

# MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: revisão de literatura

## ASSISTANCE MODELS IN ORAL HEALTH IN BRAZIL: literature review

Elza Bernardes Ferreira<sup>1</sup>, Thalita Queiroz Abreu<sup>2</sup> e Ana Emília Figueiredo de Oliveira<sup>3</sup>

### Resumo

**Introdução:** Entende-se por modelo assistencial 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. Ao longo dos anos, diversas tentativas aconteceram no intuito de se estabelecer um modelo efetivo de saúde bucal. O conhecimento desses modelos é de suma importância para a construção de uma odontologia pública de qualidade e maior eficácia. **Objetivos:** Discorrer a respeito dos modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Métodos:** Realizou-se revisão de literatura com abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 1988 e 2008 e, o idioma, textos em português, utilizando como palavras chaves "Odontologia Comunitária", "Programas Nacionais de Saúde" e "Saúde Bucal". **Resultados:** Foi possível identificar na literatura consultada os seguintes modelos: Sistema Incremental, Odontologia Simplificada e Integral, Programa de Inversão da Atenção, Atenção precoce em Odontologia e Odontologia a partir do Núcleo Familiar. **Conclusão:** Foi possível observar que todos os modelos assistenciais em saúde bucal, apesar das falhas, tiveram sua importância no processo de construção e reestruturação do Sistema Único de Saúde e que o entendimento a respeito da evolução de tais modelos é primordial para o desenvolvimento de práticas alternativas àquelas que fracassaram ao longo dos anos.

**Palavras-chave:** Odontologia Comunitária. Programas Nacionais de Saúde. Saúde Bucal.

### Abstract

**Introduction:** Assistance model is the way in which the health actions are produced and how the health services and the state work together to produce and distribute them. Over the years, several attempts were done in order to establish an effective model of oral health. Knowledge about these models is of paramount importance for the construction of a public dental quality and greater efficiency. **Objective:** Discuss about the assistance models of dental health in Brazil. **Methods:** We conducted a literature review with the temporal scope of the studies defined between the years 1988 and 2008. We used the texts in Portuguese language, and "Community Dentistry", "National Health Programs" and "Oral Health" as keywords. **Results:** The following models were identified in the literature: incremental system, simplified comprehensive dentistry, inversion of attention program, early dental attention and nuclear family dentistry. **Conclusion:** It was possible to observe that all care models of oral health, despite the mistakes, had their importance in the construction and restructuring of the Public Health System. The understanding of the evolution of such models is crucial for the development of alternative practices to those that failed over the years.

**Keywords:** Community Dentistry. National Health Programs. Oral Health.

## Introdução

O Ministério da Saúde define "modelo assistencial" sendo, de maneira geral, 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<sup>1</sup>.

A assistência odontológica até os anos 50 era prestada, principalmente, nos centros urbanos por dentistas em prática privada, pagos por desembolso direto. A prática odontológica seguia, de forma bastante similar, os padrões assistenciais da medicina e reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática odontológica da Escola Norte Americana, adotado nas universidades brasileiras, podendo ser caracterizada como cientificista ou flexneriana, na medida em que privilegiava o individualismo, tendo o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde<sup>2</sup>.

Na década de 50 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) implementou o primeiro programa de

saúde pública no Brasil, conhecido como Sistema Incremental, cujo alvo principal era a população em idade escolar, considerada epidemiologicamente como mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível as intervenções de saúde pública<sup>3</sup>.

A odontologia se viu reduzida aos programas odontológicos a escolares. O Sistema Incremental se tornou ineficaz à medida que foi se transformando em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas com exclusão da assistência ao restante da população ao acesso e tratamento odontológico<sup>4</sup>.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, os modelos assistenciais de abrangência municipal passaram a ter uma expressiva importância, com o início da implantação da municipalização das ações de saúde. A Saúde Bucal Coletiva, enquanto paradigma da programação da Odontologia no Contexto do SUS traz como princípios a universalidade da aten-

<sup>1</sup> Professora Substituta do Curso de Odontologia - Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Odontologia - Instituto Florence - São Luís - MA.

<sup>3</sup> Docente do Curso de Odontologia - Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Contato: Elza Bernardes Ferreira. E-mail: elza\_bernardes@hotmail.com

ção, equidade, territorialização, integralidade e controle social. Essas diretrizes foram as que puseram em cheque os modelos vigentes e imputaram um desafio muito grande aos municípios que se propuseram a reorganizar os seus modelos assistenciais<sup>1</sup>.

A partir daí surgiram outros modelos que nortearam as ações em odontologia a fim de garantir a universalidade do acesso, como o Programa de Inversão da Atenção, a Atenção Precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês) e a Odontologia a partir do Núcleo Familiar (Saúde da Família).

Dessa forma, sabendo-se da importância dos modelos assistenciais para a construção de uma odontologia pública de maior eficácia e qualidade, o presente trabalho tem como objetivo observar na literatura relatos de modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil.

## Metodologia

Esta revisão bibliográfica foi dividida em duas etapas: a primeira etapa consistiu na procura dos descritores no site Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>). Depois foram estabelecidos dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 1988 e 2008 e, o idioma, textos em português. Essa busca foi feita no SCIELO e Lilacs.

Os descritores utilizados foram: "Odontologia Comunitária", "Programas Nacionais de Saúde" e "Saúde Bucal".

## Resultados

Foram selecionadas 37 referências que atenderam aos critérios de refinamento. Desses, foram excluídos os textos duplicados, o que redundou um quantitativo de 26 trabalhos. Foi possível identificar como principais modelos assistenciais o Sistema Incremental, Odontologia Simplificada, Odontologia Integral, Programa Inversão da Atenção (PIA), Atenção precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês e Odontologia a partir do Núcleo Familiar).

## Discussão

Modelo assistencial pode ser definido como "conjunto de ações que, incluindo a assistência individual, não se esgota nela". Porém, é importante o entendimento de que um modelo assistencial apenas nos dará bases para reorganização da atenção primária enquanto profissionais da odontologia, não sendo uma fórmula mágica para organização dos serviços<sup>5</sup>.

No começo do século passado, a odontologia era caracterizada por atividades fundamentadas no modelo hegemônico, realizada fundamentalmente pelo cirurgião-dentista. Era baseada no paradigma flexneriano, caracterizado por ser mecanicista, biologicista, individualista, especialista e curativista. Somente a partir da década de 50 que a odontologia iniciou um processo interno de questionamento e busca de novas soluções<sup>6</sup>.

### Sistema Incremental

Historicamente, a assistência odontológica pública no Brasil adquiriu estrutura a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado

pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos 50 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde. Nesse período, os modelos gerenciais que orientavam as ações de saúde bucal estavam estabelecidos de forma disseminada entre as várias instituições que prestavam assistência odontológica. Dentre estes modelos gerenciais, o que se estabeleceu como hegemônico foi o Sistema Incremental em escolares que, na maioria dos casos, estava ligado aos programas de Saúde Escolar<sup>7</sup>.

O Sistema Incremental, apesar do grande progresso que representou para a assistência odontológica da época, se mostrou já no início dos anos 70, como um modelo ultrapassado, tanto do ponto de vista de sua eficácia, quanto de sua abrangência e cobertura. No primeiro caso, pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, bem diferente da concepção curativo-preventiva, o que provocou, na melhor das hipóteses, um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. No que se refere à abrangência, tratava-se de um modelo excludente, na medida em que priorizava (mais no sentido de exclusividade do que de prioridade) os escolares de 7 a 14 anos (com algumas variações), supondo-se ser uma parcela da população de fácil acesso. Pensava-se que, realizando o atendimento daquelas crianças em idade escolar, quando estas chegassem à idade adulta, já não mais apresentariam problemas de saúde bucal. Acontece que, excluindo-se o restante da população do atendimento preventivo-curativo, não houve sucesso quanto a redução do índice CPO-D (Dentes Cariados Perdidos e Obturados). Seus resultados são satisfatórios quanto ao tratamento completado em escolares, porém não houve redução do índice de cárie da população brasileira, como pretendia seu objetivo inicial<sup>8,9</sup>.

Embora tenha sido um modelo programático, ou seja, em tese poderia ser aplicado a qualquer clientela circunscrita, o Sistema Incremental acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal (na realidade, um modelo de assistência a escolares) e se manteve como hegemônico por mais de 40 anos. Esse sistema se tornou ineficaz à medida que foi se transformando em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência do enfoque epidemiológico dos programas<sup>9,10</sup>.

Apesar das limitações do Sistema Incremental, ele foi adotado na época por grande parte dos municípios brasileiros devido a sua comodidade em realizá-lo. Devido às práticas preventivas, ainda que incipientes de fluoretação da água de abastecimento naquelas regiões desprovidas de tal elemento químico, bem como a aplicação tópica de flúor na clientela adstrita ao programa, foi um marco para o desenvolvimento da saúde bucal pública no país, tendo em vista a quebra do modelo de livre demanda nos consultórios<sup>11</sup>.

Assim, no período entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública brasileira tinha como característica possuir um modelo predominante de assistência a escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental) e, para o restante da população, a assistência se dava de forma disseminada entre as variadas instituições, dentre as quais as convenia-

das com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas<sup>9,10</sup>.

### Odontologia Simplificada

A expressão odontologia simplificada apareceu no discurso odontológico brasileiro nos anos setenta. A mesma expressão vinha sendo utilizada também em outros países da América Latina. A odontologia simplificada fazia crítica da odontologia científica e se reivindicava alternativa, a partir de outro paradigma<sup>11</sup>.

O sistema simplificado oferecia o aproveitamento racional do tempo do profissional de nível superior pelo surgimento, nesse período, do pessoal auxiliar; o número de consultas necessárias para chegar ao término do tratamento diminuiu ao mesmo tempo em que aumentava o número de usuários atendidos em função do aumento dos tratamentos concluídos. Com todas essas mudanças a odontologia simplificada não comprometia a qualidade dos serviços prestados aos usuários<sup>12</sup>.

Embora essa odontologia discursasse sobre a importância da prevenção, sua prática priorizava o curativo, na medida em que não se transformavam os elementos estruturais da odontologia flexneriana, mas, apenas se lhes racionalizavam<sup>11</sup>.

### Odontologia Integral

O contexto conflituoso, colocado, principalmente, pelos dilemas da quantidade versus qualidade e da prevenção versus curativo obrigou a uma reflexão mais profunda sobre a prática da odontologia simplificada, dando início a uma outra concepção de odontologia alternativa, que não deveria ser mais uma prática complementar à odontologia científica, mas uma nova forma de pensar e fazer odontologia. Essa prática é a odontologia integral<sup>12</sup>.

Esse modelo enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Tradicionalmente localizados nas escolas, os consultórios foram transferidos para as Unidades Básicas de Saúde, proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e gerando uma assistência mais universal. Além disso, foram paulatinamente ampliados estes espaços, aumentando a capacidade do sistema. Suas características principais foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar<sup>7</sup>. Porém se baseava ainda no Sistema Incremental com certas alterações<sup>9</sup>.

### Programa Inversão da Atenção (PIA)

Em função de várias críticas ao Sistema Incremental, entre elas o fato de ser um programa excludente, e extremamente curativista, baseado, principalmente no número de tratamentos completados e não no controle e declínio da doença cárie, surgiu no final dos anos 80 e início da década de 90 o Programa Inversão da Atenção (PIA) elaborado pelos professores Loureiro e Oliveira, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), cujo princípio básico é a mudança do enfoque de "cura" da cárie para o "controle". Esse programa obteve um relevante sucesso em

alguns municípios de Minas Gerais, entre os mais significativos, João Monlevade e Timóteo<sup>8,9</sup>.

Na realidade, o grande valor deste sistema foi o resgate de uma matriz programática sob as novas bases que se apresentavam (em síntese, os princípios do SUS). Conceitualmente, o sistema buscou incorporar os avanços da Odontologia Integral adaptando seu marco teórico a uma estrutura organizativa baseada no SUS. Sua principal característica baseava-se intervir antes e controlar depois. Estabeleceu um modelo centrado em três fases, interrelacionadas e retroalimentadas por um sistema de informação eficaz. A primeira fase, a "estabilização", visava reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não-invasivas, para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão. A segunda fase, a "reabilitação", ocorreu o restabelecimento da estética e função perdidas pelas seqüelas da doença. Na terceira fase se dá o "declínio", objetivando o controle da doença e da lesão e supondo trabalhar com a população sobre os fatores condicionantes, com a introdução de noção e métodos de auto-cuidado. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da "cura" para "controle" e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional<sup>8,13,14,15</sup>.

Apesar dos avanços apresentados por essa modalidade de atendimento, verifica-se, ainda, a prevalência dos escolares no desenvolvimento das ações programáticas em saúde. Entretanto, nota-se o desenvolvimento das ações preventivas em detrimento das técnicas exclusivamente curativas e mutiladoras do modelo anterior. Contudo, devido aos fatores já estudados, o modelo não leva em conta as reais necessidades epidemiológicas da população, não havendo, assim, redução significativa do índice CPOD, principalmente naquela faixa etária não atendida pelo programa<sup>16</sup>.

O padrão teórico referencial do PIA em muito se assemelha a outras elaborações teóricas surgidas anteriormente, como a Odontologia Integral, na maneira de que são mantidas as mesmas críticas ao modelo vigente e resgata a necessidade de uma abordagem preventivo-promocional na batalha às doenças bucais. Do ponto de vista da lógica programática, incorpora conceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), territorialização, busca da universalidade da atenção e trabalha com tecnologias preventivas de alto conteúdo controlador e tecnológico-dependentes, como, por exemplo, a utilização desenfreada de selantes<sup>5,8,13</sup>.

### Atenção precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês)

A atenção precoce é uma conquista da Odontologia, e representa a incorporação de um novo entendimento da abordagem das doenças bucais fortemente centrada numa perspectiva preventiva-promocional. Iniciada a partir do desenvolvimento da Cariologia, a sua incorporação na prática deveu-se à disseminação da idéia do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, reforçando a importância do controle dessa o mais precocemente possível<sup>5,17,18</sup>.

Devido a prática contínua de se priorizar o grupo dos escolares de 7 a 14 anos, a assistência odontológica a crianças menores de 6 anos sempre se estabeleceu como um problema ao Brasil. Esta exclusão da população abaixo de 6 anos era explicada pelo conhecimento predominante em relação ao desenvolvimento da doença cárie, bem como por critérios operacionais (era mais prático atender somente escolares de primeiro grau). A concepção de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não trazia nenhuma relação com a dentição permanente trouxe a idéia de que o tratamento para a dentição decídua não era necessário (pelo menos em nível de Saúde Pública). Este fundamento se estruturou em uma norma bastante conhecida de tratar somente os molares permanentes em programas de atenção a escolares<sup>19</sup>.

A partir dos avanços no estudo da cárie e sua inclusão na prática de alguns sistemas de saúde bucal no Brasil, o princípio do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa se expandiu, ressaltando a importância de seu controle o mais precocemente possível. A atenção precoce em Odontologia surge com o resgate destes conhecimentos, enfatizando a necessidade de inclusão da clientela de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal. A atenção odontológica precoce a partir do nascimento foi iniciativa pioneira da Universidade Estadual de Londrina (PR), com a implantação da Bebê-Clinica pelo professor Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, estratégia conhecida como "Odontologia para Bebês". O resultado desta estratégia comprovou a eficácia de um programa com enfoque totalmente inovador, mostrando diferenças significativas em relação à prevenção da cárie dental em idades mais precoces do início do atendimento. Outros serviços setorizados e consultórios particulares passaram a oferecer este tipo de trabalho, entretanto não é ainda de fácil acesso a população<sup>20</sup>.

A atenção odontológica precoce foi introduzida com o objetivo de manter a saúde bucal, dentro de uma filosofia de tratamento educativo e preventivo, considerando que é consensual entre os estudos que o acometimento precoce das lesões de cárie ocorre na primeira infância e o aumento de sua prevalência e severidade estabelece-se de acordo com a idade<sup>21</sup>.

Entretanto, a implementação dessa prática dentro dos serviços deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade. A disseminação de uma técnica preventiva apenas, dirigida a uma população restrita, sem se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população a ser assistida, corre o risco de gerar modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes<sup>5,18</sup>.

De certa maneira, pode-se estabelecer o mesmo raciocínio para a expansão das bebês-clínicas e do PIA. Ambos refletem as deficiências históricas dos municípios em resolver seus problemas de assistência à saúde bucal de "dentro para fora", preferindo modelos prontos e implantados acriticamente<sup>5</sup>.

#### **Odontologia a partir do Núcleo Familiar.**

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em janeiro de 1994, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assis-

tencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado pela cura de doenças e para a atenção hospitalar<sup>22</sup>. Representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem da questão da saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde; e uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Esta concepção não é mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações pragmáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais<sup>23</sup>.

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. Deste modo, há uma sintonia entre as formulações do Programa de Saúde da Família com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde<sup>24</sup>.

A estratégia do PSF propõe uma dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada<sup>24</sup>.

No ano 2001, ocorreu a inclusão dos profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário) ao PSF, pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, em termos de promoção ou de proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção<sup>25</sup>.

Em 2004, em função da grave situação bucal apresentada pela população brasileira, surgiu a necessidade da elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente. Esta política aparece como elemento chave para a ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos, principalmente os de maior complexidade com a instalação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que tem como objetivo contribuir para a melhoria dos indicadores epidemiológicos<sup>26</sup>.

No entanto, existem algumas críticas ao PSF como, por exemplo, o acesso integral dos indivíduos aos serviços públicos de saúde que não é assegurado em todas as unidades de saúde da família, já que os serviços de referência e contra-referência muitas vezes não são adquiridos de forma resolutiva, tornando o PSF um programa restrito à atenção básica<sup>4</sup>.

Além disso, o que se vê ao longo dos anos são equipes centradas na figura do médico visto como o

“chefe”, sendo refletida nas melhores condições salariais dessa classe quando comparada aos outros profissionais vinculados à equipe, o que contribui negativamente nos serviços prestados à comunidade, bem como o desenvolvimento de ações curativas centralizadas na figura do Cirurgião-Dentista, que insiste em atender apenas entre quatro paredes, praticando ainda ações semelhantes ao do modelo incremental da década de 50<sup>23</sup>.

Outra crítica pertinente ao PSF é a forma de contratação dos profissionais 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<sup>23</sup>.

Com base nestas considerações, o entendimento a respeito da evolução dos modelos assistenciais em

saúde bucal no Brasil torna-se indispensável para o desenvolvimento de práticas alternativas àquelas que fracassaram no passado.

Apesar do fracasso, os avanços desses modelos foram inegáveis para o processo de construção e reestruturação do Sistema Único de Saúde, porém tais avanços ainda estão longe de consolidar esse sistema. Esses modelos caracterizaram-se como excludentes, centralizadores, movidos por uma prática curativista, tecnicista e mutiladora.

Desse modo, é pertinente o conhecimento de tais modelos para que se possam programar as ações dentro do Sistema Único de Saúde, elevando, assim, as ações promovidas de forma a se apreciar os princípios do SUS em sua totalidade.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria Geral/SESUS. Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990, 60p.
2. Cordón J. Crítica a atual odontológica (sic) e suas relações com a formação de recursos humanos odontológicos. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1981. In: SERRA CG. *A Saúde Bucal como Política de Saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998, 132p.
3. Pinto VG. *A Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Editora Santos, 2000.
4. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40(N Esp): 141-7.
5. 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(1): 9-14.
6. Calado SG. *A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2002, 122p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica, Nº 17).
8. Loureiro CA, Oliveira FJ. *Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal*. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.
9. Zanetti CHG, Lima MAU, Ramos L, Costa MABT. Em busca de uma paradigma de pro-gramação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 1996; (13): 18-35.
10. Zanetti CHG. *As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caos das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. 1993, 145p.
11. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
12. Mendes EV. *O Planejamento da Saúde no Brasil: Origens, Evolução, Análise, Crítica e Perspectivas*. Brasília, OPS, 1988, 31p.
13. Matos DL. *Análise do programa "Promoção de Saúde Bucal" implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte*. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 1993. 50p.
14. Werneck MAF. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança*. [Dissertação] Niterói: Universidade Federal Fluminense. 1994, 84p.
15. Ferreira IRC. A equipe de saúde bucal e os processos de educação em saúde. [Dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí. 2007. 116 p.
16. Nickel AD. *Modelo de Avaliação da Efetividade da Atenção em Saúde Bucal*. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008, 89p.
17. Guimarães AO, Costa ICC; Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003; 6:(29) 83-6.
18. Volpato LER, Figueiredo AF. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2005; 5 (1): 45-52.
19. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o bebê. Odontopediatria do nascimento aos três anos*. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
20. Walter LRF, Garberlini ML, Gutierrez MC. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. *Divulgação em saúde para o debate*, 1991; (6): 65-8.
21. Bönecker MJS *et al*. Redução na prevalência e severidade de cárie dentária em bebês. *J Bras Odontoped*, 2000; 3(14): 334-340.
22. Rocalli AG. O desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 43-9.
23. Pereira AC. *Odontologia em Saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

24. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34(3): 316-9.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação da atenção básica. Saúde Bucal. Informe Atenção Básica n. 7, ano 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
26. Garcia DV. *A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal percorrendo os bastidores do processo de formulação*. [Tese]. Instituto de Medicina Social - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006, 105p.