

Paulo Capel Narvai

Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade

Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality

RESUMO

O ensaio aborda o surgimento das primeiras atividades odontológicas sob responsabilidade do poder público no Brasil e sua evolução no século XX, enfatizando a emergência do marco referencial denominado odontologia sanitária. Caracteriza, sumariamente, a odontologia social e preventiva e a odontologia de mercado, indicando as principais publicações que se ocuparam dessas correntes. As características essenciais da saúde bucal coletiva e da *bucalidade* são apresentadas, tecendo-se considerações sobre a articulação da saúde bucal coletiva com a saúde coletiva. Discutem-se as implicações do conceito de *bucalidade* para a organização da prática odontológica e a necessidade de reorientação do trabalho clínico nos serviços de saúde bucal, no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro. Indicam-se os elementos essenciais de uma agenda para a saúde bucal coletiva, com base nas proposições apresentadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

DESCRITORES: Saúde pública. Promoção da saúde. Educação em saúde. Saúde bucal. Serviços de saúde bucal. Saúde coletiva.

ABSTRACT

This essay focuses on the pioneer activities of public health dentistry in Brazil and its evolution in the 20th century with emphasis on the emergency of a landmark, the *sanitary dentistry*. Social and preventive dentistry and market dentistry, with reference to the main theoretical works representative of these trends, are presented. The essential characteristics of *collective oral health* (Brazilian variant of public health dentistry) and *buccality* are presented. The relationship between collective oral health and collective health as well as the implications of the buccality concept for the development of public health dentistry actions and new guidance of clinical practice in public services of the Brazilian Health System (SUS) are discussed. The key elements of an agenda for collective oral health based on proposals presented at the 3rd National Conference on Oral Health are addressed.

KEYWORDS: Public health. Health promotion. Health education. Oral health. Dental health services. Collective health.

Departamento de Prática de Saúde
Pública. Faculdade de Saúde Pública.
Universidade de São Paulo. São Paulo, SP,
Brasil

Correspondência | Correspondence:
Paulo Capel Narvai
Faculdade de Saúde Pública
Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: pcnarvai@usp.br

Recebido: 23/3/2006

INTRODUÇÃO

A publicação do “Manual de odontologia sanitária”,⁵ em 1960 por Mário Chaves, marcou profundamente a teoria e a prática das intervenções de saúde pública no campo odontológico no país, influenciou várias gerações, e estendeu sua influência por toda a América Latina. Dois anos depois, a publicação da versão espanhola dessa obra pela Organização Pan-americana da Saúde⁶ consagrou a obra definitivamente.

Segundo Vasconcellos,²² a Lei n. 1.280, de 19/12/1911, criou os três primeiros cargos de cirurgia-dentista na administração pública paulista. Com isso, iniciou-se o atendimento odontológico público ao efetivo da então Força Pública e aos cidadãos sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Em 1929, profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior, então responsável pelas atividades ligadas à educação e à saúde no Estado. Em 1932, após a criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, instituiu-se a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário para “atender a população de escolares da rede pública estadual”. Vasconcellos assinou ainda que, com a criação da secretaria estadual de saúde paulista, em 1947, instituiu-se a recomendação de que os centros de saúde contassem com um “Serviço de Higiene Buco-Dentária”. Desde então, sucessivos arranjos institucionais marcaram a organização da assistência odontológica pública, tanto em São Paulo como em outras unidades federativas.²¹

Embora tais profissionais buscassem desenvolver ações educativas,^{21,22} sua prática clínica reproduzia, essencialmente, o que faziam os dentistas nos consultórios particulares. A abordagem era individual e não se lograva realizar um diagnóstico de situação em termos populacionais e, menos ainda, se utilizava qualquer tecnologia de programação resultante de processos de planejamento que considerassem a saúde bucal da população como um todo.¹⁴

Tal cenário mudou radicalmente quando, em 1952, o SESP - Serviço Especial de Saúde Pública implementou os primeiros programas de odontologia sanitária, inicialmente em Aimorés, MG, e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil.¹⁴ O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País.^{13,14}

Narvai¹⁴ assinalou que no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, a *proibição* do acesso ao consultório odontológico privado à maioria dos cidadãos brasileiros produziu uma discreta, mas significativa ruptura na produção de serviços odontológicos, devido ao surgimento de uma modalidade estatal de produção desses serviços. A odontologia de mercado seguia absolutamente majoritária, mas deixou de ser a única modalidade assistencial neste segmento do setor saúde.

Essa nova *modalidade estatal de produção* de serviços odontológicos baseava-se na odontologia sanitária.

O presente estudo aborda o surgimento das primeiras atividades odontológicas sob responsabilidade do poder público no Brasil e sua evolução no século XX, enfatizando a emergência do marco referencial denominado odontologia sanitária.

Odontologia Sanitária

Segundo Chaves,⁵ a odontologia sanitária “é a disciplina da saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral (...) da comunidade”, sendo esta entendida como “uma cidade ou parte dela, um estado, região, país ou grupo de países (...). Em qualquer nível, o que é importante é a visão de conjunto da comunidade, tanto mais complexa quanto mais extensa geograficamente e maior a população (...). A idéia de que odontologia sanitária é ‘prevenção’ ou de que é ‘assistência ao indigente, à gestante, ao escolar, ou a qualquer outro grupo’, [grifos no original] não tem razão de ser. Odontologia sanitária é trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral.”

A experiência desenvolvida pelo SESP em Aimorés e em outras localidades, foi objeto de análise e reflexão por profissionais de saúde pública com boa formação teórica e originou vários artigos, destacando-se o de Freire¹⁰ (1964), além do livro de Chaves.⁵

O “Manual de odontologia sanitária” originou-se, portanto, da prática desenvolvida por profissionais da área odontológica em saúde pública no Brasil, nos anos 50 do século XX. Outro marco importante, num esforço de reflexão e sistematização dessas experiências foi o Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.⁸ Narvai¹⁴ assinala o papel de Mário Chaves e Alfredo Reis Viegas na organização desse curso, enfatizando que “a esses dois pioneiros da odontologia em saúde pública no Brasil

podem ser creditados os fundamentos teóricos que nortearam a formação de centenas de cirurgiões-dentistas sanitaristas brasileiros e de outros países da América Latina”.

A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para *diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade* foi o denominado *sistema incremental*. Pinto²⁰ o conceitua como “método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”, assinalando a previsão de “uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo fornece apoio a estas ações”. O autor ressalta que, embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, “sua metodologia geral, com algumas modificações, pode ser facilmente aplicada a outros grupos”.

Analisando o emprego dessa tecnologia no Brasil, Diniz⁸ pondera que “foi quase uma panacéia para os sanitaristas e para os administradores de serviços odontológicos em nível central, tanto dos órgãos de saúde como nos de formação de recursos humanos” enfatizando que uma norma técnica do SESP “recomendava dar maior ênfase aos (...) escolares por permitir, em virtude de sua concentração nas escolas, um trabalho sistemático e uma ação dinâmica (...) oferecendo tratamento no próprio local de ensino.”

Com tais características e recomendações, a ferramenta se confundiu com a própria odontologia sanitária perdendo-se a noção, tão cara a Chaves, de “trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade”. A odontologia sanitária se viu, então, reduzida aos programas odontológicos escolares. Para Narvai,¹⁴ o sistema incremental tornou-se ineficaz à medida que foi “transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente” e, em contextos de “precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas”.

A odontologia sanitária teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado – e fracassou.

Odontologia de mercado

A *odontologia de mercado*¹⁴ jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência

odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da *odontologia de mercado* está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas.¹⁵

Neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços.

Odontologia social e preventiva

Tendo seu apogeu durante a época mais obscura da ditadura militar (1968-1978),¹⁴ as formulações teóricas da odontologia sanitária foram associadas a esse contexto autoritário, entrando em declínio nos anos 80.

A segunda metade do século passado testemunhou o surgimento de várias odontologias no Brasil. No meio acadêmico, consagrou-se a expressão “odontologia social e preventiva” como *locus* dessa profusão de proposições. Em “Odontologia e saúde bucal coletiva”, Narvai¹⁴ discorre sobre as seguintes odontologias: sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, comunitária e, também, a saúde bucal coletiva, analisando-as *vis-a-vis* com os contextos nas quais emergiram, e explorando suas conexões com propostas mais gerais para o setor saúde e com diferentes projetos de sociedade.

Em 1989, Pinto²⁰ lançou seu livro “Saúde bucal: odontologia social e preventiva” que se tornou obra de referência da área. O autor organizou, sistematizou e atualizou as bases teóricas sobre as quais se deveriam assentar o planejamento e a programação das ações de saúde pública na área odontológica. Ao lado da segunda edição, ampliada e revisada, do livro de Mário Chaves,⁷ lançada em 1977 com o título alterado para “Odontologia Social”, o livro de Pinto correspondeu a uma expressiva contribuição, tanto ao planejamento de serviços quanto à formação de recursos humanos.

Já próximo do final do século a ABOPREV - Associação Brasileira de Odontologia Preventiva, publicou “Promoção de Saúde Bucal”, obra coletiva que reuniu

dezenas de autores brasileiros e estrangeiros, sob coordenação de Kriger,¹¹ ampliando ainda mais as bases técnicas e científicas sobre as quais se poderiam apoiar o planejamento e a gestão de serviços odontológicos. Mais recentemente, esforços significativos nesse sentido vêm sendo empreendidos por Pereira¹⁸ (2003), com o lançamento de “Odontologia em saúde coletiva”, e por Angelim¹ (2006), com “Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas”.

Com “Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica” por Luiz et al¹² (2005) e “Epidemiologia da saúde bucal”, por Antunes & Peres² (2006), a área, desbravada pela odontologia sanitária, prosseguiu reafirmando sua vocação para a contemporaneidade e o diálogo competente e altamente qualificado com o que há de melhor na produção científica mundial, em decorrência da qualidade e do alto nível teórico dessas obras.

Em 2000 foi publicada a quarta edição do livro de Pinto,¹⁹ agora com novo título: “Saúde bucal coletiva”.

A propósito, Narvai¹⁵ (2001) assinalou aumento da frequência da expressão *saúde bucal coletiva* em publicações científicas e técnicas, argumentando que “à expressão *saúde bucal* acrescentou-se, durante os anos 80, no Brasil, o termo *coletiva*. Passou-se a falar, sobretudo no Estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da saúde coletiva, em *saúde bucal coletiva*” ponderando que, além de aparecer em vários artigos e livros, uma entidade nacional (Abrabusco - Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva) havia sido criada em 1998 tendo *saúde bucal coletiva* em sua denominação oficial.

Saúde bucal coletiva

Para Narvai & Frazão,¹⁷ “*Saúde Bucal Coletiva* é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o”. Para esses autores, a *saúde bucal coletiva* (SBC) advoga que a saúde bucal das populações “não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados

por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos”. Tal concepção implica (e, num certo sentido, impõe) à SBC uma ruptura epistemológica com a *odontologia* (de mercado), cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais – nos quais fundamenta sua prática – desconsiderando em sua prática essa determinação de processos sociais complexos.

Segundo Frazão,⁹ a SBC pretende “substituir toda forma de *tecnicismo* e de *biologismo* presentes nas formulações específicas da área de odontologia social e preventiva, (...) realizando a reconstrução teórica de modo articulado e orgânico ao pensamento e a ação da *Saúde Coletiva*, e reforçando o compromisso histórico desta com a qualidade de vida na sociedade e com a defesa da cidadania, tanto da ação predatória do capital quanto da ação autoritária do Estado.”

Essa substituição de “toda forma de tecnicismo e de biologismo” ganhou relevante aporte teórico com a proposição de *bucalidade*, formulada por Botazzo³ (2000) em “Da arte dentária”. Para esse autor a *bucalidade* corresponde a um arranjo teórico-metodológico no qual são essenciais os *trabalhos bucais* identificados como sendo *manducação*, *linguagem* e *erotismo*, e definidos respectivamente como *consumo do mundo* para sobreviver no plano natural (*manducar*), como *produção e consumo de palavras* (*linguagem*), e como *relação amorosa e produção de atos bucais sexuais* (*erótica*).^{3,4}

Botazzo⁴ enfatiza que a saúde não se esgota na forma clínica e que a teoria odontológica não dá conta de recuperar o homem por inteiro, abrindo-se, em decorrência, infinitas possibilidades de produzir conhecimentos e práticas a partir do referencial da *bucalidade*.

Nesse sentido, Narvai¹⁶ assinala que a ruptura epistemológica com a *odontologia* (de mercado) que a SBC pretende operar implica desenvolver uma *práxis* que deve, dialeticamente, romper com a prática odontológica hegemônica. Tal ruptura requer o desenvolvimento do trabalho odontológico a partir das necessidades das pessoas (de *todas* as pessoas) e que, opondo-se à lógica do mercado, rompa portanto com o *status quo*, caracterizado fundamentalmente pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos (*todos* os recursos) odontológicos pelas elites. Para o autor, é inerente à SBC uma dupla pretensão: de um lado, quer *desodontologizar* a saúde bucal; de outro, quer assegurar a todos o acesso a todos os recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano.

Uma agenda para a saúde bucal coletiva

Para promover mudanças, a SBC precisa construir uma agenda que leve em consideração eventos relevantes nesta área, neste início de século. O estágio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) baliza a possibilidade de realizar as ações que permitam atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), viabilizando seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitem (princípio da integralidade), e ofertando mais aos que mais necessitam (princípio da equidade).

O SUS é, reconhecidamente, uma importante conquista social dos brasileiros, que se mostrou capaz de resistir à avalanche neoliberal que, nas últimas décadas, destruiu a maioria dos sistemas públicos de saúde na América Latina. Mas reconhecer isso não significa desconsiderar os enormes problemas enfrentados pelo setor de saúde – seja em decorrência das péssimas condições de vida da maioria (com grande impacto sobre os níveis de saúde), seja em consequência das dificuldades orçamentárias e gerenciais que marcam a administração pública.

A construção do SUS, uma paciente tessitura social que envolve milhares de órgãos, instituições, entidades do movimento sindical, movimentos de defesa de pacientes, entre outros, vem possibilitando superar o quadro de fragmentação e centralização das ações de saúde pública que predominou no país no século passado.

Uma das conquistas decorrentes desse processo é a realização periódica, nas três esferas de governo, de conferências de saúde – dentre as quais as conferências de saúde bucal. Tais conferências devem se constituir na principal referência para a agenda da *saúde bucal coletiva*.

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB (Brasília, 2004)* evidencia como tal agenda deve se constituir. Nesse documento, expressão de um processo que teve a participação direta de cerca de 90 mil pessoas em todo o País, assinala-se que “as condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social [*e que*] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do

Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo”.

O Relatório Final da 3ª CNSB contém 298 propostas, aprovadas por 883 delegados eleitos em 27 conferências estaduais das quais, por sua vez, participaram representantes indicados em 2.542 conferências municipais ou regionais de saúde bucal. O documento foi estruturado segundo quatro eixos, a saber: 1) educação e construção da cidadania; 2) controle social, gestão participativa e saúde bucal; 3) formação e trabalho em saúde bucal; e, 4) financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

No âmbito da *educação e construção da cidadania* destacou-se a importância de promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo-se a universalidade do acesso aos mais vulneráveis pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias e geração, e populações itinerantes. Com isso, espera-se que o direito à saúde e à saúde bucal deixe de ser apenas uma declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros, viabilizando o acesso de todos aos serviços odontológicos de média e alta complexidade.

Para efetivar o *controle social e a gestão participativa* sentiu-se a necessidade de propor a criação mecanismos de ampliação da participação dos gestores, trabalhadores e usuários em cada instituição do SUS, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos nas instituições e, também, de se instituir a eleição dos gerentes dos serviços de saúde pública pelos profissionais e usuários de saúde, acompanhados pelo conselho municipal de saúde, implementando-se gestão colegiada nesses órgãos e criando-se mecanismos de proteção contra a interferência de políticas partidárias nas questões técnicas de saúde.

Quanto à *formação e trabalho em saúde bucal* entendeu-se que o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal e é conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, “se cristalizam barreiras

*Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; 2004; Brasília, BR. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

ras para o SUS exercer o preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção e queda da qualidade dos serviços”. Assinalou-se que “nos últimos dez anos foi incentivado o estabelecimento de relações precárias de trabalho, que burlam o valor social do servidor público como agente do Estado democrático para a proteção social da população, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988”. Recomendou-se, também, entre outros aspectos, “implementar uma política de humanização das condições de trabalho e da atenção ao usuário, envolvendo profissionais de saúde bucal, usuários e gestores, valorizando o exercício da cidadania e respeitando as especificidades regionais, a diversidade cultural e as relações de trabalho”. Além disso, “criar um sistema de avaliação de desempenho de funções, que seja previsto nos planos de cargos, carreiras, e salários, com mecanismos claros de ascensão funcional por mérito, dedicação, e competência, sob supervisão dos conselhos municipais de saúde e de comissão de representantes dos servidores, eleitos anualmente”.

Sobre *financiamento e organização da atenção em saúde bucal* se fez menção aos constrangimentos oriundos da forma de inserção do Brasil na nova ordem econômica mundial, em particular o endividamento e a enorme dependência do país de capitais

externos. Os delegados aprovaram que se deve “ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico”, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais, de difícil acesso e de fronteiras nacionais, com atendimentos em horários que possibilitem o acesso de adultos e trabalhadores a esse tipo de assistência, inclusive com a implantação, pelo setor público, de laboratórios de próteses dentárias de âmbito regional ou municipal. Foi enfatizada, ainda, a importância de “implementar ações de saúde bucal junto às populações indígenas e remanescentes de quilombos, após ampla discussão com as suas organizações, a fim de se garantir o estabelecimento de um programa de atendimento de caráter não-mutilador, universal, integral e com equidade, e que considere as experiências e os valores culturais relacionados às práticas higiênicas e dietéticas de cada povo indígena ou quilombola”.

Tais indicações constituem uma referência imprescindível tanto à produção de conhecimentos quanto ao planejamento e organização das intervenções de saúde pública na área de saúde bucal.

É preciso que os envolvidos com a produção desses conhecimentos, e os gestores da área, não apenas conheçam esse conjunto de proposições, como o levem em consideração ao definir uma agenda para a *saúde bucal coletiva* coerente com as necessidades daqueles cujas vontades se expressaram democraticamente na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

REFERÊNCIAS

1. Angelim A, organizador. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006.
2. Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
3. Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000.
4. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:7-17.
5. Chaves MM. Manual de odontologia sanitária. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP; 1960.
6. Chaves MM. Odontologia sanitária. Washington (DC): OPS; 1962. [Publicação Científica, n 63]
7. Chaves MM. Odontologia social. 2ª ed. Rio de Janeiro: Labor; 1977.
8. Diniz J. Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico [Tese de Doutorado]. Salvador: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia; 1987.
9. Frazão P. Epidemiologia da oclusão dentária na infância e os sistemas de saúde [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
10. Freire PS. Planning and conducting an incremental dental program. *J Am Dental Assoc*. 1964;68:199-205.
11. Kriger L. Promoção de saúde bucal. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas-Aboprev; 1997.
12. Luiz RR, Costa AJL, Nadanovsky P. Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. São Paulo: Atheneu; 2005.

13. Moysés SJ, Gevaerd SP. A superação do sistema incremental de atenção a escolares em Curitiba. In: Silveira-Filho AD, Ducci L, Simão MG, Moysés SJ, Gevaerd SP, organizadores. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 17-26.
14. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
15. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: um conceito. *Odontol Soc.* 2001;3:47-52.
16. Narvai PC. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11:18-9.
17. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
18. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva. Porto Alegre: Artmed; 2003.
19. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
20. Pinto VG. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. 1ª ed. São Paulo: Santos; 1989.
21. Rocha E. Assistência dentária infantil e coeficiente da carie dentária da criança na capital do Estado da Bahia. Vantagens da assistência dentária escolar. *Bahia Odontológica.* 1929;1:13-6.
22. Vasconcellos MCC. Estudo dos serviços estaduais de odontologia de saúde pública do Estado de São Paulo, 1889-1980 [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1984.