenas a revolução pelo avesso: é aquilo que impede ou adultera a revolução). Se a massa dos trabalhadores quiser desempenhar tarefas práticas específicas e criadoras, ela tem de se apossar primeiro de certas palavras-chave (que não podem ser compartilhadas com outras classes, que não estão empenhadas ou que não podem realizar aquelas tarefas sem se destruírem ou sem se prejudicarem irremediavelmente). Em seguida, deve calibrá-las cuidadosamente, porque o sentido daquelas palavras terá de confundir-se, inexoravelmente, com o sentido das ações coletivas envolvidas pelas mencionadas tarefas históricas."

Para FERNANDES portanto, "o uso das palavras traduz relações de poder e relações de dominação." Interessa, aqui,

o seguinte questionamento: Quais relações de poder e dominação poderiam estar associadas ao surgimento e uso, no Brasil, de expressões como "odontologia sanitária", "odontologia social", "odontologia preventiva" e outras?

Cabe assinalar ainda que, por assumirem diferentes significados em diferentes contextos, segundo geografia, etnia, classe social etc., também as palavras são dotadas de historicidade. Que o diga o próprio termo **doença**, cujo significado variou enormemente ao longo do tempo, como bem relataram, entre outros, SCLIAR⁸⁶ (1987) em "Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública", e BERLINGUER³⁰ (1988) em "A doença".

Aliás, cabe esclarecer que, ao contrário do que se possa supor, **termo** e **palavra** não são sinônimos. "Termo" exprime uma idéia enquanto "palavra" pode equivaler a vários termos. "Marginal", por exemplo: a mesma palavra pode equivaler a vários termos.

2.2. Odontologia: palavra e ação insuficientes

A palavra **odontologia** tem sido um termo insuficiente, nos últimos quarenta anos, no Brasil, para constituir-se em significante capaz de produzir conceitos consensuais, aceitos majoritariamente. Diferentes atores do cenário odontológico, nesse período, têm "completado" a palavra, adicionando-lhe diversos adjetivos.

Mas a insuficiência não tem sido apenas do termo odontologia. Também as ações odontológicas têm se mostrado insuficientes no Brasil, conforme se tentará demonstrar mais à frente. É a insuficiência dessas ações que confere relevância à problematização das palavras, feita neste estudo.

Ainda que este campo assistencial não tenha estado à margem das transformações vividas pelo sistema de saúde nas últimas décadas, e ainda que as pressões populares por acesso a serviços de saúde tenham incluído - e incluam - o acesso a cuidados odontológicos, tais serviços têm se revelado claramente insuficientes e ineficazes, do ponto de vista epidemiológico.

O imperativo legal da saúde como "direito de todos e dever do Estado", consagrado na Constituição da República promulgada em outubro de 1988 (art. 196)¹⁵, não tem alterado em nada a insuficiência e ineficácia referidas, assim como não alterou-as o fato de termos assistido, nas últimas quatro décadas, notável expansão da cobertura assistencial odontológica, em números absolutos.

De qualquer forma, não foi pouco o que se fez no Brasil, desde o início dos anos 50, a partir das idéias de "odontologia" e/ou "saúde bucal". Esse fazer tem merecido, desde então, a atenção de um grande número de analistas.³⁰, 85, 16, 14, 84, 56, 64, 61, 24, 49 O resultado tem sido a

produção de discursos que expressam variadas concepções sobre essas práticas.

A necessidade de singularizar essas propostas e as ações delas decorrentes, diferenciando-as, estaria relacionada ao aparecimento de tantas expressões que, à primeira vista, se referem à mesma coisa. Pode-se admitir, portanto, que cada uma dessas expressões (odontologia sanitária, odontologia preventiva, odontologia social, odontologia simplificada, odontologia comunitária, odontologia integral e saúde bucal coletiva) é utilizada com essa finalidade: identificar distintas propostas de práticas odontológicas e as ações que lhes correspondem.

Todavia, haveria mesmo **diferentes** práticas odontológicas?

Para tentar responder essa questão, pensou-se inicialmente em submeter à análise alguns **discursos** sobre as "várias" odontologias, a **saúde bucal coletiva** e a **prática odontológica**, produzidos nas últimas quatro décadas (1952-92), por diferentes autores individuais e coletivos (entendendo-se estes como instituições, eventos e outros sujeitos sociais coletivos).

Para fazer essa análise optou-se pela recuperação, no material empírico, tanto das definições dadas às "várias" odontologias e à **saúde bucal coletiva** quanto das análises realizadas por diferentes pesquisadores sobre **resultados** obtidos a partir dessas concepções, no plano concreto da

organização e produção de serviços odontológicos em diferentes contextos sociais e políticos que marcaram a história brasileira no período do estudo.

Para isso, foi feita pesquisa bibliográfica-documental e, posteriormente, análise das propostas e de resultados alcançados a partir de práticas desenvolvidas à luz de cada uma dessas concepções.

2.3. Propostas e práticas, teoria e ação

As propostas de práticas odontológicas que apareceram no discurso sobre a organização de serviços odontológicos no Brasil, e suas implicações práticas, foram estudadas admitindo-se que foram e são manifestações no campo odontológico, de diferentes propostas de práticas sanitárias e sociais.

Admite-se portanto, que a toda e qualquer proposta de ações odontológicas corresponde uma teoria e que, conforme CAMPOS²¹ (1992: 193-4):

"Toda teoria, quando é elaborada, de forma explícita ou velada, dirige-se a algum interlocutor específico. Procura dotar algum sujeito social de um instrumento útil à sua intervenção sobre uma dada realidade, ou

seja, todo saber produzido tem uma referência, responde a determinados problemas que a sociedade identificou e arma certos atores historicamente constituídos para enfrentá-los. Portanto, a implementação de um saber depende de sua prévia apropriação por um bloco histórico. É óbvio que esse processo não se dá de forma tão esquemática, havendo sempre uma relação dialética entre elaboração intelectual e incorporação do saber por atores sociais, os quais não só influenciam a produção do conhecimento como frequentemente são os principais elaboradores dessas teorias, modificando-as quando as colocam em prática."

A propósito, os termos **teoria** e **prática** aparecerão muitas vezes ao longo deste texto. Assim, cabe esclarecer que ambos serão utilizados com os sentidos a eles atribuídos, entre outros, por PEREIRA⁷⁶ (1982: 68-77) para quem **teoria** e **prática** não se opõem mas, ao contrário, estão fundidas no conceito de **práxis**. Para este autor, esses três elementos (teoria, prática e práxis) são,

"conceitos diferenciados de um mesmo processo... [sendo que] a elaboração da teoria não pode dar-se fora do horizonte da prática. Só a prática é fundamento da teoria ou seu pressuposto ...[uma vez que] o homem não teoriza no vazio, fora da relação de transformação

tanto da natureza, do mundo (cultural/social) como, consequentemente, de si mesmo. E a teoria que não se enraíza neste pressuposto não é teoria porque permanece no horizonte da **abstração**, da conjectura, porque não ascendeu ao nível da ação. Por conseguinte, não permitiu ao homem avançar em direção à práxis..."

PEREIRA diz que

"se o animal não pode ascender (atingir) à práxis, é porque, na sua ação, não pôde elaborar a teoria. Sua ação é uma espécie de 'prática pura', não é interiorizada, não é 'contemplada'. Porque não é ação de consciência. Há uma diferença antropológica fundamental que separa o homem do animal. É que o animal não possui a capacidade de distanciar-se da natureza para refletir sobre sua ação... Tristemente... o animal não humano fecha-se na sua prática pura (instintiva) e não pode elaborar a teoria a partir do que faz na prática. Assim, não criticando o que faz, nem fazendo do seu ato um ato consciente (ou um vetor de articulação da consciência), e tampouco um ato cultural, o animal não pode ascender à práxis."

Exemplificando, PEREIRA afirma existir

"muita diferença entre uma ventania derrubando árvores, ou um fogo ardendo numa mata, e a ação do homem derrubando estas mesmas árvores ou ateando fogo à mata. Ambas são ação, provocam mudança. Mas a ação do homem é **ação teórica, ação refletida, ação de sentido, por mais estúpida que seja** [grifos no original]. A ação da natureza ou do animal são apenas ação de mudança. A ação do homem é duplamente transformadora. Transforma a natureza e, ao transformá-la, transforma a si mesmo... É a práxis que, não sendo prática pura é a prática objetivada (individual e socialmente) pela teoria... é a ação projetada, refletida, consciente, transformadora do natural, do humano e do social."

O sentido das considerações anteriores relaciona-se à opção metodológica feita no presente estudo. Tratando-se de pesquisa científica do tipo qualitativo, consideramos oportuno registrar as afirmações de KEYS⁵⁸ (1981: 19):

"Algunos claman que la ciencia no es ciencia a no ser que pueda ser cuantificada. Se supone que medidas y ecuaciones agudizan nuestro pensamiento. Pero muchas veces sucede todo lo contrario, nublando el pensamiento. Muchos, talvez la mayoría de los problemas de la ciencia, son cualificables no cuantificables, aún en química y en física. Las ecuaciones y las medidas

son útiles, solamente cuando están relacionadas con la comprobación, pero las pruebas o las no pruebas están primero y éstas son absolutamente convincentes cuando no requieren ninguna medida cuantificable. Dicho de otra manera, podemos hallar un fenómeno en un marco lógico o en un marco matemático. El marco lógico es más burdo y difícil, pero más fuerte, convincente; el marco matemático es más refinado pero más flexible, débil. El método matemático es excelente para englobar un problema, para envolverlo, pero no sostendrá el fenómeno a no ser que éste se encuentre primero dentro de un MARCO LOGICO [grifos no original]."

Neste sentido é oportuno recordar também as palavras de Gramsci, citadas por CAMPOS²⁰ (1988: 20) em "Os médicos e a política de saúde":

"O equívoco que rodeia os termos 'ciência' e 'científico' deve-se a que ambos tomaram seu significado de um determinado grupo de ciências, e precisamente das ciências naturais e físicas. Chamou-se de 'científico' a todo método que se assemelhava ao método de investigação e exame das ciências naturais, convertidas em ciência por excelência, em ciência-fetiche. Não existem ciências por excelência, não existe um método por excelência, um 'método em si'. Cada investigação científica deve criar um método adequado, uma lógica própria cuja generalidade ou

universalidade deve consistir em ser 'conforme ao objetivo'."

Este é um estudo que, de certa forma, pretende operar uma análise histórica. Vale, portanto, considerar com CARNELÓN²² (1981: 30) que,

"... la palabra historia identifica dos entidades diferentes: por una parte, la realidad histórica, lo acontecido; por otra, el conocimiento histórico, es decir, el relato e interpretación de aquella realidad. Mientras no se realicen nuevas investigaciones al respecto, la única forma que hoy disponemos de analizar la realidad histórica de la odontología latinoamericana es a través de los relatos conocidos. En otras palabras, que dicho análisis tiene que comenzar, **necesariamente** [grifos no original], por el del contenido y metodología de tales relatos, que son nuestro indispensable instrumento de trabajo."

Comentando o escasso sentido de historicidade que caracteriza boa parte da produção historiográfica latinoamericana, CARNELÓN afirma ainda que,

"En el campo de la historia de la odontología - al menos en las obras que conocemos - predomina aún el enfoque tradicional, o lo qual Laura Conti describe como 'historia escrita al margen de todo intento de historicidad' (...) Se trata en realidad de una crónica

íntima, puertas adentro, de lo que ha hecho la profesión para alcanzar su actual **status** científico, académico y social. Pero lamentablemente, una crónica donde la relación con la colectividad y sus necesidades de salud - razón de ser de la odontología - así como los condicionamientos y contradicciones que derivan de esa relación, han sido eludidos (...) [porém] pese a todas sus limitaciones - o precisamente por ellas - el estudio de esos textos tiene que ser, inevitablemente, materia prima y prioritaria de cualquier análisis de la historia de la odontología latinoamericana, en razón de ser casi el único aporte específico disponible. Dicho análisis tendrá en esos materiales, no sólo el objeto para la evaluación crítica de una visión historiográfica que todavía persiste en la profesión, sino el instrumento cronológico por excelencia para seguir su desarrollo interior y comenzar a relacionarlo con otros hechos - sociales, económicos, culturales - de la historia latinoamericana, mediante la confrontación con documentos de fuentes exteriores a la profesión. En la clarificación de dichas relaciones está el hilo para dar continuidad al pasado y presente de la odontología latinoamericana, y para avizorar su futuro como profesión de salud, y no como mera suma de conocimientos (...) La historia de la odontología no puede, pues, perder de vista aquella relación ni sus

componentes: NECESIDAD SOCIAL Y RESPUESTA SOCIAL [grifos no original]. Entendida así dicha historia implica toda la cambiante trama de relaciones de los hombres entre sí y con la naturaleza involucrados, tanto en la secular confrontación con la enfermedad y el dolor, como en la búsqueda, elaboración, transición y utilización de los conocimientos y procedimientos - empíricos o científico-técnicos - que han venido conformando aquella respuesta, así como los hechos sociales, culturales y económicos que la hayan condicionado."

Com esta perspectiva foi desenvolvido o presente estudo.

Vale assinalar ainda que a motivação básica para a realização desta pesquisa é a dramática situação de "saúde bucal" dos brasileiros neste final de milênio e os impasses teóricos experimentados pelos que se ocupam cotidianamente do conjunto de problemas que emergem das práticas de saúde. Por isso, considerou-se indispensável apresentar ao leitor uma caracterização epidemiológica dessa situação. É o que aparece no capítulo 3.

Motivados pela situação descrita em linhas gerais no capítulo 3, variados interesses são mobilizados diariamente no Brasil e no exterior. Inclusive, claro, poderosos interesses econômicos. Por acreditar não ser possível estudar de modo consequente propostas de ações e práticas

sanitárias, desvinculando-as desse conjunto de interesses, optou-se por fazer, no capítulo 4, uma espécie de painel onde estão alinhavados os recursos mobilizados anualmente no Brasil a partir da noção de saúde bucal.

O capítulo 5 trata especificamente das várias propostas de práticas surgidas no Brasil no período 1952-92. O objetivo desse capítulo é caracterizar o conjunto dessas concepções, cujas consequências teóricas e práticas são finalmente analisadas no capítulo 6.

A forma final assumida por esta dissertação resultou do tratamento dado ao material empírico pelo pesquisador, tendo em vista o objeto de estudo e, certamente, pelos aspectos relativos a esse objeto que, ao longo da pesquisa, foram se impondo e exigindo "o seu lugar" no conjunto do trabalho. Em nenhum momento, por outro lado, houve pretensão de "controlar" o que esta dissertação viria a ser. É oportuno registrar ainda que, em vários momentos, optou-se por citações demasiado longas em virtude de terem sido consideradas imprescindíveis para expressar com fidelidade o pensamento dos autores.

Cabe reconhecer que, sem qualquer dúvida, o processo de estudos foi influenciado também por incontáveis componentes político-ideológicos. Reconhecer entretanto esses possíveis vieses não significa, em nenhuma hipótese, opção por abrir mão da busca da objetividade e da isenção

científica, imprescindíveis a qualquer trabalho acadêmico que tenha a pretensão de se constituir em produto intelectual marcado pela ética.

3.

**UM POUCO DE
EPIDEMIOLOGIA**

"...um cara fraco, desdentado e feio,
Pele e osso, simplesmente,
Quase sem recheio..."

Chico Buarque, em "Partido Alto".

Sob o título **Em Sergipe, dentistas prestam queixa contra os não-formados**, o 'CFO Informa', órgão oficial do Conselho Federal de Odontologia, noticiou à página 4 de sua edição de ago/set/out/92:

"O Conselho Regional de Odontologia de Sergipe (CRO) decidiu ingressar com queixa-crime na polícia contra os dentistas práticos que atuam no Estado. A medida será adotada a partir de posição da Secretaria de Estado da Saúde, alertada pelo CRO para se aliar a ele no combate aos práticos (não-formados). Em sergipe há 1.020 dentistas com nível de formação superior atuando no mercado de trabalho. Eles concorrem, segundo o presidente do CRO, Augusto Tadeu Ribeiro Santana, com os mais de 350 práticos existentes no Estado. 'Eles atuam ilegalmente, já que nenhuma lei os protege, e colocam a saúde da população em risco porque trabalham com equipamentos velhos e danificados, e não possuem capacitação profissional', afirmou Santana. A queixa-crime será prestada ainda este mês com base nos artigos 129, 167 e 282 do Código Penal, que prescreve como crime o exercício ilegal da profissão."

Apesar de cerca de 11% dos dentistas que atuam em todo o mundo exercerem suas atividades no Brasil⁸⁰, o país enfrenta, ainda, o dilema do que fazer com os

aproximadamente 20 mil "dentistas-práticos" que, ao arrepio da lei, exercem atividades odontológicas. O episódio de Sergipe apenas ilustra uma situação paradoxal: enquanto a polícia é acionada para reprimir práticas que colocariam "em risco" a saúde da população, o mercado não absorve os profissionais da área embora os indicadores epidemiológicos revelem uma situação dramática.

Mas como está, enfim, a "saúde bucal" dos brasileiros?

As doenças de maior ocorrência na cavidade bucal, e portanto de maior interesse do ponto de vista da saúde pública no Brasil, são pela ordem: (1) Cárie dentária; (2) Periodontopatia; (3) Má-oclusão; (4) Fissura lábio-palatal; (5) Câncer bucal.

Em trabalho apresentado na I Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, em 8/10/1991, afirmávamos⁶⁹:

"Não dispomos, infelizmente, de um grande número de informações epidemiológicas confiáveis que permitam montar um bom quadro sobre a prevalência de doenças 'bucalis'. Isto vale para o Brasil como um todo e também para o Estado de São Paulo. De qualquer forma, vários estudos realizados nas últimas décadas permitem um razoável conhecimento sobre a distribuição das principais doenças 'bucalis' em nossa população. Essas informações foram suficientes, por exemplo, para que o quadro epidemiológico bucal brasileiro fosse

caracterizado como 'caótico' na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, outubro de 1986). De fato, se considerarmos apenas a cárie dentária, nosso principal problema, verificamos que ao compararmos nossos indicadores às 'Metas em Saúde Bucal' propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Ano 2000, esse "caos" salta aos olhos.

"Em maio de 1981 a OMS propôs, em conjunto com a Federação Dentária Internacional (FDI), as seguintes metas a serem alcançadas até o ano 2000:

- média de até 3 dentes cariados, perdidos ou obturados em indivíduos de 12 anos de idade;
- 50% das crianças com idades entre 5 e 6 anos livres de cárie;
- 85% dos indivíduos com 18 anos de idade apresentando todos os dentes;
- redução (em relação a 1981) de 50% no nível de edentulismo nas idades de 35 a 44 anos; 75% apresentando pelos menos 20 dentes funcionais;
- redução (em relação a 1981) de 25% no nível de edentulismo nas idades de 65 anos e mais; 50% apresentando pelo menos 20 dentes funcionais.

"Frente a esses indicadores temos:

- Na cidade de São Paulo, em 1985, o CPO-D aos 12 anos era 6,47. Mais que o dobro, portanto, da meta OMS-FDI.

- Quanto a 85% dos indivíduos não terem nenhum dente perdido aos 18 anos, o levantamento de 1985 revelou que somente 32% dos brasileiros desse grupo etário tinham todos os seus dentes. No Estado de São Paulo a situação era melhor mas mesmo assim esse percentual atingia 43%.

- Em 1986, a população de 50 a 60 anos de idade apresentava, em média, 26,8 dentes atacados pela cárie dentária. Desses dentes, 1,9 estavam obturados; 0,9 estavam cariados; 0,9 estavam com extração indicada e 22,9 haviam sido extraídos. Esses valores, divulgados pelo Ministério da Saúde, confirmaram a estimativa de que, aos 60 anos, três em cada quatro brasileiros não tinham mais nenhum dente natural. Tão grave quanto isso foi observado no grupo etário de 35 a 44 anos: nesse grupo, aproximadamente um em cada dois brasileiros está desdentado. Para um CPO-D de 22,6 observa-se participação de 15,3 do componente 'E' relativo ao número de dentes permanentes extraídos."

Observa-se que é igualmente precária, por outro lado, a situação da cobertura assistencial. No Relatório Final da I

Conferência Estadual de Saúde Bucal³⁰, realizada em São Paulo em setembro de 1986, afirma-se que:

"No setor privado, a prática odontológica atual, nitidamente curativa, por seus altos custos, torna-se acessível para tão somente 5 por cento da população, os quais consomem serviços odontológicos com frequência regular; outros 15 por cento servem-se desses mesmos serviços de modo irregular, ficando o restante da população à mercê de atendimentos ainda mais irregulares ou sem qualquer espécie de cobertura. Isto determina, para esse modelo, algumas características, dentre as quais se poderia colocar: baixo impacto social, baixa produtividade, ineficácia e iatrogenicidade.

"Os Serviços Públicos, por outro lado, apresentam oferta inelástica de serviços, operando com os mais variados modelos de atendimento e escassos recursos. No Município de São Paulo, 43 por cento das Escolas da rede oficial de ensino não têm consultório odontológico e nem todas as escolas com consultório contam com cirurgiões-dentistas. A defasagem aqui é da ordem de 57 por cento. A cobertura atual está em torno dos 10 por cento apenas! A rede oficial de ensino no Estado de São Paulo comporta aproximadamente 4 milhões de alunos, de 7 a 14 anos. Admitindo-se que a cobertura de 10 por cento, possível no Município de São Paulo, possa ser

estendida para o Estado, podemos observar a alta defasagem da cobertura necessária nesta faixa etária, resguardadas as diferenças regionais. Se incluirmos a população de 3 a 6 anos, gestantes e adultos acima dos 15 anos, verificamos que a defasagem entre necessidades acumuladas e os recursos atuais é absolutamente assustadora".

A propósito da magnitude dos problemas e da exiguidade da cobertura, TABACOF⁸⁸ (1992: 10) pergunta:

"Com um número elevado de Cirurgiões-Dentistas, com a proporção nacional de 1 : 1.287, com 4 regiões das 5 existentes com boas relações e 1/3 dos Estados abaixo de 1 : 1.500, por que continua caótico o quadro de Odontologia no Brasil? Por que 50% da população brasileira na faixa etária de 40 anos é completamente desdentada? A resposta está no modelo da prática odontológica, com predominância das atividades curativas (...) Somente ações preventivas concentradas e sustentadas ao longo do tempo, poderão reverter esse quadro calamitoso que é a saúde bucal do brasileiro."

No capítulo 6, retornaremos a essa preocupação que também TABACOF expressa, sobre o que representa a prática odontológica para a persistência do quadro "caótico"

referido.

Pode-se argumentar todavia que, apesar desse quadro epidemiológico, é reduzida a repercussão da saúde bucal sobre a manutenção/reprodução do conjunto da força de trabalho.

Com efeito, insuficiente para gerar pressões significativas sobre o poder público, a problemática da saúde bucal é, para os que podem arcar com seus custos, equacionada no âmbito do mercado; para aqueles aos quais tais custos tornam proibitivo o acesso aos consultórios, essa problemática resta como questão secundária incapaz de, isoladamente, motivar a mobilização de pessoas e se tornar objeto de reivindicação socialmente expressiva.

É francamente minoritária, de fato, a participação de serviços estatais no conjunto dos serviços odontológicos produzidos no país. Ao contrário do que ocorre no campo da assistência médica e hospitalar, onde apesar da notável expansão do seguro-saúde e da medicina de grupo, o Estado é o principal produtor/financiador dos serviços, no campo odontológico a participação estatal não corresponde sequer à metade dos serviços produzidos.

Sobre essa pouco expressiva participação estatal, ZANETTI⁹³ (1992: 3) afirma:

"Mesmo com as reformas setoriais contemporâneas, no

bojo das medidas racionalizadoras dos anos 80, não ocorreu a formação de um público consumidor de bens e serviços públicos sanitário-bucais dotado de opiniões e mecanismos políticos de representação de interesses capazes de moldar o perfil de intervenção governamental. Ou seja, no Brasil, a Reforma Sanitária 'de dentro para fora', não propiciou o surgimento de atores potentes, organizados sob interesses da população usuária, que portassem reivindicações e propostas específicas de medidas de saúde bucal; ainda que estas fossem articuladas com as demais questões sanitárias. Até hoje, a representação de interesses populares não se dá por participação direta; mas sim, por via da ação política de caráter altruísta realizada por alguns profissionais inseridos na burocracia governamental.

"No cotidiano das ações governamentais, os atores presentes, deliberadamente ou não, continuam provocando o afastamento, dos centros de decisões, dos 'cidadãos-consumidores' interessados na (re)definição do perfil de operacionalização das políticas sociais. Consequentemente, é conformada uma situação tal onde a saúde bucal para o cidadão comum nunca é estabelecida como direito assegurado pelo Estado; seja por iniciativa própria, seja pela compra de serviços no mercado."

Segundo PINTO, citado no Programa de Reorientação da Assistência Odontológica do INAMPS (PRAOD:⁵⁶ 1983), o setor público financia apenas 18,2% dos serviços odontológicos produzidos no país, enquanto os demais 81,8% correspondem a gastos realizados no setor privado.

Os números são clamorosos: o setor público, que cerca de 80% da população têm como única possibilidade de acesso a cuidados odontológicos, financia apenas 18,2% dos custos com assistência odontológica no Brasil.

4.

**O CAPITAL
EM MOVIMENTO**

"Moderno é todo mundo ter dente..."

Antônio Britto, no "Roda Viva".

TV Cultura, SP, 8 nov. 1992.

Milhões de dólares são movimentados anualmente no Brasil a partir de interesses relacionados às idéias de 'odontologia' e/ou 'saúde bucal'. A produção, distribuição e consumo de uma enorme quantidade de bens e serviços dinamiza uma complexa estrutura que se estende por todo território brasileiro e tem raízes dentro e fora do país. O quadro epidemiológico esboçado no capítulo anterior é o movente (real para uns; pretexto para outros...) dos mais variados interesses, dentre os quais os financeiros.

Contabilizar quanto é movimentado não é tarefa fácil. Mesmo estimativas grosseiras são tentativas de alto risco. De qualquer modo, ainda que precariamente, vale tentar uma aproximação à realidade.

4.1. Recursos Humanos

Segundo CAUDURO NETO²³ (1992: 11) apenas 58.380 dos 110.608 dentistas brasileiros declararam imposto de renda em 1991. O autor classificou esses declarantes em três faixas, segundo a renda mensal (em mil US\$): A (superior a 3); B (entre 1,5 e 3); e C (até 1,5). Foram incluídos 1.653 dentistas na faixa A; 28.858 na B; e 27.869 na C. Os outros 52.228 (47,2%) simplesmente não declararam sendo impossível saber-lhes a renda mensal, com exatidão. É provável, todavia, que gire em torno de mil dólares. Para efeito de

estimativa, poder-se-ia admitir, portanto, que tais recursos movimentam anualmente cerca de US\$ 2,3 bilhões. Acrescente-se os recursos necessários ao pagamento do pessoal auxiliar odontológico: técnicos em prótese e em higiene dental e auxiliares de prótese e de consultório. A relação oficial auxiliares/dentista no Brasil registrou 0,14 : 1, em junho de 1992. Essa relação está evidentemente subestimada uma vez que é recente a regulamentação dessas atividades pelo Conselho Federal de Odontologia sendo elevado o número de pessoas em atividade sem a devida inscrição no Conselho. A proporção real deve estar em torno de 0,5 a 1 para 1. Admitindo-se 1 : 1, teríamos cerca de 110 mil auxiliares em atividade, com renda média mensal em torno de 150 dólares. Isto significa movimentação anual de outros US\$ 200 milhões.

A formação e desenvolvimento dessa força de trabalho exige recursos volumosos. Apenas para se ter uma noção, a sociedade brasileira mantém anualmente cerca de 28 mil estudantes nas cerca de 85 escolas de odontologia distribuídas pelo país, a um custo de aproximadamente US\$ 6 mil por aluno/ano. São portanto 168 milhões de dólares investidos apenas em formação.

No total, considerando-se apenas sua formação e prestação de serviços à população, os recursos humanos exclusivamente odontológicos movimentam anualmente cerca de 2,66 bilhões de dólares.

4.2. Materiais e Equipamentos

Segundo MANFREDINI⁶⁰ (1992) a indústria brasileira de materiais e equipamentos médicos, odontológicos, hospitalares e de laboratórios, um complexo que reúne aproximadamente 500 empresas, faturou, em média, "cerca de US\$ 860 milhões por ano, no período 1988-91. A exportação de produtos correspondeu a perto de 10% desse faturamento (...) Dentre as empresas do setor, 15,3% compõem o segmento odontológico." MANFREDINI afirma que a Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios (ABIMO) "assegura que 82,2% do capital das empresas é 'nacional' e 17,8% 'estrangeiro misto'."

Embora não tenha sido possível identificar quanto desse faturamento total correspondeu ao segmento odontológico, e ainda que o número de empresas não permita qualquer dedução segura, estima-se que sua movimentação anual esteja em torno de pelo menos US\$ 220 milhões.

4.3. Produtos de Higiene Bucal

Em relação aos principais produtos de higiene bucal, consideradas sua produção e distribuição, temos:

- **Dentifrícios:** O Brasil produz 51,9 mil toneladas de dentifrícios, correspondente a um consumo **per capita** de 7 tubos de 50g/ano. Dos aproximadamente 400 milhões de dólares de faturamento anual, 95% ficam com as três principais empresas do setor. As multinacionais Anakol, Colgate e Gessy-Lever detém 52%, 24% e 19% respectivamente do mercado.⁷² Há dúvidas, porém, sobre esse consumo de dentifrícios no Brasil. É possível que parte dessa produção seja exportada. No Jornal de Tarde de 3/7/91, encontramos à página 13, sob o título "Sucesso nos EUA: creme dental do Brasil":

"Enquanto alguns empresários se queixam da perda de competitividade do produto brasileiro no exterior, outros estão realizando bons negócios no mercado externo cuja maior atração da mercadoria nacional, segundo alegam, é exatamente o preço baixo quando comparado ao similar estrangeiro. Um dos exemplos de êxito no setor de exportação é a pasta de dentes fabricada no Brasil que está ganhando adeptos nos Estados Unidos, onde é vendida por pouco mais da metade do preço da mesma fabricada no Brasil (...) Em vários estabelecimentos comerciais do sul da Califórnia um tubo de 90 gramas está sendo vendido por 99 centavos de dólar, enquanto que o da Colgate americana não é encontrado por menos de US\$ 1,5. A exportação do produto brasileiro é feita sem a aprovação da matriz e

da subsidiária brasileira (...) Segundo dados do Departamento de Comércio Exterior, as exportações de pasta de dente brasileira aos Estados Unidos. no ano passado, foram de US\$ 588 mil contra US\$ 421 mil em 1989 (...)"

- **Escovas de dentes:** cerca de 75 milhões de unidades são vendidas anualmente no Brasil. As multinacionais Johnson's e Anakol detem cerca de 80% do mercado, cujo faturamento total gira em torno de US\$ 50 milhões³⁵;

- **Fio dental:** Perto de 1 bilhão de metros de fio dental são consumidos todo ano por aproximadamente 7 milhões de brasileiros. São cerca 40 milhões de rolos com 25 metros. A Johnson & Johnson detém 85% das vendas, seguida da Kolynos (7%), York (5%) e Poli/Higident (3%).⁴⁷ Em torno de 10 milhões de dólares são movimentados anualmente.

- **Enxaguatórios bucais:** movimentaram, em 1990, cerca de 15 milhões de dólares.³ Estima-se que foram utilizados em aproximadamente 5% dos domicílios brasileiros.

Assim, considerados apenas os principais produtos de uso domiciliar, observa-se movimentação anual de cerca de US\$ 475 milhões.

4.4. Fluoretação da Água

A fluoretação de águas de abastecimento público, um método eficaz de prevenção da cárie dentária, vem sendo utilizada há várias décadas no Brasil. No início dos anos 90, o Ministério da Saúde estimava em 64 milhões o número de pessoas beneficiadas a um custo total anual de 9,6 milhões de dólares.

4.5. Tamanho da Conta

Se aos recursos alinhavados até aqui, adicionarmos os custos com a manutenção de equipamentos e com insumos básicos para a produção dos serviços (água, eletricidade, comunicações, instalações etc.) chegaríamos à cifra de aproximadamente 3,36 bilhões de dólares.

Ainda que com as ressalvas assinaladas anteriormente, vale ressaltar esse valor: a 'saúde bucal' está envolvida na movimentação de 3,36 bilhões de dólares anualmente no Brasil.

É preciso registrar, ainda, que outros tantos milhares de dólares são investidos diariamente em propaganda e promoção de produtos relacionados à saúde bucal. Neste campo observam-se associações curiosas. No Brasil, a boca associou Colgate e McDonald's, conforme a revista IstoÉ/Senhor de 9/10/1991⁴:

"O McDonald's e a Colgate decidiram unir-se numa promoção para o mês das crianças voltada à parte do corpo onde os produtos das duas empresas estão sempre presentes: a boca. Durante todo o mês de outubro, as lanchonetes da rede McDonald's irão distribuir cerca de 1,3 milhão de kits contendo pasta de dentes, escova e um folheto explicativo sobre a maneira correta de se fazer a escovação. Gioji Okuhara, da Colgate, e Luís Bilensky, do McDonald's, anunciaram US\$ 1 milhão para a campanha."

Apesar da simplicidade metodológica utilizada para chegar aos números aqui apresentados, cabe assinalar sua proximidade com os valores apresentados por PINTO⁸⁰ (1992: 44, 67-9):

"Apesar das dificuldades que a escassa disponibilidade de dados causa, é possível afirmar que os gastos com odontologia - e principalmente os desembolsos pessoais - aumentaram de maneira significativa na década: estima-se que no ano de 1989 em torno de 2,4 bilhões de dólares foram gastos com saúde bucal no país, cabendo às instituições do setor público junto com as entidades para-oficiais apenas 30% desse total (os gastos pessoais foram de US\$ 1,7 bilhão) (...) Calcula-se que no ano de 1989 a partir de todas as fontes, públicas e privadas, o Brasil despendeu em torno de 22,9 bilhões de dólares com saúde, dos quais 2,4 bilhões em cuidados

odontológicos, o que corresponde a uma despesa per capita de 158,80 e de 16,60 dólares respectivamente (...) [Quanto aos gastos pessoais com saúde], em torno de 53% dos gastos ocorrem nas Regiões Metropolitanas, 37% nas demais cidades e 10% na zona rural (...) O gasto per capita é semelhante nas regiões sudeste, sul e centro-oeste onde varia de 93 a 99 dólares, mas cai significativamente no nordeste onde é de apenas 33 dólares em média e no norte onde não chega a 49 dólares. Relativamente, as cifras mais elevadas encontram-se nas capitais da região centro-oeste e as mais ínfimas na zona rural nordestina onde cada habitante despende ao ano somente 17 dólares com saúde. A média nacional para a zona rural não chega a 29 dólares por pessoa."

Segundo o Ministério da Saúde¹⁸ (1988),

"Os gastos do setor público, ademais de serem insuficientes, apresentam importantes problemas de distribuição por grupos populacionais. Dados de 1986 indicam que aproximadamente 52% dos recursos são destinados à atenção terciária da população adulta urbana e 6% à rural, apoiando uma linha de atendimento por livre demanda, portanto sem programação. Só 35% estão alocados a programas de cuidados básicos ao grupo prioritário formado por escolares primários de 6 a 14 anos. 5% são gastos em administração e não mais que 2%

em ações coletivas de prevenção... Os dispêndios em odontologia representam algo perto de 0,16% do PIB nacional e 3,5% de todos os gastos em saúde (5% na área privada e 2,6% na área pública)."

O movimento do capital referido à problemática da saúde bucal fez aparecer e consolidou no Brasil uma **odontologia de mercado**, caracterizada pela produção-consumo privada de bens e serviços sob regulação do mercado, cujas consequências foram objeto da seguinte consideração de PINTO⁸⁰ (1992: 60):

"... aproximadamente 2/3 dos trabalhadores não tem no Brasil condições reais de serem atendidos em clínicas privadas, nas quais concentra-se quase 3/4 do tempo de trabalho ofertado pelos Cirurgiões-Dentistas brasileiros."

As implicações da consolidação da **odontologia de mercado** para a prática odontológica em nosso país serão abordadas nos próximos capítulos, tendo em vista constituir-se em categoria analítica fundamental ao desenvolvimento deste estudo.

5.

**AS ODONTOLOGIAS
E SUAS PROPOSTAS**

"Dente não é enfeite..."

Pedro, Delegado de Diadema, SP,
à 1ª Conferência Estadual de Saúde.

São Paulo, 8 out. 1991.

A magnitude dos problemas a enfrentar e o volume de recursos movimentados no campo da saúde bucal, certamente mobilizam interesses e geram expectativas que estão na origem das várias odontologias e portanto das diferentes concepções sobre, entre outros aspectos, o **quê e como** fazer.

Vejamos algumas dessas concepções.

5.1. A Odontologia Sanitária

A expressão "odontologia sanitária" remete a vários autores, dentre os quais Paulo Frenkel⁴⁹, Paulo da Silva Freire⁵⁰, Alfredo Reis Viegas⁹¹ e, principalmente, Mário Chaves, sem dúvida o mais conhecido. A publicação do seu **Manual de odontologia sanitária**²⁴, em 1960, colocou-o na condição de principal teórico desse movimento da odontologia no Brasil. A versão em língua espanhola do **Manual**²⁶, editada em 1962 pela Organização Panamericana da Saúde (OPS), fez a influência teórica de CHAVES espalhar-se inicialmente por toda América Latina e Caribe e, posteriormente, para todo o mundo. A designação de Mário Chaves para chefiar a Unidade de Saúde Dental da Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua participação em várias comissões técnicas da OMS e da OPS dão a dimensão do prestígio conquistado e da influência por ele exercida.

Para CHAVES²⁴ (1960: 24-5) a odontologia **sanitária**,

"é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral (...) abrangendo dentes e outras estruturas da cavidade oral sob a responsabilidade do dentista, [no âmbito] da comunidade. O indivíduo que a pratica - prossegue CHAVES -, **dentista sanitarista**, é um especialista da saúde pública. É um **sanitarista** especializado numa disciplina da saúde pública, a odontologia sanitária...[devendo] ser capaz de manter sempre a justa proporção de seu programa, em relação com o programa geral de saúde pública. Em outras palavras, deve contribuir para que o programa de saúde pública de sua comunidade seja balanceado, isto é, para que as atividades desenvolvidas nas várias áreas da saúde pública guardem proporção com a importância relativa dos problemas."

CHAVES identifica, portanto, a "saúde oral da comunidade" como o objeto da odontologia sanitária, definindo comunidade da seguinte maneira:

"... pode ser uma cidade ou parte dela, se ele trabalha em nível local ou um estado, região, país, ou grupo de países, se ele trabalha em outros níveis. Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa

geograficamente e maior a população. Por extensa e complexa que seja, para efeitos de trabalho, poderá ser subdividida em unidades menores, de modo que, em última análise, a comunidade local será o extremo da cadeia, o ponto de aplicação dos benefícios de um programa de odontologia sanitária em qualquer nível."

CHAVES faz questão de demarcar os campos da odontologia sanitária e da odontologia preventiva, afirmando:

"A idéia de que odontologia sanitária é prevenção ou de que odontologia sanitária é assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo, [grifos no original] não tem razão de ser. Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral (...). Não estamos com os que acham que odontologia preventiva e odontologia sanitária são sinônimos. A distinção entre ambas é, a nosso ver, muito clara. A odontologia preventiva, tomando prevenção em sentido restrito, é a parte da odontologia que trata dos diferentes modos pelos quais se podem prevenir as enfermidades orais. A odontologia preventiva, ao estudar um método preventivo, não cogita de saber se aquele método será usado em clínica particular ou em saúde pública. Esta cogitação constitui objeto da odontologia sanitária. A odontologia preventiva é constituída por uma soma de

conhecimentos que quando aplicados, seja em clínica particular, seja em serviços sociais, seja como medidas coletivas permitem prevenir total ou parcialmente as doenças sob responsabilidade do dentista."

CHAVES identifica na odontologia sanitária,

"uma especialidade que constitui exceção à regra das especialidades odontológicas que são de complexidade crescente e generalidade decrescente [pois a odontologia sanitária] é mais geral que a odontologia, é de generalidade crescente e complexidade decrescente."

Ao falar em "complexidade decrescente" da odontologia sanitária, é provável que CHAVES tenha pretendido referir-se à complexidade biológica, tomando como referencial o enfoque biológico da odontologia. Isto porque CHAVES reconhece, levando-se em conta o conjunto da sua obra, a alta complexidade dos aspectos políticos e sociais envolvidos no exercício dessas atividades.

A análise da bibliografia utilizada por CHAVES para conceituar a odontologia sanitária revela a grande influência exercida no autor pela **Public Health Dentistry** norte-americana e britânica, as quais tiveram grande desenvolvimento nos anos 40 e 50 deste século, no interior das políticas públicas destinadas a, naqueles países, responderem às pressões sociais e a conterem o "avanço do

comunismo". O contexto que se seguiu, marcado pela polarização mundial entre Estados Unidos e União Soviética, cuja característica principal foi a **Guerra Fria** e suas consequências, deve ser levado em conta para compreender essa influência.

CORDÓN³³ (1981: 19) relata que,

"En América Latina se discutió fuertemente la influencia de las Escuelas Europeas y la Norteamericana, intentando ambas predominar en el ambiente odontológico de la región. Parece ser que la odontología norteamericana consiguió dominar el mercado de la región en cuanto a la venta de la ciencia y la técnica. La mayor ingerencia dentro de este proceso histórico la ha tenido la industria multinacional odontológica, encargada no sólo de expoliar a los habitantes del continente, sino también promover la ideología del sistema capitalista. Las necesidades del sistema económico dominante, de reproducirse y expandirse, va a traer solicitudes específicas para la odontología, dando énfasis a la reproducción de la fuerza de trabajo, la reproducción de la sociedad de consumo y la introducción de la ideología empresarial, fruto de la bien elaborada política imperial. Un ejemplo típico lo constituye la estrecha relación entre el Comité de Revisión de planes de estudios de los Estados Unidos de América, que propuso el 1,8% de las

horas/curriculum para salud pública y la Legislación Federal de 1935 sobre seguridad social, llamándose la atención sobre que la odontología debería tener una 'mayor responsabilidad social' (...) Sabiendo que el sistema de vida norteamericano requería de fuerza de trabajo en condiciones externas ideales para producir y expandirse en el mundo, emite una legislación sobre el asunto y llama, inmediatamente, a los profesionales de la salud, entre ellos la Odontología, para servir a estos objetivos."

O impacto da introdução dos conhecimentos da "Odontologia em Saúde Pública" no Brasil, através da odontologia sanitária, pode ser avaliado pelas palavras de DINIZ³⁷ (1987: 14) que relata,

"um quase total desconhecimento acerca da odontologia sanitária no Brasil até a experiência pioneira de implantação, em 1952, do sistema incremental de atendimento em Aimorés (MG). A alteração desse quadro seria consolidada só após 1958, com o início do Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas, na Universidade de São Paulo."

No capítulo 6 trataremos, com destaque, da proposição do denominado **sistema incremental**. Importa registrar, contudo, a ativa participação de Mario Chaves na organização, ao lado de Alfredo Reis Viegas, do referido **Curso de Especialização**

em Saúde Pública para Dentistas, na Universidade de São Paulo. A esses dois pioneiros da Odontologia em Saúde Pública no Brasil podem ser creditados os fundamentos teóricos que nortearam a formação de centenas de cirurgiões-dentistas sanitaristas brasileiros e de outros países da América Latina.

Os anos 60 marcaram o apogeu da odontologia sanitária no Brasil, quando suas proposições davam o tom ao discurso oficial. O momento máximo de expressão do movimento da odontologia sanitária aconteceu em 5 de maio de 1967. Naquele dia ocorreu na sede do Conselho Nacional de Saúde uma "Reunião convocada pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia" (SNFO) para a qual foram convidadas as principais entidades odontológicas de âmbito nacional, a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, e também (estamos em 1967, em plena ditadura militar...) a Academia Brasileira de Medicina Militar, as Diretorias de Saúde do Exército, da Marinha e da Aeronáutica, um certo ID/1-Infantaria Divisionária da 1a. R.M., e o Centro de Estudos Odontológicos do Exército. Sindicatos: apenas o dos Odontologistas do Rio de Janeiro e a Federação Nacional dos Odontologistas. Nenhum outro sindicato; nenhuma associação representativa de cidadãos sem vínculos odontológicos.

Sobre a reunião, o contexto, e a atmosfera da época, vale

a pena reproduzir trechos do discurso do então diretor do SNFO, cirurgião-dentista Anselmo de Abrantes Fortuna¹⁷ [a grafia está mantida tal como aparece no original]:

"Meus senhores:

"Quando o cirurgião-dentista trabalha, muita gente fica de boca aberta. Mas, quando é este odontólogo que abre a boca pela vez primeira, é verdade, para auditório tão seletos, melhor será que a benevolência domine os vossos corações (...)

"Hoje é dia de festa para a odontologia brasileira. Inicia-se novo capítulo para a nossa profissão. Despretensiosamente, peço ao meu amigo e ilustre mestre Salles Cunha que fique atento para consignar o episódio na reedição da sua História da Odontologia. Inaugura-se, com este encontro, acontecimento inédito nos anais da Saúde Pública Brasileira (...)

"Registrai, meus colegas, o dia 5 de maio de 1967 como a Data da Compreensão. É convocada a classe odontológica para ouvir sobre o pouco que tem feito o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia e para ser solicitada a colaborar no muito que está por fazer.

"O Exmo. Sr. Presidente da República, Marechal Arthur da Costa e Silva, definiu o programa: uma das mais importantes metas do seu Governo é o homem. O Exmo. Sr.

Ministro da Saúde, Dr. Leonel Miranda, na palestra proferida na Academia Brasileira de Medicina Militar, traçou a orientação: emprego de todos os recursos possíveis na assistência médica e hospitalar a ser distribuída pelo território nacional. O Prof. Achilles Scorzelli Júnior, Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, em sessão solene da mesma Academia, quando se comemorou o Dia Mundial de Saúde, esclareceu: regionalização da medicina com assistência integrada.

"Ao estímulo dos três superiores hierárquicos só caberia uma resposta do Diretor do órgão federal de odontologia: Excelências, a odontologia está presente! Eis, meus colegas, o que motivou este encontro (...)

"O SNFO, como sabeis, foi criado pela Lei nº 3062, de 22 de dezembro de 1956, mas só foi instalado 2 anos depois. Tem por finalidade superintender e fiscalizar, em todo o país, as atividades relacionadas com o exercício da odontologia e atividades afins, diretamente ou por intermédio de autoridades federais, estaduais e municipais (...) O órgão integra o Departamento Nacional de Saúde, ao lado de outros serviços nacionais (tuberculose, lepra, câncer e outros).

"Transmito ao vosso conhecimento as nossas duas últimas propostas mais importantes: (...)

"Anteprojeto de decreto que reorganiza o SNFO, para atender solicitação superior e tendo em vista a reforma administrativa que se processa. Êste, de importância extraordinária para a saúde pública, foi concebido visando à realidade da odontologia sanitária no nível federal. Merece que demoremos um pouco nêle. Foi concebido de acôrdo com ponto de vista amadurecido em trabalhos diversos e pareceres que temos elaborado. Propõe-se a transformação do SNFO em Serviço Nacional de Odontologia Sanitária. O SNOS terá por finalidade superintender, orientar e coordenar as atividades relacionadas com o combate às doenças buco-dentárias, exercendo suas atribuições em cooperação e articulação com os demais órgãos federais, estaduais e municipais de saúde e com as entidades particulares de assistência (...)

"Estais convocados, por intermédio das vossas associações, por intermédio das organizações ou corporações que representais, a colaborar na implantação da odontologia sanitária no nível federal. Muito tempo já foi perdido neste terreno, não obstante as nossas propostas e as vossas falas e entrevistas, as vossas conclusões em congressos nacionais e internacionais realizados no País. Vamos procurar coordenar o sentimento nobre de sanitarismo que domina o pensamento odontológico da atualidade, no Brasil, que

visa, sobretudo, a um melhor padrão de saúde oral nas nossas comunidades. Com técnica e objetividade, com desprendimento e amor ao próximo, procuraremos recuperar, em breve prazo, mais de vinte anos de ignorância em matéria de odontologia sanitária, de incompreensão, de intolerância e de indecisão. Vencida a etapa psicológica da preparação dos espíritos... passemos à fase agressiva.

"Para isto, temos dois projetos de execução imediata que, neste instante, são dados ao vosso conhecimento e para os quais solicitamos críticas e sugestões:

"1) projeto-pilôto de odontologia sanitária num município brasileiro (...) O Município de Niterói é o mais indicado para o desenvolvimento do projeto-pilôto: possui perto de 300.000 habitantes; a administração municipal é dinâmica e esclarecida; o governo estadual é mûo e realizador; possui moderna faculdade de odontologia, dotada de corpo docente invejavelmente atualizado; a Reitoria da Universidade Federal Fluminense dará colaboração total à execução do projeto; a ID/1, brilhantemente comandada pelo General Teixeira de Mendonça, cooperará, estamos certo, com o que fôr solicitado às fôrças armadas e auxiliares; (...) e, por último, na Praia Grande moram o Chefe do Setor Odontológico da Fundação SESP - Dr. Paulo Freire - e o Diretor do SNFO.

"2) criação e instalação de Sociedade de Odontologia Sanitária em tôdas as capitais dos Estados, com ramificação no interior, nos municípios ou grupo de cidades, orientadas e superintendidas pelo órgão próprio do Ministério da Saúde. A Sociedade poderá ser instituída sob a forma de fundação para facilitar seus movimentos. Teríamos, então, a Fundação Sociedade de Odontologia Sanitária e estaria atendida a orientação do Dr. Leonel Miranda, digno Ministro da Saúde, que sugeriu a participação do juiz, do comerciante, das pessoas gradadas locais, nas atividades de profilaxia e tratamento. A Fundação S.O.S. - é bem um S.O.S. que grita a população brasileira em matéria de assistência odontológica - estará em funcionamento dentro em breve no Governo Federal, se forem aprovados os nossos estudos. Seria nosso desejo que o órgão federal de saúde, até o fim do ano, iniciasse a instalação das unidades estaduais ora aventadas. Propomos, ainda, que a primeira a ser instalada o seja no Rio Grande do Sul, por dois motivos: (a) é o Estado que apresenta o mais elevado padrão técnico de odontologia sanitária, no País, com 72 cidades dotadas de água potável fluoretada; (b) é o torrão natal do Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Marechal Arthur da Costa e Silva - o Chefe que prega e pratica a humanização do Governo e inscreve no seu programa a meta Saúde entre as primeiras (...)

"Proponho, ainda, que o símbolo da Fundação S.O.S. seja o lavrador sexagenário, sadio, ostentando saudável sorriso com dentes naturais perfeitos.

"Meus senhores, sinto que a vossa paciência está a esgotar-se. Tolerai-me por mais uns poucos minutos (...) Estamos sugerindo que o dia 5 de maio seja considerado o dia da odontologia sanitária no Brasil. Esta reunião deverá marcar, como já disse, capítulo novo na história da odontologia pátria (...)

"Antes de terminar desejamos reverenciar a memória do Prof. Pedro Paulo Penido, o cirurgião-dentista que, como Ministro da Saúde, teve oportunidade de assinar a Exposição de Motivos no 185, de 31/08/1960, submetendo à apreciação presidencial projeto de lei relativo à criação dos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia."

Mas as propostas da odontologia sanitária, com o SNFO à frente, não prosperaram. Não foram criadas nem as Sociedades de Odontologia Sanitária nem o tão almejado Serviço Nacional. O Conselho Federal de Odontologia, controlado pela corporação odontológica com relativa autonomia em relação à burocracia da administração direta do Estado, arrebatou ao SNFO as funções de fiscalização do exercício profissional. Sem essa atribuição, e sem conseguir que o Estado assumisse a prestação de serviços odontológicos, o SNFO definhou. Com

sua extinção, em 1975, o movimento da odontologia sanitária perdeu impulso e, enquanto conjunto de proposições para a prática odontológica com essa identidade, desapareceu no tempo. Na verdade, conforme veremos adiante, transmutou-se no movimento da odontologia social. De qualquer modo, ainda que pareça irônico, o 5 de maio é lembrado, hoje, apenas como o Dia das Comunicações...

5.2. A Odontologia Preventiva

Analisando as origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico, SILVA⁸⁷ (1973: 91, 94) lembra que,

"A filosofia preventivista tem história que se confunde com a própria história da medicina. Foi sempre aceita como um valor ético e moral [grifos no original] pela profissão médica. A preocupação com a saúde da criança está documentada em papiros do Egito antigo e os próprios escritos de Hipócrates e Galeno contêm numerosas referências à validade da medicina preventiva e algumas indicações de ações preventivas. No que concerne aos grupos humanos, as mais antigas referências à prevenção de doenças são encontradas em estudos de Paracelso sobre moléstias ocupacionais. Pouco de concreto se observa, no entanto, em termos de conhecimentos e aplicação de medidas preventivas, até a

Revolução Industrial, ou mais especialmente, até o advento da era bacteriológica, no último quartel do Século XIX. Neste longo período, a medicina e o médico foram sempre de pequena valia, diante das catastróficas epidemias das doenças infecciosas pestilenciais, então muito frequentes (...) Inspirada em uma ideologia originada no interior da escola médica americana, exportada e rapidamente difundida, a seguir, para toda a parte, a medicina preventiva pretendeu desempenhar no processo de formação profissional o papel de disciplina de síntese para fazer face a extrema fragmentação do conhecimento médico e permitir a aplicação mais eficiente de um conjunto de princípios e técnicas visando a prevenção da doença e a manutenção da saúde (...)"

A odontologia preventiva é filha dileta da medicina preventiva, nos termos em que foi sistematizada por LEAVELL & CLARK⁵⁹ no já clássico **Preventive medicine for the doctor in his community**. Há inclusive, neste livro, um capítulo específico sobre saúde bucal.

Durante os anos 50, os responsáveis pelo ensino odontológico nos Estados Unidos debateram intensamente a situação da odontologia preventiva e da odontologia sanitária, ou social ou em saúde pública nos planos de cursos das escolas norteamericanas. O que fazer com os conteúdos "preventivos" motivava a discussão. Havia quem

defendesse planos de cursos "em que os aspectos preventivos se integrem aos [conteúdos] das demais matérias" (MARTIN⁶², 1958) e havia os que advogavam disciplinas específicas de "odontologia preventiva" pois, assim, "se evita el inconveniente de que el alumno tenga que correlacionar por si mismo los aspectos preventivos adquiridos en las diversas materias." (MUHLER⁶⁷, 1956)

MUHLER relata ainda ter estudado planos de cursos de 43 escolas de odontologia dos EUA e que, dessas, apenas 4 tinham, em 1956, "cursos especiais de odontologia preventiva".

Na América Latina em geral, e no Brasil em particular, o que havia até meados dos anos 50 (quando havia...) nas escolas de odontologia, segundo a então Oficina Sanitaria Panamericana⁷³, eram matérias de "higiene" ou "higiene oral", as quais, às vezes, combinavam-se com outras constituindo por exemplo: "higiene oral e saúde pública" (Bolívia), "higiene e odontopediatria" (Paraguai e Uruguai), "farmacologia, terapêutica e higiene" (Argentina). No Brasil era possível encontrar "microbiologia e higiene" na Universidade Católica do Rio Grande do Sul e "higiene e odontologia legal" no Rio de Janeiro e em outras 24 escolas do país. El Salvador, Nicarágua e Mexico tinham matérias de "higiene e odontologia preventiva".

E então? Criar ou não disciplinas específicas de

odontologia preventiva? Nos Estados Unidos a resposta foi sim e, a partir daí, essa orientação ganhou o mundo e também, claro, a América Latina.

Num dos artigos que serviram de referência ao Segundo Seminario Latinoamericano sobre la Enseñanza de la Odontologia CHAVES²⁵ (1960: 240-1) pergunta e responde:

"Como se debe enseñar la odontologia preventiva? Se acepta casi unánimemente que la enseñanza de la odontologia preventiva debe estar integrada en las diversas materias de la carrera. No obstante, consideramos que la catedra especializada, en la parte del curso que le corresponda, debe resumir y hacer una revision de los metodos preventivos enseñados en otras cátedras, como consolidacion de conocimientos. Cuanto mejor se haya enseñado la odontologia preventiva en otras cátedras, más sucinta será la revisión. Es importante que el catedrático de higiene se mantenga en contacto con los profesores de las diversas materias, y los estimule a tratar los conceptos de prevención en sus respectivas cátedras y los ayude, en caso necesario, a enfocar la enseñanza de los aspectos preventivos. La cátedra, en la parte del plan de estudios que le corresponda, deberá llenar las lagunas que hayan podido quedar y enseñar aquellos temas que no encuadren bien en otras materias, por ejemplo, la fluoración del agua. Por otro lado, los aspectos

preventivos de la periodoncia y de la ortodoncia, se deben enseñar en las asignaturas correspondientes. Al principio, la cátedra podrá desenvolver bien la parte de odontología preventiva que le corresponda, a fin de suplir posibles omisiones de las demás. Su acción será tanto más eficaz cuanto antes las demás cátedras se ocupen de la odontologia preventiva. De todos modos, es siempre conveniente que la revision final, es decir, la síntesis de la odontologia preventiva, esté a cargo de la cátedra de higiene."

A proposta de uma odontologia **preventiva** teve grande impacto em todo mundo. Chegou ao Brasil, no início dos anos 60, seduzindo inicialmente apenas restritos setores universitários e sendo objeto de grande desinteresse pelos clínicos, tanto no setor público quanto, principalmente, no setor privado. Durante os anos 60-70 as proposições da odontologia preventiva eram vistas como algo excêntrico (levadas à frente por "poetas"), não lucrativas, de difícil aplicação, ou, na pior das hipóteses, como "coisa de comunistas para acabar com a odontologia." A propósito dessa afirmação, a revista Newsweek³⁶, edição de 5/2/90, relembra, num artigo sobre fluoretação de águas de abastecimento público, o "grande debate" sobre o assunto ocorrido nos anos 50 nos Estados Unidos. A fúria macartysta havia chegado também ao setor saúde. Alguns "extremistas", segundo Newsweek, tendo à frente um certo John Birchers, viam na

fluoretação de águas parte de um esquema arquitetado a partir de um "diabólico complô comunista" para dominar a América.

Esse ranço em relação à odontologia preventiva só seria superado, definitivamente, nos anos 80. O desenvolvimento da cariologia nos países escandinavos e o êxito no controle da cárie dentária obtido naqueles países e no conjunto dos países do Primeiro Mundo, com exceção do Japão, quebrou as resistências (também) por aqui. Em maio de 1981 funda-se, em São Paulo, a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV), entidade que viria a jogar papel decisivo na consolidação das propostas introduzidas no início dos anos 60.

Para compreender essa introdução, ocorrida via disciplinas de odontologia preventiva que foram criadas em praticamente todas as escolas de odontologia do Brasil, é importante considerar o papel desempenhado pela Organização Panamericana da Saúde. Durante os anos 60 a OPS promoveu, com apoio da Associação Latinoamericana de Odontologia e da W.K. Kellogg Foundation, seminários latinoamericanos sobre ensino odontológico, "com o propósito de formar o odontólogo que requerem as sociedades de hoje no Continente". O segundo desses seminários, cuja preparação teve início em 1961, ocorreu de 18 a 24 de outubro de 1964, na Cidade do México. Participaram 87 autoridades educacionais com atuação no âmbito odontológico, provenientes de praticamente todos os

países latinoamericanos, inclusive Cuba⁷⁴.

No Informe Final do Segundo Seminário é dito que:

"Los aspectos preventivos y sociales constituyen la base de toda la enseñanza y fines odontológicos. Mediante ellos el futuro odontólogo se compenetrará de los problemas sociales, identificará las causas de los mismos y desarrollará proyectos para su solución en favor de la comunidad.

"Dado el crecimiento vertiginoso de la población de América Latina, se considera imposible que el problema de salud oral pueda resolverse por medio del tratamiento curativo. Es por ello imperativo recurrir a las técnicas preventivas y de salud pública y también que el odontólogo, además de su función asistencial y preventiva, asuma responsabilidades como miembro de la comunidad.

"Para integrar mejor los conceptos de odontología preventiva y social en el plan de estudios, se consideró necesario crear una Unidad o Departamento para impartir y correlacionar estos aspectos con las demás materias y corregir y aumentar el plan lo necesario para formar el odontólogo que hoy se requiere (...)

"De organizar un Departamento o Sección de Odontología

Preventiva y Social [com os seguintes] objetivos:

"...Inculcar en los futuros odontólogos una firme actitud preventiva mediante el esfuerzo coordinado de todos los Departamentos de la Facultad o Escuela, con el fin de convertir la prevención en una verdadera filosofía de la profesión [y] despertar el sentido de la responsabilidad y la conciencia sociales del odontólogo (...)

A introdução da odontologia **preventiva** exigia o esclarecimento de que não se tratava de uma outra odontologia e nem que havia oposição entre preventivo-curativo.

Mas para GARRAFA⁵² (1983: 35-6),

"... o que pode ser notado é que inclusive no ensino superior, de onde deveriam partir os bons exemplos, já surge a desvirtuação e conseqüente confusão com relação à prevenção (...) o que acontece é a fragmentação ainda maior do já tão artificializado processo de ensino-aprendizagem... [com] a criação de mais uma disciplina isolada (...) A abordagem da prevenção em uma disciplina isolada é discrepante, porque a prevenção em saúde deve constituir sinônimo de integração; integração de ações, de recursos, de esforços. A prevenção, ao invés de constituir simples objeto dentro do conteúdo de disciplinas estáticas e isoladas, deve

prevalecer como o sujeito de todo um processo de ensino-aprendizagem dinâmico, integrado e com fundamentação social."

Comentando a dicotomização preventivo-curativo, CHAVES²⁴ (1960: 16-7) afirma que,

"a prática das profissões de saúde foi orientada, desde o início, no sentido do diagnóstico e tratamento das enfermidades. A expressão 'arte de curar' frequentemente atribuída à profissão médica traduz bem a orientação 'curativa' com que nasceu a profissão e que só recentemente começa a ser modificada radicalmente... A medicina preventiva passou a ser a denominação usada, em oposição à medicina curativa, para o conjunto de conhecimentos e métodos visando a prevenção das doenças... Também em odontologia, tem sido costume usar as expressões odontologia preventiva e odontologia curativa, assistencial ou reparadora, para caracterizar os dois aspectos da prática profissional. Como a medicina, teve a odontologia, em sua gênese, uma orientação predominantemente curativa e reparadora... A dicotomia da medicina e da odontologia, em uma fase preventiva e uma fase curativa, tem sido em geral associada na prática a um conceito também dicotomizado do exercício profissional. A medicina e a odontologia preventivas seriam atribuições da saúde pública. A parte curativa das duas profissões seria

atribuição da clínica particular. Apesar da fragilidade dos argumentos a favor da dualidade de atribuições entre a clínica particular e a saúde pública, há que reconhecer que ela constitui ainda a maneira de pensar de um número significativo de médicos e dentistas. Existem duas medicinas e duas odontologias, uma preventiva e uma curativa, a primeira de responsabilidade da saúde pública e a segunda de clínica particular? Obviamente não. Existe uma só medicina e uma só odontologia: a melhor que pode ser praticada num momento dado da evolução da doença. Prevenção e tratamento formam um todo contínuo."

Comentando o equívoco de "atribuir à saúde pública os aspectos preventivos da prática e à clínica particular os aspectos curativos", uma questão que parece ter tido relevância nos anos 50-60, e que permanece atual ainda nos anos 90, CHAVES diz no artigo que subsidiou o Segundo Seminário na Cidade do Mexico, que o conceito de prevenção *lato sensu* de Leavell & Clark permite que o dentista que atua segundo esse referencial possa sempre estar praticando odontologia preventiva, pois estaria sempre "evitando um mal maior". Ao fazer a defesa da adoção daquele conceito, afirma que, assim o fazendo, não se pretende,

"crear una hipertrofia de la odontología preventiva, sino una actitud mental, unas normas de trabajo y la conciencia de una responsabilidad. Cada vez que se le

presente un caso clínico, el dentista se preguntará qué se podría haber hecho para evitar que la situación llegase a este punto. Sus preguntas se referirán siempre a una fase anterior de la enfermedad para buscar algo que se podía haber hecho y que dejó de hacerse. Por ejemplo, ante un absceso periapical se podrían formular sucesivamente varias preguntas: Por qué no se trató debidamente el conducto radicular? Por qué hubo destrucción de la pulpa? Por qué fue afectada ésta? Por qué se destruyó tanta extensión de dentina? Por qué hubo lesión de la dentina? y, finalmente, Por qué se produjo la lesión?"

A argumentação suscita, inevitavelmente, algumas outras perguntas: por que "finalmente"? Por que parar a série de perguntas na lesão? Por que essa redução das explicações possíveis ao plano biológico?

A questão apontada como central pelos críticos das proposições de organização da prática, apresentadas pela odontologia preventiva é que as ações são propostas a partir de uma compreensão do processo saúde-doença fundada na concepção da **história natural das doenças**.

Para BOTAZZO & TOMITA¹⁰ (1990: 22-3),

"Grosso modo, as disciplinas de odontologia social e preventiva ou sanitária reproduzem em sua prática de ensino o modelo biológico-curativista. Nota-se,

entretanto, forte separação em relação às disciplinas clínicas que, de resto, acham-se elas também separadas das básicas (morfologia, patologia, fisiologia etc.). O debate que nas últimas décadas envolve médicos, sociólogos, economistas, filósofos e outros sobre a questão da saúde no Brasil (reflexo local de um debate que se processa em escala mundial) toca de modo superficial essas disciplinas. A teoria sociológica é considerada como uma inutilidade e campos específicos do conhecimento só têm interesse quando podem ser 'aplicados' à odontologia. Denominações como 'sociologia aplicada' ou 'antropologia aplicada', ou ainda, 'psicologia aplicada à odontologia' são hoje comuns entre os profissionais. Apreendendo partes restritas desses conhecimentos, são os mesmos colocados como caudatários de um saber maior (o odontológico) e isso acaba por deformar esses saberes, bem como o seu ensino. Utilizando fartamente de modelos matemáticos para explicar determinados processos patológicos, a odontologia social tem se limitado a quantificar fenômenos. A odontologia preventiva, por outro lado, limita-se a atuar dentro de uma concepção ecológica ou multifatorial propondo intervenções na 'cadeia' da doença na concepção, hoje clássica, de 'história natural'."

Muitos pesquisadores já debateram essa concepção e não se trata, pelo menos para o que se propõe este estudo, de retornar aos detalhes desse debate. Retornemos, então, a apenas um desses críticos: Sérgio Arouca.

AROUCA¹ (1976: 16-9), num artigo publicado em *Saúde em Debate*, sustenta que a concepção de história natural das doenças,

"está baseada num esquema cartesiano, em que no eixo da abscissa temos o tempo e a ordenada divide dois espaços segundo a presença ou não da enfermidade" e que, quanto à explicação da saúde-doença "o mecanismo pelo qual opera o conceito de 'causalidade' na (...) medicina preventiva é o do **reducionismo**, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias. Assim, a medicina preventiva liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade. Ao negar as diferentes formas de causação e suas relações múltiplas, a medicina preventiva transforma a multicausalidade em uma nova forma de monismo causal, ou seja, aquele das redes de causalidade."

AROUCA afirma ainda que,

"no modelo original de Leavell e Clark, o social participa simultaneamente como fator causal, ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, funcionando em ambos

como um conjunto de caracteres ligados aos indivíduos, como **status** econômico e social, atitudes etc. (...) Porém, na realidade, o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido, ou como um caráter dos indivíduos ou como um envoltório do modelo. Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com Barthes, mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível do discurso, transforma-se o social em mito. Entendendo como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os. Assim, por exemplo, **população e comunidade**, utilizadas como mitos, servem para neutralizar o conceito de **classes**, de **interesses conflitivos**, ou seja, estão 'encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva' (...) O social não guarda na história natural relações diretas com a teoria à qual ele está articulado, já que, como para as demais ciências, ele contribui com atributos aos elementos e não como explicação. O que está encoberto nesta relação é a convivência conflitiva entre as diferentes teorias do social e suas diferentes abordagens e conclusões, já que, por exemplo, não existe identidade entre categorizar indivíduos segundo sua renda, escolaridade, profissão etc., afirmar uma

estratificação social por um lado, e, pelo outro, afirmar a sociedade dividida em classes, segundo as posições que os sujeitos ocupam no processo produtivo e a pertinência de indivíduos a estas classes."

Mas AROUCA vai além e chega ao sentido das adjetivações:

"Porém não é somente na mitificação do social que o modelo da história natural se esgota, já que a própria medicina preventiva, em sua emergência conceitual, surge como um mito através da adjetivação, que procura dar uma nova vida ao substantivo desgastado (a medicina)." E completa, com Barthes, "assim o adjetivo pretende retirar do substantivo as suas decepções passadas, apresentá-lo como novo, inocente, persuasivo... O adjetivo confere ao discurso um valor futuro."

No referido artigo, AROUCA comenta também a concepção de **história** envolvida neste paradigma:

"o homem é colocado com seus atributos em um ponto - não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transformam em fatores de morbidade. As técnicas (condutas) e os objetivos da medicina,

classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço de sua neutralidade; são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade. Assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente fazer desaparecer a história do seu objeto. Ao tornar-se mito, o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações deste espaço contraditório da saúde e da doença."

5.3. A Odontologia Social

Em 1960 BLACKERBY JR, diretor geral adjunto da Fundação W.K.Kellogg apresentou à 37a. Reunião Anual da Associação Norteamericana de Escolas de Odontologia (Chicago, 20-23 de março) um trabalho intitulado "Por que não criar um Departamento de Odontologia Social?". O artigo foi também publicado no *Journal of Dental Education* e, dada sua grande repercussão, incorporado aos textos⁷⁴ que subsidiaram o Segundo Seminario Latinoamericano sobre la Enseñanza de la

Odontologia (Cidade do Mexico, 18-24 de outubro de 1964).

Com a palavra BLACKERBY JR:

"Ante todo debo aclarar que tengo interés total en formular la propuesta que expondré en este trabajo porque se basa en cierta inclinación derivada de mis actividades múltiples como educador, administrador de escuelas de odontología y especialista de salud pública. Lo que propongo es la creación, por las escuelas dentales, de Departamentos de Odontologia Social, no porque tenga alguna razón personal para declararme en favor de la odontología socializada o del término 'odontologia social', sino porque estoy convencido de que la salud pública y otras materias de significación social que figuran en el plan de estudios podrían enseñarse mucho mejor que hasta ahora si fueran incorporadas en la estructura de un departamento importante de la escuela de odontologia. Me guía para ello la profunda convicción de que en la educación típica del estudiante de odontología se descuidan actualmente, con graves consecuencias, los aspectos sociales de la odontología y el sincero deseo de encontrar la manera de remediar esta deficiencia básica en la metodología destinada a preparar a los dentistas para la función que les corresponde en la sociedad (...)

"Por lo tanto, se propone que las escuelas de odontología establezcan un Departamento de Odontología Social (...) a fin de que desempeñe las dos funciones siguientes: (1) Asumir la responsabilidad primordial [grifos no original] de la organización del plan de estudios, de la enseñanza y de la investigación en aquellos aspectos de la odontología que contribuyen más directamente a la madurez social y a inculcar en el estudiante un sentido profesional; y (2) Coordinar [grifos no original] esos aspectos en todo el programa de odontología, a fin de que los esfuerzos de todos los departamentos puedan aunarse eficazmente para alcanzar el objetivo básico y común de dar a los estudiantes una formación bien equilibrada, para que sean ciudadanos con sentido social y competencia profesional.

"Siguiendo el ejemplo de la enseñanza de la medicina y de la medicina preventiva en especial, el Departamento de Odontología Social podría desempeñar otra función de coordinación directa que consistiría en fomentar el concepto de 'odontología integral' (...) Es lógico que para ese cargo [de direção do Departamento] (...) no abundan las personas que reúnan esas condiciones [pós-graduação e ampla experiência em administração de saúde pública] (...) Las becas de adiestramiento en salud pública que ofrece el Servicio de Higiene de la Salud Pública de los Estados Unidos de América, tanto

directamente como a través de las escuelas de salud pública, constituye una manera de preparar para tales cargos a personal ya calificado.

Em outro artigo que serviu de referência para os debates no **Segundo Seminario Latinoamericano**, intitulado "Bases para a criação de um Departamento de Odontologia Social", BLACKERBY JR⁷⁴ (1963) conceitua odontologia **social**:

"Conviene definir lo que se entiende por 'odontologia social' y dejar perfectamente establecido que no se recomienda la creación de un organismo para enseñar o promover la 'socializacion' de la odontologia. A juzgar por las numerosas preguntas y comentarios recibidos por el autor después de la presentación y publicación del trabajo antes mencionado, era evidente que no se había comprendido ni aceptado plenamente el término 'odontologia social' en el sentido que se le había asignado. Es posible que algunos prefieran el término 'sociologia dental' o 'relaciones socio-dentales', pero los de 'servicio dental de la comunidad' o 'salud pública dental', que también se han propuesto, no son apropiados por su sentido o alcance más restringido (...) La 'odontologia social' se puede interpretar en el sentido de que incluye los aspectos sociales de la odontología preventiva, de la economía dental y de las prácticas administrativas, gerontología, relaciones con los hospitales, enfermedades crónicas y rehabilitación,

seguro de enfermedad y sistemas de pagos anticipados y a plazos (...)

"De este modo podría considerarse que el plan de estudios de odontología comprende dos esferas principales: odontología social y odontología técnica, con evidentes puntos de coincidencia entre las dos."

Cerca de três décadas depois, PINTO⁷⁹ (1989: 5) um dos autores de referência no campo da saúde bucal no Brasil e ex-Diretor da Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, entende que,

"quando a odontologia efetivamente transformar-se em uma ciência social e preventiva, as disciplinas correspondentes deixarão de existir, uma vez que seus conteúdos estarão embutidos em cada passo do currículo e do fazer diário da profissão... A separação entre as áreas preventiva e social só se justifica por motivos didáticos não devendo existir na prática, pois ambas são componentes de um mesmo corpo de conhecimentos no qual cabe à primeira identificar as origens dos problemas de saúde bucal e apresentar os métodos capazes de impedir sua ocorrência, enquanto à odontologia social compete, ademais de reunir condições propícias para o uso dos métodos preventivos, estruturar o sistema de prestação de serviços à comunidade, incluindo a obtenção dos insumos

necessários (recursos humanos, físicos e financeiros) e a organização final do trabalho."

Discorrendo sobre o que denomina "missão básica" da odontologia social, PINTO⁷⁹ (1989: 5) diz:

"a espera por um desenvolvimento global que reduza as diferenças entre os homens, que atenda as necessidades básicas de todos e que solucione indiretamente os problemas de saúde geral e bucal é uma posição cômoda que favorece a manutenção do *status quo*, contrapondo-se à idéia mestra de que cada trabalhador do setor odontológico deve se constituir num ator com ativa participação neste processo de desenvolvimento. Identificar as verdadeiras causas que impedem a obtenção de bons níveis de saúde por parte da população e agir pela sua superação é, enfim, a missão básica da odontologia social..."

Ao publicar a segunda edição do *Manual de odontologia sanitária*, CHAVES²⁷ (1977: 13) substituiu a expressão odontologia sanitária, utilizada em 1960, pela expressão odontologia social. Não há outras alterações relevantes nesta parte do texto o que autoriza concluir que, para CHAVES, odontologia sanitária e odontologia social significam a mesma coisa, em contextos diferentes.

Há porém quem considere odontologia social mais abrangente que odontologia sanitária, situando no campo de atuação da

odontologia social, além da própria odontologia sanitária, a odontologia legal, a deontologia e a odontologia preventiva. Esta é, por exemplo, a concepção predominante nos Departamentos de Odontologia Social das universidades brasileiras.

A propósito da substituição de **sanitária** por **social**, é pertinente o seguinte comentário: CHAVES não faz qualquer referência ao significado que a palavra **social** tinha na América Latina nos anos 50-60. Mas NUNES⁷¹ (1991: 27), falando sobre a introdução da sociologia no campo da saúde pública no final dos anos 40 e início dos anos 50, nos lembra que,

"as ciências sociais em saúde são introduzidas com uma forte influência norte-americana, tanto assim que aparecem sob a denominação de Ciências da Conduta, pois a rubrica 'social', segundo essa influência, poderia ser vinculada à idéia de 'socialismo'."

CHAVES não foi imune, certamente, ao que isto significou para os que, na América Latina, trabalhavam no campo da saúde pública. E não apenas na América Latina. NUNES afirma ainda:

"Deve-se lembrar que nesse período os Estados Unidos sofriam os efeitos das atividades do senador McCarthy junto às ciências e às artes, pressionadas pelo clima de guerra fria."

SANTOS e cols.⁸⁴ (1981: 15, 63) atribuindo ao adjetivo **social** outro significado, associado a um "novo modelo", afirmam que a odontologia social,

"surgiu como uma resposta à crise da odontologia tradicional. Nesse novo modelo, a saúde é vista não como ausência de doenças, mas como resultante da relação dos homens num determinado modo de produção. A Odontologia Social se propõe a uma prestação de serviços de ótima qualidade, o mais abrangente possível e de menor custo utilizando a simplificação de técnicas, o aproveitamento de recursos humanos não especializados, a participação comunitária, etc. Mas esse novo modelo, continua sendo como na odontologia tradicional, um modelo imposto, de cima para baixo. Nenhum dos estudos realizados até agora para a criação desse novo modelo, toca no ponto nevrálgico: o conceito de saúde oral das classes a que se destina essa prestação de serviços. É evidente a carência de um conhecimento mais detalhado sobre o posicionamento das classes marginalizadas (...) A Odontologia Social deve ser um modelo flexível, adaptável às diferentes comunidades (...) O aproveitamento de membros da própria comunidade como integrantes de equipes de saúde (prática já existente) [grifos dos autores] contribui eficazmente para a assimilação e aceitação desse novo modelo, a Odontologia Social, e para a transformação

dele."

Outros, porém, vêem na odontologia social uma prática odontológica de baixa densidade tecnológica e precários recursos, destinada a pobres e carentes em geral, patrocinada pelo poder público. Uma espécie de mal necessário.

Comentando a associação "social-setor público" BOTAZZO¹¹ (1989: 15, 20) afirma:

"sendo o setor público - nesta ótica - o lugar do atendimento 'sanitário' dos pobres, nele a odontologia encontra campo para exercer aquilo que julga ser sua 'função social', reduzida na maior parte dos programas a uma prática caritativa e assistencialista. O atendimento ao 'carente' é também sinônimo de odontologia social, a exigir dedicação e desprendimento aos que a praticam... Para o senso comum odontológico, todavia, o social é algo que fica lá longe, distante, em geral entre a população de baixa renda, para a qual, claro, deve existir uma odontologia 'social'."

Nessa linha de raciocínio, em documento⁹⁰ apresentado à Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas (Rio de Janeiro, 17-20 de abril de 1992), os docentes do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP afirmam:

"A Resolução CFO-167/90, de 09/11/90, já havia alterado (art. 3º) 'a denominação da especialidade de Odontologia Preventiva e Social para Odontologia Social'.

"O adjetivo **preventiva** foi eliminado da denominação de modo muito oportuno, tendo em vista as inúmeras manifestações nesse sentido que, de longa data, vinham ocorrendo em congressos, jornadas científicas e encontros que reuniam especialistas da área e, também colegas de outras especialidades. Atualmente, não há razões para pensar **prevenção** como uma especialidade odontológica, uma vez que **conhecimentos, atitudes e práticas preventivas** devem perpassar todo o campo de atividades odontológicas. Há consenso sobre isso na comunidade odontológica.

"Todavia, o adjetivo **social** foi, inexplicavelmente, mantido na denominação da especialidade contrariando a expectativa da maioria dos CDs que atuam nesse campo. Argumenta-se, basicamente, que não é possível conceber práticas odontológicas que não sejam sociais. O qualificativo **social** não definiria portanto rigorosamente nada, tendo o grande inconveniente de, por causa da conotação que o termo **social** adquiriu no Brasil nos últimos anos, propiciar associações de idéias com algo precário, sem qualidade, relativo e dirigido a pobres. Uma espécie de odontologia de

segunda ou terceira classe voltada aos problemas de subcidadãos ou, como querem alguns, uma odontologia para 'carentes'."

Em resumo, muitas são as concepções de **odontologia social**. A exemplo do próprio substantivo "odontologia", cuja palavra não consegue constituir-se em termo (no sentido de expressar uma idéia comum a diferentes interlocutores) também o adjetivo "social" é uma palavra que comporta distintos significados.

5.4. A Odontologia Simplificada

A expressão **odontologia simplificada** apareceu no discurso odontológico brasileiro nos anos 70. A mesma expressão vinha sendo utilizada também em outros países da América Latina. A **odontologia simplificada** fazia a crítica da "odontologia científica" e se reivindicava "alternativa", a partir de um outro "paradigma".

MENDES & MARCOS⁶³ (1985: 11) relatam:

"a adesão do Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais (DO-UCMG) ao Programa de Inovações em Ensino e Serviços Odontológicos, coordenado pela Organização Panamericana

de Saúde e Fundação W.K. Kellogg [colocando-o] em contato com experiências docentes e assistenciais que se desenvolviam em vários países da América Latina e, onde, se começava a praticar e a teorizar a simplificação da odontologia" e a "visita de consultores latino-americanos que, em seus países de origem, haviam implantado trabalhos pioneiros de simplificação."

Aqueles autores referem também,

"a importante experiência que começava a ser empreendida pela Fundação Educacional do Distrito Federal, em Brasília."

MENDES & MARCOS, que estiveram durante vários anos à frente do importante movimento de reorientação do ensino odontológico em Minas Gerais, com implicações em todo Brasil, definem assim a odontologia **simplificada**:

"uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição de passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E que, ao tornar-se mais produtiva, torna viável os programas de extensão de cobertura."

Afirmam ainda, que,

"esse enfoque de odontologia simplificada - que parece ser o mais encontradiço até o momento - é, na realidade, extremamente limitado, vez que não questiona o modelo de prática hegemônico, a odontologia científica ou flexneriana. Dessa forma, essa odontologia simplificada não pretende uma mudança qualitativa da prática profissional. Tão só, erige-se como um apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar destinada às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial, recursos humanos e equipamentos. Mantém-se intacta e, mais que isso, respeita-se a incolumidade da odontologia flexneriana e dirige-se todo o esforço criativo no sentido da estruturação de uma proposta que incida, exclusivamente, sobre a simplificação, aumentando sua produtividade, sem prejuízo da qualidade."

Comentando as implicações da odontologia simplificada nas práticas desenvolvidas pelo DO-UCMG, MENDES & MARCOS afirmam:

"Esse processo, por ser muito incipiente e por ter-se desenvolvido muito açodadamente, levou a distorções que implicaram queda da qualidade - medida segundo os

parâmetros restritos da odontologia flexneriana - de alguns tipos de trabalho realizados nas clínicas de odontologia simplificada. Começou, então, a delinear-se, para alguns professores e alunos, o dilema da quantidade versus qualidade e difundiu-se uma fantasia de que, necessariamente, um trabalho de alta produtividade exige o sacrifício da qualidade. Além disso, essa odontologia simplificada discursava sobre a importância da prevenção mas, na prática, continuava a priorizar o curativo. O que é explicável, na medida em que não se transformavam os elementos estruturais da odontologia flexneriana mas, apenas, se lhes racionalizava."

A odontologia simplificada também aparece como odontologia comunitária. E vice-versa (MARCOS⁶¹, 1984).

Neste sentido, é impossível não relacionar odontologia comunitária e medicina comunitária, pois ambas têm a mesma origem. PAIM⁷⁵ (1976: 9-12) afirma:

"embora os aspectos históricos da medicina comunitária ainda não tenham sido devidamente estudados, poder-se-ia identificá-la como originária dos Estados Unidos, especialmente a partir da década de 60 (...) sob duas vertentes principais: (a) executada por agências voluntárias ou órgãos estatais, visando preencher as lacunas entre a medicina de empresa e a medicina

pública; (b) articulada às escolas médicas, no sentido de operacionalizar o movimento de medicina preventiva."

Para PAIM,

"o surgimento da medicina comunitária, tanto nos países industrializados como nos países subdesenvolvidos, poderia estar relacionado com a crise do setor saúde, embora com uma configuração qualitativamente diversa (...) Assim, a medicina comunitária, articulada às escolas médicas ou enquanto função-tampão entre a medicina de empresa e a medicina pública, poderia ser entendida como uma tentativa idealista de contornar os impasses em que se encontra o setor saúde [mas] a reflexão teórica imposta aos trabalhadores do setor saúde pela crise atual pode auxiliá-los a dar o salto qualitativo de uma consciência ingênua para uma consciência crítica e a propor soluções menos parciais para os problemas de saúde das populações."

Segundo MENDES⁶⁴ (1984: 46-9),

"Nas formações sociais capitalistas, a medicina comunitária é uma prática médica de caráter complementar, num sistema dual onde ela coexiste com a medicina científica sendo, seu objeto, as categorias sociais excluídas do processo de medicalização flexneriano. Desta forma, a emergência desse novo modelo de prática médica não substitui, pela exclusão,

a medicina científica que continua a ocupar o seu espaço hegemônico, o de atendimento às demandas das categorias sociais privilegiadas. Antes, viabiliza-a ao completar um sistema de medicina de classes.

"A medicina comunitária é, pois, a medicina dos marginalizados, urbanos e rurais. E o espaço da medicina comunitária é o espaço dos marginalizados, ou seja, as áreas rurais e peri-urbanas (...)

"As origens da medicina comunitária devem ser buscadas nas experiências de sistemas de saúde ocorridas em países subdesenvolvidos, principalmente na África colonial inglesa. Os trabalhos de saúde realizados em países como Quênia, Zâmbia e Uganda, como parte da estratégia de expansão capitalista dos países colonizadores, são sistematizados e passam a constituir a base técnica de uma medicina simplificada. Essa base técnica é utilizada pelas universidades e órgãos governamentais norte-americanos na estruturação de programas de medicina comunitária, destinados às populações marginalizadas, como parte das políticas sociais de guerra à pobreza, implementadas no início da década de 60 nos Estados Unidos (...)

"Em 1968, a Fundação Rockefeller reuniu, na Itália, um grupo significativo de professores e cientistas para uma avaliação das experiências de diversos países e,

naquele momento, pode-se estruturar as bases conceituais e metodológicas da nova medicina social, a medicina comunitária. A ligação orgânica entre o capital monopolista, a universidade e os pesquisadores, que se estabelecera no limiar da medicina científica, refaz-se na busca de alternativas para a sua crise.

"Nos Estados Unidos aparece, em 1970, um documento, correspondente ao Relatório Flexner, para a medicina comunitária, o Relatório Carnegie, que diagnostica a crise da medicina científica e propõe a sua desflexnerização. Suas principais recomendações são: (a) integração docente-assistencial; (b) expansão e aceleração da formação de pessoal auxiliar e técnico; (c) integração de matérias básicas e profissionalizantes; (d) incremento das matrículas com prioridade para estudantes provenientes de famílias de baixa renda e de grupos minoritários; (e) estruturação de um programa sanitário nacional.

"Agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial começam a difundir a atenção primária em saúde (...) A consolidação definitiva, em escala internacional, da medicina comunitária ocorre na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, na União Soviética, em 1978, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

"A transposição da medicina comunitária para a América Latina foi feita através, principalmente, da Organização Panamericana da Saúde e de projetos financiados por fundações privadas norte-americanas."

No Brasil, o movimento da medicina comunitária iria influenciar a aprovação da Lei 6229 que criou, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde e a implementação, pelo Governo Federal, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Quando se tentou dar ao PIASS outra dimensão que não fosse assistir, no dizer de MENDES, "populações marginalizadas de uma região marginalizada" (o Nordeste brasileiro), através do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) isso não foi possível e o PREVSAÚDE jamais saiu do papel. Foi um "natimorto" segundo Carlos Gentile de Mello.

Dando sentido distinto à expressão odontologia comunitária, GARRAFA⁵³ (1984) afirma que,

"qualquer ação transformadora, no setor saúde, não passa pelo próprio setor, mas está na dependência externa do poder político que emana do Estado, principalmente quando este é centralizador e autoritário como o brasileiro. Exemplos e planos de atividades comunitárias existem. Muitos e bons. O problema reside na força para sua implementação política e financeira. Por isso, não se percebem saídas

para a Odontologia Comunitária sem a democratização do Estado e, conseqüentemente, da ideologização do próprio trabalho odontológico. Cabe ressaltar, no entanto, que a odontologia, como peça viva e participante de um corpo social inserido num processo dinâmico, não pode satisfazer-se em seguir passivamente sugerindo soluções de reduzido foro técnico, incapazes por si só de causar o impacto social necessário."

Para GARRAFA,

"as transformações indispensáveis para que se criem condições de aplicação ampla das medidas técnicas sugeridas, somente acontecerão como consequência da ação e pressão conjunta de todos os setores democráticos da sociedade sobre o aparato estatal atualmente montado. Resta, portanto, à Odontologia e seus integrantes, participar individual e corporativamente na luta pelo direito que todas as pessoas têm de viver condignamente, com consequente acesso a uma atenção odontológica tecnicamente eficiente e socialmente justa."

Em artigo publicado em 1984 no Boletim da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas/Regional de São Bernardo do Campo, intitulado **Odontologia Comunitária**⁶⁸ afirmávamos, sintetizando o conteúdo de inúmeros debates que à época se

travavam entre estudantes de odontologia e grupos de estudos de profissionais cirurgiões-dentistas:

"A expressão odontologia comunitária suscita, invariavelmente, em qualquer cirurgião-dentista brasileiro a pergunta: 'O que é isso?'... A rigor, a expressão odontologia comunitária não tem sentido uma vez que a odontologia é sempre comunitária, sempre social (...) Espera-se da comunidade uma relação com a odontologia em que não cumpra apenas o papel de quem 'recebe serviços', passivamente. É preciso que seja também sujeito, participando com poder decisório nos vários níveis do sistema de saúde (...) Admitindo-se que assegurar assistência à saúde constitui dever do Estado moderno, conclui-se que a odontologia será tanto mais comunitária quanto maior for a participação popular (...) Estamos praticando exatamente o contrário (...) A comunidade, quando consegue acesso à odontologia, encontra-se, de modo geral, reduzida à condição de mero objeto 'recebedor-de-serviços', sem expectativas ou vontade própria, excluída de qualquer possibilidade real de interferir nos programas e nas ações odontológicas... A cada dia vem aumentando o número de profissionais da odontologia a quem não satisfaz o exercício isolado, individual. Profissionais que, por razões várias, buscam práticas alternativas à desenvolvida no tradicional consultório particular.

Buscam, em outras palavras, uma odontologia comunitária. Coloca-se portanto, para esses cirurgiões-dentistas e para a odontologia brasileira, uma tarefa política que, exatamente por ser política, é comum a outros segmentos da sociedade. A tarefa política de democratizar o Brasil. Lutar pela democratização para, ao conseguí-la, criar as condições necessárias ao desenvolvimento de uma odontologia adequada às necessidades dos brasileiros e identificada com seus anseios e expectativas. Isto significa, então, democratizar o país para, criando uma odontologia realmente comunitária, transformar os brasileiros em sujeitos do seu próprio corpo, capazes de promover e manter sua própria saúde. Sem democracia - vale dizer, sem as mais amplas liberdades políticas - a odontologia comunitária não passa de um sonho bonito."

5.5. A Odontologia Integral

Há muitas e díspares concepções de odontologia integral. As mais difundidas, contudo, são as de CHAVES e de MENDES.

CHAVES²⁴ (1960: 33) diz:

"A odontologia preventiva, tomando prevenção no sentido amplo que lhe atribui Leavell e Clark, passa a ser sinônimo de odontologia integral."

MARCOS⁶¹ (1984: 355-6), porém, apresenta assim a odontologia integral:

"uma nova concepção da odontologia (...) quando incorpora o **saber** e o **fazer** ao nível do interesse da coletividade, a qual traz certa incompatibilidade com o modelo de prática então dominante no sistema capitalista."

MARCOS refere-se à MENDES⁶³, o qual identifica "três elementos básicos" constituintes da odontologia integral:

"(1) a **atitude preventiva**, como meio essencial de preservação da saúde; (2) a **simplificação** e adequação de atos, técnicas, equipamentos, materiais, métodos e sistemas de trabalho etc.; (3) a **desmonopolização** do saber e do fazer pela educação, instrução e o repasse do conhecimento à sociedade."

Contrapondo a odontologia integral à "odontologia **cientificista** ou **flexneriana**", MARCOS reproduz a comparação entre odontologia integral e odontologia **flexneriana** feita por MENDES. Para este autor,

"constituem elementos ideológicos ou estruturais da odontologia cientificista ou flexneriana: I. Biologismo (exclusão da causa social); II. Mecanicismo (analogia do corpo com a máquina); III. Individualismo (indivíduo como objeto da prática e responsável pela saúde); IV. Centralização de recursos (hospitais centrais, atenção urbano-cêntrica); V. Especialização (fracionamento do conhecimento); VI. Tecnificação do ato (associação da qualidade à tecnologia de alta sofisticação); VII. Ênfase na prática curativa (a cura incorporou mais tecnologia, maior custo); VIII. Exclusão de práticas alternativas (refutação *a priori* de outros métodos)."

Ao contrário, a "odontologia comunitária (simplificada) ou integral", segundo MARCOS⁶¹, teria como "elementos ideológicos":

"I. Coletivismo (objeto coletivo da prática); II. Ênfase na prevenção (integração do tratamento com hegemonia da prevenção e da promoção da saúde); III. Descentralização da atenção (hierarquização em níveis de atenção, universalização das ações básicas); IV. Tecnologia apropriada (adequação com a realidade social e cultural, auto-suficiente e confiável); V. Inclusão de técnicas alternativas (construção de uma prática com as alternativas da comunidade); VI. Equipe de saúde (não centrada no profissional isolado nem na especialização universalizada); VII. Participação

comunitária (atenção não deve partir de cima para baixo mas de uma participação ativa da própria comunidade)."

Procurando demarcar a proposta da odontologia integral com o que acabou caracterizando, na prática, as propostas de odontologia sanitária/social e comunitária/simplificada, MARCOS afirma:

"a proposta de Odontologia Integral é alternativa, na medida de sua universalização e igualização, ou seja, não é uma prática destinada a populações marginalizadas, mas um novo modelo, substitutivo da prática atual."

5.5.1. A Odontologia Sistêmica

Os anos 80 viram surgir um tipo especial de proposta de prática odontológica. Uma certa **biocibernética bucal**, em desenvolvimento no país desde 1972², fez seu reaparecimento agora sob a denominação de **odontologia sistêmica**. GONÇALVES⁵⁵ (1986), com um certo viés corporativo, afirma:

"é de se fazer notar a importância dos odontólogos dentro de um conceito de sistemicidade orgânica, onde 90% das doenças que acometem as pessoas podem encontrar sua causa dentro do contexto bucal."

A se considerar de modo radical essa afirmação, em que a causa pode ser encontrada dentro da boca, devemos concluir que o "contexto bucal" é mais importante para os níveis de saúde das populações que a própria disponibilidade de água tratada, por exemplo, que afinal não consegue produzir reduções de doenças em percentuais tão elevados...

A odontologia sistêmica traduz, de certa forma, uma concepção de odontologia integral. GONÇALVES diz:

"A compreensão de todos os mecanismos causadores de irregularidades sistêmicas, mas oriundas de causas bucais, abre um novo horizonte na moderna odontologia. Serve também para confirmar a importância do odontólogo na constituição de uma equipe médica. Grande parte das doenças que o médico não conseguir tratar pode ser curada pelo dentista. O reconhecimento disso é essencial para o trabalho odontológico, principalmente nos serviços sociais, que possuem maior número de pacientes.

"É preciso que o profissional compreenda que a boca está inserida dentro de um todo orgânico e que os menores procedimentos aí realizados podem produzir sérias alterações na integridade física e mental do indivíduo. Uma vez que isso seja feito, o dentista poderá agir conscientemente sobre seus pacientes, não mais atuando com procedimentos paliativos, mas

realmente contribuindo para a saúde integral dos seus clientes."

O estudo da **odontologia integral** evidenciou a absoluta inutilidade desse adjetivo, quando o autor que o utiliza não esclarece o significado que está dando ao termo. "Integral", conforme visto, tanto pode ser referente à integralidade de processos biológicos quanto à integração/articulação de complexos processos sociais.

5.6. A Saúde Bucal Coletiva

Em "Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública" SCLiar⁸⁶ (1987: 32-6) dedica várias páginas ao esclarecimento do tema "O que é saúde pública?" Lembrando-nos que em 7 de abril de 1947 a OMS "conceituou saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade, em função das necessidades de planejar ações de saúde, individuais e coletivas", aquele autor cita Winslow e sua clássica definição de saúde pública:

"Saúde pública é a ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida, e promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle

das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde."

Ao citar Winslow, SCLiar destaca que,

"a ênfase dada ao aspecto social e comunitário explica o metafórico conceito de saúde pública como **medicina do corpo social**: a saúde pública só pôde surgir quando a sociedade atingiu um grau de organização suficiente para ser caracterizada como 'corpo'. Sobre esta metáfora, algumas considerações devem ser feitas. De uma parte - diz SCLiar, citando Cazeneuve - 'é natural que se compare os conjuntos sociais a organismos vivos, na medida precisamente em que aqueles são organizados. A biologia fornece, com efeito, o exemplo das unidades funcionais compostas de órgãos que são eles próprios organizações celulares. Tais analogias servem de base às teorias sociológicas do organicismo, que fazem da sociedade um **superorganismo**. Porém, tão evidentes quanto as semelhanças entre o organismo e o corpo social são as diferenças. Células, tecidos e órgãos têm sua função condicionada pelo determinismo biológico, e se mudanças ocorrem elas são lentas, ao passo que a

sociedade é dinâmica e mutável. No corpo social pode haver contiguidade, mas o organismo tem continuidade: células, tecidos e órgãos relacionam-se estreitamente entre si através do meio interno, cuja estabilidade - a homeostase - é vital para o organismo, que tolera mal grandes variações de temperatura, de pH, de composição sanguínea. Esta estabilidade se dá também ao longo do tempo; milhares de anos são necessários para que o organismo, através da evolução, se altere significativamente. As relações entre indivíduos se caracterizam, ao contrário, pelo dinamismo. O relógio biológico é lento e programado; o relógio social é mais rápido e muito menos previsível."

Narrando a longa trajetória da saúde pública, através de distintos olhares, SCLiar⁸⁶ (1987: 97-9) faz sua síntese afirmando:

"O primeiro olhar da saúde pública sobre o corpo social é autoritário; uma autoridade à qual a ciência vem dar legitimação e apoio. Começa por um diagnóstico, essencialmente quantitativo; prossegue com uma análise dos fatores que explicam a gênese e a distribuição das doenças. Recorre depois aos avanços da tecnologia propiciados pela Revolução Industrial. O agravamento de antigos problemas de saúde, em função da industrialização e da urbanização, e o surgimento de novos problemas, fazem com que se torne social o olhar

da saúde pública. Surgem novas formas de assistência; êxitos se acumulam, o que não impede que a este olhar social se venha acrescentar um componente crítico, desiludido.

"Este trajeto é balizado por várias concepções e teorias: a concepção mítica e religiosa do universo, a teoria do contágio, o conceito de polícia sanitária, o conceito de estatística de saúde, o conceito de epidemiologia; a teoria da infecção, o conceito de medicina social (e similares), o conceito de campo da saúde, de cuidados primários de saúde. A serviço das concepções e teorias, vários instrumentos, práticos e teóricos: o amuleto do xamã, o raciocínio hipocrático, o aqueduto romano, o toque do rei, o leprosário medieval; o mercúrio, a nau dos insensatos, o hospício, o número, a tabela, o microscópio, a vacina, o antibiótico e o quimioterápico, o ambulatório, o hospital, o estilo de viver. Numerosos atores surgem neste palco histórico: o xamã, Hipócrates de Cós, Galeno, o monge medieval e seu rei, Fracastoro, Frank e Mai, Farr, Semmelweiss e Snow, Pasteur, Bismarck, Ehrilch e Fleming, Oswaldo Cruz.

"O olhar sobre o corpo social é telescopado; assim como no telescópio um segmento está dentro do outro, as formas mais recentes de olhar não excluem as antigas. Na saúde pública atual existem comportamentos

autoritários, empíricos - há medicamentos cujo modo de ação não é perfeitamente conhecido -, e mesmo mágicos, pois o carisma de um médico que faz uma cirurgia cardíaca, por exemplo, envolve-o numa aura mágica.

"Em nenhum momento o conceito de corpo social revelou-se mais flagrantemente anticientífico que sob o regime nazi - uma verdadeira biocracia, na qual o pensamento biológico distorcido por preconceitos raciais levou não apenas ao erro, mas ao crime. Quando perguntaram a Fritz Klein, médico nazista, como conciliava seu papel na matança de judeus com o juramento hipocrático, respondeu: 'Sou médico e quero preservar a vida. Em respeito à vida humana, eu extirparia um apêndice gangrenado de um corpo doente. E o judeu é o apêndice gangrenado no corpo da humanidade'.

"Este exemplo mostra não só as limitações, mas os riscos de usar a metáfora do corpo para explicar a sociedade e em servir ao modelo de ação da saúde pública. Há entre substantivo e adjetivo, entre coisa e atributo, uma tensão dialética: à medida que o social torna-se mais social, o corpo torna-se menos corpo; ele passa a ser reclamado pelos indivíduos, assim como a sociedade reclama o direito à saúde. A consecução desse direito exige um espaço público não-metafórico, mas sim real, abrangente. Transcendendo a metáfora que acompanhou seu nascimento, e buscando o equacionamento

e a solução dos grandes problemas que enfrenta, a saúde pública lança agora seu olhar para o futuro."

Essa trajetória da saúde pública deixou marcas profundas. Há mesmo muitos que reclamam para ela outra denominação pois não querem assumir como sua a herança da saúde pública. Buscam uma denominação que expresse práticas sanitárias e sociais produzidas a partir de distintos referenciais políticos e ideológicos.

Fala-se, por exemplo, em **saúde coletiva**³¹. Esta expressão é utilizada por um grande número de autores. Não se trata aqui, evidentemente, de revê-los todos. Fiquemos com um: Birman.

Na apresentação do primeiro número da Revista *Physis*, BIRMAN⁸ (1991: 7-11) interroga-se:

"o que se entende por saúde pública? O que se pretende dizer com a expressão saúde coletiva? Estas expressões constituem enunciados diversos do mesmo conceito e recobrem, portanto, um mesmo campo de práticas sociais? Ou, ao contrário, estes significantes denotam campos diferenciados, com superposições regionais e rupturas importantes?"

Respondendo a este questionamento, BIRMAN esclarece:

"trata-se de campos não homogêneos, na medida em que se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares."

Segundo o referido autor, o campo da saúde pública,

"se constitui com a medicina moderna no final do século XVIII, como polícia médica e com a medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades. A saúde pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana, pela produção de estratégias preventivas. Mas é inegável que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social... As epidemias representaram o campo privilegiado para a produção, reprodução e diversificação da medicalização do campo social, com o fortalecimento correlato do poder da medicina. Entretanto, a caução científica do discurso naturalista da medicina sempre colocou entre parênteses a dimensão política das práticas sanitárias... Enfim, a saúde pública encontrou definitivamente o seu solo fundador na biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse

considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide."

Quanto à saúde coletiva BIRMAN sustenta que,

"sua concepção, bem ao contrário, se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico. O seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. Desde a década de 1920 as ciências humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal, anormal, patológico. Nelas haveria valores."

Em relação às influências das ciências naturais, BIRMAN reconhece que,

"os diversos recursos das ciências naturais são irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias. Mas possuem alcance limitado, pois a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico. Por isso, a constituição do discurso teórico da saúde coletiva, com a introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico... A noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus

efeitos certamente é o de reestruturar o campo da saúde pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte... [representando] uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde... [assim] o campo da saúde coletiva é, pois, fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa."

Sem pretender minimizar a importância do debate acerca das expressões "saúde pública" e "saúde coletiva", importa destacar em função dos propósitos desta pesquisa, que tanto uma quanto outra ocupam-se do que estamos denominando **atenção à saúde** uma vez que não se propõem reduzir suas ações ao campo restrito da **assistência ao doente** (médica, odontológica etc.), ainda que ambas reconheçam na **assistência** uma (mas apenas uma...) das suas múltiplas dimensões.

Talvez seja oportuno retomar neste momento, a propósito das expressões "atenção à saúde" e "assistência ao doente", a preocupação inicial deste estudo com as palavras e o significado que adquirem. Num texto⁷⁰ preparado para subsidiar discussões de um grupo de trabalho sobre "Saúde

bucal em sistemas locais de saúde", escrevemos:

"No cotidiano do trabalho, empregamos muitos termos e expressões como se tivessem o mesmo sentido para todos. Ocorre que as palavras têm, muitas vezes, **significados** diametralmente opostos para diferentes interlocutores. **Sistema incremental**, por exemplo, tem múltiplos significados. "**Saúde bucal**" e "**odontologia**", por outro lado, são expressões aparentemente muito próximas mas que não se referem, absolutamente, ao mesmo objeto. **Assistência** e **atenção** são outro exemplo de palavras utilizadas como se tivessem o mesmo significado. Há incontáveis artigos onde aparecem como sinônimos. Por razões de estilo, ora uma é utilizada ora outra. Para este autor, porém, os termos "**assistência**" e "**atenção**" **significam** conceitos muito distintos.

"Para nós, **assistência** odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não.

"A **atenção** à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas **externamente** ao próprio setor saúde (geração de

empregos, renda, habitação, saneamento, lazer etc.) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa etc.).

"Vale enfatizar que, com os sentidos aqui propostos, a assistência limita-se ao campo odontológico. A atenção à saúde bucal implica, por outro lado, atuar concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal. Isto exige da atenção uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da odontologia mas do próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e coordenação de ações multisetoriais, isto é, ações desenvolvidas no conjunto da sociedade (saneamento, educação, emprego etc.)."

DONNANGELO³⁹ (1975: 1) havia, originalmente, dado ao termo "assistência" esse sentido mais restrito. Para a autora, assistência:

"refere-se a parte [grifo nosso] das ações desenvolvidas na área da saúde: conjunto de ações de diagnóstico e terapêutica dirigidas ao consumidor individual."

Posta a questão saúde pública-saúde coletiva, vamos ao que se costuma denominar "saúde bucal".

Seria possível falar em saúde "bucal"? Não haveria aí uma

flagrante incoerência com a noção de integralidade biológica das pessoas?

Utilizando em 1960 a expressão "saúde oral", alterada posteriormente (1977)²⁷ para "saúde bucal", CHAVES entende que "o conceito de **saúde bucal** [grifo nosso] é uma abstração útil."

Para este autor,

"a rigor, saúde é um estado do indivíduo, que não pode subsistir como saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas. No entanto, para efeitos práticos, o conceito de saúde parcial... serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde, desde que não se perca de vista a limitação deste conceito... a saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada em grau razoável, de saúde geral do indivíduo. Saúdes parciais constituem objeto de programas especializados das diversas profissões da saúde e só têm sentido estes programas quando desenvolvidos harmonicamente, quando integrados em um programa global de saúde pública. Que importância teria, por exemplo, um estado ótimo de saúde bucal numa comunidade em que seus habitantes estivessem sendo dizimados por epidemias de várias doenças infecciosas?"

À expressão "saúde bucal" acrescentou-se, durante os anos 80, no Brasil, o termo "coletiva". Passou-se a falar, sobretudo no Estado de São Paulo sob evidente influência do movimento da **saúde coletiva**, em "saúde bucal coletiva" e não numa possível "odontologia coletiva". Isso não ocorreu por acaso, nem por razões fonéticas. Falar em "odontologia" coletiva significaria continuar preso à noção de "odontologia". E era exatamente isto o que se procurava evitar. Mesmo reconhecendo o significado e a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações a serem desenvolvidas que, mantendo o vínculo com a "saúde bucal" extrapolasse os estreitos limites do meramente assistencial, vale dizer daquilo que normalmente é tido como "odontológico". Por isso não poderia ser a mesma coisa falar em "odontologia coletiva" ou "saúde bucal coletiva". Assim, foi sendo afirmada gradativamente a expressão "saúde bucal coletiva" para afirmar uma prática sanitária que reivindicava origem distinta das "odontologias", bem como outras articulações e compromissos.

Polemizando com as diferentes concepções de odontologia (sanitária, social, simplificada, integral etc.), BOTAZZO e cols.¹³ (1988: 18), integrantes do corpo de pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, propuseram então a expressão **saúde bucal coletiva** para designar esse campo distinto pois, segundo eles,

"à medida que a odontologia vai se tornando cada vez 'mais integral', vai também se tornando cada vez 'menos odontologia'... Dizendo de outro modo, 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. Assim, ao paciente que procura o serviço de saúde com queixa de abscesso dental será oferecida a assistência que o caso requer (...) Podemos, então, pensar num conjunto de atividades que visem diminuir o número de casos de abscessos dentais (...) Algumas dessas atividades são realizadas pelo cirurgião-dentista exclusivamente; outras podem ser realizadas pelo pessoal auxiliar. Outras, entretanto, não dependem nem são realizadas seja pelo CD, THD ou ACD. Aplicação tópica de flúor, por exemplo, é uma atividade de prevenção que pode ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde bucal. Mas não depende dessa equipe a fluoretação das águas de abastecimento público. A primeira atividade (aplicação tópica) é uma atividade odontológica mas a segunda (fluoretação das águas) não é, embora ambas atividades se relacionem com saúde bucal (...) Por isso tudo, à medida que vai se tornando 'mais integral', a prática será cada vez 'menos

odontológica'(...) 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 ações sobre as causas das doenças, sejam estas de que natureza forem (biológicas, sociais, econômicas ou políticas). Essas 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."

E concluem:

"Seria preferível, portanto, se concordamos que o processo saúde-doença é socialmente determinado, falar em práticas de saúde bucal ao invés de prática odontológica (integral ou não), pois as ações necessárias à manutenção da saúde têm como sujeitos não apenas os profissionais da área (CD, THD ou ACD) com suas práticas clínicas restritas, mas também outros sujeitos sociais desenvolvendo práticas as quais, repercutindo na saúde, não são práticas clínicas."

Referindo-se à prática odontológica segundo as concepções da saúde bucal coletiva, BOTAZZO¹¹ (1989: 7) afirma:

"a odontologia 'moderna' perdeu a modernidade de Fouchard, prisioneira hoje de um corporativismo rastaquera. De qualquer modo esse monopólio precisa ainda ser entendido como uma autonomia que deve ser considerada em relação às tecnologias que utiliza ao realizar seu trabalho, sendo o saber que movimenta essas tecnologias parte e expressão dessa autonomia. Romper esse monopólio implica superar o referencial teórico-metodológico que sustenta essa prática, propondo simultaneamente a divisão técnica no procedimento do cuidado odontológico e substituindo o trabalho individual do dentista pelo da equipe de saúde bucal. Ainda deve ser considerado que conteúdos odontológicos devem ser assumidos e incorporados por outras práticas de saúde. Isto não significa a descaracterização da odontologia enquanto prática de saúde específica. Significa apenas aproximar-se das outras práticas, significa 'perder-se' no turbilhão do movimento sanitário para encontrar-se revitalizada e fertilizada por outros saberes e reaparecer não mais como odontologia mas como parte da saúde coletiva, no interior da qual deve ser operacionalizada a modernidade da sua prática."

Fazendo a crítica do preventivismo na perspectiva da saúde bucal coletiva, CORDÓN & GARRAFA³² (1991: 13) dizem que,

"A questão da saúde bucal da população brasileira tem

sido deliberadamente reduzida a uma mera questão odontológica, quando significa muito mais do que isso: um PROBLEMA SOCIAL COLETIVO [grifos no original] e, portanto, de responsabilidade da própria sociedade e não um monopólio dos cirurgiões-dentistas - simples instrumentos deste processo maior - cujo sujeito inegavelmente é esta mesma sociedade. A responsabilidade da população na problemática da saúde bucal não significa uma simples responsabilidade individual de fazer ou não fazer limpeza de dentes, de saber ou não o que é cárie, de tomar ou não esta ou aquela medida preventiva. A responsabilidade social se relaciona com o processo de participação da sociedade civil organizada nas decisões políticas e sociais, na formulação das políticas de saúde bucal, na alocação e distribuição de recursos, nas decisões dos conselhos de saúde (federal, estaduais, municipais e locais) etc. É conveniente lembrar que essa participação popular no processo decisório em que se resgata a cidadania brasileira, tem sido deliberada e criminosamente solapada no setor odontológico."

Identificando na **saúde bucal coletiva** um "conceito em permanente construção", BOTAZZO¹² (1992: 6-9) escreveu:

"Como forma de contribuição a essa reflexão, explanarei três conceitos que julgo fundamentais para a

constituição deste referencial teórico-metodológico, quais sejam, resumidamente:

"1. A politização dos agentes etiológicos - O corpo biológico - a boca incluída - tem usos diferentes segundo as classes sociais e a respectiva inserção dessas classes e suas frações no processo produtivo. Vinculado ao uso social [grifos no original] (trabalho intelectual ou manual, consoante as diferentes qualificações do trabalho e do trabalhador) é estabelecido o padrão de desgaste físico-biológico (...) determinado pelos modos de trabalhar e viver, vale dizer socialmente determinado nos modos de produção. A politização dos agentes etiológicos emerge com mais clareza na seguinte formulação: os agravos biológicos à saúde são condicionados pelos distintos modos de viver - modos sociais de viver - os quais, por sua vez, são engendrados pela e na própria sociedade humana. Sem dúvida, este é o campo da política, por excelência, no qual torna-se claro o discurso que afirma a correlação entre apropriação da riqueza e mortalidade infantil, por exemplo, ou a produção contínua e em escala das doenças ditas 'facilmente preveníveis'. Ainda aqui pode-se compreender melhor o risco 'biológico' como expressão da política. Isso estabelece igualmente o entendimento que é a partir dos usos sociais que são desenvolvidas

as representações acerca desse mesmo corpo, isto é, como ele é percebido ou parece ser, os significados que assume (no todo ou nas partes), sua função continente (lugar de deposição de algumas funções psíquicas), sua subjetividade, enfim. Definitivamente, bocas proletárias não se assemelham a bocas burguesas, por mais estruturas anatómicas 'comuns' que possam ter, se entendermos que a subjetividade, contida na consciência, é ela também social e historicamente determinada.

"2. Vinculação ao campo das práticas coletivas em saúde

- A clínica modular odontológica desperta a curiosidade no ambiente de trabalho. Algo de novo parece estar acontecendo. costumada com décadas seguidas de estranhamento, aos poucos a Odontologia vai se percebendo e sendo percebida como prática de saúde. Isto não é suficiente, ainda. A excessiva autonomia dos dentistas em relação ao seu objeto não se refere apenas à necessária divisão técnica do trabalho odontológico no interior da própria prática, mas também à constatação da impropriedade da divisão social do trabalho em saúde quando referido a um objeto consequentemente referenciado a constituído no campo da Saúde Coletiva. Este é um movimento simultâneo que deve consuzir à interdisciplinaridade das práticas, no reconhecimento dos vários saberes que aportam ao mesmo

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

"3. As ações de natureza coletiva - A saúde bucal coletiva é inseparável das ações que organiza junto [grifos no original] ao coletivo e com o coletivo, mais do que aquelas que organiza sobre o coletivo. Tem sido frequente, de uns tempos a esta parte, a referência a atividades ou ações coletivas em saúde bucal, quando em realidade o que vem sendo proposto nada mais é que uma intervenção em 'massa', isto é, que abrange grande número de indivíduos. Neste sentido, por exemplo, a fluoretação das águas de abastecimento público caracteriza esse tipo de intervenção: massivamente o 'coletivo' é beneficiado pela medida, por coletivo entendendo-se não certas formas de organização social mas a 'comunidade' ou a 'totalidade social' (...) O melhor modo de conceituar ações de natureza coletiva em saúde é entendê-las como expressões de relações políticas que se estabelecem entre os vários atores sociais, isto é, que se manifestam através das trocas entre os cidadãos, paritariamente conduzidas pelo poder público e sociedade civil. É neste sentido preciso que diferem, em essência, das ações controlistas direcionadas a certos grupos populacionais, tais como as que a saúde pública organiza desde seus primórdios.

Implica imediatamente, para sua operacionalização, na incorporação dos dois conceitos anteriormente referidos, ou seja, a politização dos agentes etiológicos e a interdisciplinaridade no trabalho. Grosso modo, pode-se estabelecer para elas as seguintes características: (1) apoiam-se na atividade grupal, tendo no grupo de orientação e discussão, variante do grupo operativo, a modalidade mais eficiente de atuação; (2) interagem nos espaços socialmente reconhecidos, isto é, nos espaços com existência social, o que equivale dizer nas organizações e instituições (escolas, creches, associações, sindicatos, casas paroquiais etc.; (3) são o campo por excelência da desmonopolização do saber ou da democratização do conhecimento e, simultaneamente, da destecnificação do cuidado; (4) são, por fim - e por tudo isso - o campo privilegiado onde uma certa cidadania encontra espaço para ser exercida no desenvolvimento da relação entre os trabalhadores da saúde, tomados como produtores coletivos, e os cidadãos-usuários, na direção da participação popular e do controle social do SUS."

Aliando teoria e prática, o movimento da **saúde bucal coletiva** não ficou discursando ao léu. Havia que dar consequência às proposições e realizar sua práxis. Assim

articulou-se, em meados dos anos 80, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO). O Boletim do MBRO de novembro-dezembro de 1989 afirma⁶⁵:

"O MBRO tem história. Ele nasceu num contexto de luta pela democracia em nosso país, vinculado à luta geral da sociedade brasileira por melhores condições de vida para o nosso povo. O campo no qual o MBRO se coloca é inequivocamente o campo da saúde coletiva: é o entendimento de que a saúde depende das condições de vida das pessoas, de fortalecimento do setor público, de construção de um Sistema Único de Saúde, contrário aos que fazem da cura uma mercadoria vendida com altos lucros (...)"

Para referenciar suas lutas o MBRO aprovou, em 1984, a seguinte "Carta de Princípios", alterada parcialmente em 1989⁶⁵:

"1. Lutar permanentemente por liberdades políticas como pré-requisito fundamental à melhoria das condições sociais de existência, nas quais se inclui o dramático quadro sanitário vigente, cuja alteração exige a estruturação do Sistema Único de Saúde e a sua implementação em bases democráticas.

"2. Opor-se frontalmente a qualquer tipo de mercantilização da prestação de serviços odontológicos

e lutar para que o Estado Brasileiro, através do Sistema Único de Saúde assuma total responsabilidade por eles. O Estado deve expandir os serviços próprios, enfatizando a municipalização e o controle das instituições pela população organizada, e aumentar os recursos destinados à assistência odontológica detendo poderes para coibir a mercantilização e poder intervir no setor privado, de acordo com a lei e no interesse da Saúde Coletiva.

"3. Estimular, promover e participar das discussões acerca da prática odontológica brasileira e da teoria que a orienta preservando, em qualquer contexto, independência crítica.

"4. Lutar pela utilização de recursos odontológicos adequados à realidade sócio-econômica e epidemiológica do país e, quanto aos recursos humanos, defender, intransigentemente, sua justa remuneração e contínuo desenvolvimento.

"5. Opor-se radicalmente às práticas mutiladoras, denunciando e desmascarando as posições elitistas que as justificam.

"6. Lutar por uma odontologia acessível a toda população, pública, gratuita, de boa qualidade e integral, onde as ações preventivas não sejam apenas um apêndice das ações eminentemente curativas, mas estas

estejam contempladas num enfoque de promoção da saúde.

"7. Defender o ensino público e gratuito em todos os níveis e campos do saber odontológico, adequando-o às diferentes realidades epidemiológicas, lutando pelo desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem-trabalho na realidade concreta, entendida esta como os locais de referência do Sistema Único de Saúde. Tal posicionamento deverá caracterizar-se como claramente contrário ao ensino pago e sua manipulação ideológica e técnica por interesses estranhos à maioria dos que trabalham com a odontologia.

"8. Participar dos movimentos sociais populares, difundindo o posicionamento fundamental de que não há, em princípio, antagonismo entre os interesses sanitários da maioria da população e os interesses profissionais dos trabalhadores da área odontológica e do conjunto do setor saúde.

"9. Lutar pelo fortalecimento e democratização das entidades odontológicas promovendo, para isso, a cooperação e solidariedade entre os diversos núcleos do Movimento, e articulando tal fortalecimento e democratização com entidades de outras categorias do setor saúde e da sociedade em geral.

"10. Lutar para que o desenvolvimento científico e tecnológico, também no campo da saúde bucal, se faça

com base no intercâmbio e na cooperação entre os povos e repudiar, em consequência, qualquer forma de monopólio, colonialismo e perda de soberania."

Em síntese, pode-se afirmar que a **saúde bucal coletiva** apresenta como característica fundamental uma proposição de práxis que pretende a negação dialética da **odontologia**, a qual produz uma teoria-prática desenvolvida à luz dos pressupostos da odontologia de mercado.

6.

**A PRÁTICA HEGEMÔNICA E
OS DILEMAS DAS OUTRAS PRÁTICAS**

"Largo a paixão
Nas horas em que me atrevo
E abro mão de desejos
Botando meus pés no chão..."

Paulinho da Viola, em "Só o Tempo".

Muito antes da inscrição constitucional do direito à saúde, as lutas sociais pela afirmação da cidadania no Brasil vinham produzindo, ao longo deste século, crescente expansão da cobertura dos serviços de saúde.^{15, 31}

Tal expansão atingiu também os serviços odontológicos.^{56, 77} A 'proibição' do acesso ao consultório odontológico privado à maioria dos cidadãos brasileiros produziu, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, uma discreta mas significativa ruptura na produção de serviços odontológicos no Brasil.

O início dos anos 50 vê surgir uma modalidade estatal de produção de serviços odontológicos. A odontologia de mercado continua absolutamente majoritária mas já não é a única modalidade assistencial neste segmento do setor saúde.

As primeiras atividades odontológicas desenvolvidas pelo setor estatal de saúde no Brasil, com base em programas, datam mais precisamente de 1952.³⁷

Foi com o então SESP - Serviço Especial de Saúde Pública -, criado em 1942 e mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre os Governos do Brasil e dos Estados Unidos, que os primeiros programas de odontologia sanitária foram desenvolvidos no país. Esses programas se localizaram, inicialmente, em alguns Estados das regiões Sudeste, Norte e Nordeste.^{49, 37}

No entanto, as concepções de prática odontológica explicitadas nos documentos que nortearam o desenvolvimento dessas ações jamais questionaram o modelo de prática odontológica hegemônico no país e suas implicações para a organização dos serviços de saúde e a formação de recursos humanos. O discurso sempre afirmou (ou escondeu, quando conveniente) uma prática residual, secundária, complementar. A produção de serviços organizada segundo o receituário liberal não apenas não foi questionada em seus fundamentos, eficácia sanitária e significado social, como, ao contrário, foi incorporada e reproduzida como sendo adequada e socialmente útil.

A partir dos anos 60, e sobretudo após a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor estatal, culminando, já no início dos anos 80, com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD)⁵⁶ pelo CONASP, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, criado pelo Decreto no 86.329, de 2/9/1981.

Sobre tal expansão ZANETTI⁹³ (1992: 8) afirma:

"... nos anos do 'milagre', de forma altamente centralizada, foram realizados inúmeros credenciamentos e convênios para compra de serviços de terceiros em

detrimento da expansão dos serviços próprios. O modelo adotado foi gerencialmente incontrolável, pois a sua implementação deu-se ao nível de mercado sem o devido aporte insitucional público para coordenação e fiscalização das atividades."

Ainda que essa expansão da cobertura dos serviços odontológicos tenha sido implementada pela Previdência Social de forma centralizadora, ela impulsionou fortemente - sobretudo a partir da aprovação do PRAOD e da implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) -, a criação e desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em todo país. 30, 83

Tal expansão não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal. Lamentavelmente, os dados disponíveis sobre a prevalência das principais doenças "bucais" no Brasil, apresentados anteriormente, não indicam nessa direção.^{30, 28, 19} A impotência dessa expansão para alterar o quadro epidemiológico tem a ver com os limites próprios do setor saúde para, por si só, alterar significativamente o quadro epidemiológico e, sobretudo, pelo que se convencionou denominar **modelo de prática odontológica** hegemônico no Brasil.

Argumenta-se que, além dos serviços odontológicos, inúmeros fatores extra-assistência odontológica **determinam**

os níveis de prevalência das principais patologias "bucais". Padrão de consumo de produtos açucarados, acesso a produtos fluorados, grau de apropriação de produtos culturais, renda, nível de escolaridade, entre outros, são apontados como fatores intervenientes importantes nos padrões epidemiológicos em saúde bucal.^{30, 69, 33, 79, 11, 52, 28}

Todavia, ainda que se considere tudo isto, deve-se levar em conta também a importância que assumem, no plano estrito da assistência odontológica, os aspectos relativos à organização e implementação dos programas desenvolvidos por instituições estatais e empresas privadas, quanto às tecnologias empregadas (equipamentos, sistemas de trabalho e atendimento), concepções acerca do processo saúde-doença e papel da epidemiologia nas decisões programáticas, entre outros.^{70, 82}

Muitos dos programas e sobretudo dos cirurgiões-dentistas encarregados de implementá-los vêm limitando-se, muitas vezes, a reproduzir mecânica e acriticamente, nas atividades dirigidas a grupos populacionais, o modelo utilizado no setor privado ao produzir serviços destinados a consumidores individuais.

Pode-se dizer que este modelo, hegemônico, decorre de uma concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual - o cirurgião-dentista - no restrito ambiente

clínico-cirúrgico. É a concepção de prática da odontologia de mercado.

Essa reprodução é percebida e vem sendo criticada.^{30, 56, 69, 88, 93, 33, 13, 11, 12, 52, 10, 63, 70, 32, 77}

6.1. O modelo de prática odontológica hegemônico

Na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, DF, de 24 a 28 de março de 1980, um grupo de debates foi encarregado de "analisar e oferecer sugestões quanto à participação da odontologia nos serviços básicos de saúde".²⁹ Após registrar que tinha sido aquela "a primeira vez na história das Conferências Nacionais de Saúde em que se dá destaque e se enseja de forma específica a discussão sobre a contribuição da odontologia num programa nacional de saúde", os membros do grupo afirmaram que,

"o atual modelo de prática e assistência odontológicas caracteriza-se, em traços gerais, pela:

INEFICÁCIA - Na medida em que não responde à resolução ou redução, em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população.

INEFICIÊNCIA - Uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento.

DESCOORDENAÇÃO - Decorrente da multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto a nível normativo quanto operacional.

MÁ DISTRIBUIÇÃO - Uma vez que as unidades prestadoras de serviço se localizam nos pólos de desenvolvimento, ou em torno deles, deixando ao abandono as áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros, que, assim, são obrigadas a buscar sistemas alternativos de atenção.

BAIXA COBERTURA - Na medida em que não consegue dar assistência nem à demanda espontânea, quanto mais àquela que é a mais significativa e que não chega a ser efetiva.

ALTA COMPLEXIDADE - Uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada.

ENFOQUE CURATIVO - Em razão do abandono a que relega o emprego de métodos preventivos hoje disponíveis e já sobejamente comprovados como de enorme eficácia e eficiência.

CARÁTER MERCANTILISTA - Na medida em que faz da saúde um bem de troca sujeito às leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também no da pública, que o estimula mediante mecanismos de compra de seus serviços.

CARÁTER MONOPOLISTA - Que se traduz na resistência à

transferência de conhecimentos e à sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos, que não o profissional de nível superior, numa opção que fere o princípio de divisão do trabalho já reconhecido e utilizado largamente por outros setores das ciências médicas.

INADEQUAÇÃO NO PREPARO DOS RECURSOS HUMANOS - Que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do País, precocemente direcionados para as especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo como o treinamento ou preparação em serviço.

Finalmente caracteriza-se o modelo odontológico atual pela dependência externa na medida em que baseia seus modelos de atuação, orienta a formação de seus recursos humanos e emprega uma tecnologia com insumos e equipamentos importados, cujas condições em nada reproduzem as existentes em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento, reforçando assim todo um contexto de dependência econômica e cultural que entrava e desestimula criatividade na busca de soluções ajustadas às características de nosso país."

BOTAZZO & TOMITA¹⁰ (1990: 22) também criticam o modelo hegemônico:

"O ensino e a prática odontológicas no Brasil reproduzem de modo anacrônico o acentuado tecnicismo que marca essa especialidade médica nos países desenvolvidos. Fruto da odontologia científica, isto é, positivista, instituída a partir de 1848 e de modo especial a partir de 1920, a odontologia brasileira, tal como está, é ineficaz no equacionar os problemas de saúde bucal de nossa população. De resto, é possível afirmar que esta não é sua preocupação. O modelo teórico no qual tanto o ensino quanto a prática se baseiam exclui a possibilidade de incorporar uma leitura social: trata-se de entender o fenômeno saúde-doença nos marcos estreitos do biológico, a determinação do fenômeno não interessando enquanto objeto. Tem sido rotina para alguns grupos de profissionais, nas últimas décadas, a denúncia desse modelo e a busca de uma transformação da prática, ao mesmo tempo em que têm reivindicado modificações no ensino odontológico, genericamente descrito como apartado da realidade brasileira (...) São ainda escassas, embora altamente significativa, as experiências de implementação de novos modelos, os quais, com certeza, não chegam a ameaçar a sólida

hegemonia com que o modelo biológico-curativista é exercido."

O modelo de prática, hegemônico pela odontologia de mercado repercute e influencia, decisivamente, o desenvolvimento de ações odontológicas pelo setor estatal. Por isso, o modelo de prática vem sendo também objeto de discussões e proposições por parte dos técnicos dos serviços públicos odontológicos. Desde o Primeiro ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico⁴⁰, realizado em Goiânia, GO, em 1984, esses profissionais não tem deixado de se posicionar. No documento final daquele evento aparece:

"... O exercício liberal da odontologia, hegemônico no subsistema, constitui segmento importante na prestação de serviços mas de cobertura reconhecidamente exígua. Tal forma de exercício, deve ser preservada e amparada no que concerne aos seus custos operacionais. O empresariamento e a mercantilização da prestação de serviços odontológicos, contudo, deve ser evitado como forma de extensão de cobertura. Em nenhuma hipótese e sob qualquer forma, o Estado deve transferir recursos públicos para o setor privado empresarial lucrativo, através da compra de serviços. A modalidade direta de prestação de serviços, através de recursos humanos assalariados pelo setor público, é considerada como a mais adequada para a área odontológica, devendo ser

incrementada em substituição à modalidade de credenciamento profissional ainda em uso pela Previdência Social (...)"

No documento final do Quarto ENATESPO⁴¹ (Uberaba, MG, 21 a 24 de outubro de 1987) afirma-se:

"... Frente aos caóticos índices epidemiológicos encontrados, além de profundas mudanças sociais, é preciso que ocorram mudanças no modelo de prática odontológica e urge a integralidade das ações, superando a dicotomia curativo/preventivo (...) Atuar junto às forças políticas e estruturas de poder, para mudanças sócio-político-econômicas (...)"

Em 1988 o encontro dos administradores e técnicos dos serviços estatais odontológicos foi realizado em Recife, PE. Consta do "Relatório Final" do Quinto ENATESPO⁴²:

"... É urgente que os níveis estaduais e municipais desenvolvam ações objetivando alterar as características do atendimento em nível local, de tal sorte que essa alteração seja sentida pelos usuários (...) Nos estados onde o processo de municipalização está mais avançado, observa-se que a necessidade de definir e planejar programas de saúde bucal em nível local vem estimulando a criatividade e fazendo

amadurecer a compreensão de que programas padronizados de âmbito nacional ou estadual não podem mais serem aceitos passivamente (...) A Divisão Nacional de Saúde bucal do Ministério da Saúde... deve evitar a elaboração de 'pacotes' técnicos inadequados às realidades locais mas, ao contrário, deve atuar como apoiadora e facilitadora das ações (...) A admissão para cargo público apenas através de concurso público, em todos os níveis de Governo, vem sendo simplesmente ignorada e o clientelismo partidário observado nas contratações contribui para desacreditar o SUDS e o setor público, estimulando a apatia e a desesperança (...) A isonomia nos salários, jornadas e condições de trabalho é condição indispensável para a construção do Sistema Único de Saúde. A ênfase dada à construção de hospitais e unidades não encontra, muitas vezes, justificativas técnicas de desenvolvimento da rede física, mas ocorre em detrimento do desenvolvimento dos recursos humanos (...) É imprescindível que as instituições invistam na educação continuada e na formação do pessoal odontológico. Assim, o tempo utilizado em atividades dessa natureza não deve ser visto como 'perda de tempo', ou como um número determinado de atendimentos não realizados. Ao contrário, deve haver empenho na promoção de cursos, encontros e seminários, cujos objetivos sejam, entre outros, tornar o pessoal odontológico adequado social,

técnica e cientificamente às necessidades dos usuários, compreendidos enquanto pessoas. Tal empenho torna-se ainda mais necessário na medida em que a Universidade não vem cumprindo esse papel (...) É necessário combater a concepção elaborada pelas elites privilegiadas e reproduzida pela população como um todo, de que os políticos são todos corruptos e venais. Essa concepção joga contra a democracia de que tanto necessitamos para concretizar nossas proposições democraticamente elaboradas. Os políticos não são todos iguais e devemos procurar que conheçam e defendam as bandeiras da reforma sanitária."

Em 1989 o ENATESPO aconteceu em Goiânia, GO (22-25 de agosto). Aquele encontro aprovou⁴³:

"... O Brasil é hoje a 8a. economia do mundo. Apesar disto, a maior parte dos cidadãos vive excluída do acesso a bens e serviços básicos compatíveis com o grau de desenvolvimento do País, sem acesso à qualidade de vida que deve ser assegurada a todos indistintamente. Esta situação é determinada pela desigual distribuição de renda produzida pelo modelo dependente e concentrador. Na área da Saúde e, em particular, da saúde bucal, a lógica de mercado vem determinando as condições de acesso aos serviços, bem como a formação de recursos humanos, a pesquisa e a produção de equipamentos, materiais e medicamentos odontológicos.

Para superar esta realidade, trabalhadores da saúde comprometidos historicamente com a democratização do País e a população, vêm lutando para concretizar um Sistema Único de Saúde, em que o setor público assuma a hegemonia na prestação de serviços. Este Sistema será alcançado mediante o fortalecimento do setor público, com o resgate da dignidade dos servidores públicos, mediante uma política soberana que suspenda o pagamento da dívida externa e através da promoção de reformas agrária, urbana e financeira, além da defesa do meio ambiente. Nesta luta, assume importância fundamental a municipalização dos serviços de saúde (a qual) não pode ser entendida como uma medida racionalizadora do Sistema de Saúde, mas como uma efetiva descentralização da gestão dos serviços e dos recursos financeiros, através de uma reforma tributária que fortaleça o poder dos municípios (...) Quanto aos modelos assistenciais, as ações de saúde devem ser objeto de vários níveis de integração. As ações de saúde bucal devem ser desenvolvidas pela Administração Direta, não sendo recomendável a compra de serviços de empresas privadas, sob nenhuma hipótese ou pretexto. Estas ações devem ter como eixo condutor a redução dos níveis de cárie dental, periodontopatias e outras patologias. Para isso, é fundamental o incremento de ações de prevenção nos grupos de 0 a 14 anos e a outros grupos populacionais, articulando estas e outras atividades de

natureza coletiva com as unidades de saúde, as quais, além de desenvolver ações programáticas para grupos de risco, devem assegurar atendimento de urgência a todos. É preciso ainda superar os instrumentos de avaliação e produtividade meramente quantitativos, estabelecendo indicadores epidemiológicos e do impacto das programações de saúde bucal, inclusive para efeito de orçamentação. Além disso é necessário integrar os vários níveis do sistema, de modo a garantir o acesso da população a serviços de maior complexidade (endodontia, radiologia, ortodontia, prótese e cirurgia buco-maxilo-facial). As ações de saúde bucal não devem constituir um elenco à parte mas, devem sim, estarem integradas num modelo de atenção integral à saúde das pessoas (...) Outro nível de integração deve ocorrer na articulação dos setores de educação, alimentação, habitação, transporte, saneamento e meio-ambiente, visando a superação da segmentação das políticas sociais no sentido da constituição de planos municipais de saúde orientados aos determinantes dos problemas de saúde e não restritos apenas ao atendimento das pessoas doentes (...) Faz-se necessário desenvolver estratégias que acelerem a integração entre as instituições prestadoras de serviços e as formadoras de RH, em consonância com o que prescreve a Constituição Federal, que atribui ao SUS o ordenamento da formação de RH para a saúde (...)"

"Um exercício surrealista, no mínimo." Assim foi sintetizado, no documento final do Sétimo ENATESPO⁴⁴ (Porto Alegre, RS, 27 a 30 de agosto de 1990), o tratamento "da questão da saúde da população e em particular de sua saúde bucal", dada a "circunstância em que a saúde da sociedade encontra-se agravada". O documento final explica essa 'circunstância' assinalando que:

"Sua realização ocorre num momento de grande crise Política e Econômica. Tal situação, que tem suas raízes estruturais, vê-se agravada em função do projeto meramente 'modernizante' do Governo Collor. A Política econômica governamental, consoante com a tendência mundial de consolidação do liberalismo econômico, conduz a economia brasileira a uma profunda recessão e estagnação, gerando desemprego, arrocho salarial e acentuando o quadro de miséria e fome da população, com notada incidência na situação de saúde do povo. Vale dizer que o neoliberalismo em desenvolvimento no País, ao assegurar a dependência do Brasil em relação às economias capitalistas centrais, impõe um comportamento subserviente de pagamento da dívida externa, além de permitir o ingresso desenfreado de capital estrangeiro em atividades econômicas essenciais, acarretando um destruição de importantes estatais (inclusive aquelas superavitárias) e desestruturação do parque industrial nacional. Esta tendência privatizante determina uma

completa deterioração do serviço público e a ausência de políticas públicas que atendam às necessidades e demandas sociais (...) Quanto as ações de Saúde Bucal estas deverão ser baseadas nos princípios que definem uma odontologia integral, privilegiando a manutenção e a promoção da Saúde Bucal e buscando a redução e o controle das doenças bucais no País. Para que essas ações se concretizem, superando o discurso, deve-se implementar imediatamente uma reorganização dos serviços, com a formação, reciclagem e treinamento de equipes de Saúde Bucal e a revisão das formas de remuneração dos serviços prestados adequando-os ao novo modelo assistencial (...)"

Em 1991, sob o tema **Construindo a saúde bucal coletiva no Brasil**, administradores e técnicos do serviço público odontológico realizaram em São Paulo, SP, de 21 a 25 de outubro, o Oitavo ENATESPO. O "Documento Final" refere-se ao modelo de prática odontológica nos seguintes termos⁴⁵:

"... Reafirmar a inadequação do tipo de prática odontológica ainda vigente em nosso país, centrada nas ações clínico-cirúrgicas individuais e em enfoques biologicistas em detrimento da compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Várias experiências programáticas apresentadas e discutidas neste Encontro revelaram a possibilidade do desenvolvimento de práticas norteadas

pela incorporação do social e dos avanços técnico-científicos verificados nos aspectos biológicos das doenças bucais (...) Reiterar que a construção da saúde bucal coletiva no Brasil é um processo não exclusivo dos trabalhadores da área mas de todos os profissionais de saúde e da população organizada. Essa construção passa, portanto, pela integração das ações de saúde bucal nas práticas coletivas de saúde e pelo resgate da integralidade dessas práticas (...) Reafirmar os princípios da universalização do acesso e da equidade no atendimento, consagradas no Capítulo "Saúde" da Constituição, os quais colidem frontalmente com as práticas que excluem da assistência odontológica grupos populacionais considerados "não prioritários", como por exemplo "zero a 3 anos", "adultos" etc. (...) Repudiar o pagamento dos serviços de saúde por produção, imposto pelo Ministério da Saúde/INAMPS aos Municípios e Estados, exigindo a regulamentação do Art. 35 da Lei Federal 8080/90, que garante o repasse de verbas segundo critérios demográficos, epidemiológicos e sociais. A pretensão tutelar do Ministério da Saúde é inaceitável (...) Recomendar que os programas de saúde incluam o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde incorporando, além das atividades de vigilância epidemiológica, também as atividades de vigilância sanitária sobre o meio-ambiente, ambientes e locais de trabalho, produtos e insumos relativos à área

odontológica (...). Não renunciar à luta pelo provimento de água de abastecimento público de boa qualidade, clorada e fluoretada para todos os brasileiros. Desenvolver sistemas de vigilância sanitária sobre a fluoretação de águas de abastecimento público, em todos os municípios, requisito este imprescindível na defesa da fluoretação e da saúde bucal coletiva. E que se cumpra a Lei 6050/74 (...). Programas que pretendam fluoretar o sal de cozinha, ainda que apenas em algumas regiões, não devem ser implementados sem serem precedidos de ampla discussão com a sociedade, incluindo as entidades da sociedade civil e as instâncias políticas, como por exemplo o Congresso Nacional (...). Exigir que o Ministério da Saúde cumpra o Art. 27 da Lei 8080/90, que trata da organização de um sistema de formação de recursos humanos em saúde, em todos os níveis de ensino, levando em conta que as definições quanto a número, perfil e conteúdos curriculares não podem ser objeto de decisões unilaterais dos órgãos de nível federal. Estados e Municípios devem participar das decisões e da implementação dessas ações (...). Reafirmar a absoluta necessidade de uma justa e digna remuneração dos trabalhadores da saúde, baseada na isonomia salarial e em planos de cargos e salários democraticamente definidos, como um dos elementos viabilizadores da estruturação e desenvolvimento de um Sistema Único de

Saúde adequado às necessidades da população (...)
Destacar o papel que cabe aos técnicos de serviços públicos odontológicos em estimular e democratizar o acesso às informações epidemiológicas, administrativas e financeiras, assegurando transparência na gestão da coisa pública, a fim de garantir que a legalidade e a legitimidade já alcançada pelos Conselhos de Saúde ganhem também efetividade, viabilizando real participação nas decisões (...) Exigir absoluto respeito à autonomia dos Estados e Municípios. Não compete ao Governo Federal impor o que deve ser feito nesses níveis no que diz respeito à gestão das políticas públicas, em especial do setor saúde. Aos cidadãos cabe julgar atos político-administrativos praticados nesses níveis de governo (...) Reiterar a defesa intransigente da democracia e do seu desenvolvimento no país. A democracia interessa sobretudo à maioria da população e não às elites privilegiadas que não tem compromissos com a transformação da realidade."

A ênfase dada aos ENATESPO's neste capítulo não é sem razão. Com efeito, tais eventos têm sido o instrumento mais importante, após a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasília, outubro de 1986), para a compreensão e análise da prática odontológica no Brasil. Tal vem ocorrendo uma vez que os congressos de odontologia se

transformaram em momentos de escassa reflexão sobre essa prática, priorizando aspectos biológicos e tecnológicos e notabilizando-se pela farta difusão de produtos pela indústria do setor.

6.2. As propostas contra-hegemônicas de prática odontológica

O aparecimento da odontologia sanitária nos anos 50 pode ser visto como o surgimento de uma proposta de contra-hegemonia, considerando-se o papel desempenhado naquele contexto pela odontologia de mercado. A operacionalização das propostas da odontologia sanitária implicavam ruptura com alguns fundamentos da odontologia de mercado como, por exemplo, a intervenção do Estado na assistência odontológica e o assalariamento de profissionais, entre outros.

O notável desenvolvimento e expansão da odontologia de mercado, consolidado e impulsionado após o golpe de Estado de 1964, reafirmou a hegemonia das suas proposições de prática odontológica. Tal hegemonia mantém-se inalterada até os dias atuais, por várias razões: entre outras pela sua estreita vinculação com os detentores do poder político-econômico e sua perfeita adaptação à ideologia liberal-privatista.

A propósito, a edição de novembro de 1992 do Jornal da APCD (Associação Paulista de Cirurgias-Dentistas) publicou,

sob o título "Entidade difundirá a odontologia empresarial":

"A Odontologia conta com mais uma entidade de classe, fundada em 21 de março deste ano. Trata-se da APOE - Associação Paulista de Odontologia Empresarial, destinada a congregar e difundir a Odontologia empresarial..."

Mas, por outro lado, resta a interrogação fundamental: seriam as várias odontologias adjetivadas expressões de propostas contra-hegemônicas?

Vejamos.

6.2.1. A Odontologia Sanitária/Social

A concretização das propostas da odontologia sanitária/social evidenciaram sua incapacidade de romper a hegemonia da odontologia de mercado. As atividades desenvolvidas em todo o país à luz das suas formulações revelaram-se residuais e conformistas, assumindo um carácter complementar à odontologia de mercado. Residual porque de baixa cobertura e eficácia epidemiológica e conformista porque resignada à condição de alternativa assistencial estatal para pobres e "carentes" dos grupos populacionais "prioritários". Seu principal instrumento teórico foi/é o

denominado "sistema incremental".

Sistema incremental: quase um capítulo à parte

O que é, afinal o sistema incremental? PINTO⁷⁹ (1989: 43-5) o conceitua como,

"um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. Possui, assim, uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações. É empregado usualmente em escolares, pela facilidade que proporcionam as unidades de ensino como agrupamentos fechados de pessoas e pela ênfase epidemiológica que corresponde à faixa etária. No entanto, sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos."

DINIZ³⁷ (1987: 12) afirma que,

"a expressão incremental foi introduzida na administração de serviços de odontologia sanitária (...) há pouco menos de 40 anos, quando um sistema de

tratamento comunitário despontava da experiência iniciada sob a sigla em língua inglesa IDC, correspondente a **Incremental Dental Care**; expressão traduzida para Sistema de Tratamento Incremental, também referido como programa incremental ou plano incremental de atendimento."

Este autor se refere às experiências desenvolvidas nos Estados Unidos, em Richmond e Wonsocket, e relatadas por WATERMANN e colaboradores⁹². Afirma ainda que,

"no início de sua divulgação [o sistema incremental] foi quase uma panacéia para os sanitaristas e para administradores de serviços odontológicos a nível central, tanto dos órgãos de saúde como nos de formação de recursos humanos (...) No Brasil, no SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), FRANKEL & CHAVES⁴⁹ elaboram o estudo básico e implantam, em dezembro de 1952, o sistema incremental de Aimorés, MG, através de nova concepção de plano de atendimento", consagrada posteriormente na literatura e na prática dos serviços.

DINIZ³⁷ relata que uma norma técnica do SESP,

"recomendava dar a maior ênfase ao grupo de crianças, pelo maior rendimento dos cuidados nessa fase e pela oportunidade das medidas de prevenção parcial da cárie, de eficácia já demonstrada e de repercussão sanitária mais ampla (...) Dentre as crianças deve ser destacado

o subgrupo de **escolares**, por permitir, em virtude de sua concentração nas escolas, um trabalho **sistemático** e uma ação dinâmica do serviço, inclusive oferecendo tratamento no próprio local de ensino, quando possível, ou encaminhando os alunos à Unidade Sanitária para exame de necessidades e busca de sistema de referência (...) Iniciava-se o atendimento pelo grupo mais jovem (no caso de Aimorés, de 7 a 8 anos), recém-admitidos à escola. O grupo receberia tratamento completo no primeiro ano do programa, isto é tratamento inicial (T.I.) e tratamento de manutenção (T.M.) a cada ano subsequente, além de aplicações tópicas (A.T.) de NaF (...) Ao fim de sete anos o programa gradualmente atenderia a todos, ocorrendo então sua cobertura máxima anual em número de beneficiados."

DINIZ³⁷ refere sucessivas modificações nesse plano inicial do SESP, após avaliação dos resultados obtidos: a de 1956, relatada por FREIRE⁵⁰; a feita em 1961 por uma equipe técnica daquela instituição, com base em suas experiências de campo⁵¹; a de 1963, ocasião em que o modelo de sistema incremental adotado passou a se denominar **tipo FSESP**; a de 1978; a de 1984, que incluiu o programa de bochechos fluoretados no elenco de atividades a desenvolver na fase preventiva, em substituição à técnica de Knutson, e "uma incipiente e tímida delegação de funções do pessoal auxiliar." Em 1965, a OMS recomendou, através de seu

Relatório Técnico nº 298, conforme DINIZ³⁷, a integração das "ações educativas e preventivas com os procedimentos de ordem curativa em pressupostos dos sistemas incrementais, como programas mistos, indissociáveis, de educação, prevenção e tratamento."

Ainda em DINIZ³⁷ encontramos que,

"evoluímos, a partir do modelo clássico, como no caso do tipo Aimorés, em que o avanço da cobertura era baseado na idade, mudando, em seguida, para a quantificação através de uma necessidade média como indicador epidemiológico (...) atualmente, novos estudos convergem, quanto aos tratamentos de manutenção, para avaliar os riscos de ataque de cárie e os intervalos de tempo para o retorno do paciente nos programas incrementais."

Pode-se afirmar, em síntese, que o sistema incremental caracteriza-se pela completa eliminação de necessidades de tratamento, através do denominado **tratamento completo inicial** (TC-I) nas crianças das idades menores da população-alvo. Estas crianças, ingressantes na população-alvo, compõem um grupo denominado **compulsório**. Uma vez realizado o TC-I, cada criança passa a integrar um grupo denominado de **manutenção**. Neste grupo são realizados, periodicamente, os **tratamentos de manutenção** (TC-M), até que a criança seja excluída da população-alvo.

Desde o seu aparecimento nos Estados Unidos e a sua replicação nos anos 50 no Brasil, este sistema de atendimento experimentou algumas variações que acabaram por caracterizar os **diferentes modelos de incremental** (Richmond, Aimorés etc.) mas esteve voltado, basicamente, para populações em idade escolar (6 a 14 anos). Difundiu-se com tal intensidade a ponto de se tornar sinônimo de **programas odontológicos escolares**. Transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, recaiu e ainda recai sobre este **sistema de atendimento** uma série monumental de críticas^{34, 5, 54, 82, 14, 93, 11} que, na maioria das vezes, estão dirigidas, efetivamente, não ao sistema de atendimento em si, mas à precariedade gerencial, à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico dos programas.

Ainda que o sistema incremental seja tido como **difásico**, requerendo para sua implementação uma **fase preventiva** e uma **fase curativa**, a esmagadora maioria dos programas que o utilizam **reduzem** a fase preventiva à fluoretação das águas de abastecimento público ou a sessões semanais de bochechos com soluções fluoretadas, incorrendo no equívoco de absolutizar um único método preventivo e não constituindo **sistemas de prevenção**. Assim, as ações programáticas ficam restritas à **assistência odontológica** perdendo-se a perspectiva da **atenção à saúde bucal**.

Outras críticas são frequentemente feitas a esse sistema de atendimento. Entre elas, pode-se destacar:

a) é excludente pois ocupa-se exclusivamente da população-alvo e não do conjunto da população exposta ao risco de adoecer;

b) fundamenta-se na evidência epidemiológica de que a cárie dentária aumenta com a idade. Em consequência, admite inevitáveis os períodos "de tratamento" e de "acúmulo de necessidades". O desenvolvimento da cariologia nas duas últimas décadas refuta essa evidência: não é inexorável que a cárie aumente com a idade;

c) em situações de elevada mobilidade populacional, a população-alvo tem sua composição significativamente alterada ao longo dos anos. Assim, não apenas a doença não é controlada na população-alvo como o benefício de ter recebido pelo menos um TC pode não ter nenhum significado epidemiológico no conjunto da população e, às vezes, nem mesmo significado individual, dependendo da ênfase colocada nos aspectos educativos.

d) aborda a doença no indivíduo pretendendo controlá-la em cada um deles, através de conjuntos de procedimentos que visam à obtenção de TCs individuais, por idade.

Discorrendo sobre programas de saúde bucal lato sensu, BELLINI⁵ (1991: 5) refere-se à necessidade de que adotem o que denomina cobertura incremental e alerta:

"Não confundir cobertura incremental com o tão

propalado e tão falido sistema incremental de tratamento curativo implantado nos órgãos escolares e já sepultado."

Analisando os programas desenvolvidos pela Fundação Educacional do Distrito Federal³⁸ e pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, GEVAERD & GUSSO⁵⁴ (1990: 3, 18-9, 41, 45-6) fazem "uma apreciação dos graus de congruência entre a concepção dos programas e as condições concretas em que ocorre sua prática e que determinam seus resultados". Com base em informações fornecidas à Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde por 30 secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, os autores afirmam:

"A filosofia do Sistema Incremental influenciou a formação de várias gerações de odontólogos sanitaristas fazendo com que este sistema se transformasse em proposta quase que exclusiva para o atendimento odontológico da criança na faixa escolar, durante quatro décadas (...) Atualmente tendo por base a evolução do conhecimento científico no setor e as modificações advindas da implantação da municipalização a partir do sistema único de saúde, começa-se a rediscutir a metodologia do sistema incremental (...) baseado no conceito de que as 'necessidades' traduzem a existência da doença e são expressas pelo indicador 'C+EI'. Por isso, é sobre este indicador que são

dimensionados os procedimentos a executar; e, também, medidos os resultados alcançados: tratamento completo é o que elimina, para cada paciente e no conjunto da população-alvo, as necessidades manifestadas (...) A progressiva implantação do sistema único de saúde em nosso País requer uma reconstrução crítica dos modelos assistenciais, descentralizando-os e, em correspondência, ajustando-os às possibilidades dos recursos e das formas de organização social e cultural vigentes em suas áreas de aplicação, redefinindo o papel e o cenário dos serviços (...) a atenção odontológica voltada exclusivamente a escolares, desvinculada do sistema de saúde e descompromissada com a realidade sócio/política do usuário, independentemente do método e local utilizados para sua execução, parece estar prestes a esgotar-se."

MOYSÉS⁶⁶ (1991), participando de um "Painel de Experiências" no Oitavo ENATESPO afirmou que,

"a crítica que nós fazemos hoje não nega o valor histórico que teve o sistema incremental como instituição de práticas públicas de odontologia no país. E nós não podemos ser ingênuos de negar o valor específico que teve a introdução do sistema incremental no país. Acho que foi um polo de abertura que era definido naquele momento pela acumulação de saberes disponíveis. Então era realmente aquilo que nós

poderíamos fazer no momento. Nós não tínhamos acumulações necessárias sejam de ordem técnica, política, programática, institucional para queimar etapas e dar um salto de qualidade. Acho que o processo avança assim mesmo: com acumulações quantitativas que vão gerar saltos qualitativos."

6.2.2. Odontologia Preventiva

As questões e desafios colocados pelo setor saúde brasileiro ao longo do tempo jamais despertaram o interesse do conjunto dos profissionais identificados com as propostas da odontologia preventiva, apesar do claro envolvimento e participação de algumas lideranças^{5, 28, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 81}. A maioria desses dentistas interessaram-se apenas secundariamente por esse conjunto de questões decisivas em se tratando de viabilizar propostas contra-hegemônicas de prática odontológica. O eixo das propostas, seguindo o receituário neoliberal, sempre foi marcadamente clínico e centrado no consultório particular. É significativo que sua proposta de maior repercussão, o Programa Odontológico Escolar de Saúde (PROESA)⁸¹, desenvolvido primeiramente em Porto Alegre, tenha sido reduzido por muitos adeptos da odontologia preventiva a um tipo de "programa de saúde" compreendido como um conjunto de ações de promoção e proteção específica, segundo a lógica de

Leavell & Clark, tidas como sendo bastantes por si mesmas para resolver os problemas, não implicando portanto qualquer articulação intersetorial ou com outras ações no interior do próprio setor saúde. Tais ações, tidas como de 'prevenção primária' na concepção de Leavell & Clark, vêm sendo planejadas e executadas em "réplicas" (caricaturas...) do PROESA, como se programas de saúde não fossem construções históricas, impossíveis portanto de replicação, por qualquer sujeito, em quaisquer tempo e lugar. Por causa dessa visão, de programa de saúde como algo replicável, o PROESA, independente da vontade dos que o desenvolveram em Porto Alegre, foi "reproduzido" em vários lugares, chegando a produzir, no limite, a desativação de serviços odontológicos que significavam a única possibilidade de pronto-atendimento em regiões de difícil acesso a cuidados elementares. Em Maués, por exemplo, no interior do Amazonas, conforme referido no 9º ENATESPO⁴⁶, a possibilidade de assistência a casos de dor e infecção foi suprimida em nome da prevenção, argumentando-se que seria "perder tempo com ações curativas sem utilidade para controlar a doença". É como se o que as pessoas demandam concretamente não importasse, pouco significando suas dores, seus desejos, sua expectativa. Insensível e cruel, essa face das proposições da odontologia preventiva revela que também a odontologia preventiva é frágil frente à tentação racionalista, expondo sua dimensão potencialmente tecnocrática e autoritária.

Em "Odontologia Preventiva en Acción", KATZ⁵⁷ e colaboradores (1975: 28-9) esclarecem a concepção de "programa" com a qual opera o movimento de odontologia preventiva:

"Un programa de odontología preventiva: En la práctica diaria de la odontología los objetivos enunciados precedentemente pueden ser alcanzados sólo por medio de un programa clínico cuidadosamente planeado y adaptado a las necesidades y características de cada paciente. En términos generales dicho programa puede ser dividido en dos partes: la primera de éstas es ejecutada en el consultorio por parte del dentista y su personal; la segunda debe ser llevada a la práctica por el paciente, en su casa, siguiendo por supuesto las directivas del odontólogo. Un programa típico de consultorio comprende una serie de pasos que serán descritos en detalle más adelante y que, y esto es importante, deben ejecutar-se en una secuencia adaptada a las necesidades del paciente en tratamiento y no imprescindiblemente en el orden en que son presentados en esta obra. Dichos pasos son: 1. Introducción del paciente a los principios, objetivos y RESPONSABILIDADES [grifos no original] de la odontología preventiva. 2. Diagnóstico: a. Clínico; b. Radiográfico; c. Etiológico: Pruebas etiológicas (o de suscetibilidad); Evaluación de la dieta y análisis de la nutrición; Evaluación de la placa dental; Otros

métodos. 3. Plan del tratamiento. 4. Presentación al paciente del diagnóstico y plan de tratamiento: Presentación del diagnóstico y tratamiento planeado; Introducción del programa preventivo adaptado a cada paciente en particular; Motivación; Iniciación de la instrucción en prácticas preventivas; Honorarios, convenio financiero, etc. 5. Educación e instrucción del paciente: a. Control de placa e higiene dental; b. Control de la dieta y recomendaciones sobre nutrición; c. Otros aspectos relativos al paciente individual. 6. Tratamiento: a. Restaurativo; b. Preventivo: Limpieza y raspado; Fluoruros; Selladores oclusales; Equilibramiento de la oclusión, etc. 7. Control posterior del paciente (follow-up). Un programa preventivo domiciliario incluye generalmente lo siguiente: a. Uso de un dentífrico preventivo aprobado por los organismos adecuados (sociedades odontológicas) en un programa apropiado de higiene bucal y control de placa. b. Control médico de las condiciones sistémicas que puedan dañar las estructuras bucales y, en general, control de la salud total. c. Control de la dieta, particularmente en lo referente a evitar la ingestión de alimentos entre las comidas. d. Respetar el programa de visitas al dentista."

Essa concepção de "programa" não tem rigorosamente nada a ver com "programa de saúde", tal como proposta atualmente no

âmbito da saúde pública/coletiva. Na verdade a noção de "programa" com a qual trabalha a odontologia preventiva, centrada na produção-consumo em âmbito privado de cuidados odontológicos individuais, não passa de uma espécie de "roteiro terapêutico". Assim, o consumidor é sempre considerado individualizadamente, esgotando-se portanto em cada pessoa, e o produtor, sempre um dentista e/ou seus auxiliares.

CORDÓN & GARRAFA³² (1991: 10-6) vêem nisso o "preventivismo". Segundo esses pesquisadores,

"O 'marketing' e a mídia influenciaram decisivamente neste momento colocando em 'moda' o enfoque individual da prevenção em saúde bucal, em detrimento das abordagens e benefícios coletivos que deveriam estar sustentados nos princípios fundamentais e democráticos do SUS e da Reforma Sanitária. A causa primordial do surgimento do preventivismo está na necessidade de negar, de esconder, a discussão de uma substancial crítica ao 'que-fazer' da odontologia, postulando aplicar, com ou sem estudo e adaptação, as medidas preventivas experimentadas ou não em outros contextos, com diferente situação econômica, social e cultural. Foi lançado no mercado, um arsenal de novidades preventivas de uso individual como verdadeira solução mágica, criando-se um discurso preventivista dependente do que vem do exterior, apoiado e divulgado pelo mercado

odontológico (especialmente em congressos, reuniões e outros) e pelas principais revistas odontológicas nacionais. Nasceram, assim, o mercado e o lucro a partir da prevenção: e a isso chama-se preventivismo (...) uma forma simplista e mascarada de abordar o problema da saúde bucal [cujo discurso é] oportunista, pois além de não existir por trás desta atitude um verdadeiro compromisso político-ideológico-conceitual, não está baseado em uma prática histórica e numa coerência anterior por parte dos seus apressados defensores de última hora: os 'velhos feiticeiros' apenas introduzem novos ritos. Desta forma, o 'apropriado' em prevenção, em muito continua sendo produzido e entregue aos países da América Latina pelas mesmas nações que impuseram a sofisticação e a mercantilização da prática odontológica, sendo apropriado, portanto, aos interesses econômicos dos centros hegemônicos do poder e não para os países periféricos que consomem acriticamente estes produtos. Esta poderosa influência chega também aos órgãos públicos que em diferentes momentos adotaram o bochecho com flúor, ou o selante, ou o flúor-gel com moldeiras, ou a escovação com creme dental e outras medidas, sem discutí-las convenientemente, impondo programas verticais, sem continuidade e com enormes e irresponsáveis gastos públicos, sem impacto social visível ou previsível (...) o preventivismo não trouxe

em suas águas nenhum impacto social, nenhuma solução salvadora. Pelo contrário, o resultado da prática do uso abusivo e indiscriminado de medidas preventivas de forma acrítica, sem adaptação ao contexto brasileiro, sem continuidade, de forma extensiva e sem discussão pela sociedade civil, chega a ser iatrogênico: iatrogênico individualmente, por muitas ações indevidas e iatrogênico coletivamente por omissão à ampliação de ações adequadas à toda população. Em outras palavras, a prática do preventivismo tem sido alienada e alienante, de nulo impacto social e uma forma a mais de exploração da maioria da sociedade em favor do desejo de lucro de uns poucos, porque, em última instância, são os trabalhadores que vão sustentar, com seu trabalho e seus já miseráveis salários, tais programas. Na medida em que o preventivismo virou 'moda' surgiram os oportunistas da prevenção (...) pessoas e grupos de pessoas ligadas direta ou indiretamente ao aparato mercadológico lucrativo, tentam reduzir a prevenção - que significa uma verdadeira filosofia de ação e trabalho odontológico - a um simples ato técnico. Vulgarizando-se em ato técnico, a prevenção torna-se mercadoria e, portanto, dependente do processo de compra e venda, acessível, mais uma vez, a menos de 10% da população brasileira e inacessível à esmagadora maioria dos trabalhadores e suas famílias."

Assim, as propostas de prática odontológica elaboradas pela odontologia preventiva, ainda que incorporem avanços significativos no plano biológico, têm se revelado impotentes para quebrar a hegemonia da odontologia de mercado.

BERCHT⁶ (1992: 49) também argumenta nesse sentido:

"O preventivismo, então, se constitui no ato odontológico tecnificado, voltado à prevenção e colocado no mercado de consumo enquanto produto da área da saúde. Por isso, o preventivismo é uma **consequência** [grifos no original] do modelo odontológico hegemônico (...) [o qual] engendra, por suas características, por suas bases filosóficas, por seus conceitos e articulações, a impossibilidade do prevenir [entendido] como movimento humanizador - dasalienante e resgatador da dignidade do viver -, como um movimento **transformador** [grifos no original], capaz de gerar mudanças no estado sanitário, na conjuntura sanitária da população como um todo, e portanto, eticamente comprometido com a busca de soluções **transformadoras** [grifos no original] no campo da saúde. Não se pode esperar que **tudo isso** [grifos no original] derive do modelo odontológico hegemônico porque **tudo isso** não é

da lógica do modelo, não faz parte da forma como ele trança e articula suas teorias sobre a doença e a saúde, nem seu que fazer em relação a ambas, nem o modo como estrutura todo esse conjunto com o resto da estrutura social."

Sobre a odontologia preventiva pode-se afirmar, em resumo, que os avanços observados nos anos 80 nãoa fizeram constituir-se em prática efetivamente contra-hegemônica. É notório que, ressaltados um ou outro excesso, seus críticos têm razão quando apontam os descaminhos da mercantilização que parecem marcar-lhe as ações no presente.

6.2.3. Odontologia Simplificada/Comunitária/Integral

A impotência transformadora da odontologia sanitária/social deu lugar às proposições reformistas da odontologia simplificada/comunitária/integral.

Para ZANETTI⁹³ (1992: 5),

"Nos caminhos da Reforma Sanitária brasileira, desde as primeiras experiências locais e regionais implementadas com vistas ao desenvolvimento de modelos gerenciais mais racionais e de maior acesso, as ações e serviços de proteção sanitário-bucal estiveram razoavelmente presentes. Ao longo da década de 70 e início dos anos

80 as experiências racionalizadoras iluminadas pelas propostas sistematizadas e apresentadas em Alma-Ata conseguiram equacionar parte dos problemas tecnológicos inerentes às práticas odontológicas. Sob o paradigma da 'Odontologia Integral', materiais, equipamentos, técnicas e recursos humanos foram apropriados. Com as metas de prevenção, simplificação e desmonopolização, as experimentações conseguiram comprovar a possibilidade técnica de incorporar as medidas odontológicas ao conjunto das práticas de alcance coletivo e de efetividade sanitária. Contudo, os novos saberes não tiveram forças para alavancar a oferta de ações e serviços sanitário-bucais no interior das medidas reformadoras. Os seus porta-vozes, radicados no universo de alianças governamentais e de representação da corporação odontológica, não conseguiram construir uma 'vontade política' orientada para a operacionalização de mecanismos de bem-estar social capazes de conferir relevância pública às questões de saúde bucal (...)"

Na prática, as proposições da odontologia simplificada/comunitária/integral não conseguiram mais do que reproduzir as vicissitudes e impasses da odontologia sanitária/social. São uma espécie de odontologia sanitária clássica "requentada", ainda que apresentem progressos marcantes no que diz respeito aos equipamentos, recursos

humanos e afirmação da necessidade de "participação popular". De resto, revelaram-se tão impotentes quanto a odontologia sanitária/social para romper com a odontologia de mercado e seu modelo de prática. Opondo-se ao que denominou **odontologia científica** ou **flexneriana**, a odontologia simplificada/comunitária/integral evitou o confronto direto com a **odontologia de mercado** e o projeto de sociedade que lhe é subjacente. Não questionando radicalmente a manifestação do projeto neoliberal no campo odontológico, ateu-se a aspectos (equipamentos e tecnologias, por exemplo) importantes do ponto de vista da **assistência** mas secundários se considerados a partir da ótica da **atenção à saúde bucal**. Contudo, ainda que não tenha sido possível fazer uma clara oposição à odontologia de mercado, a partir das proposições da odontologia simplificada/comunitária/integral, a prática de inúmeros profissionais a partir desse referencial teve esse sentido.

6.2.4. A Saúde Bucal Coletiva

As proposições de prática odontológica da saúde bucal coletiva opõem-se frontalmente à hegemonia da odontologia de mercado. Isto não significa, segundo nossa compreensão, oposição a consultórios ou clínicas particulares mas à mercantilização da saúde e ao fato de que, em seu conjunto, predominem e imponham sua lógica na organização da

assistência odontológica e do sistema de atenção à saúde bucal.

Reconhecendo que "odontologia" e "saúde bucal" são significantes distintos, o movimento da saúde bucal coletiva toma a **saúde bucal** como determinante para a implantação e desenvolvimento de práticas de saúde capazes de operar a ruptura com o modelo hegemônico de prática odontológica. Considera portanto que tal possibilidade não existe a partir do referencial de **odontologia**, sendo insuficiente qualquer adjetivação desse substantivo com essa pretensão.

Criticando a abordagem da saúde-doença classicamente feita na prática odontológica e suas implicações tecnológicas, BOTAZZO¹¹ (1989: 21), afirma:

"Enquanto projeto histórico, o objeto de trabalho da saúde 'bucal' coletiva não é o mesmo que o objeto da prática odontológica - fazendo aqui uma analogia com a questão do objeto do trabalho médico - nem são ambas práticas sustentadas pela mesma ciência. Dito de outra maneira, pode-se afirmar que o objeto explícito do trabalho odontológico é a boca (corpo biológico) para o qual organiza tecnologias que visam restabelecer o equilíbrio funcional do indivíduo, enquanto a saúde 'bucal' coletiva deve direcionar-se para o social como o lugar de produção das doenças bucais e aí organizar tecnologias que visem não a 'cura' do paciente -

naquela relação individual-biológica já referida - mas sim a diminuição e o controle sobre os processos mórbidos tomados em sua dimensão coletiva. Nesta dimensão o conceito de tratamento completado (TC) precisa ser repensado. Se o TC for entendido como alta, como a cura do paciente, a 'zeragem' das necessidades acumuladas, deve então ser reformulado. Não faz sentido 'curar' um paciente hoje, o qual demandará curas infinitas, se entendermos que o risco de adoecer é social e não biológico. Esta é a direção que as tecnologias em saúde bucal devem tomar e neste sentido quanto menos odontológicos forem seus conteúdos mais consequentes elas serão. A saúde 'bucal' coletiva, entretanto, não nega a especificidade da Odontologia como prática de saúde. Está sendo considerado que, ao abrir-se para outros saberes e incorporar outras práticas à sua - e simultaneamente sendo incorporada por outras práticas - a prática odontológica deixará de ser o campo restrito e exclusivo de intervenção do cirurgião-dentista (...)"

GARRAFA⁵² (1983: 134-5) diz que,

"... a odontologia terá de sair de sua passividade para ir ao encontro das necessidades populacionais, através de programas governamentais, atenção a funcionários de indústrias, etc. E o novo profissional deverá estar capacitado a oferecer serviços de forma ativa, dinâmica

e em equipe [grifos no original]. Este oferecimento de trabalho, implicará numa melhor formação no sentido de organização e implementação de serviços, tarefas estas que estão diretamente relacionadas com a transferência de certos conhecimentos e técnicas a recursos humanos auxiliares. Portanto, o novo dentista deverá assumir a posição de comando que lhe compete no seu setor (além de estar apto a integrar 'equipes de saúde'), com o objetivo de conseguir uma maior cobertura odontológica às pessoas através da racionalização de tarefas, manobras, técnicas. Desta forma, o trabalho odontológico, além de mais rendoso quantitativamente (e equilibrado qualitativamente), seria economicamente mais acessível à população. Nesta linha de idéias, a odontologia poderia ter sua atenção ampliada de forma clínica menos radical, para pelo menos os setores intermediários da pirâmide populacional. Traduzindo: deixaria de prestar somente serviços mutiladores a estas pessoas, passando a se preocupar com atividades curativas e preventivas, com custos semelhantes. No momento, os centros mais evoluídos internacionalmente no setor saúde já não mais aceitam a dicotomização entre a saúde e a doença, uma vez que estes dois aspectos fazem parte de um mesmo processo dinâmico e inter-relacionado. A odontologia brasileira, no entanto, continua, como há várias décadas passadas, enfocando os problemas odontológicos como simples

lesões isoladas e desvinculadas do complexo causal que as ocasiona (a tríade: agentes causadores + fatores do hospedeiro humano + fatores do meio ambiente onde vivem o hospedeiro e os agentes). Sabe-se que as lesões [grifos no original] constituem única e tão-somente as manifestações clínicas das doenças. O que deve ser tratado e controlado, é a doença e não sua consequência - a lesão. A visualização das cáries dentárias e dos problemas de gengivas (periodontopatias), por exemplo, tem sido até hoje absolutamente estática e dirigida às lesões, e jamais às doenças como um todo, na sua complexidade clínica e causal. Mais além ainda do que o avanço que significa o 'tratar doenças em odontologia' (comparativamente com o paradigma de 'tratar lesões'), estaria o ideal de proporcionar saúde bucal ao indivíduo - isolado ou coletivamente considerado."

Assim, pretendendo romper com todas as odontologias adjetivadas, a saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade.

7.

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**

Ao final deste estudo, não se pode deixar de assinalar as insuficiências que caracterizam vários dos assuntos aqui abordados. Os capítulos que tratam dos aspectos relativos à epidemiologia e aos recursos movimentados, por exemplo, são apenas primeiras aproximações teóricas à realidade. Exigem que outros pesquisadores os tomem como objetos de novos estudos. As dificuldades encontradas na pesquisa bibliográfico-documental apenas evidenciam a necessidade de maior produção científica nessas áreas, não apenas quantitativa mas sobretudo qualitativamente, ou seja, uma produção mais crítica e globalizante.

Também as articulações das várias 'odontologias' com os principais projetos de sociedade que disputam hegemonia na sociedade brasileira e suas relações com a crise ético-filosófica experimentada pela humanidade neste final de milênio podem e devem ser aprofundadas. Seria recompensador se certas aproximações feitas neste estudo, onde procuramos apontar ou insinuar algumas dessas articulações e relações, pudessem servir de estímulo a que outros pesquisadores as aprofundassem.

Parece-nos lícito enfim, reafirmar nestas considerações finais, que o que temos predominantemente no Brasil, determinando as características essenciais do modelo de prática hegemônico, é uma odontologia de mercado, sob influência político-ideológica do projeto de sociedade

neoliberal. Seus resultados epidemiológicos aparecem sistematizados no capítulo 3. Sua expressão mais moderna, coerente com o projeto de sociedade capitalista neoliberal, de onde emerge, é a auto-denominada odontologia empresarial.

As várias adjetivações da odontologia expressam propostas cujas práticas evidenciam a incapacidade de todas em realizar a ruptura com a odontologia de mercado.

A odontologia sanitária ou social, a odontologia preventiva e algumas concepções de odontologia integral (odontologia sistêmica, por exemplo) revelam, de um lado, nítida opção pela coexistência subalternizada com a odontologia de mercado.

Observa-se, de outro lado, na odontologia simplificada ou comunitária, em algumas concepções de odontologia integral e na saúde bucal coletiva, uma clara perspectiva de rompimento da hegemonia da odontologia de mercado. Nesse sentido, cabe destacar a notória radicalidade da saúde bucal coletiva e sua explícita vinculação a projetos de sociedade opostos aos projetos neoliberais. Também chama atenção, no discurso da saúde bucal coletiva, a defesa de uma odontologia sem adjetivos que, pelo conteúdo de sua prática, afirme relações sociais democráticas. Vale lembrar todavia que falar em relações sociais democráticas, em especial no contexto latinoamericano, é falar num enorme desafio. De qualquer modo, que o leitor não se perca com os muitos sentidos da

palavra **democracia**. Como se sabe à exaustão nesta parte do mundo, **democracia** tem muito pouco a ver com capitalismo e neoliberalismo.

Assim, pode-se afirmar que o papel a ser desempenhado no futuro pelas propostas cujo passado foram objeto do presente estudo, articula-se e está portanto intimamente ligado às soluções que o conjunto da sociedade brasileira der aos diferentes projetos de sociedade que, no presente, disputam a hegemonia política e ideológica em nosso país.

8.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

1. AROUCA, A.S.S. A história natural das doenças. **Saúde em Debate**, 1: 15-9, 1976.
2. "Boca influi na saúde, diz biocibernética". **Folha de S.Paulo**, 3 set. 1990, p.C-8.
3. "Bochechos em profusão". **Exame**, 7 mar. 1990.
4. "Brinde esperto para crianças". **Istoé/Senhor**, nº 1150, 9 out. 1991, p.50.
5. BELLINI, H.T. **Ensaio sobre programas de saúde bucal**. Biblioteca Científica da ABOPREV - Fascículo 3, Sl., ABOPREV, 1991.
6. BERCHT, S.M.B. O preventivismo e o câncer de boca: o imobilismo que mata. **Saúde em Debate**, 37: 48-50, 1992.
7. BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1988. 150p.
8. BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Physis**, 1 (1): 7-11, 1991.
9. BORDENAVE, J.E.D. **O que é comunicação**. 10^a ed. São Paulo, Brasiliense, 1987. 105p.
10. BOTAZZO, C. & TOMITA, N.E. Contribuição para a constituição de um Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Bucal Coletiva, em Bauru-SP. **Odontologia Capixaba**, 18 (19): 22-4, 1990.

11. BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde.** São Paulo, mimeo, 1989. 24p.
12. _____ **Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção.** São Paulo, mimeo, 1992. 12p.
13. BOTAZZO, C.; NARVAI, P.C.; MANFREDINI, M.A. & FRAZÃO, P. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo, mimeo, 1988.
14. BRAGA, O. et alii. **Dominação e saúde: o saber popular em saúde oral.** Belo Horizonte, Arte Livre, 1983. 48p.
15. BRASIL. Constituição 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil.** Brasília, Senado Federal, 1988. p.133-4: Seção II. Da Saúde.
16. BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Fundação de Assistência ao Estudante, Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Sistema incremental de atenção odontológica para escolares.** Brasília, FAE-DNSB, sd. (Série: Educação em saúde, Odontologia II).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia. FORTUNA, A.A. (org.) **Integração da odontologia na meta saúde.** Sl., Departamento de Imprensa Nacional, 1967.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Perfil da odontologia brasileira**. DNSB - Doc.Téc. 01/88. Brasília, mimeo, 1988. 23p.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, CD-MS, 1988. 137p.
20. CAMPOS, G.W.S. **Os médicos e a política de saúde**. São Paulo, Hucitec, 1988. 214p.
21. _____ **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992. 220p.
22. CARNELÓN, J.S. **Hacia una historia social de la odontologia latinoamericana**. In: REPÚBLICA DOMINICANA. SESPAS. **Hacia una odontología alternativa**. Puerto Plata, SESPAS/PNUD/OPS/OMS, 1981.
23. CAUDURO NETO, R. **Apenas 58 mil CD's pagam IR**. **Odontonotícias**, 52, 1992, p.11.
24. CHAVES, M.M. **Manual de odontologia sanitária**. Tomo I. São Paulo, Massao Ohno Ed., 1960. 391p.

25. _____ La enseñanza de los aspectos preventivos, sanitarios y sociales de la odontología en los cursos de formación profesional. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Segundo Seminario Latinoamericano sobre la Enseñanza de la Odontología.** Washington, D.C., Publicaciones Científicas n° 121, Octubre de 1965.
26. _____ **Odontología sanitaria.** Washington D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1962. Publ.Cient. n° 63.
27. _____ **Odontologia social.** 2ª ed. São Paulo, Ed.Santos, 1977. 448p.
28. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1ª, Brasília, DF, 1986. **Relatório Final.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
29. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7ª, Brasília, DF, 1980. **Anais.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280p.
30. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL, 1a, São Paulo, 1986. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório Final.** São Paulo, mimeo, 1986.

31. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 1º, Rio de Janeiro, 1986. **Anais**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1986.
32. CORDÓN, J.A. & GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. **Divulg.Saúde para Debate**, 6: 10-16, 1991.
33. CORDON, J.A. Analisis historico de la odontologia en America Latina. In: REPÚBLICA DOMINICANA. SESPAS. **Hacia una odontologia alternativa**. Puerto Plata, SESPAS/PNUD/OPS/OMS, 1981. p19.
34. CORREA, A.P. Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiários. Porto Alegre, 1985. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
35. "Dentes afiados". **IstoÉ/Senhor**, nº 993, 28 set. 1988, p.95.
36. "Don't drink the water?" **Newsweek**, 5 Feb. 1990, p.46-7.
37. DINIZ, J. Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico. Salvador, 1987. [Tese de Doutorado - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia].

38. DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Educação e Cultura. Fundação Educacional. **Programa Integrado de Saúde Escolar - PISE**. Brasília, GDF/SEC, 1983. 70p.
39. DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**. São Paulo, Pioneira, 1975. 174p.
40. ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO (ENATESPO), 1º, Goiânia, GO, 1984. **Proposta de política odontológica nacional para um Governo Democrático**. Goiânia, mimeo, 1984.
41. ENATESPO, 4º, Uberaba, MG, 1987. **Relatório final**. Uberaba, mimeo, 1987.
42. ENATESPO, 5º, Recife, PE, 1988. **Relatório final**. Recife, mimeo, 1988.
43. ENATESPO, 6º, Goiânia, GO, 1989. **Documento final**. Goiânia, mimeo, 1989.
44. ENATESPO, 7º, Porto Alegre, RS, 1990. **Documento final**. Porto Alegre, mimeo, 1990.
45. ENATESPO, 8º, São Paulo, SP, 1991. **Documento final**. São Paulo, mimeo, 1991.
46. ENATESPO, 9º, Manaus, AM, 1992. **"Promoção de saúde bucal ações desenvolvidas com escolares"**. (Painel). Manaus, 22 set. 1992.

47. "Fio dental". *Odontonotícias*, nº 44, mar/maio 1988, p.4.
48. FERNANDES, F. *O que é revolução*. 6ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1984. 121p.
49. FRANKEL, J.M. & CHAVES, M. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. *Rev.SESP*, 5 (2): 469-84, 1952.
50. FREIRE, P.S. Planning and conduction an incremental dental program. *J.Amer.Dent.Ass.*, 68: 199-205, 1964.
51. FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. *Normas técnicas de odontologia sanitária*. Rio de Janeiro, FSESP, 1963. 61p.
52. GARRAFA, V. *Contra o monopólio da saúde*. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. 143p.
53. _____. *Odontologia comunitária e realidade brasileira*. *Jornal da APCD*, 329, Ago. 1984. p.7.
54. GEVAERD, S. & GUSSO, D. *Atenção odontológica para escolares no Brasil: demandas sociais, políticas públicas e desafios*. Relatório de consultoria para a Divisão Nacional de Saúde Bucal/Ministério da Saúde. Brasília, mimeo, 1990. 47p.

55. GONÇALVES, M.R.R. **Alterações sistêmicas resultantes de disfunções buco-maxilo-faciais**. Curitiba, mimeo, 1986.
56. INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Programa de reorientação da assistência odontológica**. Rio de Janeiro, MPAS/CCS, 1983. 50p.
57. KATZ, S. **Odontología preventiva en acción**. Buenos Aires, Panamericana, 1975. 451p.
58. KEYS, P.H. **Desarrollo histórico de la prevención en odontologia**. In: HERRERA, B.G. et alii. **Prevención integral en odontologia: transcripciones del Segundo Curso Internacional de CERON**. Caracas, CERON, 1981. 170p.
59. LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 1976. 744p.
60. MANFREDINI, M.A. **"Planejamento estratégico em saúde bucal"**. (Painel). Congresso da Federação Interestadual dos Odontologistas, 2º, Natal, 1992. Natal, 27 ago. 1992.
61. MARCOS, B. **Pontos de epidemiologia**. Belo Horizonte, ABO-MG, 1984. p.355-6. 390p.

62. MARTIN, R.E. Teaching preventive dentistry.
Jour.Dent.Educ, 22: 68-71, 1958. Apud: CHAVES, M.M. La
enseñanza de los aspectos preventivos, sanitarios y
sociales de la odontologia en los cursos de formacion
profesional. Boletín de la Ofic.San.Panamericana, 48
(3): 187-205, 1960.
63. MENDES, E.V. & MARCOS, B. Odontologia integral: bases
teóricas e suas implicações no ensino e na pesquisa
odontológicas. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.
66p.
64. MENDES, E.V. A evolução histórica da prática médica;
suas implicações no ensino, na pesquisa e na
tecnologia médicas. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP,
1984. 124p.
65. MOVIMENTO BRASILEIRO DE RENOVAÇÃO ODONTOLÓGICA. "Hora de
mobilização". Boletim MBRO, nov/dez. 1989.
66. MOYSÉS, S. "Saúde bucal em Curitiba". (Painel de
Experiências). Encontro Nacional de Administradores e
Técnicos do Serviço Público Odontológico, 8º, São
Paulo, 1991. São Paulo, 23 set. 1991.

67. MUHLER, J.C. A symposium on preventive dentistry.
St.Louis, Mosby, 1956. Apud: CHAVES, M.M. La enseñanza de los aspectos preventivos, sanitarios y sociales de la odontología en los cursos de formación profesional. Boletín de la Ofic.San.Panamericana, 48 (3): 187-205, 1960.
68. NARVAI, P.C. Odontologia comunitária. Boletim APCD Regional São Bernardo do Campo, 3, out. 1984. p.2.
69. _____ Saúde bucal e cidadania. [Apresentado à I Conferência Estadual de Saúde, São Paulo 1991].
70. _____ Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo, mimeo, 1992. 21p.
71. NUNES, E.D. Ciências sociais e saúde: revisão histórica e levantamento atual. In: SPÍNOLA, A.W. et alii. Pesquisa social em saúde. São Paulo, Cortez, 1991. p.25-44.
72. "O fenômeno das pastas no Brasil". Odontonotícias, 26 (52), abr/maio, 1992. p.4
73. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Dental public health report in Latin America (Summary report). Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1956.

74. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Seminarios latinoamericanos sobre la enseñanza de la odontologia.** Washington, DC, OPS-OMS, 1965. Publicaciones científicas, nº 121. 390p.
75. PAIM, J.S. Medicina comunitária: introdução a uma análise crítica. **Saúde em Debate**, 1: 9-12, out/dez. 1976.
76. PEREIRA, O. **O que é teoria.** 5ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1986. 92p.
77. PINTO, V. G. Características do sub-sistema público federal de serviços em odontologia. São Paulo, 1977. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. 192p.
78. _____ **Saúde bucal: panorama internacional.** Brasília, Ministério da Saúde, 1990. 257p.
79. _____ **Saúde bucal: odontologia social e preventiva.** 1ª ed. São Paulo, Ed.Santos, 1989. 415p.
80. _____ **A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil.** Brasília, 1992. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]. 217p.

81. PORTO ALEGRE (Município). Secretaria de Saúde e Serviço Social. Divisão de Saúde Pública. Núcleo de Odontologia Sanitária. **PROESA: Programa Odontológico Escolar de Saúde - Documento nº 2**. Porto Alegre, mimeo, 1988.
82. REDE CEDROS. GT Saúde Bucal em SILOS. O que fazer nos municípios? **Cadernos de Saúde Bucal, 1**. Rio de Janeiro, CEDROS, 1992. 19p.
83. RIO GRANDE DO NORTE (Estado). Secretaria da Saúde Pública. **Projeto de odontologia comunitária: "Circo da saúde"**. Natal, SSP/RN, 1985. 16p.
84. SANTOS, L.E. et alii. **O discurso popular em odontologia**. Belo Horizonte, s.ed., 1981. 64p.
85. SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Educação. Departamento de Assistência ao Escolar. Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Odontológica. **Normas e instruções**. 2ª ed. São Paulo, SE/DAE, 1986. 70p.
86. SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre, L&PM, 1987. 111p.
87. SILVA, G.R. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev.Hosp.Clín.Fac.Med. S.Paulo**, 28: 91-96, 1973.

88. TABACOF, G. Relação dentista/habitante no Brasil. CFO Informa, 1 (2), ago/out. 1992. p.10.
89. TESTA, M. "Planejamento estratégico em saúde". (Conferência). Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 26 maio 1992.
90. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Área Temática Odontologia Preventiva e Saúde Pública. Aos participantes da I ANEO. São Paulo, mimeo, 1992.
91. VIEGAS, A.R. Manual de odontologia sanitária. Tomo III. São Paulo, Massao Ohno Ed., 1961. 409p.
92. WATERMANN, G.E. The Richmond-Woonsocket studies on dental services for children. J.Amer.Dent.Ass., 52: 676-84, 1956.
93. ZANETTI, C.H.G. Saúde bucal: um desafio à democratização do setor e ao bem-estar social. Viçosa, mimeo, 1992. 18p.