

# Sobre os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal<sup>1</sup>

*About the advances of the National Oral Health Policy*

*Sobre los avances de la Política Nacional de Salud Bucal*

**Jorge Alberto Cordón Portillo**

Professor da Universidade de Brasília.

Departamento de Odontologia

Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva

**Luciana Benevides Ferreira**

Mestre em Ciências da Saúde

Doutoranda em Bioética

Universidade de Brasília

**RESUMO:** A importância de refletir sobre os avanços das políticas públicas em saúde bucal no Brasil é oportuna e pode colaborar na reconstrução das mesmas. Neste artigo se fazem reflexões que chamam atenção sobre o processo cada vez mais frequente da prática tradicional e conservadora se refletindo nas práticas de gestão das políticas públicas. A prática odontológica assume o conceito de mercadoria e trabalha o consumo da mesma para consolidar o sistema econômico dominante no Brasil. Estas notas foram produto da motivação crítica do trabalho de Narvai<sup>1</sup>, que coloca várias discussões que vêm aprimorar, analisar mais profundamente o sentido do relativo sucesso das políticas públicas em saúde bucal nos últimos anos, propondo outras linhas de pesquisa, relacionadas a observar mais de perto, através da avaliação científica e tecnológica os resultados objetivos e subjetivos de tais ações na sociedade brasileira.

**Palavras-chave:** Brasil; políticas públicas; saúde bucal

**ABSTRACT:** *The importance of reflecting on the progress of public policies on dental health in Brazil is timely and can collaborate in the reconstruction of the same. This article makes reflections that call attention to the increasingly frequent practice of conservative and traditional management practices reflected in public policies. The dental practice takes the concept of goods and works the same consumption for consolidating the dominant economic system in Brazil. These notes were the product of critical motivation from the work of Narvai<sup>1</sup>, which places several discussions who see improve, analyze more deeply the meaning of the relative success of public policies on dental health in recent years, proposing other research lines related to observe more closely, by assessing the scientific and technological objectives and subjective results of such actions in Brazilian society.*

**Keywords:** *Brazil; public policies; dental health*

**RESUMEN:** *La importancia de reflexionar sobre los avances de las políticas públicas en salud bucal en Brasil es oportuna y puede colaborar en la reconstrucción de las mismas. En este artículo se hacen reflexiones que llaman la atención sobre el proceso cada vez más frecuente de la práctica tradicional y conservadora lo cual se refleja en las prácticas de gestión de las políticas públicas. La práctica odontológica asume el concepto de mercancía y trabaja el consumo de la misma forma para consolidar el sistema económico dominante en el Brasil. Estas notas son producto de la*

<sup>1</sup> Documento produzido dentro da proposta dialógica da Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva.

*motivación crítica del trabajo de Narvai<sup>1</sup>, que coloca varias discusiones que vienen a analizar con mayor profundidad el sentido del relativo éxito de las políticas públicas en salud bucal en los últimos años, proponiendo otras líneas de investigación, relacionadas a observar más cerca, a través de la evaluación científica y tecnológica, los resultados objetivos y subjetivos de tales acciones en la sociedad brasileña.*

**Palabras-clave:** *Brasil; políticas públicas; salud bucal*

## INTRODUÇÃO

A saúde bucal coletiva viveu seus momentos mais importantes no período 2002-2010, na medida em que consideráveis esforços foram feitos para construir, organizar, executar e administrar uma política de saúde bucal que refletisse os princípios Constitucionais. A Lei Orgânica da Saúde veio reforçar os princípios de hierarquia, integralidade, universalidade e gratuidade, permitindo um desenvolvimento sustentável para as ações planejadas através de estratégias diferentes de abordagem dos principais problemas encontrados nos estudos epidemiológicos realizados.

Também ficou clara a intencionalidade de medir o impacto dessa política nacional de saúde bucal, quando da realização do último levantamento epidemiológico de saúde bucal. Entretanto, para verificar os alcances do impacto das políticas públicas necessitaríamos que fossem avaliadas as atuais atividades nas diferentes características do país, dado que o processo saúde/doença bucal, ainda que seja único para o Brasil, é múltiplo, nos seus espaços sociais regionais e municipais, também na sua história, considerando tempos e movimentos dos recursos humanos envolvidos no processo.

Assim também, todas as instituições

públicas e empresas privadas relacionadas com estas políticas deveriam participar de uma avaliação geral, numa orientação intersetorial e integral, para se contrastar os interesses econômicos, sociais e políticos, específicos, manifestando suas contradições técnicas, ideológicas e políticas na procura de uma mudança substancial das práticas públicas e privadas da saúde bucal.

Estas notas foram produto da motivação crítica do trabalho de Narvai<sup>1</sup>, que coloca várias discussões que analisam mais profundamente o sentido do relativo sucesso das políticas públicas em saúde bucal nos últimos anos, propondo outras linhas de pesquisa, relacionadas a observar mais de perto, através da avaliação científica e tecnológica os resultados objetivos e subjetivos de tais ações na sociedade brasileira.

No Brasil, como Narvai<sup>1</sup> anota, parece que se enfrentam dois modelos de prática profissional, a Odontologia de Mercado e a Saúde Bucal Coletiva, porém, na verdade, apesar de excelentes avanços conceituais, ambas não chegaram a se enfrentar, o modelo liberal conservador, que transforma a prática profissional numa mercadoria, se reproduz no espaço público nas suas diferentes atividades, orientadas por uma política nacional.

## Alguns Aspectos Históricos

A saúde bucal coletiva tem-se realizado em espaços sociais distintos, com expressões de desenvolvimento também diferentes, e isso está claro no projeto histórico da sociedade brasileira. A realização do conceito de municipalização da saúde<sup>7</sup> permitiu experiências de prática da saúde bucal diferentes, algumas delas estudadas de forma

científica e política<sup>10,33</sup>, como os modelos de Ipatinga, Timóteo, Belo Horizonte, Icapuí, Santos, Curitiba, Araucária, Porto Alegre, Diadema, Vitória da Conquista, Fortaleza, entre outros<sup>9,11-25</sup>. Este esforço “municipalista”, realizado com ênfase na década de 1990, mais especificamente 1996, recompôs a partir da base para todo o Brasil através da Política Nacional de Saúde Bucal com determinações sociais específicas<sup>4</sup> e agentes públicos orgânicos a este projeto de sociedade e que se acredita devem ser reconhecidos como precursores no seu exato valor histórico.

Pinto<sup>34,35</sup>, colocou em evidência esta tendência inovadora, numa visão do panorama internacional e no Brasil, entretanto a orientação política de sua prática como formulador de Políticas Públicas em Saúde Bucal enfatizou o modelo preventivista, que em muitos espaços sociais do Brasil realizou atividades de cunho coletivo, porém reprodutor da prática profissional conservadora.

Mendes<sup>28</sup> deu importante contribuição para a construção do conceito de saúde bucal coletiva, colaborando na reprodução do modelo privado de inversão da atenção<sup>22,26,29</sup>, principalmente no Ceará e Minas Gerais<sup>13,21-23</sup>. Estava claro o avanço tecnológico e conceitual preventivo, porém a exclusão social continuava sendo medida pelas características da sociedade Brasileira frente à possibilidade de acesso à saúde bucal.

O esforço municipalista, especialmente de lideranças ligadas a forças progressistas da sociedade brasileira, foi o momento histórico chave para compreender uma política de saúde bucal democrática, pluralista, integral, participativa e envolvida com os movimentos políticos que estava se gestando no país<sup>32,42</sup>.

Outro aspecto que deve ser explicitado corresponde à formação e capacitação de recursos humanos em saúde bucal orientados para as características das políticas públicas de saúde bucal. A orientação contínua a ser conservadora e liberal, reproduzindo o mercantilismo, que permite o assalariamento progressivo da categoria odontológica, principalmente através dos planos de saúde que no contexto crítico da política de saúde bucal não aparecem, entretanto, grande percentagem da prática odontológica atual se dirige à exploração selvagem da força de trabalho profissional principalmente dos recursos humanos auxiliares<sup>5</sup>.

Esta situação deveria ter uma postura dos formuladores oficiais das políticas, pois no final a transformação da prática sofre maior impacto, modificando as possibilidades de qualidade de vida dos brasileiros. Ao não ser explicitada esta situação política, econômica e social, surgem contradições no discurso governamental colocado como uma aceitação da exploração e percepção acrítica do problema que envolve as práticas públicas e privadas em saúde bucal, aceitando também o fenômeno da terceirização da saúde bucal e com isso aderindo ao complexo industrial-mercantil da odontologia.

Paradigmas como o do profissional liberal, da profissão de elite, dos altos honorários, dos bodes expiatórios e principalmente do individualismo profissional devem ser urgentemente revistos<sup>3,37</sup>. As atividades suplementares ao SUS devem ser avaliadas e reestruturadas à luz dos princípios Constitucionais, para oferecer qualidade de saúde e de vida para a sociedade como um todo e em particular para os trabalhadores da saúde

bucal.

Estima-se que este aspecto deva ser objeto de políticas públicas orientadas ao serviço da classe social mais necessitada da sociedade, entretanto, a classe média sai privilegiada ao ter acesso a uma saúde bucal de impacto duvidoso e excludente.

Outro aspecto pouco discutido na questão das políticas públicas é a não participação social<sup>8,10</sup>, poucos esforços se realizam na abordagem adequada da sociedade<sup>6</sup> e a participação dos profissionais da odontologia nos Conselhos Municipais de Saúde parece não ser eficiente, coerente e eficaz, no sentido de buscar transformações da prática da odontologia em nos próprios espaços sociais.

O desenvolvimento tecnológico tem trazido mais modificações na ergonomia da prática profissional do que o desenvolvimento social, enquanto observamos a sofisticação e enfeite, nos consultórios particulares, o deterioro público das condições objetivas e subjetivas de trabalho são vistos com frequência nos espaços públicos.

Concordamos com a necessidade da avaliação objetiva, profunda, social<sup>30</sup> e participativa das práticas odontológicas ao interior das políticas públicas de saúde bucal. Nos esforços observados, pouca ênfase se faz da prática odontológica como um todo<sup>30</sup>. Entende-se que esta avaliação deve ser mais precisa e integral. No sentido das determinações sociais<sup>4</sup>, nos aspectos biofísicos e culturais<sup>31</sup>. Também já houve aproximações importantes nestes aspectos como em Curitiba<sup>20</sup>, Maceió e outros espaços<sup>2,10,36</sup>.

#### **Alguns conceitos devem ser colocados:**

O processo de trabalho em odontologia<sup>27</sup> deve ser re-visitado. O trabalho odontológico constitui um processo de transformação da natureza humana estomatognática, com a aplicação de energia intelectual e manual dos profissionais da saúde bucal, que impulsiona, regula, controla e transforma valores vitais do organismo humano. Em certos momentos aciona o conhecimento científico corporificado na técnica (habilidades e instrumentos) decodificando necessidades orgânicas e sociais em necessidades instrumentais, na medida em que imprime à vida humana, através do sistema bucal, um determinado valor de uso.

O cirurgião-dentista, trabalhando em equipe, a partir da realidade de saúde/doença bucal (diagnóstico epidemiológico), desenvolve no concreto do seu pensamento, um projeto de reconstrução da realidade bucal, fruto da realidade econômica e social (prognóstico e plano de tratamento-tese), tentando, no seu processo técnico direto (espaço físico, sistemas, técnicas, instrumentos, materiais e outros), transformar a realidade o mais próximo à tese, conseguindo os valores vitais (tratamento), produto que é um valor de uso atribuído à vida, em que o biológico, como matéria da natureza é adaptado às necessidades humanas.

Neste processo de transformação, a técnica odontológica impõe-se como prática social, utilizando-se de propriedades mecânicas, químicas, físicas e psicológicas para a modificação do sistema bucal de um ser humano ou de uma coletividade. O processo é um ato crítico e criativo, na medida em que aplica leis gerais numa particularidade e a partir do particular, estabelece determinações sociais, permitindo que, na técnica odontológica, a ciência caminhe junto com o ideológico-

político.

No final do processo, o trabalho odontológico está incorporado na boca, no organismo, na coletividade e concretizado na nova forma que, como produto, assume.

A atividade odontológica gera valores de uso, reafirmando o bem-estar, a vida, contra o sofrer e a morte, presente, portanto, em todas as relações sociais entre os homens, ainda que variem os padrões de normatividade, os conceitos e técnicas empregadas na sua realização. Também gera valores de troca, mercadoria que pode ser vendida no mercado.

Esta prática odontológica é social, na medida em que se articula ao modo de produção que domina a sociedade brasileira, e neste aspecto fica determinada pelo processo de produção onde o mercado regula o tipo de articulação. Normatiza e organiza a forma como as ações de saúde bucal serão produzidas e distribuídas na sociedade, preferencialmente, em economias a base de mercado, onde se privilegia o consumo em detrimento do processo de trabalho e da solidariedade e a busca da elevação da qualidade de vida.

Assim, a prática odontológica é a forma como se organizam e articulam os elementos constitutivos de uma ciência para o processo produtivo de serviços, numa determinada formação econômica-social.

Como conhecimento científico e tecnológico, o trabalho odontológico privilegia a técnica, que não é outra coisa senão a instrumentalização do saber, ou seja, a combinação adequada entre habilidades e meios para a transformação de um objeto, neste caso o paciente ou a coletividade.

O emprego da técnica, em si, assume

significados enquanto o conhecimento de como fazer, habilidade em fazer, método racionalmente estabelecido, utilização de instrumentos, materiais e máquinas e finalismo pragmático. Porém, o seu emprego provém de uma significação mais importante e social, que explica a origem, desenvolvimento e impacto, na estrutura social, da própria técnica: a reprodução social.

A reprodução social do sistema dominante necessita de saúde de qualidade para seu desenvolvimento sustentável, numa postura solidária com as classes sociais mais necessitadas. A forma como o Estado se organiza para que as políticas públicas causem impacto social pode ser o caminho da transformação das práticas odontológicas, isso requer capacitação ideológica e política, treinamento técnico organizacional e uma importante dose de práxis social participante no processo político que vive o país.

O trabalho odontológico se situa em distintos níveis: percebe e classifica socialmente as doenças, relaciona-se com a produção e reprodução social - historicamente determinada - na qual o saber sobre o corpo, a saúde e a doença, deixam de ser patrimônio comum a todo o grupo social e passa a ser monopolizado por sujeitos socialmente legitimados que, detendo o conhecimento e a técnica, têm o controle do processo de trabalho. Discutir estes conceitos e posicionar-se de forma orgânica à maioria da sociedade é questão fundamental de uma política pública de saúde bucal.

A produção autônoma do cuidado odontológico se representa por uma troca comercial, na qual o cirurgião-dentista vende o seu trabalho no mercado e em troca recebe

honorários pelos serviços, a prática desta forma oferece um produto: a mercadoria. Este conceito tem a função ideológica importante, na odontologia liberal, revestindo de um véu mítico a relação mercantil, dando ao salário recebido um caráter de mera retribuição de consumo.

A prática odontológica segue, neste esquema, um padrão artesanal em que o profissional deixa de possuir o controle de sua produção, principalmente de seu produto e passa a obedecer aos interesses do capital coordenado pelos donos dos planos de saúde.

Com o advento da concentração do capital, o “produtor independente” passa a coexistir com uma odontologia que é gradualmente incorporada no sistema capitalista, com intervenção direta do estado, perdendo o controle de sua produção. Esta transformação se deu historicamente tal como aconteceram com o conhecimento odontológico, as técnicas empregadas, a divisão técnica e social do trabalho (dentistas e auxiliares) e sua articulação com o conjunto da sociedade passaram a ser determinadas pelo capital monopólico.

A odontologia, hoje, se transforma numa atividade regida pelo capital, com modificações na própria organização técnica e social do trabalho, fruto do desenvolvimento das forças produtivas e da introdução de capital no próprio setor através dos medicamentos, equipamentos, materiais, instrumentos e outros. Ação que além de reproduzir a prática nos ambientes privados, se reproduz também no interior das práticas públicas e na orientação das políticas de saúde.

Com a supremacia do modelo individual, artesanal e autônomo de trabalho odontológico,

realizado em padrões liberais, dialeticamente se observa o surgimento do trabalhador coletivo, em que o cirurgião-dentista aparece como o mentor intelectual de trabalhos cada vez mais parcial (ou sob a forma de condutas ou normas) e racionalizado do ponto de vista da eficiência e da produtividade por um corpo administrativo, composto por especialistas, cirurgiões-dentistas generalistas, técnicos de higiene bucal, laboratoristas ou administradores.

Nesta diversidade técnica, o que se concretiza é a perda da propriedade e/ou controle do ato odontológico, aumentando os custos e, como consequência, a dificuldade crescente de se manter em um mercado que tende a ser controlado por grande concentração de capital no setor.

Diante desta reorganização do trabalho odontológico o cirurgião-dentista emerge como empresário ou como assalariado. Em qualquer das duas modalidades seu posicionamento no mercado de produção de serviços, é orgânico ao capital. Tem-se, então, o assalariamento progressivo, com a ampliação do controle estatal em que, o cirurgião-dentista passa a vender sua força de trabalho num mercado, predominado pelas formas combinadas de compra de serviços pelo estado em associação com as empresas privada, gerando em seu conjunto mais-valia apropriada pelo capital.

Assim, a prática liberal caracterizada pela ausência de intermediários, livre escolha (mútua), ajuste mútuo de honorários (liberdade econômica), liberdade terapêutica (autonomia técnica) e posse dos instrumentos de trabalho, está mudando progressivamente para o trabalho odontológico assalariado, onde o comprador impõe limitações à liberdade de atuação profissional, tabelando e controlando o preço

do seu trabalho, garantindo a sua realização a baixo custo e determinando a população, neste particular, objeto, segundo seja o estado ou uma empresa privada, esta unidade compradora de serviços.

Isto faz com que a profissão odontológica se posicione de distinta forma no mercado, aparecendo resistências, onde se tenta desvirtuar o salário ou combinando formas liberais com assalariadas.

Recentemente observamos falta de posicionamento político da categoria frente às mudanças de horários e qualidade do trabalho por parte dos médicos que pressionaram ao Estado para obter privilégios no Programa Saúde da Família, onde a odontologia pouco se manifestou, indo uma vez mais à deriva da prática médica, fruto desta falta de orientação política do Estado.

A prática odontológica deixa de ser regida por uma lógica do conhecimento e passa a ser determinada por uma lógica de produção.

Segundo a visão liberal, a ação espontânea do mercado deveria ocasionar um equilíbrio entre todos os indivíduos, de tal sorte que todos pudessem dele tirar vantagens, pelas vias da livre concorrência e da livre escolha. Esta utopia liberal jamais foi realizada.

Na verdade, o mercado é um mecanismo que mantém a desigualdade de condições objetivas e subjetivas de vida da maioria da sociedade.

O estado intervém no mercado pelo apoio que dá às empresas ou aos indivíduos para produzir ou ascender aos bens e aos serviços existentes no mercado. Chega mesmo a favorecer os “mercados paralelos” para certos grupos sociais que não estão em condições

de comprar bens ou serviços no mercado da produção de serviços. O estado jamais ultrapassa um determinado teto, deixando todos os mecanismos do mercado funcionar livremente sobre esse mínimo. São esses os casos de salário mínimo profissional, dos limites mínimos para seguros e planos de saúde, o auxílio através dos programas sociais e outros.

A ideologia liberal baseia-se no individualismo, o estado liberal considera os indivíduos como sujeitos, mas não as coletividades, os grupos ou as classes. O auxílio social, por exemplo, está orientado sobre uma base individual ou no máximo familiar. Cada indivíduo deve enfrentar o autocuidado, pois se cria a mística da auto-responsabilidade individual e, portanto social. O movimento “coletivo” ainda está longe de permitir um desenvolvimento qualitativo da saúde em liberdade, os profissionais da odontologia, na sua visão pragmática, preferem tomar posição orgânica ao capital, reproduzindo as práticas capitalistas de produção nos serviços bucais ao interior do serviço público.

A política liberal considera que também ela deve “proteger” a autonomia dos indivíduos, oferecendo-lhes a possibilidade de escolher seu dentista ou os produtos a comprar (auxílio social, credenciamentos) ou o tipo de educação, no mercado.

Do anterior deriva-se a situação conservadora da categoria odontológica em insistir no trabalho individual e na pseudo-autonomia, aspectos que estão sendo esquecidos paulatinamente na dinâmica do trabalho odontológico com as empresas, sindicatos, cooperativas odontológicas e outros e reproduzida nas políticas públicas.

Deve-se anotar finalmente, a necessidade da participação da população como objeto de trabalho odontológico, mais do que como consumidor, pois participa do processo inicialmente, por intermédio do fornecimento de valores de uso indispensáveis à produção do trabalho: seu corpo, suas informações, etc.; em segundo lugar, ao assumir ativamente as medidas que lhe são prescritas: escovação, medicamentos e outras. Neste último caso, ele (ou os familiares) presta a si mesmo um serviço.

Tem-se, portanto, que diferenciar dois tipos de cuidado odontológico: 1- o cuidado “strictu sensu”, como unidade de produção do setor atenção odontológica; 2- o cuidado pessoal, que o paciente realiza por si mesmo. O primeiro como consumo de força de trabalho, uma relação de troca e consumo de meios de produção (equipamentos, instrumentos, materiais). O segundo apresenta somente este último aspecto (consumo de escovas, dentifrícios, medicamentos e outros).

Em algumas oportunidades, a responsabilidade da situação de saúde/doença de uma população passa a ser entregue a ela, por meio de autocuidado, como forma coercitiva de se obter saúde e consumo de medicamentos.

Algumas considerações gerais são necessárias para entender o trabalho odontológico como uma forma improdutiva dentro do processo social de produção que domina nesta sociedade.

Sendo que o processo de trabalho não existe em abstrato e sim em condições sociais dadas, pode-se dizer que o trabalho produtivo ou trabalho materialmente produtivo, é aquele responsável pela apropriação real da

natureza pelo homem, trabalho que assegura a sobrevivência material da sociedade. Trabalho concreto envolvido na apropriação real do valor.

Como produtos do trabalho produtivo existem as mercadorias com valor de uso e valor de troca, que são separadas do produtor e que levam na sua essência, ao consumo destrutivo do trabalhador no exercício do seu trabalho e a pauperização, fruto da exploração da sua energia de trabalho, como resultado de um intercâmbio desigual entre salário e trabalho, relação esta que se dá entre o dono dos meios para produzir (o capitalista) e o que unicamente tem sua força de trabalho.

Na prestação de serviço, que é trabalho improdutivo, por exemplo, o trabalhador vende a execução/resultado do seu trabalho a um comprador/consumidor, não necessariamente capitalista, portanto não existe um engajamento direto na produção material.

O trabalhador situado numa relação social em que vende sua força de trabalho como mercadoria é diferente do profissional da saúde que vende a mercadoria que por sua vez é produto do seu trabalho para um consumidor.

Desta forma, a própria prática odontológica transforma-se numa mercadoria que se encontra ligada às forças econômicas da oferta e procura.

Deve-se esclarecer que este resultado da prestação de serviços odontológicos pode ser apropriado por um intermediário como ocorre nas clínicas particulares, nas empresas odontológicas ou nas multinacionais da saúde, produzindo um lucro de alienação indevida, onde o capitalista explora a força de trabalho odontológico gerando lucro que

não é considerado trabalho direto na produção material e que está subordinado imediatamente ao processo de valorização do capital.

A relação deste trabalho independente, ou a relação da prestação de serviços, se subordinam ao capital comercial, existindo uma exploração do capitalismo sobre uma forma de produção mercantil, pré-capitalista, de troca de produto/mercadoria por dinheiro.

Assim, o capital comercial e o sistema financeiro, ocupam um lugar predominante no mercado de trabalho odontológico como políticas de financiamento de serviços para a população, pois colocam fontes de dinheiro para a realização da prática odontológica, via privados (seguros, planos, empréstimos) ou estatal, através dos programas e atividades, credenciamentos e convênios para distribuição de serviços à sociedade.

Na totalidade social, a prática odontológica, tal como ocorre hoje, atua de forma indireta no processo de produção material, pois colabora na manutenção da força de trabalho em condições de melhor ser explorada, como também, participa em todo o processo de reprodução das condições objetivas e subjetivas da forma de produzir dominante, através da ideologização, coerção do operário, promoção do consumo de supérfluos e outros.

Esta prática odontológica faz com que as políticas públicas em saúde bucal não tenham o impacto adequado na sociedade como um todo, esta tese fundamental necessita ser demonstrada, principalmente através de uma avaliação da prática odontológica com sentido de totalidade social e não programática ou de intenções técnicas somente.

Em avaliações pontuais, algumas do próprio

Ministério da Saúde<sup>38,39</sup> a prática odontológica e as políticas públicas de saúde bucal, apesar de serem reconhecidas como aspectos da integralidade da atenção em saúde, têm sido pobremente avaliadas. A forma de organização das equipes de saúde bucal quanto à atenção da população, segundo os avaliadores, sugere a existência de diversos modelos tradicionais, observando-se práticas incrementais, preventivistas e intervencionistas e mutiladoras, pois o tratamento de urgência foi a forma mais frequente de atenção à saúde bucal. Uma das dificuldades maiores para a Política Nacional de Saúde Bucal tem sido ser aceita no planejamento, execução, administração e avaliação integrais. Fato que deve ser superado nos próximos anos.

Algumas avaliações do comportamento dos recursos humanos não tem aprofundado nos aspectos que relacionam o conhecimento à prática social, colocam-se como avaliações da prática social, entretanto, os aspectos técnicos orientam estes paradigmas da atuação do profissional<sup>40</sup> ou nas suas reflexões sabem da importância da prática odontológica no SUS e na formulação de sua orientação, constata-se que permanece o desafio para a saúde bucal conseguir conformar uma equipe de trabalho que se relacione melhor com os usuários e que participe da gestão dos serviços, ampliando seu acesso através de medidas coletivas<sup>41</sup>.

Parecem oportunas assim, algumas questões: sobre qual a orientação atual para avaliação das práticas odontológicas, objetivando seu conhecimento como modelo hegemônico e para examinar as possibilidades de sua transformação?

Quais os Indicadores estruturais? Número e tipo de instâncias diferenciadas (planejamento,

legitimação, controle social, formação e capacitação, medidas operativas e outras) e os graus de relação dentre elas. Em nível de estrutura, poderiam se discutir os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, físicos, ambientais etc.;

Quais Indicadores das instâncias de planejamento e financiamento devem ser examinados na política nacional de saúde bucal? O fator de intersectorialidade resulta de primordial importância para verificar o impacto que as políticas públicas tem nos planos de saúde, ou saúde suplementar, a saúde complementar, a saúde bucal do exército, a saúde bucal nas autarquias federativas, que também tem efeito social e muitas vezes repetem esforços realizados num setor. O SUS deve orientar esta integralidade de ações e recursos? Verificar a existência e características dos grupos públicos ou privados e institucionais de planejamento, coordenação, fomento e financiamento da saúde bucal coletiva; gastos históricos, situação comparativa via SIA/SUS, instâncias internacionais mediando interesses ideológicos na produção de indicadores específicos neste campo.

Quais os Indicadores de legitimação e controle social a serem aplicados nas políticas de saúde bucal na conjuntura atual? Entre outros, tipo de relações de abordagem, trabalho com grupos sociais, com redes ou somente em espaços restritos, que podem ou não legitimar processos de mudanças e estabelecer relações para obter poder, especialmente em nível dos Conselhos de Saúde. Medidas sociológicas de grupos de trabalho que alcancem sua situação e posição de classe frente aos problemas de saúde bucal da sociedade brasileira.

Quais os Indicadores de instâncias de

formação? Número e tipo de cursos de formação de agentes de saúde bucal coletiva com ênfase dada na visão de mundo progressista, nos conteúdos, grau de formalidade, relação entre centros formadores e coletividades, aprendizagem em serviço e outros.

Quais os Indicadores de avaliação das características de unidades operativas? Particularmente espaços de trabalho, orçamento, organização da integralidade, discussão da universalidade e equidade, grau de descentralização, autonomia relativa na discussão nos conselhos de saúde.

Quais Indicadores de avaliação das políticas públicas frente a projetos teórico-metodológico-técnicos de transformação da prática odontológica? Formas de estímulo e incentivo à crítica e criatividade frente a problemas da realidade, projetos de pesquisa apoiados, técnicas utilizadas pela coletividade. Pois em 1996 esta crítica e criatividade foram o eixo produtor de novas políticas e posturas ideológicas frente à realidade e que se faz necessário intensificar.

Quais outros Indicadores de avaliação relacionados com a produção e distribuição dos serviços públicos e privados, alcance da universalidade nos espaços-territórios, *mapas falantes* dos fenômenos observados e suas relações, ações determinantes que resultaram em eficácia social?

Quais Indicadores desenvolver para medir as formas de conhecimento? Transferência à população dos conhecimentos científicos e tecnológicos desmonopolizados para que os meios como a linguagem, os conteúdos e as respostas possam ser observadas.

E, sobretudo, como a sociedade pode

acompanhar Indicadores de avanços na transformação ou modificação da passagem do individual ao coletivo, ou simplesmente a reprodução das condições atuais na dimensão capitalista dominante.

Avanços foram construídos e desenvolvidos, a categoria odontológica tem possibilidade de organizar-se melhor através de novas lideranças e orientar suas preocupações além do corporativo, na busca da qualidade de vida sustentável possível na sociedade brasileira, com opções políticas mais discutidas, orgânicas à sociedade e mais participantes e dinâmicas.

### REFERÊNCIAS:

1. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*. 2011; 5(3).
2. Alonso JMSL, Custódio LF, Rode SM, Portillo JAC. Normatização do SUS e Pastoral da Criança quanto à doença periodontal e condição periodontal das gestantes acompanhadas. *Periodontia*. 2008; 18(3):57-62.
3. Portillo JAC, Menéndez OR. Agenda 21: Que debe esperarse y buscarse para la estomatología del futuro *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*. 2000; 1(2):30-44.
4. Garrafa V, Portillo JAC. Determinantes Sociais da Doença. *Saúde em Debate*, 2009, v. 33 p. 388 – 396.
5. Portillo JAC. Um marco conceitual na questão das práticas em odontologia. *Ação Coletiva*. 1999; 2(4):5-16.
6. Portillo JAC, Ferreira MAD, Ferreira LB. *Abordagem de Comunidades nas Práticas de Saúde*. 1ª. ed. Brasília: Catamaram, 2002. v.1. 44 p.
7. Portillo JAC. A saúde Bucal e a Municipalização da Saúde. *Revista Saúde em Debate*. 1991; 3(2):60-65.
8. Portillo JAC. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. *Revista Divulgação em saúde para debate*. 1996; 13:36-53.
9. Camargo AL, Moysés SJ et al. A saúde bucal no Município de Curitiba. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. 1996; 13:54-65.
10. Portillo JAC. A inserção da Odontologia no SUS. Avanços e dificuldades. Brasília, Universidade de Brasília, 1998. 97 p. (Tese de Doutorado).
11. Assis MMA. A municipalização da saúde em Feira de Santana - Ba: intenção ou realidade? Ribeirão Preto: USP/EERP, 1994. 210 p. (Tese de Mestrado).
12. Bellini HT. Ensaio sobre programas de saúde bucal. *ABOPREV*. 1991; 1(3):1-7.
13. Estado do Ceará, Secretaria da Saúde. *Saúde da família. Um novo modelo de atenção*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado de Ceará, 1995. 20 p.
14. Estado de Pernambuco, Secretaria de Saúde. *Manuais básicos para o sistema móvel de controle da cárie dentária*. Recife, SES/CSB, 1996. 8p.
15. Estado de São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde. *Diretrizes para uma política de saúde bucal para o Estado de São Paulo*. São Paulo: SES-SP, 1995, 15 p.
16. Governo do Distrito Federal. *Projeto Saúde Bucal, Programa Integrado de Saúde Escolar*

- PISE -. Brasília: Secretaria de Educação e Cultura do DF, 1977, 36 p.
17. \_\_\_\_\_. Cárie Zero: projeto de odontologia social e pública do Distrito Federal 1991-2002. Brasília, SMS/NNO/SUS-DF, 1991. 9p.
18. Prefeitura Municipal de Araucária. Programa de odontologia integral. Araucária, PR: SMS, Divisão de Saúde Bucal, 1991. 14 p.
19. Prefeitura Municipal de Camaragibe. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE. Plano Municipal de saúde. Atualização para 1995-1996. Camaragibe: SMS, 1995. 32 p. (mimeo).
20. Prefeitura Municipal de Curitiba. Projeto de saúde bucal. Versão preliminar. Curitiba: SMS, Julho 1995. 25 p.
21. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Construindo um novo modelo assistencial. Fortaleza-CE:SMS, in: Rev. Secretários de Saúde. 1996; 3(13):32-34.
22. Prefeitura Municipal de Icapuí. Manual do sistema de inversão da atenção Controle coletivo da doença; Atividade trimestral. Icapuí, CE: Prefeitura de Icapuí/Secretaria Municipal de Saúde/Estação Saúde, 1995. 54 p.
23. Prefeitura Municipal de Ipatinga. Sistema de atenção odontológica. Ipatinga, MG/SMS, 1993. 15 p.
24. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Normas técnicas e rotinas operacionais em saúde bucal. Porto Alegre: SMS/Divisão de Planejamento, 1995. 19 p.
25. Prefeitura Municipal de Santos. Construção do sistema único de saúde em Santos. Santos: Prefeitura Municipal/Secretaria de Higiene e Saúde, 1990. 48p.
26. Prefeitura Municipal de Timóteo. Novo método pode acabar com as cáries. Timóteo: FAST, 1992. 8p.
27. Portillo JAC. A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. Rev. Saúde em Debate. 1986; (18):52-64.
28. Mendes EV. La producción de conocimientos para la práctica odontológica en América Latina. Rev. CERÓN. 1981; 6(1):7-16.
29. \_\_\_\_\_. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300 p.
30. Menéndez OR. Odontologia: su evaluación con sentido de totalidad social. Acta Odont. Venezolana. 1976; (14):3-37.
31. Menéndez OR, Portillo JAC. Marco de Referência: sua importância no trabalho universitário, nos serviços de saúde e na organização comunitária. Brasília-Guatemala, Rev. Saúde em Debate. 1996. 10 p.
32. Moysés SJ. “Saúdecidade”: do neologismo à implantação das práticas intersectoriais de promoção da saúde. Curitiba, NESCO: Espaço para a Saúde 4(4):11-13, Jan. 1995
33. Organização Panamericana da Saúde. Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde: Avaliação para a transformação. Washington: OPS-HUCITEC, 1995.
34. Pinto VG. Saúde Bucal: panorama internacional. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 257 p.
35. \_\_\_\_\_. A odontologia brasileira às

vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. São Paulo: SANTOS, 1993. 192p.

36. Souza DS. A saúde bucal no SUS. Rev. Divulgação em Saúde para debate. 1991; (6):4-9.

37. Assada RM. Paradigmas da Odontologia. In: Ingresso na busca em 20/02/02. <http://www.odontologia.com.br/noticias.asp?id=129&ler=s#topo>

38. Ministério da Saúde. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasília, MS/SAS/DAB, 2004. 140 p.

39. Ministério da Saúde. Análise dos indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília, MS/SAS/DAB, 2008. 130 p.

40. Cruz KS. et al. Construção social da Prática Odontológica. Revista da Fapese. 2002; 2(1):125-142.

41. De Almeida AB, Alves MS, Leite ICG. Reflexões sobre os desafios da Odontologia no Sistema único de Saúde. Rev. APS. 2010; 13(1):126-132.

42. Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde Bucal das Famílias. São Paulo, Artes Médicas, 1998, 308 p.