

Modelos municipais em saúde bucal: tendências atuais

Models for oral health care delivery at local level: current trends

Petrônio José de Lima Martelli¹
José Luiz do Amaral Correia de Araújo
Júnior²
Fernando Castim Pimentel³

1 – Doutorando em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ.

2 – Doutor em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ.

3 – Mestrando em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ.

RESUMO

Historicamente, a oferta de serviços assistenciais em saúde bucal na esfera pública foi influenciada por um modelo de organização privatista. Neste novo século, com a consolidação do Sistema Único de Saúde e seus princípios e a definição de uma Política Nacional de Saúde Bucal, espera-se uma reversão no nível municipal desta tendência histórica. Este artigo busca observar se na literatura acadêmica aparecem relatos de modelos municipais de saúde bucal e com qual abordagem. Utilizará como referencial teórico para análise, os conceitos de modelo assistencial, modelo de atenção e modelo técnico-assistencial. Observou-se coerência dos modelos municipais estudados com os princípios do Sistema Único de Saúde. Apesar do consenso entre os defensores de modelo assistencial, técnico assistencial e de atenção quanto à importância da influência de fatores externos ao setor saúde na conformação de modelos municipais, somente 3 artigos exploram tal análise. Outros 18 artigos primam mais o enfoque da assistência e, dentre estes, majoritariamente em 8 artigos, a saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família. Conclui-se que os 21 artigos encontrados nos diferentes periódicos no período 2000 a 2009 são poucos, o que reflete a falta de espaço para publicação de temas concernentes aos serviços, bem como do descompasso entre produção acadêmica e análise de modelos municipais em saúde bucal.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Assistência à Saúde; Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Odontologia em Saúde Pública.

ABSTRACT

The oral health care services in the public sector traditionally have been influenced by private practices. Nevertheless, in Brazil, with the consolidation of the Unified Health System and its comprehensive principles, also with the definition of a National Oral Health Policy, there are hopes for a reversion on this historic trend, particularly at local government level. This article aims to search if in the specialized literature there are case descriptions of local models for oral health care delivery and what are their perspectives. It was used as theoretical reference for analysis the concepts of assistance model, model of attention and technical assistance model. It was found coherence between the models observed and the Unified Health System principles. Despite the consensus among those supporting the concepts of assistance model, model of attention and technical assistance model, about the influence of external factor out of the health system in conforming the municipal models, only three articles deeply explored that analysis. Others eighteen articles focused particularly on the issue of service delivery, among these eight did it mostly on the oral health service delivery by the family health strategy. The conclusions are that the twenty one articles found among distinct academic journals, in the period of the year 2000 to 2009, are few, which shows the lack of space for publications related to the services as well as the unbalance between the academic production and the analysis of local government models for oral health services.

Key words: : Health Management; Delivery of Health Care; Oral Health; Dental Health Services; Public Health Dentistry.

INTRODUÇÃO

Esta década do novo milênio está sendo pródiga em iniciativas do Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Bucal na busca de reverter um modelo de assistência pública voltado prioritariamente para uma odontologia de mercado. Estas iniciativas visam à superação de um modelo

assistencial largamente relatado na literatura e conhecido como privatista que, dentre suas características, prima por reproduzir a prática privada na esfera pública, ignorando elementos centrais para esta prática como planejamento, programação, epidemiologia, administração e vigilância à saúde.

Correspondência:
Petrônio José de Lima Martelli
Rua Capitão Benedito de Bragança
466/16 Guabiraba, CEP 52490-300,
Recife-PE, Pernambuco, Brasil. E-mail:
petroniocarla@uol.com.br

A Política Nacional de Saúde Bucal (cujo nome fantasia é Brasil Sorridente) surge no final de 2003, sintonizada com as contribuições das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, com as propostas de Governo que elegeram o Presidente Lula e as contribuições dos encontros técnicos da área, principalmente dos encontros nacionais de administradores, técnicos e especialistas em saúde pública odontológica. Esta Política Nacional de Saúde Bucal é expressa no documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*¹.

Operacionalizando esta política, especificamente para atenção básica, há uma continuidade dos preceitos da portaria 1.444 do Ministério da Saúde, de dezembro de 2000², que regulamentou a saúde bucal no Programa de Saúde da Família, mas estabelecendo uma maior indução financeira para municípios implantarem e manterem a saúde bucal, além de possibilitar a existência de uma equipe de saúde bucal por equipe de saúde da família, visto que anteriormente era uma relação de uma equipe de saúde bucal para duas de saúde da família.

Na atenção secundária criam-se os incentivos para implantação e manutenção dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Para atenção terciária são editadas portarias que ampliam as possibilidades de internação e realização de cirurgias, principalmente para o câncer bucal.

São elaborados manuais, tanto para a atenção básica como para a atenção secundária com normatizações, visando uma melhor incorporação pela esfera municipal das estratégias induzidas pelo Ministério da Saúde.

No tocante à promoção/prevenção, tem sido alocado recursos do Ministério da Saúde e executado pela Fundação Nacional de Saúde visando a expansão da fluoretação d'água de abastecimento público por todo território nacional. Houve edição de manuais incentivando e regulamentando práticas preventivas em ambientes coletivos, além da distribuição de kits de prevenção para famílias inseridas na estratégia de saúde da família.

Objetivando planejar e acompanhar o impacto das ações acima descritas, o Ministério da Saúde realizou um levantamento epidemiológico de dimensão nacional em 2003 e outro está previsto para 2009/2010. Também foram lançados 2 editais de pesquisas, além de 10

observatórios de políticas focados no acompanhamento da evolução do Brasil Sorridente.

Atualmente, há implantadas por todo território nacional quase 20.000 equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família e com tendência à expansão. Na média complexidade já existem 700 Centros de Especialidades Odontológicas incentivados pelo Ministério da Saúde e 326 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, instalados em 303 municípios brasileiros³. Contínua expansão da fluoretação nos municípios também pode ser relatada. O financiamento por parte do Ministério da Saúde para as ações de saúde bucal expande-se ano após ano.

Este artigo busca observar se na literatura acadêmica aparecem relatos de modelos municipais de saúde bucal e com qual abordagem. Utilizará como referencial teórico para análise, os conceitos de modelo assistencial, modelo de atenção e modelo técnico-assistencial.

Para dar conta de tais reflexões será feita uma revisão de literatura buscando apoio nos periódicos: Cadernos de Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva, Physis: Revista de Saúde Coletiva, Revista Baiana de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Saúde e Sociedade e Saúde em Debate, disponibilizados por meio eletrônico no período de 01/01/2000 até 02/06/2009, encontradas no agrupamento saúde coletiva do site domínio público, do portal de acesso livre da CAPES do Ministério da Educação. O critério de seleção do artigo para fazer parte da revisão foi a percepção dos autores de que o mesmo abordava de alguma forma uma experiência municipal de organização da saúde bucal, sendo escolhidos por este critério 21 artigos. Também foi pesquisada a literatura clássica sobre o tema e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura será subdividida para possibilitar maior compreensão em: Modelos assistenciais, tecno-assistenciais ou de atenção, em que procurou-se compreender seus diferentes significados e quais as suas contribuições para o entendimento do que vem sendo implantado nos municípios brasileiros; e Modelos municipais de saúde bucal no novo século, sendo apresentadas diferentes

experiências municipais que buscam viabilizar a implantação deste novo modelo ancorado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e influenciados pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), resguardando-se as peculiaridades locais.

Sobre modelos assistenciais, tecno-assistenciais ou de atenção.

Oportuno se faz discorrer sobre diferentes entendimentos que aparecem na literatura, sobre a forma como um ente federativo, no caso o município, adota para organizar seus serviços de saúde, sejam eles relativos a ações específicas do campo da saúde ou que estão umbilicalmente ligados aos seus processos, mas a transcendem, envolvendo questões sociais como distribuição de renda, condição de habitação, segurança.

Estes entendimentos, longe de serem apenas divergências semânticas, expressam diferentes visões que se aproximam, mas que mantêm suas especificidades, a fim de entender este novo modelo municipal que emerge neste novo século.

Para Paim ⁴, modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independente de sua demanda.

O autor ⁴ complementa dizendo que modelos assistenciais são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais etc).

Exemplificando como se materializa sua concepção de modelo assistencial perante a realidade sanitária nacional, Paim⁴ relata que outros modelos (ou propostas de modelos) podem ser resgatados na literatura em saúde coletiva e todos são, na

verdade, tentativas (algumas bem, outras malsucedidas) de implementar o SUS em nível municipal. A rigor, portanto poderia-se dizer que o modelo é o SUS. As tecnologias que deverão ser desenvolvidas, as formas como a demanda deve ser organizada, as estratégias de inclusão, o incentivo à participação popular, etc. são desdobramentos importantes, e cada nível deve pensar a melhor maneira de colocá-los em prática ⁴.

Já o Ministério da Saúde sugere a definição de modelos assistenciais como o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las ⁵.

Pensador relevante, Campos ⁶ define modelo assistencial como a organização de ações e serviços de saúde, alicerçadas num tripé constituído pela política, por aspectos administrativos e técnicos.

Coerente com as definições acima expressas de modelos assistenciais, Oliveira et al ⁷ refletiram sobre a existência de modelos assistenciais em saúde bucal, considerando que, não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje, por alguns autores, como o modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida.

Mais recentemente, os autores Nickel, Lima e Silva ⁸ fazem uma revisão de literatura sobre os modelos assistenciais existentes e afirmam que as falhas dos modelos analisados são semelhantes quanto à universalidade e integralidade de atenção. Os modelos foram concebidos para atuar em clientela específica e existiram como principal ou única forma de acesso aos serviços odontológicos. E concluem suas considerações sobre modelo assistencial como sendo indispensável para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, a fim de finalmente fazer valer para a população os princípios do SUS.

Oliveira et al ⁷ elaboram um diagnóstico no final do século passado e afirmam que vários municípios têm formulado modelos assistenciais de maneiras as mais diversas. Apesar de ainda não se ter nenhum estudo mais aprofundado sobre as experiências em todo o país, pode-

se dizer que a grande maioria ainda trabalha numa lógica bastante amadorística, o que pode ser justificado pela ainda pouca tradição na estruturação dos sistemas de saúde bucal no Brasil.

De todo modo, algumas experiências municipais se destacaram a partir do início dos anos 90, pelo fato de terem estabelecidos modelos condizentes com os princípios do SUS, como também por terem desenvolvido estruturas programáticas bastante eficientes e terem alcançado resultados significativos na redução das principais doenças bucais em um período razoavelmente curto ⁷.

Os modelos assistenciais em saúde bucal, que ora se estruturam no país, devem começar a trabalhar exatamente a partir deste ponto: um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção. A defesa do SUS como um sistema de saúde para todos os brasileiros é, portanto, a base desta estratégia ⁷.

Malta et al ⁹ recorrem a uma nova definição para discutir a articulação dos saberes e da política na forma de organizar a assistência. Os mesmos assumem que os modelos assistenciais incorporam uma dimensão articulada de saberes e tecnologias de dados grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência. Para esses autores, Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entende-se, deste modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais ⁹.

Os modelos tecno-assistenciais apresentam-se como projetos de grupos sociais, formulados enquanto projetos tecno-assistenciais, para serem implementados enquanto estrutura concreta de produção de parte das ações de saúde, realizando-se de forma *pura* ou incorporando propostas de outros projetos. Esses projetos tecno-assistenciais apóiam-se em conhecimentos e saberes que definem o que é problema de saúde, como devem ser

as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas ⁹.

A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas, que pressupõe a construção de uma visão dos outros modelos, seja para disputa enquanto projeto, seja como estratégia de sua manutenção ⁹.

Malta et al ⁹ fundamentam aqui sua concepção de modelo tecno-assistencial dizendo que, no processo de formulação de propostas de reorientação dos serviços, apresentaram-se alternativas ao modelo hegemônico, pautadas nos princípios do SUS. Com a municipalização surgiram experiências alternativas de construção e operacionalização de políticas de saúde. Cada uma destas experiências reelaborou aspectos do pensamento, do saber e das práticas tradicionais, apoiando-se em doutrinas elaboradas pela saúde coletiva, no corpo programático de entidades como a Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde e mesmo em linhas reformistas do pensamento clínico. A atuação de partidos políticos, movimentos sociais e agrupamentos específicos (como o da reforma psiquiátrica) também contribuíram para construção e experimentação de distintos modelos de atenção. As experiências apresentam semelhanças no sentido de que, os atores principais participam do Movimento da Reforma Sanitária, as propostas surgiram da integração academia-serviço e foram possíveis de implantação em municípios por estarem inseridas dentro de um processo político de quebra da hegemonia local, através de uma articulação partidária no campo democrático popular.

Os autores Carvalho e Cunha ¹⁰ relatam que ao analisar e propor mudanças nos modelos de atenção na saúde tem-se em mente que a compreensão de que estes se constituem como um arranjo que busca fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde; sendo um dos fatores que condicionam a viabilidade do SUS ao lado dos que fazem referência à macropolítica (Estado, Políticas Públicas) e à macroeconomia (financiamento, custos, orçamentos). Dessa forma, modelos se apresentam, por um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas

que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais. De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde.

O conceito de modelo de atenção permite perceber que diferentes composições de recursos produzem resultados diferentes em saúde. Ou seja, dois hospitais ou duas cidades diferentes, com a mesma quantidade de profissionais, de recursos financeiros e de recursos materiais podem produzir resultados absolutamente diversos em saúde dependendo da forma como articulam estes recursos, o modelo de gestão e as matrizes de conhecimentos utilizados. Embora se reconheça que parte das determinações do modelo são estruturais e geralmente sentidas como bastante externas aos sujeitos (como, por exemplo, uma certa cultura, presente tanto nos serviços de saúde como na sociedade, de medicalização da vida produzindo uma tendência de redução dos problemas de saúde e das práticas aos diagnósticos da biomedicina, medicações e exames) acredita-se, amparados em grande quantidade de experiências exitosas no SUS, que é possível para municípios, serviços de saúde e profissionais lidarem com estes determinantes de forma diferente. Discutir elementos que constituem modelos de atenção significa, no nosso entendimento, ampliar o conhecimento sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde ¹⁰.

Também é significativo destacar na produção científica dos autores ¹⁰ que distintos modelos de atenção desenvolvem ações que expressam uma dada construção do que são objetos *saúde e doença* e traduzem, ao mesmo tempo, determinados projetos de políticas, pois as opções por determinadas delimitações dos problemas de saúde e de determinadas estratégias de ação no âmbito institucional são politicamente determinadas. Assim, modelos de atenção resultam, entre outros, da coerência entre as definições sobre o complexo universo das relações causais que conformam certa compreensão do processo saúde-doença, e das respostas tecnológicas daí resultantes. A compreensão que se tem sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde ¹⁰.

Carvalho e Cunha ¹⁰ concluem dizendo que essa noção do sujeito/usuário na saúde condiciona e determina as distintas propostas organizativas para o setor. Por exemplo, se privilegiamos o plano da estrutura biológica, tenderemos a sugerir a organização de modelos de atenção relativos a processos de cura e de reabilitação. Se for priorizado o plano das necessidades sociais e dos interesses institucionais, são ressaltadas ações visando à prevenção, à promoção e à intervenção sobre o processo de deliberação de políticas públicas.

Narvai e Frazão ¹¹ refletem sobre a concepção de modelo de atenção para o campo da saúde bucal e afirmam que desenvolver um conjunto de ações para enfrentar problemas de saúde bucal na dimensão coletiva requer adequado planejamento do que fazer, o que pressupõe delinear um modelo de atenção em saúde bucal. Modelos desta natureza resultam sempre, contudo, do processo histórico no qual estão imersos os diferentes atores sociais, seus respectivos interesses e, portanto, suas contradições e conflitos. Admitindo-se, conforme assinalado inicialmente, que saúde bucal é uma abstração útil, deve-se, desde logo, registrar que qualquer modelo de atenção em saúde bucal é parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde, em sentido lato, que se logre produzir em cada território – tenha esta dimensão nacional, regional ou local. Não é coerente, portanto nesta perspectiva, pensar num modelo de atenção em saúde bucal em separado, desconectado de outras saúdes.

Narvai e Frazão ¹¹ delimitam a concepção de atenção à saúde como o conjunto de atividades intra e extra-setor saúde, o que requer realizar ações concomitantes sobre todos os determinantes do processo saúde-doença.

Esses autores demarcam os significados de atenção e assistência afirmando que são termos aos quais correspondem distintos significados, sendo que, segundo este ponto de vista, a assistência corresponderia ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não ¹¹.

Continuam a delimitar os campos da atenção e da assistência ao relatar que o leitor mais apressado, pode ser levado a pensar que, segundo a concepção apresentada, assistência se oporia a

atenção. Convém esclarecer que não. Não se pode falar em atenção sem que, em algum grau, a dimensão da assistência esteja contemplada. Parece oportuno sublinhar, portanto, que a assistência se refere essencialmente às ações individuais. Mas sistemas de saúde são mais do que, apenas, sistemas de serviços de saúde e devem, necessariamente contemplar, além das ações individuais, também as ações coletivas. Estas impactam grupos de pessoas, consideradas individualmente ou em grupo, ou ainda organizações (pessoas jurídicas, particulares ou estatais), e objetivam produzir determinados efeitos precautórios, preventivos ou de controle sobre a ocorrência de eventos geradores de agravos à saúde, doença ou morte. Os conceitos de grupo e organização são decisivos para a caracterização de uma ação de saúde como uma ação coletiva, pois pressupõem algum tipo de interesse específico compartilhado ou a interação entre os participantes do grupo ou os membros da organização ¹¹.

Tendo delimitado os campos da assistência e da atenção, Narvai e Frazão ¹¹ discutem modelo de atenção e assistência como qualquer ação desenvolvida fora do setor *Saúde* e com algum impacto sobre os níveis de saúde pública, caracterizando o que se denomina de *ações intersectoriais*, situa-se no campo da atenção à saúde e pode ser classificada, dada a sua natureza e significado sanitário, como ação coletiva. Assim, a atenção à saúde (bucal, inclusive) só equivaleria à assistência na situação hipotética (e absurda) de um determinado sistema de saúde não realizar qualquer ação coletiva. Em geral, o que se busca com o desenvolvimento de adequados modelos de atenção à saúde é um equilíbrio entre as ações individuais, típicas do setor *Saúde*, e as ações coletivas, tanto as desenvolvidas intra quanto extra setor *Saúde*. Tais características se aplicam por certo, à área da saúde bucal ¹¹.

Os autores concluem que conceber e implementar modelos de atenção à saúde requer muito mais do que simplesmente (o que não é pouco, convém assinalar), delinear e gerir sistemas assistenciais. Entretanto, dado que muitas ações decisivas para a *atenção à saúde* são decididas e planejadas fora do denominado setor *Saúde*—como, por exemplo, a habitação e a geração de emprego e renda, para não mencionar apenas a educação—, frequentemente aos encarregados do

planejamento e gestão da saúde resta, efetivamente, tomar decisões sobre sistemas assistenciais. Mas, é importante que estes, sem descuidar do modelo assistencial, articulem as ações assistenciais a um conjunto mais amplo de medidas, de modo que os modelos de atenção à saúde sejam a expressão setorial de processos políticos que consigam, efetivamente, produzir socialmente a saúde coletiva. Não reduzindo, portanto, o modelo de atenção ao sistema assistencial. O que fazer e como conseguir isso resulta de complexos processos sociais e políticos. ¹¹.

Entretanto, deve-se assinalar a importância de, ao se analisarem experiências concretas, sempre levar em consideração alguns aspectos fundamentais do sistema assistencial, para se compreender um determinado modelo e sua evolução. Assim, é importante obter dados e analisar, entre outros: o contexto institucional; a estrutura organizacional; a capacidade instalada e a disponibilidade de recursos humanos; as características dos processos de administração, gestão e financiamento; os sistemas de informação e, por certo, as características específicas das ações de saúde bucal, em termos individuais e coletivos, bem como os sistemas de atendimento empregados e as técnicas e ambientes de trabalho adotados ¹¹.

Modelos municipais de saúde bucal no novo século

Atento aos conceitos de modelos, busca-se aqui, em revistas do campo da saúde coletiva, a descrição de modelos municipais públicos ancorados nos princípios e diretrizes do SUS e na PNSB, que buscam reordenar a prática odontológica, superando sua forma tradicional de assistência que historicamente se caracterizou por reproduzir características do mercado.

Interessante se faz destacar nas *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*¹, as características que o Ministério da Saúde elenca para a construção do modelo de saúde bucal nos municípios:

1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de

- serviços e como parte indissociável desta;
3. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência;
 4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento — deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, por meio da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
 5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
 6. Centrar a atuação na vigilância à saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, dos riscos e dos determinantes do processo saúde-doença, da atuação intersetorial e das ações sobre o território;
 7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
 8. Definir uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica e financeira, visando à formação imediata de pessoal auxiliar para possibilitar a implantação das equipes de saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. Nos estados em que os Pólos de Educação Permanente estiverem implantados, a educação continuada dos trabalhadores em saúde bucal deve-se dar por meio deles;
 9. Estabelecer uma política de financiamento para o

- desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção;
10. Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal em todos os níveis de atenção.

Senna e Cohen ¹² analisam uma experiência de gestão em Niterói-RJ, cujo modelo assistencial é focado na estratégia de saúde da família e consideram que a descentralização municipal da saúde, uma das diretrizes básicas para a implantação do SUS no país, tem se constituído em estratégia definidora de uma nova agenda para o setor. Ao longo dos anos 90, este processo consolidou a reestruturação da arena decisória em torno da saúde, com transferência de responsabilidades e recursos financeiros aos municípios.

Se por um lado tal processo é ainda hoje marcado por incertezas quanto a seu alcance e implicações, por outro, ele tem revelado um campo fértil de experiências municipais inovadoras, seja quanto ao incremento da oferta de serviços, seja em relação à reorganização do modelo assistencial, ou ainda à revisão das formas de relação público/privado, entre outros aspectos ¹².

De fato, na última década, o nível local tem se configurado como campo essencial para a análise de como a descentralização tem se refletido na conformação do modelo assistencial, tendo em vista as relações estabelecidas entre os diversos atores sociais privilegiados no processo de reforma setorial vis-à-vis à influência da macroconjuntura ¹².

Nas suas considerações finais, os autores ¹² destacam que o modelo assistencial não é dado a priori, mas constrói-se no cotidiano das relações políticas entre os diversos atores sociais com poderes diferenciados no que se refere à incorporação de suas demandas pela agenda estatal. Na perspectiva de seus formuladores, o Programa Médico da Família (PMF) – como iniciativa da burocracia municipal da saúde – encerra a possibilidade de inauguração de um novo padrão de atenção à saúde no município. A ampliação da rede básica, com a implantação de módulos de médico de família se

constituiria, nesta direção, uma das estratégias para reverter o modelo de assistência tradicional e para uma aproximação mais estreita com a população, perseguindo, assim, os princípios de universalização do acesso, integralidade da ação, hierarquização e controle social¹².

Na verdade, o programa é considerado, pelos gestores da Fundação Municipal de Saúde, a prioridade para reorientação do modelo assistencial, sendo concebido como porta de entrada ao sistema local de saúde, sobretudo das comunidades mais vulneráveis ao processo de adoecimento. O PMF busca, neste sentido, efetivar o conceito de responsabilidade sanitária e propor espaços de construção de cidadania, de modo a ampliar o acesso aos recursos disponíveis, na lógica de discriminação positiva. Nesta direção, o programa deve manter com os demais serviços da rede uma política de articulação de forma complementar, hierárquica e regional. Também a rede de serviços precisa ser pensada e repensada na sua forma de atuar, incorporando princípios estratégicos na concretização das diretrizes do SUS. Este é o desafio¹².

Serra¹³, assim como Senna e Cohen¹², analisa Niterói (RJ) sob a ótica da conjuntura municipal, sua política de saúde bucal e conclui que apesar de várias iniciativas serem tomadas pela coordenação de saúde bucal, não foi o suficiente para inserir a saúde bucal na saúde coletiva. Que apesar da saúde bucal participar de vários programas, o mesmo acontece por iniciativa própria dos profissionais e não por uma padronização de atuação. Não se tem registro de qualquer discussão sobre saúde bucal nos conselhos de saúde.

Chaves e Silva¹⁴ ressaltam que, desde 2003, o país conta com uma Política Nacional de Saúde Bucal, a qual estabeleceu diretrizes e ampliou investimentos, mas apontam que ainda não está claro a *imagem objetivo* da atenção a saúde bucal a ser implementada nos municípios brasileiros, mesmo que em portarias ministeriais se destaque a priorização da saúde da família e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para a média complexidade.

Perante o exposto, os autores¹² buscaram analisar em que medida a descentralização da gestão da atenção à saúde tem influenciado a (re)organização dos serviços odontológicos em municípios da Bahia, na perspectiva da consolidação de práticas organizacionais, clínicas,

preventivas e coletivas no nível local, articuladas aos princípios do SUS. Com essa finalidade, estimaram o grau de implantação dos componentes relacionados à organização da atenção à saúde bucal. Ressalte-se que nas suas análises sempre esteve presente conjuntura política, econômica e social, ou seja, ancorados nas realidades locais.

Dentre as conclusões de Chaves e Silva¹⁴, destaca-se problema de prioridade do setor odontológico dentro das políticas do setor saúde, consenso entre os autores acerca da defesa dos princípios e diretrizes orientadores do SUS brasileiro para as políticas de saúde bucal do país, apesar de as investigações apontarem para diferentes estratégias de operacionalização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Há também indicações de que os agentes das práticas (odontólogos) podem desempenhar papel importante quando sustentados por uma razoável gestão e organização dos serviços de saúde bucal, em que se encontram inseridos. Confirmou o que análises anteriores apontavam acerca dos potenciais da descentralização. Isto é, que o referido processo não é uma panacéia, não sendo capaz de gerar automaticamente mudanças nos serviços de saúde. Além disso, revelou que o financiamento, por si só, não é suficiente - diante do mesmo volume de recursos, houve diferentes impactos na organização do setor de saúde bucal nos dois municípios avaliados¹⁴.

Souza e Roncalli¹⁵ estudam o Programa de Saúde da Família (PSF) no estado do Rio Grande do Norte, levando em conta a regulamentação pelo Ministério da Saúde de reorganizador da atenção básica e de reformulador das ações de saúde, tendo em vista o descompasso entre os modelos tradicionais de assistência e os princípios do SUS, tornando-se o seu modelo assistencial de eleição.

Os supra-citados autores expõem sua concepção entendendo a saúde bucal como integrante desse processo. A sua incorporação ao PSF tem sido vista como possibilidade de romper com os modelos assistenciais em saúde bucal excludentes baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo. Isso porque o PSF, de certa forma, tenta romper com a lógica programática desses modelos, visto que não só articula as propostas da vigilância à saúde baseando-se na integralidade, mas

também possui como um de seus princípios a busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário¹⁵.

Diante da expressividade com que a incorporação da equipe de saúde bucal no PSF tem se expandido por todo o país; pelo fato de o programa ter se tornado, especialmente na saúde bucal, a principal (em alguns casos a única) maneira de organização dos recursos físicos, humanos, tecnológicos para responder às necessidades de saúde bucal da população; pela possibilidade de reorganizar as ações em saúde bucal a partir da concepção ampla do processo saúde-doença, baseado na promoção, prevenção e assistência à saúde, e pela necessidade de avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal no PSF no Rio Grande do Norte, o qual tem sua realidade semelhante à de outros estados do Nordeste, este estudo tem como objetivo avaliar a incorporação da saúde bucal no PSF, com base na análise de fatores que interferem positiva ou negativamente na implementação dessa estratégia e, conseqüentemente, no processo de mudança dos modelos assistenciais em saúde bucal no SUS no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil¹⁵.

Nas considerações finais, comentam que grande parte dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após a sua incorporação no PSF. Do total de 19 municípios, nove foram classificados como insatisfatórios nas mudanças apresentadas. Apenas cinco municípios apresentaram um perfil satisfatório e, nestes, já se observam avanços mais significativos, principalmente com relação à questão da intersetorialidade. Pode-se observar, através da matriz avaliativa, os pontos mais críticos nos municípios, onde não se constataram, ainda, avanços nas relações de trabalho, no referenciamento dos pacientes para ações de média e alta complexidade, no desenvolvimento de ações intersetoriais, nas estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) e na infra-estrutura observada. Não se constataram também documentos importantes, como protocolos de atendimento e relatórios de ações desenvolvidas. Nesse sentido, pode-se perceber que os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes

e mais integradas. Ademais, refletem as limitações acerca do entendimento da saúde apenas como oferta de serviços¹⁵.

Pesquisando também sobre municípios nordestinos, Martelli et al¹⁶ analisam o modelo de atenção à saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, a partir do relato dos seus coordenadores de saúde bucal (CSB). Foram relatadas suas atividades como coordenador, formação e práticas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD) inserido na Equipe de Saúde da Família, procedimentos de atenção básica e rede de referência e contra-referência. Foram classificados, de acordo com o perfil dos profissionais e das ações e serviços oferecidos pelo município. Os resultados mostraram que dos municípios analisados, três enquadram-se na categoria "estruturado", cinco na categoria "semi-estruturado" e apenas um como "não-estruturado". Dessa forma, percebe-se que a maioria dos municípios pesquisados (seis) apresentam dificuldades na estruturação da saúde bucal à luz da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O fato de o perfil profissional estar voltado para a clínica, influência de uma formação flexineriana, e também a expectativa da comunidade, habituada ao atendimento curativo do profissional, refletem um atendimento meramente clínico e pontual.

A ausência de uma pós-graduação baseada nas premissas do SUS, comum à maioria dos CD e CSB entrevistados, aliada à formação acadêmica curativa supracitada, demonstram a falta de preparo do profissional para uma atuação mais adequada a ESF. Dessa forma, as questões relacionadas à incorporação de novas práticas assistenciais, bem como o entendimento desses atores na rede de referência e contra-referência estão comprometidas. A motivação desses profissionais deve ser uma prioridade; o investimento e estímulo à educação permanente e um monitoramento e avaliação das ações por eles desenvolvidas podem marcar o início do redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Bucal¹⁶.

Leal e Tomita¹⁷ analisam a percepção de 2 gestores locais de saúde do Estado de São Paulo quanto ao acesso à assistência odontológica e o princípio da universalização do SUS e, nas suas considerações finais, observam o paradoxo de conhecer princípios importantes norteadores do SUS que, contudo, não

balizam, na prática, o planejamento das ações programáticas em saúde bucal. Observa-se que, sob o pretexto de um patrimônio herdado dos programas centrados no atendimento à saúde do escolar, o acesso do *restante* da população à assistência odontológica ocorre de maneira desigual, não organizada e os indicadores empíricos que mostram a baixa efetividade deste sistema são as filas de usuários à espera de atendimento.

Martins et al ¹⁸ entrevistaram coordenadores de saúde bucal e cirurgiões dentistas de 40 municípios do noroeste de São Paulo, tendo em vista a importância destes atores na implantação do SUS. Os autores concluem haver a necessidade de promoção de cursos a respeito da base conceitual e filosófica do SUS, além de mudanças na grade curricular das instituições de ensino, a fim de formar profissionais voltados para as reais necessidades de saúde dos brasileiros.

Fernandes e Peres ¹⁹ associam indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores municipais socioeconômicos e de provisão de serviço odontológicos para municípios do estado de Santa Catarina e concluem que maiores coberturas foram associadas ao aumento de dentistas no SUS. Municípios com piores condições socioeconômicas foram associados a maiores proporções de exodontias. Políticas de saúde bucal devem priorizar municípios que apresentam piores indicadores socioeconômicos.

Baldani, Almeida e Antunes ²⁰ observam, no Estado do Paraná, a priorização de municípios em piores situações socioeconômicas, como atentam Fernandes e Peres¹⁹ quando estudam a distribuição de recursos públicos do Ministério da Saúde para municípios e a implantação de novos serviços de saúde bucal. Concluíram que houve tendência redistributiva, ou pró-equidade, na provisão de serviços odontológicos no estado do Paraná, com maior provisão *per capita* de recursos ou serviços para municípios com piores indicadores socioeconômicos. Esta tendência se mostrou compatível com as diretrizes programáticas recentes do Ministério da Saúde.

Pimentel et al ²¹, analisando a evolução da assistência realizada pelas equipes de saúde bucal no município do Recife (PE) no período de 2001 a 2007, mostraram que os procedimentos odontológicos realizados na atenção básica

do município apresentaram um baixo crescimento ao longo de sete anos, quando comparado proporcionalmente à evolução das equipes de saúde bucal (ESB) e à produção odontológica dessas mesmas equipes, isto devido à opção de substituição das Unidades Básicas Tradicionais pelas Equipes de Saúde Bucal.

Entretanto, alguns fatos reforçam a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal presenciada pelo município do Recife: o crescimento da participação das ações de promoção e prevenção nos últimos anos; os procedimentos individuais preventivos responsáveis por aproximadamente 50% dos procedimentos clínicos; e a diminuição lenta da quantidade de procedimentos cirúrgicos. Apesar dos avanços, a saúde bucal ainda necessita de muito investimento por parte dos demais níveis de governo, além do controle e avaliação de suas ações através do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), o qual fornece aos gestores um material importante para o planejamento e a tomada de decisão ²¹.

Araújo e Dimenstein ²² analisam a forma como vem se dando a atuação de cirurgiões-dentistas no PSF do Rio Grande do Norte e mapeiam as atividades aí desenvolvidas. Dentre suas conclusões, destaca um perfil profissional voltado para a clínica, aspecto que está relacionado a sua formação acadêmica, mas também devido à própria expectativa da comunidade, bem como da gestão do serviço em priorizar o atendimento clínico. A maioria não possui especialização, e os que têm tal formação concluíram cursos sem nenhuma relação com a saúde pública ou coletiva, demonstrando a falta de preparo acadêmico para uma atuação mais adequada ao PSF. As atividades básicas que são desenvolvidas no cotidiano, tais como dentística, periodontia básica, cirurgia simples e atividades preventivas e educativas, são realizadas da maneira tradicional, em forma de palestras e aplicação de flúor. Nenhum outro tipo de ação ou recurso foi detectado nas falas dos participantes, demonstrando o limitado arsenal com que trabalham no PSF.

Nascimento et al ²³ analisam práticas de saúde bucal coletiva nos modelos de atenção a saúde familiar de Campinas (SP) e Curitiba (PR) e observaram o progresso no acesso dos usuários aos serviços, na humanização do cuidado em saúde, no acolhimento das pessoas e no vínculo entre os profissionais e os pacientes. Os

resultados relativos às práticas de promoção de saúde, territorialização, abordagem interdisciplinar e qualificação das equipes indicaram a necessidade de avanços técnicos e operacionais nas duas cidades.

Os autores ²³ concluem que os dois modelos apresentam importantes avanços na qualificação do acesso e na humanização do cuidado em saúde. Não obstante, o direito universal ao acesso à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade, mostrou-se deficiente nas duas cidades. Os gestores locais dos serviços de saúde e os coordenadores municipais de saúde bucal devem atuar com maior intensidade ao definir prioridades em políticas públicas de saúde local.

Santos e Assis ²⁴ estudaram sobre a prática de saúde bucal no PSF de Alagoinhas - BA (2001-2004) com o objetivo de analisar os dispositivos que orientam a atenção integral à saúde bucal: vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização e resolubilidade. Os resultados revelam que a prática é organizada através de ações individuais e coletivas, construídas por uma demanda reprimida. O atendimento é fragmentado com a valorização excessiva da técnica e da especialidade, cujo eixo é ordenado pelo modelo médico-centrado, com resolubilidade limitada. O acolhimento é manifestado através de uma relação tensa e conflitante, porém com potencialidade para construir alternativas de mudança. Vínculo e autonomia entrecruzam-se no resgate da relação trabalhador-usuário e no encontro de suas potencialidades, possibilitando horizontalizar saberes, estreitar laços e consolidar afetos. Enfim, a prática da saúde bucal é plena de conflitos e contradições e se constitui em potencial ferramenta de mudança nos processos de trabalho, convivendo com o velho (fragmentação) e o novo (integralidade), num processo inacabado, em construção ²⁴.

Estudo de Chaves e Silva ²⁵ visou analisar os meios e processos de trabalho dos cirurgiões-dentistas inseridos na atenção básica em dois municípios da Bahia, buscando identificar em que medida fatores relacionados à gestão da atenção à saúde bucal, formação, inserção e perfil profissional influenciam as práticas desenvolvidas pelos mesmos. Os autores concluíram que a incorporação dos cirurgiões-dentistas entrevistados ao campo público da saúde parece incipiente e relacionada menos com a formação profissional e com a trajetória social do que

com a existência de uma situação de governo e de gestão favoráveis à reorganização das práticas assistenciais na direção de um novo modelo assistencial. Esse *habitus* do campo público aparece sob a forma de um "perfil" para o trabalho no campo público e se materializa na dominância de práticas educativas e preventivas voltadas para grupos, especialmente escolares, e também influencia a própria prática clínica individual de consultório. A lógica dominante do campo privado odontológico está presente em diversos momentos e se revela tanto nas práticas como nas aspirações dos profissionais. A influência dos campos a qual pertencem sobre a prática dos sujeitos parece estar condicionada pelo jogo de forças estabelecidas ao interior de um campo e entre os mesmos. Ainda que o sub-campo público da saúde tenha influenciado as práticas do sub-campo privado da saúde, produzindo mudanças importantes nas atividades dos agentes, quando sustentados por uma gestão local da saúde comprometida com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira; a força do sub-campo privado de origem é ainda superior, o que exige um esforço extra para a manutenção das mudanças requeridas na prática profissional para sua maior efetividade ²⁵.

Emmi e Barroso ²⁶ analisaram a partir de opinião com usuários, ações de saúde bucal no PSF no distrito de Mosqueiro no Pará e observaram que os conhecimentos sobre saúde bucal evoluíram, principalmente flúor e fio dental, demonstrando a eficácia do trabalho da ESB, passando informações importantes para manutenção da saúde bucal da população. A maior parte dos entrevistados mostrou-se satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela ESB, considerando uma grande melhora na qualidade de saúde bucal após a implantação da ESB. As melhorias consideradas de maior importância para a população da amostra são, nessa ordem, as orientações de higiene oral, o maior acesso ao atendimento e as visitas domiciliares. Os usuários, em sua maioria, consideram-se muito satisfeitos com a atuação da equipe e com as atividades por ela desenvolvidas.

Oliveira e Saliba ²⁷, estudando a atenção odontológica no PSF de Campos dos Goytacases (RJ), constataram que a implantação das equipes de saúde bucal no PSF ainda é incipiente e não atende às necessidades da população adscrita, pois as quatro equipes não conseguem atingir a

grande demanda por atenção odontológica. As ações da equipe de saúde bucal não estão totalmente de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde. A participação da equipe odontológica no PSF é limitada, focalizada, na maioria das vezes, no atendimento clínico ambulatorial básico. A contratação dos profissionais é feita de forma precária, o que compromete a consolidação efetiva do programa. Para concretizar a inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família, é preciso entendê-lo como uma Estratégia para consolidação do SUS, respeitando seus princípios "sagrados" de Participação popular, Integralidade, Equidade, Universalidade, Hierarquização e Regionalização.

Rocha e Goes ²⁸ estudaram o acesso a serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela estratégia de saúde da família em Campina Grande (PB) e não evidenciaram a associação entre residir em uma área coberta pela ESF ou não coberta com o acesso aos serviços de saúde bucal. O que não era de se esperar pela territorialidade das ações do programa. No entanto, ao refletir sobre o papel das equipes de saúde bucal da ESF na ampliação do acesso aos serviços de saúde, esse menor acesso às áreas cobertas pode ser explicado pela não adequação da formação profissional, pela influência dos fatores sócio-demográficos, como idade e renda e o direcionamento das políticas para grupos prioritários, principalmente crianças em idade escolar.

Figueiredo e Goes ²⁹ estudaram os Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco e observaram que, do total dos CEO analisados, 40,9% obtiveram desempenho bom, porém 31,8% dos Centros tiveram desempenho ruim. O melhor cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo atenção básica, em detrimento dos demais subgrupos, principalmente a cirurgia oral menor. As características municipais apontaram que quanto menor a cidade e menor desenvolvimento humano, piores desempenhos foram observados, corroborando os resultados sobre a situação municipal no Plano Diretor de Regionalização Estadual. Exceção ocorreu naqueles com menores coberturas populacionais das equipes de saúde bucal no PSF.

Pinheiro et al ³⁰, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar de 1998, analisaram a relação entre

características dos indivíduos e o uso de serviços odontológicos e concluíram que, em geral, mulheres usaram mais os serviços do que os homens. O uso aumentou com a idade até os 14 anos, caindo para as faixas etárias subseqüentes, e foi bem pequeno para os idosos. O diferencial de renda no acesso foi elevado: os 20% mais ricos usaram mais de 5 vezes mais que os 20% mais pobres.

DISCUSSÃO

Perante o exposto pelos diversos autores na parte da revisão de literatura que trata dos modelos, considera-se que defensores ^{4,7,8,9,10} das 3 diferentes concepções de modelos (assistencial, tecno-assistencial e de atenção), são unânimes em considerar que a novidade, em se tratando de modelo municipal de saúde bucal, é estar antenado às diretrizes do SUS. De todas as experiências de modelos municipais relatadas e coletadas para este artigo, fica claro que de diferentes maneiras e com diferente intensidade, os princípios do SUS são perseguidos. Não houve nenhum caso de modelo que se proclamasse antagônico ao ideário SUS ou que relatasse experiências não compatíveis com o mesmo.

Também outros autores ^{6,9,10,11}, os quais se identificam com diferentes concepções de modelos, são unânimes em ressaltar a notada influência de fatores que extrapolam o campo *strictu* da saúde, como a política, educação, habitação, renda, geração de emprego que notadamente são importantes para a conformação de características peculiares no âmbito municipal, o que acarretará dentre outras interpretações que não haverão dois municípios por mais que se pareçam, que irão construir modelos idênticos, ou seja as experiências não se replicam, elas são construídas. Este destaque é importante para que não se opere uma redução na conformação de modelos municipais que venham a valorizar apenas o sistema assistencial em saúde bucal e suas ações.

Foram encontrados 3 artigos que exploram com maior intensidade a influência dos vários fatores que extrapolam o campo *strictu* da saúde, não se restringindo apenas ao sistema assistencial como para Niterói ^{12,13} ou dois municípios do interior da Bahia ¹⁴ que, de diferentes formas, exploraram as condições políticas para implantação do modelo de saúde bucal municipal, aí

aparecendo descentralização da gestão, caracterização do governo local, projeto de governo, controle social, perfil da rede instalada, gasto em saúde ou indicadores do perfil municipal no tocante a renda, escolaridade, saneamento, urbanização ou empregabilidade.

Dentre os estudos que valorizaram, na sua análise, um maior enfoque sobre a assistência em saúde bucal^{15,16,21,23,24,26,27,28}, evidenciou-se uma tendência de priorizar a saúde bucal na estratégia de saúde da família e, a partir da mesma, observar os outros níveis assistenciais a partir da necessidade de referenciamento ou se resumir apenas a mesma. Ressalte-se que neste grupo aparecem estudos que delineiam um perfil municipal com alguns indicadores *externos* ao setor saúde, mas que, na sua análise, não vão ao âmago como citado para o grupo anterior. Estes artigos utilizam para suas análises, avaliação de usuários sobre os serviços, percepção de gestores e trabalhadores de saúde bucal, acesso ao PSF.

Aparece apenas um estudo cujo enfoque maior é a assistência em saúde bucal cuja análise é centrada na assistência secundária, mais especificamente nos Centros de Especialidades Odontológicas²⁹.

Aparecem estudos^{7,8} que refletem sobre os modelos assistenciais. Outros que pesquisam sobre o trabalho do cirurgião dentista inserido na estratégia de saúde da família^{22,25} ou que avaliam percepção de gestores^{17,18}. Além de artigos²⁰ que refletem sobre a equidade assistencial, que fazem associação de indicadores¹⁹ ou que avaliam o diferente uso dos serviços entre os estados brasileiros³⁰. Este grupo de 9 artigos complementam a análise dos modelos municipais abordando temas que estão inclusos na mesma, dando sustentação teórica ou servindo de padrão de comparação.

CONCLUSÃO

Mesmo com o fato da existência de uma PNSB consistente nos seus princípios e com recursos crescentes e definidos para suas ações, poucos estudos se preocuparam em verificar o impacto da mesma na conformação dos modelos municipais de saúde bucal. Situação esta que destoa quando avaliamos os anais de eventos pertinentes à área como Congressos da

Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Congressos da Associação Brasileira de Odontologia ou Encontro Nacional de Administradores Técnicos e Especialistas do Serviço Público Odontológico, aonde aparecem com constância relatos de casos de experiências municipais de saúde bucal, parecendo ser os mesmos os fóruns de eleição para a divulgação dos serviços assistenciais. Avaliamos ainda haver um distanciamento entre a academia e os serviços, não sendo prioridade para a primeira uma maior imersão dos seus programas acadêmicos no SUS real.

Digno de se relatar é o fato dos periódicos consultados, quase todos vinculados a instituições ou entidades do campo da saúde pública, não priorizarem nas suas publicações relatos reais de experiências que, sendo divulgadas, servem de suporte para otimização de boas práticas no campo da assistência em saúde bucal.

Houve dificuldade de se encontrar na literatura científica relato de ações intersetoriais ou relações com condicionantes sociais como renda, tipo de moradia, educação formal, posse da terra, quando da descrição dos modelos municipais de saúde bucal, mesmo sendo consenso entre as formulações de modelos assistências, técnico-assistenciais e de atenção sua importância.

Pouca produção científica encontrada avalia o modelo de saúde bucal do município na sua integralidade, sendo possível observar que a maioria da produção avalia principalmente a atenção básica e, dentro desta, hegemonicamente, a estratégia de saúde da família.

REFERÊNCIAS

1 - Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF); 2004.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2000 dez 29; Seção 1.

3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: www.saude.gov.br/bucal. Acessado em: 05 jul 2009.

- 4 - Paim J. Reforma sanitária e os modelos assistências. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Médsi, 1999. p.473-488.
- 5 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Secretaria Geral. Modelos assistenciais no SUS. Brasília (DF); 1990. 31p.
- 6 - Campos GW. A saúde pública e a defesa da vida. 2º ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994. 175 p.
- 7 - Oliveira AGRC; Arcieri, R.M.; Unfer B.; Costa I.C.C.; Moraes E.; Saliba N.A. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2(1): 9-14.
- 8 - Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2): 241-246.
- 9 - Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas na regulação da saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva* 2004; 9(2): 433-444.
- 10 - Carvalho SR, Cunha GT. In: Campos, G.W.S.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M.; Carvalho Y.M.. *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec, 2006. p.837-868.
- 11 - Narvai PC, Frazão P. *Saúde bucal no Brasil - Muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.
- 12 - Senna MCM, Cohen MM. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7(3):523-535.
- 13 - Serra CG. A saúde bucal como política de saúde: a experiência de Niterói. *Physis: revista de saúde coletiva* 2001; 11(2): 95-122.
- 14 - Chaves SCL, Silva LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(5): 1119-1131.
- 15 - Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. saúde pública* 2007; 23(11):2727-2739.
- 16 - Martelli PLJ, Cabral APS, Pimentel FC, Macedo CLSV, Monteiro IS, Silva SF. Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(5): 1669-1674.
- 17 - Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1):155-160.
- 18 - Martins RJ, Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Lima DC. Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Soc.* 2009; 18(1): 75-82.
- 19 - Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(6): 930-6.
- 20 - Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 446-54.
- 21 - Pimentel FC, Martelli PJJ, Araújo Junior JLAC, Lima AS, Santana VGD, Macedo CLSV. Evolução da Assistência em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família do Município do Recife (PE) no Período de 2001 a 2007. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2008; 32(2): 253-264.
- 22 - Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1): 219-227.
- 23 - Nascimento AC, Moyses ST, Bisinelli JC, Moyses SJ. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: mudança de práticas ou diversionismo semântico. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 455-62.
- 24 - Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(1): 53-61.
- 25 - Chaves, S.C.L. e Silva, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc. saúde coletiva* 2007b; 12(6): 1697-1710.
- 26 - Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(1): 35-41.
- 27 - Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciênc. saúde coletiva* 2005; 10(sup): 297-302.
- 28 - Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. saúde pública* 2008; 24(12): 2871-2880.
- 29 - Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009, 25(2): 259-267.
- 30 - Pinheiro RJ, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferenças no Uso de Serviços Odontológicos entre os Estados do Brasil: Uma Análise Baseada em Modelos Hierárquicos. *Cad. saúde coletiva* 2006; 14(1): 141-148.