

Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil

Dental care models in Brazil

Daniela Alba Nickel ¹
 Fábio Garcia Lima ²
 Beatriz Bidigaray da Silva ^{3,4}

Abstract

This article provides a literature review of dental care models in Brazil, with a specific focus on the Incremental System. Other models that appeared in the research were the Inversion of Care, Early Dental Care, and Family Health Programs. The various authors analyzed the pros and cons, origins, program principles, and evolution of the different dental care models. Finally, the authors observed a common deficiency that impeded access to dental care services: exclusion of the clientele.

Community Dentistry; Dental Health Services; Dental Care

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

³ Prefeitura Municipal de Canguçu, Canguçu, Brasil.

⁴ Centro de Especialidades Odontológicas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

D. A. Nickel

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

Rua Andrade Neves 2895, apto. 401, Pelotas, RS 96020-080, Brasil.

dani_odon@yahoo.com.br

Introdução

O quadro epidemiológico da população jovem brasileira vem se modificando nas últimas décadas. Segundo dados do Ministério da Saúde, coletados em dois grandes levantamentos epidemiológicos nos anos de 1986 e 2004, houve uma diminuição significativa do índice de cárie da população brasileira ^{1,2,3}. Ao menos, esta é a realidade na faixa etária de 12 anos: o CPOD médio nesta idade, que era de 6,7 no ano de 1986, passou para 2,7 no ano de 2004 ^{1,3}.

Como determinante principal da redução do índice de cárie desde os anos 80 está a inclusão de fluoretos tanto na água de abastecimento público dos municípios, quanto nos dentifrícios comercializados ^{2,4}. Como determinante coadjuvante está a odontologia, em sua atuação preventiva e curativa.

A cárie dentária sempre se caracterizou como uma preocupação do setor de atenção público odontológico. Mesmo que outros agravos, como doença periodontal e câncer de boca, tenham expressão na população brasileira ³, os programas de prevenção e educação em saúde bucal se detêm quase que exclusivamente à prevenção da cárie dentária ².

Uma dessas programações de caráter preventivo-curativo que se destaca na prática odontológica moderna é o Sistema Incremental, elaborado na década de 50 (e já ultrapassado), o qual, até

hoje, é utilizado por alguns profissionais como modelo de atendimento.

Graças a essa hegemonia do Sistema Incremental, a saúde bucal de crianças em idade escolar foi priorizada, diferentemente do que ocorreu com outras faixas etárias, que acabaram sendo excluídas da atenção odontológica pública.

No entanto, não mais se admite esta exclusão de clientela em um Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade de atenção – todo cidadão tem direito à saúde – e de integralidade de serviços – as necessidades da população devem ser atendidas em sua totalidade.

Na revisão de literatura, serão apresentados os modelos assistenciais em saúde bucal, desenvolvidos a partir do Sistema Incremental, com maior destaque nas publicações científicas. São eles, além do próprio Sistema Incremental, o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e o Programa Saúde da Família (PSF).

Narvai⁵ (p. 4) traz uma discussão à respeito do termo “modelo assistencial”. Segundo o autor, a palavra “assistência” remete a uma certa “limitação do objeto”, pois se refere exclusivamente ao “conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais”.

Em oposição à palavra “assistência”, é feita referência à palavra “atenção”, sendo definida como um “conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela”⁵ (p. 4), podendo inclusive agregar ações externas ao setor saúde.

Diante das definições de assistência e atenção, o autor utiliza o termo “sistemas de trabalho em saúde bucal” para caracterizar a organização das ações coletivas e individuais prestadas à população⁵.

Aqui, será utilizado o termo “modelo assistencial” tal qual “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”⁶ (p. 10). Lembramos que “modelo” não significa uma “receita a ser copiada”⁵, sendo apenas uma forma de expressar uma organização de serviços odontológicos prestados, a qual deve sempre estar em acordo com as necessidades da população atendida.

Revisão da literatura comentada

Anteriormente à criação do SUS, a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por

meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado⁷.

Somente com a promulgação da *Constituição Federal* de 1988, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente. Pires⁸ acredita que a criação do SUS representou o “rompimento com a lógica da assistência vinculada aos interesses do patronato e com a ação curativista”.

Na época, o Sistema Incremental era o modelo assistencial em saúde bucal vigente no país, sinônimo do tipo de atendimento prestado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), importante órgão responsável pela assistência à saúde da população desde a década de 50 e financiado pelo governo norte-americano^{6,9}. Esse modelo surgiu como proposta de prestação de serviços odontológicos de forma diferencial, programada e sistemática, em contraponto ao sistema de livre demanda utilizado pela odontologia nas décadas anteriores¹⁰.

O município pioneiro na implantação do modelo incremental foi Aimorés, no Estado de Minas Gerais, ainda na década de 50. O objetivo de sua programação era tratar as necessidades acumuladas da população definida, até o completo tratamento para posterior controle^{10,11}. Embora tenha sido desenvolvido para ser aplicado em quaisquer populações, tornou-se um exemplo de assistência aos escolares de 6 a 14 anos de idade. Esta faixa etária foi eleita por possuir uma maior incidência de cárie com lesões em fase inicial e por dispor de um grupo, na maioria das vezes, constante para atendimento^{12,13}.

Os recursos preventivos do Sistema Incremental restringiam-se à fluoretação da água de abastecimento ou, quando este recurso não estava disponível para a população, à recomendação de aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2% nas crianças com idades de 7, 10 e 13 anos¹³.

Portanto, o modelo, mesmo sendo caracterizado como misto (preventivo-curativo), enfatiza a ação restauradora e coloca em segundo plano as ações educativas e preventivas, simploriamente abordadas através de aplicações tópicas de flúor.

Outro fato é que o programa tradicional não apresenta preocupação quanto ao fator de risco de desenvolvimento da cárie e é excludente por atender somente escolares de 6 a 14 anos. Com isso, a população fora desta faixa etária, inclusive aquela recém-egressa do programa, permanece desassistida pelos serviços odontológicos.

O Sistema Incremental resume-se em um programa intensivo e curativo, amparado em pobre metodologia preventiva-educativa, que tenta resolver em curto espaço de tempo problemas acumulados em uma pequena parcela popula-

cional⁹. Seus resultados são satisfatórios quanto aos tratamentos completados em escolares, porém não haverá redução do índice de cárie da população brasileira, como pretendia seu objetivo inicial¹⁰. Os elementos cariados serão substituídos pelos restaurados, não alterando o valor final no índice CPOD.

Apesar das críticas, o modelo incremental teve sua importância na odontologia porque foi um marco da programação do serviço público odontológico, quebrou a hegemonia da livre demanda dos consultórios. Deve-se considerar, ainda, a época em que este modelo foi idealizado, quando os conhecimentos a respeito de cariolgia, microbiologia e planejamento em saúde estavam em um patamar inferior ao hoje experimentado⁹.

Outra ressalva é feita quanto à fluoretação da água de abastecimento público, priorizada pelo programa e com eficácia comprovada de redução do índice de cárie na população¹¹.

Todavia, pode-se dizer que o “incremental” é um sistema ultrapassado para a atual odontologia, preocupada com a prevenção da doença, embora muitos municípios ainda insistam em utilizá-lo como referencial de assistência odontológica⁹.

Diante de novos conhecimentos sobre a prevenção e o controle da cárie, das discussões acerca do atendimento odontológico prestado pelo Estado e dos resultados epidemiológicos insatisfatórios em todo o Brasil, novas opções programáticas surgiram, como a Odontologia Integral, a qual se baseava no modelo incremental sespiado com certas alterações⁹.

A Odontologia Integral ou o Incremental Modificado enfatiza a prevenção, reconhece a cárie como doença infecto-contagiosa, institui o retorno programado para manutenção preventiva e utiliza a idéia de equipe odontológica, formada pelo cirurgião-dentista, pelo técnico de higienização dentária e pelo auxiliar de consultório dentário⁹.

Em decorrência das críticas ao Sistema Incremental, surgiu, no fim da década de 80, o Programa Inversão da Atenção, elaborado pelos professores Loureiro e Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais^{6,9}. Esse modelo contrariou as ações curativas do Sistema Incremental e da Odontologia Integral, descentralizando a atenção curativa clássica, buscando estabilizar o meio bucal para a eficácia dos métodos preventivos⁹.

Ele adapta sua estrutura organizativa à doutrina do SUS e apresenta como característica o controle epidemiológico da doença cárie através da utilização de métodos preventivos⁶. Somente após controlada a doença, inicia-se o tratamento

restaurador definitivo, reabilitação oral e ampliação da cobertura populacional⁹.

Diante das características do modelo, são dadas outras denominações para o Programa Inversão da Atenção: Sistema Universal, Sistema de Ações de Natureza Coletiva e Sistema de Controle Epidemiológico da Cárie⁵.

A organização do modelo ocorre em fases ordenadas de procedimentos com objetivos pré-definidos, são elas: estabilização, reabilitação e declínio. O Programa Inversão da Atenção é desenvolvido seqüencialmente e uma fase só inicia após o término da anterior⁶.

Comparado ao Sistema Incremental, o Programa Inversão da Atenção difere-se por não trabalhar sob a ótica de acúmulo de necessidades e tratamentos completados individuais em seqüência⁵; orienta-se pela prioridade de controlar a doença com conceitos modernos de prevenção e educação em saúde. Por isso, tornou-se um modelo oposto ao tratamento cirúrgico-restaurador.

Porém, existem críticas quanto à abrangência do Programa Inversão da Atenção. Para Zanetti & Lima⁹, esse modelo necessita de um coletivo restrito para atuar e, mais uma vez, as escolas e creches foram alvos do atendimento odontológico. Conseqüentemente, os princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados teoricamente por este sistema não foram seguidos, já que apenas um único grupo populacional é atingido.

Um ponto discutido por Narvai⁵ é o esclarecimento prévio das ações e objetivos do programa para seus usuários, pois, quando as necessidades individuais não são resolvidas imediatamente, pode haver resistência e oposição dos usuários que não entendem claramente o objetivo do programa, confundindo ações intermediárias de adequação do meio bucal com prestação de serviços de baixa qualidade.

Em resumo, o Programa Inversão da Atenção conseguiu romper com o tratamento odontológico cirúrgico-restaurador, enfatizando as medidas preventivas para o controle da doença cárie, no entanto permaneceu com a prioridade (ou exclusividade) de prestação de serviços a um grupo restrito. Ele teve sua implantação em vários municípios para cobrir as falhas do Sistema Incremental curativo, não levando em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, que permaneceu com alto índice CPOD, principalmente aquela não pertencente à faixa etária usuária do modelo.

Outro modelo difundido na odontologia é a Atenção Precoce, que teve como pressuposto a observação de freqüentes problemas bucais em pacientes na primeira infância¹⁴. Esse modelo

resgatou a clientela com idade inferior a seis anos, abandonada desde a década de 50 em virtude da força do modelo incremental, e introduziu nova mentalidade junto à população e profissionais de saúde sobre a importância da prevenção da cárie dentária ainda na dentição decídua^{6,15}.

A primeira experiência do modelo de Atenção Precoce no Brasil ocorreu na Universidade Estadual de Londrina, Paraná, com a criação da Bebê-Clínica, em 1985^{14,15,16}. No serviço público de assistência odontológica, os municípios de Cambé, Londrina – ambos no Estado do Paraná – e Araçatuba – no Estado de São Paulo – foram os pioneiros na implantação da atenção precoce no formato “clínicas de bebês”^{15,16}.

A Atenção Precoce propunha o atendimento à criança antes do primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, e visava à educação do núcleo familiar para realização de tarefas de higienização da cavidade bucal, controle da amamentação noturna após os seis meses de vida e consumo racional de açúcar¹⁶. Conforme Pinto¹¹, a clínica de bebês é considerada uma promissora linha de prestação de cuidados preventivos implementada desde o nascimento da criança.

A metodologia desenvolvida na clínica de bebês engloba duas fases principais: a fase educativa, em que os pais recebem informações sobre saúde bucal e sobre o funcionamento do programa, e a fase preventiva, na qual a criança recebe o atendimento clínico, com retorno previsto a cada dois meses¹⁵.

Observamos na Atenção Precoce um modelo de sucesso para a clientela específica de crianças menores de três anos de idade, com resultados interessantes na redução de cárie dental tanto na idade assistida, quanto nas idades subseqüentes, incluindo os escolares de seis anos de idade – época importante pela erupção do primeiro molar permanente¹⁶. Provavelmente o sucesso na redução do índice de cárie ocorre pela ênfase dada à prevenção e educação em saúde bucal¹⁶. Há questões de motivação envolvidas na fase educativa, diferentemente do que ocorria anteriormente com os modelos Sistema Incremental e Programa Inversão da Atenção.

Entretanto, em alguns municípios, as clínicas de bebês são implantadas sem lógica e estruturação programática⁶. A eficácia do modelo é alterada pela sua individualidade de ação e essa deficiência na conexão da atenção odontológica pública traz deficiências semelhantes às encontradas nos modelos anteriores, não-cumprimento da universalidade, integralidade e equidade nas ações de saúde bucal.

Assim, buscando a integralidade e universalidade de atenção, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o PSF¹⁷. Segundo Pires⁸, “o PSF se

constitui em uma nova porta de acesso ao SUS, uma incorporação prática e reafirmação dos seus princípios”.

A base operacional do programa centraliza-se no atendimento do núcleo familiar, tendo as seguintes diretrizes: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização, adscrição da clientela e equipe multidisciplinar^{18,19}. Portanto, o PSF surge para alterar o modelo hospital-cêntrico e propor a humanização do atendimento e integração entre as ações clínicas e de coletividade²⁰.

Embora a formação das equipes de saúde bucal no PSF tenha ocorrido tardiamente à sua criação, sendo somente regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 267, de 6 de março de 2001²¹, a inclusão da odontologia no PSF contribui para a construção de um modelo de atenção que melhora efetivamente as condições de vida dos brasileiros¹⁷.

O sistema de atendimento utilizado no PSF pelas equipes de saúde bucal deve ser voltado à promoção de saúde, controle e tratamento das doenças bucais, sendo prioritária a eliminação da dor e da infecção. É recomendada a utilização de recursos epidemiológicos na identificação dos problemas da população adscrita para, posteriormente, agir segundo critérios de risco¹⁷.

Na concepção teórica desse programa, os conceitos de universalidade e integralidade tornam-se concretos, auxiliando a rede básica de saúde na diminuição do fluxo dos usuários para a atenção complexa.

Entretanto, para Narvai²², o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde não é assegurado em todas as unidades de saúde da família. Muitas não adquirem de forma resolutiva os serviços de referência e contra-referência, tornando o PSF um programa restrito à atenção básica.

Ainda segundo esse autor, deve haver cautela na implantação de atividades preventivas educativas, as quais não devem sobrecarregar os recursos humanos responsáveis pelas atividades curativas, uma vez que há real necessidade de “cura” de uma demanda remanescente da população assistida. Destaca que o desenvolvimento do programa deve ocorrer “sob acompanhamento do conselho de saúde e a partir de práticas democráticas de gestão”²².

O autor também questiona a forma de implantação do modelo assistencial, que não deve ter estratégia única e imutável, desvinculada das necessidades da população assistida. Deve, sim, produzir diálogo e discussão sobre os serviços a serem prestados na unidade básica de saúde ou na unidade de saúde da família e respeitar os princípios do SUS²².

Uma crítica pertinente ao PSF seria a hegemonia da figura do médico nas equipes multiprofissionais¹⁹, que é refletida muitas vezes nas melhores condições salariais da classe médica, quando esta é comparada a outras classes profissionais vinculadas à equipe. A inexistência da paridade salarial poderá produzir efeitos indesejáveis no funcionamento da equipe, prejudicando as metas de trabalho e conseqüentemente o serviço prestado à comunidade.

Outro fato negativo é a forma de contratação dos profissionais¹⁹ em alguns municípios que não utilizam concursos públicos. Assim, o ingresso de profissionais realmente capacitados torna-se restrito, suscetível a políticas partidárias e favorecimentos desleais.

O PSF deve seguir seus princípios iniciais para conseguir reorganizar a saúde pública e atingir sua meta principal de promover condições ideais de vida e saúde para a população brasileira, de forma integral e universal. Logo, é indispensável tornar disponíveis serviços de referência e contra-referência atualizados para o atendimento da população, contratar profissionais concursados para assegurar sua qualificação e manter o número pré-estabelecido de equipes de acordo com o número de famílias adscritas, evitando o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados.

Considerações finais

Acredita-se que as falhas dos modelos analisados são semelhantes quanto à universalidade e integralidade de atenção. Os modelos foram concebidos para atuar em clientela específicas e existiram como principal ou única forma de acesso aos serviços odontológicos. Um modelo assistencial deve ser vinculado às ações de saúde da unidade básica e não tornar-se única forma de acesso da população aos serviços de assistência odontológica. Portanto, é imprescindível a programação na implantação dos modelos para evitar a exclusão de usuários.

Entretanto, todos os modelos até então elaborados constituíram a evolução da assistência odontológica pública brasileira. Consideramos a apropriação do conhecimento acerca da evolução dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil 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.

Resumo

Foi realizada uma revisão da literatura sobre os modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, desenvolvidos a partir do Sistema Incremental. Os modelos destacados nas publicações científicas utilizadas como referência foram, além do Sistema Incremental, o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia e o Programa Saúde da Família. Foram descritas as origens e as bases da programação, caracterizando-se os fatos positivos e negativos de cada modelo. Ao fim, foi constatada uma falha comum que dificulta o acesso universal e integral à atenção odontológica: a exclusão de clientela.

Odontologia Comunitária; Serviços de Saúde Bucal; Assistência Odontológica

Colaboradores

D. A. Nickel participou na revisão da literatura e redação do artigo. B. B. Silva e F. G. Lima colaboraram na redação e organização do texto.

Referências

- Roncalli AG. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil 1986-1996. <http://www.angelonline.cjb.net> (acessado em Fev/2005).
- Área Técnica de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. *Divulg Saúde Debate* 2000; 21:68-73.
- Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil – condições de saúde bucal da população brasileira, resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade* 1999; 1:25-9.
- Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Rede CEDROS; 1992.
- Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-13.
- Oliveira AGRC, Souza ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, organizadora. *Odontologia preventiva e social: textos selecionados*. Natal: EDUFERN; 1997. p. 114-24.
- Pires ROM. A saúde pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família. http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa_2004/textos_didaticos/body/v04n1td1.html (acessado em 14/Dez/2004).
- Zanetti CHG, Lima MAU. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg Saúde Debate* 1996; 13:18-35.
- Corrêa AP. Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1985.
- Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- Frankel MJ, Chaves MM. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. *Rev Bras Odontol* 1952; 10:236-48.
- Ramos PAV, Pitoni LC. Análise do Sistema Incremental – atendimento odontológico nas escolas municipais. In: Relatório do 3º Encontro de Saúde Pública em Odontologia. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 1974. p. 137-51.
- Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6:83-6.
- Walter LRF, Garbelini ML, Gutierrez MC. Bebê-Clínica, a experiência que deu certo. *Divulg Saúde Debate* 1991; 6:65-8.
- Baldani MHP, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à saúde bucal. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003; 6:210-6.
- Souza DJ, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2001; 2:7-28.
- Ministério da Saúde. Detalhes sobre Programa Saúde da Família. <http://www.saudedafamilia.hpg.com.br/psf/principio%20s.htm> (acessado em 01/Jul/2001).
- Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003.
- Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:316-9.
- Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipe de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).
- Narvai PC. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSE. <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm> (acessado em Mar/2005).

Recebido em 22/Mar/2006

Versão final reapresentada em 02/Mai/2007

Aprovado em 05/Jun/2007