



Dissertação de Mestrado

**POLÍTICA “CARIOCA RINDO À TOA” E O PROGRAMA
SAÚDE E CIDADANIA “DENTESCOLA”: ANÁLISE
DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO E SUA TRAJETÓRIA RUMO À
IMPLEMENTAÇÃO CONSIDERANDO A INTERFACE
COM O “BRASIL SORRIDENTE”**

Mônica Guimarães Macau Lopes

Orientador: Ruben Mattos

2007

Área de Concentração:
Política, Planejamento e Administração em Saúde

APRESENTAÇÃO:

Muitas vezes, em nossa trajetória profissional, nos deparamos com o sentimento de impotência diante das estruturas relacionadas ao setor público. Em nosso caso são as ligadas à Saúde Bucal. Parece ser a insuficiência nas condições de trabalho para nos dar suporte, tanto relacionada ao espaço físico quanto ao próprio campo das práticas. Em ambas, entretanto, percebemos um forte componente político, com propósito de uma suposta eficiência, o torna praticamente impossível desenvolver a Odontologia tal qual nos foi apresentada na faculdade: com alta tecnologia e resolutividade.

Em parte entendemos que a formação voltada para o consultório não condiz às necessidades do setor público e o despreparo é evidente. Por outro lado, há uma sugestão que outros programas merecem mais atenção por parte das secretarias de saúde; sendo assim, a Saúde Bucal não parece fazer parte de um todo, ou seja, da saúde propriamente dita. Em muitos hospitais, essa realidade fica muito clara por esse serviço não ser de responsabilidade de sua diretoria, e, portanto, seu funcionamento e sua estrutura ficam a cargo do Coordenador Municipal de Saúde Bucal.

Enquanto no fim dos anos de 1980 surgiram algumas iniciativas na área, cujo propósito era a ampliação do acesso sem necessidade de elencar o custo, como a Odontologia Simplificada, a Odontologia Integral e o “Programa de Inversão da Atenção”, acontecia o Movimento da Reforma Sanitária em todo o país.

As preocupações a respeito em como melhorar a assistência pública brasileira, a emergência de políticas municipais de saúde voltadas para se implantar um novo modelo de assistência, pautavam também os discursos em Saúde Bucal.

Durante décadas a crítica esteve voltada para os modelos assistenciais, do entendimento imediatista de se resolver a doença já instalada. Sugerimos duas possibilidades: a primeira, devido à falta de projetos baseados em dados epidemiológicos; a segunda seria a inércia de atores-chaves ou, mais especificamente, profissionais à frente de algum cargo de destaque, mas sem intenção de intervir com propostas de ruptura dessa hegemonia.

De fato, muitos dos programas implementados no setor público eram simples reprodução das práticas individuais descompromissadas com grupos populacionais, como ocorrem até hoje. E em se tratando de setor público, tudo o que aprendemos se transforma em adaptações, sejam elas estruturais ou processuais, resultados da ausência de políticas que viabilizem os recursos necessários para as práticas.

Parecia ser o campo das práticas, pautado pelo imprevisto, como na utilização de instrumentais; ou seja, se um instrumental faltasse, ou se não houvesse disponível, visto ter seu número limitado diante de tantos atendimentos, ou ainda se não houvesse tempo hábil para ser esterilizado, o jeito era utilizar outro que fosse semelhante, ainda que dificultasse o trabalho. Tudo era uma questão de “jeitinho”.

Outra característica que percebíamos nas práticas no setor público era seu caráter não conservador relacionado à permanência do elemento dentário na cavidade bucal, não necessariamente em decorrência de uma opção preferencial pela extração e sim pela inexistência de uma estrutura que possibilitasse o acesso a outros níveis de atenção.

Muitas vezes, nos postos de saúde e hospitais por onde passamos encontrávamo-nos diante de pacientes que, embora tivessem dentes com boa estrutura para a reabilitação, necessitando muitas vezes de tratamento de canal,

éramos obrigados, dadas as circunstâncias, em proceder cirurgicamente - extraíndo dente após dente e ao mesmo tempo acrescentando, muito rapidamente, mais um fator de exclusão social.

O que percebíamos na prática, nas conversas com colegas e nos debates, como os contidos nas conferências de Saúde Bucal, parecia ser a marca da realidade brasileira. Em 1994, por exemplo, o jornal da UNESP (NARVAI, 1994) retratou a cara do brasileiro. “Não há como esconder... O pior sorriso do mundo, o mais desalinhado é o do Brasil - cerca de 40 milhões de dentes são extraídos anualmente por aqui-, o país recordista em cárie dentária...”.

Mesmo com a implementação do SUS, neste início da década de 90, como ocorrida em todo o Sistema de Saúde, a atenção em Saúde Bucal - apesar de um profundo questionamento relacionado ao acesso e à universalidade, e, principalmente a uma resolutividade através de ações mais coerentes - continuava em geral, com o foco no tratamento, que em si, era destinado apenas às crianças e aos adolescentes, para os adultos, restavam apenas as extrações.

É importante lembrar que até 1993, o Governo federal transferia recursos para o pagamento de ações e serviços de saúde segundo os procedimentos que eram realizados (NOB-91). E nessa transferência para a Saúde Bucal, segundo dados da época, predominavam o pagamento das extrações, por conta de seus valores serem maiores do que os demais procedimentos. E realmente era esse estímulo que recebíamos por parte das secretarias nos primeiros anos de descentralização e da implementação do SUS.

A ênfase operatório-cirúrgica continuava se mantendo como objeto de questionamentos no âmbito da formação e dos serviços. Crescia a demanda por conhecimentos que direcionassem para o controle das doenças bucais em um

contexto mais amplo: surgem propostas pautadas na chamada Odontologia de Promoção da Saúde.

Era imperiosa a reorganização da assistência à saúde, da organização dos serviços odontológicos no Brasil, os novos princípios norteadores das ações de saúde bucal pressupõem um serviço estruturado na forma “usuário-centrado”, com enfoque multiprofissional em equipe, considerando o usuário em sua integridade bio-psico-social.

O serviço organizado desta forma vem, segundo seus defensores, a englobar ações com base nas relações e caracteriza o primeiro ato de cuidado junto aos usuários.

O que também requer a definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelo enfrentamento dos fatores associados com o processo saúde-doença, pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas contribuindo para o aumento da resolutividade.

Essa proposta corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito ao usuário, através do conhecimento do contexto familiar e laboral, disponibilizando o tempo necessário à escuta da queixa e ao atendimento e providências pertinentes, criando suportes para a atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais com os problemas e demandas dos usuários.

Ao se promover a saúde, retiramos o foco da atenção na doença e passamos a interagir intersetorialmente e transdisciplinamente, buscando intervir no conjunto de fatores potencialmente determinantes para uma determinada patologia.

De certo ponto, diante dessa nova proposta no campo das práticas, e ao chegar aos dez anos de serviço público municipal, sentimo-nos frustrados,

carregando nas costas as mutilações frutos de um serviço ineficaz, permeado pelas desigualdades sociais.

Mas o que fazer?

Em nosso cotidiano o objeto das nossas ações no âmbito municipal era a criança. Contudo não havia espaço para uma intervenção precoce. O curativo não mudava a realidade local. Vimos-nos, então, desafiados a ingressar na especialização em Saúde Coletiva, com a intenção de buscar respaldo ao novo processo de trabalho por nós proposto: a Atenção Materno-Infantil e, com isso tentar derrubar os obstáculos postos pela gestão. Essa nova práxis vem acompanhada de uma visão de qualidade de vida através da Promoção ao Aleitamento Materno, com benefícios para a mãe, o bebê e a família.

Sentíamos assim como Roncalli relata em sua tese¹: impotentes diante do edêntulismo. Não havia o que fazer. Tudo que tínhamos em Saúde Bucal Coletiva era, diante de tentativas frustradas pela pouca resolutividade e falta de incentivos específicos para a área, uma esperança enorme de nos fazermos presentes demonstrando ser a Saúde Bucal uma necessidade imperiosa de atenção por parte das políticas governamentais.

Em Brasília, com um novo governo em 2001, inicia-se um novo momento também para a nossa História: iam se delineando as diretrizes de uma nova política para a Saúde Bucal, seria a primeira do SUS e com a importância de se elencar para a agenda governamental dos três níveis (Garcia, 2006), visto a sua complexidade, desafios e suporte financeiro. Era necessário se implantar uma atenção mais ampla no setor.

¹ "Era contraditório. Seu sorriso era a expressão do fracasso da profissão que escolhi. Mas era um sorriso... Acho que vim notar que ele não tinha dentes na parte de cima depois de muito tempo (penso que adulto, até). Talvez isso não tivesse importância para mim (para ele muito menos) e é provável que eu preferisse admirar sua paixão pelos livros, seu folheado meticuloso e as anotações à caneta tinteiro das muitas lidas e relidas. Talvez eu devesse guardar essa imagem dele, mas me lembro é do seu sorriso edêntulo. É curioso..." (RONCALLI, 2000, p.6)

Os princípios novos, o redirecionamento das práticas, a reorganização do trabalho eram propostas que adentraram na construção que serviu de base para a Política Nacional de Saúde Bucal - primeira a estar na Agenda do Ministério da Saúde/SUS - buscando englobar os requisitos necessários para a construção da Saúde Bucal no novo século.

Em 2004 foi publicado o documento e, ao mesmo tempo divulgadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Até o lançamento deste documento, conforme nos aponta Garcia et al. (2005) não havia no SUS nenhuma política voltada para a Saúde Bucal, embora a saúde bucal estivesse na agenda há tempo, inclusive no que se reporta a sua entrada no PSF.

Antes tínhamos uma política ligada ao INAMPS (1989) que continuava o enfoque em grupos etários populacionais prioritários.

Como Garcia (2006) bem sintetiza esta política para o setor, baseia-se na Integralidade e na Equidade e com condições para o enfrentamento não apenas da doença cárie como também de outras patologias como a doença periodontal, a má-oclusão, o câncer bucal e a fluorose.

Estávamos diante de possibilidades e a nossa esperança que persistiu na “caixa de pandora”² renascendo diante das novidades da política que se propunha à medida que a política crescia. Todos os nossos sonhos de Universalidade, de Acesso e de visão da Integralidade, estavam tomando forma.

Era crescente nosso desejo de fazer parte disso, não apenas como ponta do sistema, mas contribuir com um olhar mais apurado. Era chegado o momento de discutir com propriedades o que estava acontecendo. Pretendíamos, desse modo, somar ao esforço de outros que buscam, em torno da pesquisa ao longo da pós -

² **Caixa de Pandora** é uma expressão utilizada para designar qualquer coisa que incita a curiosidade, mas que é preferível não tocar. "<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pandora>"

graduação em Saúde Coletiva, ampliar a compreensão sobre essas mudanças que a política de saúde bucal vem trazendo.

O interesse, em nós despertado, se traduz na tentativa de uma melhor compreensão de como essa política proposta pelo governo federal interagiria com as iniciativas de uma gestão municipal. Ou seja, almejávamos estudar as políticas de saúde bucal no âmbito de um município nesse contexto de mudança.

O Brasil é um país de estruturas políticas desiguais; sendo assim, há necessidade de se verificar como as políticas setoriais ou específicas estão sendo implementadas nos municípios. Mais ainda “como fazer acontecer” uma política nacional em municípios de grande porte que já dispõem de políticas definidas?

Acreditamos ser este o ponto inicial para que daqui a alguns anos possamos fazer uma avaliação mais apurada da Política Brasil Sorridente, baseada na eficácia e na eficiência.

Propomo-nos, então, no trabalho, fazer uma abordagem em duas dimensões - a universalidade e a integralidade - coerentes com a Política citada e aceitar o desafio da análise de políticas e programas próprios de um município de grande porte e se eles estão se reconstruindo de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Com essa intenção e para servir de orientação, formulamos as seguintes perguntas:

- Quais são as interfaces entre a Política Nacional de Saúde Bucal e a Política de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro?
- A Política Municipal de Saúde Bucal guarda diretrizes semelhantes às da Política Nacional de Saúde Bucal?
- Quais os entraves e os desafios da Coordenação de Programas de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro?

Ao buscarmos responder a estas perguntas nos defrontamos com as estratégias e as tentativas de respostas do município para a superação da exclusão social resultado de décadas de mutilações dentárias e falta de acesso aos serviços odontológicos.

Por outro lado, procuramos situar a existência ou não, de um simples reflexo que poderia ser chamado de implementação de política, ou se as iniciativas propostas são apenas convergentes, ou ainda, se o que existe na prática destoa diante do que o cenário nacional aponta como meta.

Por essa razão, optamos por estudar um caso, o do Município do Rio de Janeiro, cuja Secretaria Municipal de Saúde já vinha desenvolvendo ações e propostas na área da Saúde Bucal dentro do modelo de Promoção da Saúde.

A nossa dissertação está dividida em seis partes. O primeiro capítulo aborda os procedimentos metodológicos e conceitos necessários para a composição do nosso trabalho.

No capítulo seguinte apresentamos o município do Rio de Janeiro e o seu contexto histórico-social. Esboçamos a trajetória da formulação de uma política de Saúde Bucal pautada na integralidade.

No terceiro capítulo fazemos uma análise de um importante programa desenvolvido pela secretaria Municipal de Saúde, a saber, o Programa Saúde e Cidadania “Dentescola”.

No capítulo quatro, analisamos a Política Municipal de Saúde Bucal, intitulada “Carioca Rindo à Toa”.

No quinto capítulo tecemos considerações sobre as possibilidades da Saúde Bucal na ampliação da porta de entrada na atenção básica de saúde e sua estratégia para a universalidade. Reservamos o capítulo seis para ilustrar a média complexidade através dos centros de especialidades odontológicas.

Para finalizar, além de tecermos comentários de todo o material, delineamos algumas considerações finais.

CAPÍTULO 1: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E CONCEITOS

Nos anos recentes, o governo federal formulou a Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente e estabeleceu diretrizes para sua implementação. Trata-se de uma política específica, que foi construída tomando alguns princípios do SUS, dentre os quais a integralidade, sendo esta posta como eixo.

Analisando o processo de formulação de políticas de saúde bucal de âmbito nacional no Brasil, Garcia (2006) mostra que esta foi marcada no período recente por dois momentos distintos: a entrada da Saúde Bucal no PSF e o Brasil Sorridente.

Segundo a autora, a entrada da Saúde Bucal no PSF de fato representou:

“o aumento da centralidade na agenda da atenção básica, na medida em que ela colou em problemas centrais da agenda do Executivo da Saúde por um processo de subordinação, ou seja, a saúde bucal se encaixou no PSF através de uma janela de oportunidades.” (GARCIA, 2006, p.60)

Essa forma de inserção, entretanto, não garantiu a centralidade da agenda, pois o papel da Saúde Bucal era de subordinação, ou, no dizer da autora, “prioridade menor” em relação aos outros arranjos institucionais. O entendimento dessa fase está na assertiva de que com relação ao crescimento da Saúde Bucal, mais especificamente através dos incentivos financeiros, não houve correspondência igual ao verificado no PSF, pois esse dispositivo não esteve presente, uma vez que não foram alterados conforme a ampliação da cobertura (GARCIA, 2007).

Por outro lado, o Brasil Sorridente, conforme Garcia (2006) apreendeu, se constituiu a partir de “um projeto político logrando desde o seu início ocupar lugar de destaque na agenda do Executivo”. Do ponto de vista institucional, a ascensão do

grupo político formulador deste projeto se deu simultaneamente à transformação da Área Técnica de Saúde Bucal para Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

Bartole (2006), em sua análise sobre a trajetória de formulação do Brasil Sorridente, mostra que as linhas gerais da política foram propostas por um grupo de militantes da coalizão de governo que elegeu o Presidente Lula, que, além de formularem um projeto de governo para a Saúde Bucal, disputaram e lograram obter um espaço institucional, o da coordenadoria de saúde bucal, a partir dos quais formularam as diretrizes da PNSB e as estratégias de sua implementação.

Ocorre que a PNSB implementa-se no contexto de um amplo processo de descentralização do SUS, o que significa que sua implementação envolve a articulação com níveis subnacionais de governo.

Contudo, não se descarta a possibilidade de que existam nos níveis subnacionais de governo, políticas públicas específicas para a Saúde Bucal que estão sendo formuladas ou que tenham em algum momento sido formuladas, que não são necessariamente convergentes com a proposta nacional.

Originalmente, o problema que nos chamava a atenção era o da seguinte questão: como está acontecendo a implementação da PNSB no nível municipal?

Ao longo do processo de aproximação do tema, tivemos uma inflexão, que pode ser explicitada de duas maneiras:

- I. Nossa idéia original estava centrada na tradicional divisão do processo político em fases (“setting” agenda, formulação, implementação de políticas) tomando apenas uma dela como foco do estudo. Porém, fomos percebendo que tais divisões em etapas não são tão nítidas em situações reais. Pareceu-nos mais conveniente compreender o processo de política como contínuo, pois a formulação não se encerra plenamente. Ao contrário, a cada

momento os atores envolvidos no processo reformulam suas propostas em função de contextos específicos;

- II. Por outro lado, é possível constatar que alguns municípios construíram verdadeiras políticas municipais de Saúde Bucal, estabelecendo complexas relações com a política federal.

A relevância dessa abordagem focada em estudo de caso - a política municipal de saúde bucal - consiste na possibilidade de alcançar maior grau de detalhamento e conhecimento sobre a situação em questão.

A temática por si está na necessidade de saber como políticas pensadas no nível federal são efetivamente construídas e implementadas no nível municipal, abrindo espaço concreto para os princípios e diretrizes do SUS e analisando com um pouco mais de detalhe essa relação.

A escolha do Rio de Janeiro se deu por várias razões: uma delas reside na sua problemática de ser um município de grande porte e por recentemente ter servido de palco para mais uma crise do SUS, consequência do descaso da Saúde no município com um forte componente político - fato acompanhado bem de perto por nós através da visão acadêmica e ao mesmo tempo, profissional da ponta do sistema de saúde brasileiro. Outra razão para essa escolha é de fundo pessoal, em primeiro lugar pelo amor à cidade, e em segundo, por se constituir um grande desafio estudá-la, frente às especificidades de ser o centro de uma metrópole com o peso que tem.

Ao finalizar a nossa caminhada, notamos que, embora estivéssemos nos propondo a analisar um período de cinco anos (2001-2006) marcado por uma única gestora na Coordenação de Saúde Bucal, de fato este período coincidiu com o todo de sua gestão.

Analisar o processo de formulação de uma política municipal envolve o uso

simultâneo de múltiplas técnicas de pesquisa. Utilizamos nessa pesquisa um desenho metodológico que consistiu em três etapas:

1. Análise da política municipal através de relatórios, circulares e artigos distribuídos pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal e pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, disponibilizados inclusive, através do Portal da Prefeitura do Rio de Janeiro, o que nos possibilitou fazer um mapeamento de pontos que foram levantados.

Acreditávamos, inicialmente, que a análise dos conteúdos nos forneceria elementos discursivos que refletiriam as estratégias rumo a uma Política Municipal pautada na Integralidade e na Universalidade das ações em Saúde Bucal.

No nosso desenho, consideramos importante também elencar a necessidade de conhecermos com mais propriedade as fases posteriores à centralidade da Saúde Bucal na Agenda Governamental do município;

2. Estabelecemos que como caráter de complementação das informações e de dados, seria imprescindível o uso de entrevistas com atores e técnicos (*policy-makers*) que atuam ou atuaram de forma direta ou indireta na formulação das políticas no campo da Saúde Bucal na esfera local.

Dentre os entrevistados destacamos a gestora municipal de Saúde Bucal no período, Mirella Giongo e informantes privilegiados - a escolha de tais agentes levou em conta a inserção de cada um dentro da Saúde Bucal, as posições administrativas ocupadas no tempo em que estivemos estudando as políticas de Saúde bucal, e que apresentasse conhecimento sobre as motivações e as expectativas em relação à ação política.

As entrevistas versaram sobre características dos programas municipais, englobando Integralidade através da prestação da assistência odontológica no âmbito público e opinião do entrevistado sobre as estratégias adotadas pelo

município para efetivação do acesso universal. Foi utilizada na entrevista a gravação digital, que posteriormente foi transcrita diretamente no trabalho conforme a sua utilização.

A análise das entrevistas foi elaborada a partir de grades temáticas consistentes com o roteiro, mas com respostas livres que puderam nos apresentar novas perguntas. Procurou-se perceber no material das entrevistas, como era interpretada a autoridade cognitiva do conhecimento, principalmente no caso dos técnicos;

3. Observação Participante - Participação em duas reuniões com a coordenação e os assessores de APs e CAPs. A primeira realizada em 20 de dezembro de 2006, onde foi realizado um balanço das atividades por Áreas Programáticas e, a segunda, na ocasião da despedida da Dr^a. Mirella Giongo da coordenação, no dia 16 de janeiro de 2007. Aliás, nesse momento houve um balanço das realizações das metas do período 2001-2006 e expostas as dificuldades para o não alcance de outras.

A pesquisa qualitativa com entrevistas busca aprofundar o sentido das representações das pessoas envolvidas no planejamento, formulação e implementação de políticas públicas, caracterizando o peso deste trabalho. Por este motivo, escolhemos dar mais ênfase à Coordenação do Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, visto a sua inclusão neste estudo - como instituição de referência para o levantamento de informações - ser crucial pelo fato de ser esta a responsável pelas ações anteriormente citadas quanto à Política de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro, o que lhe confere papel relevante no presente estudo.

Uma preocupação inicial que se corporificou e que nos indicou a necessidade de ser desenvolvida neste trabalho pode ser formulada nos seguintes termos: o alcance da centralidade na agenda governamental de políticas de Saúde

Bucal seria resultado de demandas resultantes da atuação e difusão de conhecimentos técnicos específicos ou o resultado de um apoio do Executivo em projetos inovadores e com chance de visibilidade para um novo mandato político?

Sendo assim, tornou-se imperativo no desenvolvimento de nosso estudo em primeiro lugar conhecer os conceitos de Política e suas fases desde a formulação até a implementação. E a partir de então, discutir as transformações políticas com a participação do executivo para a centralidade da Saúde Bucal na agenda governamental e, a operacionalidade e o impacto da Política Brasil Sorridente no âmbito municipal onde já se encontra estabelecida uma política própria.

Formulamos então os seguintes problemas:

1. Quais são as relações entre a Política municipal e a Política Nacional de Saúde Bucal?
2. Quais são os entraves e os desafios para a universalização das ações de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro?
3. Existem diferenças no peso da atenção em Saúde Bucal que possam distinguir dois momentos no município: antes e depois da Saúde Bucal centralizar a agenda nacional?

Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às determinações da Resolução 196/96 e suas complementares - Código de Ética Médica de 1988 (artigos 122 e 130) do Conselho Federal de Medicina -, bem como as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde / RJ (Protocolo de Pesquisa nº. 124/06 com o aceite do parecer pelo CEP - IMS (Parecer nº. 147A/2006) e, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, as entrevistas foram iniciadas, tendo sido gravadas digitalmente e transcritas do modo como anteriormente explicamos.

O roteiro que serviu de base às entrevistas consta no Anexo deste trabalho, entretanto deixamos os entrevistados à vontade nas suas respostas. A redação final do texto foi submetida à aprovação do entrevistado.

CAPÍTULO 2: CAMINHOS PARA A FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL PAUTADA NA INTEGRALIDADE

Antes de conhecermos a política municipal de Saúde Bucal, procuraremos traçar um panorama do município para o entendimento do contexto político sócio-estrutural da saúde no Rio de Janeiro e fazer o recorte para a Saúde Bucal.

Segundo o IBGE (2006), em 01.07.2005 a cidade do Rio de Janeiro possuía 6.094.183 habitantes. Sendo sua história muito complexa, procuramos trazer alguns detalhes, para melhor ilustrar a sua atual condição sócio-política, dentre as quais a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro em 15 de março de 1975 (Lei Complementar nº 20 em 1974). A capital do novo Estado do Rio de Janeiro passou a ser a cidade do Rio de Janeiro - voltando-se à situação político-territorial anterior a 1834, ano da criação do Município Neutro.

Ao nos atermos aos dias atuais, reconhecemos que a baixa taxa de crescimento demográfico e a alta atratividade da metrópole do Rio de Janeiro estão relacionadas não apenas ao grau de dinamismo econômico da região, mas, também, ao surgimento de novas áreas de atração econômica no interior do próprio estado.

Sua área institucionalizada congrega habitantes de 17 municípios (Lei Complementar nº. 105 de 2002), dos quais elevada proporção se desloca para trabalho e estudo em outro município, perfazendo um total de 813.703 pessoas (OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES, 2001). É uma metrópole com elevada densidade demográfica, 1.899 habitantes por km² e a segunda maior entre as metrópoles brasileiras e alto grau de integração entre os municípios que a compõem.

O município, propriamente dito, se divide em 160 bairros agrupados em 33 regiões administrativas. A cidade conta ainda com 19 subprefeituras. A ilustração das características demográficas aponta crescimento negativo nas áreas centrais e, no

caso da capital, em grande parte da zona suburbana denota aumento populacional significativo nas áreas de expansão de perfil de maior poder aquisitivo— Barra da Tijuca e Jacarepaguá – e as de perfil popular, como Campo Grande, Santa Cruz e as favelas, tanto centrais quanto periféricas.

Os fluxos intra-urbanos partem do núcleo para a periferia e a migração inter-regional em direção aos grandes centros. No caso do Rio de Janeiro, a maior parte do grande contingente de imigrantes, principalmente do nordeste, que chegou à metrópole – 330 mil entre 1995 e 2000 – se dirigiu não apenas para a capital, mas diretamente para as favelas da capital.

Utilizando o indicador demográfico índice de envelhecimento (razão entre o número de pessoas com mais de 65 anos sobre aquelas com menos de 14 anos), grande parte das áreas nas zonas sul e norte da capital, apresentava, em 2000, um contingente de idosos maior do que o de crianças e jovens. Em Copacabana, os idosos eram 2,8 vezes mais numerosos do que os menores de 14 anos. Na grande maioria das áreas periféricas, por outro lado, o número de idosos equivalia a não mais do que 25% do total de crianças e jovens.

A violência no município tem sido uma tônica em diversos estudos; por essa razão, decidimos verificá-la, considerando a importância desse tema para o delineamento do trabalho segundo a análise dos homicídios ocorridos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no período compreendido entre os anos de 1996 até 2002 (Observatório das Metrópoles, 2001).

Apesar do debate sobre a violência, na análise em questão o município ainda não conseguiu romper com os determinantes desse problema de fundo social, estando entre aqueles de maior taxa de homicídios. As principais vítimas desse tipo de violência estão na faixa de 15 a 24 anos, sendo praticamente metade das vítimas da cor negra. Ainda sim, segundo esses dados, o município do Rio de Janeiro tem

taxas recorrentemente menores do que as observadas para o conjunto da região metropolitana.

Em relação ao sistema de saúde, a partir da criação do SUS, e o eixo da descentralização, duas linhas de ações se estabeleceram: a transferência de unidades federais para estados e municípios, e a transferência do papel do gestor do sistema em direção, sempre que possível, ao município.

Ambos os processos no Rio de Janeiro foram lentos e difíceis. O governo da cidade do Rio de Janeiro, que já tinha uma cultura de cuidar da sua rede própria, sem examinar o conjunto do sistema, parece ter exacerbado essa tendência, resistindo a transferências de unidades.

Após longas rodadas de negociações, um acordo foi firmado já na segunda metade da década de noventa, revelando-se, entretanto, frágil, como mostrou a crise recente (2005), na qual algumas unidades hospitalares municipais originárias do antigo INAMPS foram “devolvidas” ao MS. Assim, o município do Rio de Janeiro segue não tendo uma rede de serviços de saúde articulada.

O município do Rio de Janeiro não consegue, por conseguinte, manter um padrão de atendimento e de incorporação tecnológica nos hospitais de forma compatível à sua tradição de excelência em saúde adquirida em tempos anteriores ao SUS (NORONHA et al., 2004).

A própria Atenção Básica, apresenta baixíssima cobertura. Tal assertiva constitui um paradoxo, considerando ser esta originária da antiga rede de saúde pública baseada nos centros de saúde (um em cada região administrativa), a ela se juntaram nos anos oitenta algumas unidades voltadas para o cuidado primário de saúde (postos de saúde e Unidades Ambulatoriais de Cuidados Primários de Saúde – UACPS).

A noção de posto de saúde, em sua definição original, é atrelada à idéia de atenção primária, borra-se com a transferência de ambulatórios de especialidades do antigo INAMPS (Postos de Assistência Médica), que passam a ser chamados também de postos de saúde.

O que chamamos rede de atenção básica continuou sendo um dos calcanhares de Aquiles do município. Contudo, quando surge a proposta do governo federal do PSF, e, particularmente, a proposta de substituir o arranjo tradicional da atenção básica (centrado no atendimento das especialidades básicas), o Rio de Janeiro não adere completamente a proposta, notavelmente mais outro paradoxo.

Inicialmente são implementadas poucas equipes. A dimensão do programa só se altera quando surge o PROESF, que aloca recursos para a ampliação do PSF nas grandes cidades. Ainda assim, a cobertura do PSF é bem pequena e restrita às áreas de risco, e mesmo assim não consegue dar conta da demanda e nem modificar a visão “hospitalocêntrica” da população.

Situamo-nos nesse momento no nível central da Prefeitura do Rio de Janeiro. A Coordenação de Programas de Saúde Bucal está vinculada à Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, sendo composta por um coordenador e uma equipe técnica, dividida por duas gerências: gerência de programas ambulatoriais básicos e gerência de programas referenciais.

Subordinadas às gerências estão os assessores de Saúde Bucal das CAPs, que respondem pelas chefias dos CEOs, dos hospitais e maternidades, da Atenção Básica e do PSF. Este último é subdividido com o CD do Grupo de Apoio Técnico (GAT) das APs.

Como o trabalho ficou focado em uma gestão, estaremos a partir desse momento apresentando os atores responsáveis - a nível central - das ações de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro.

Em 10 de agosto de 2001, assume o cargo - Coordenadora de Programas de Saúde Bucal - a professora da Faculdade de Odontologia da UFRJ, Mirella Giongo Galvão da Silva. Consideraremos nesse espaço essa apresentação e a passagem desse ator para o cenário central o que representou as condições necessárias para adentrarmos ao conhecimento do processo de formulação e implementação dos programas a serem mais adiante estudados.

Ao que parece, este convite foi feito em decorrência de sua participação como coordenadora do projeto das Escolas Promotoras de Saúde em parceria com a UFRJ - onde é professora do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia - e por realizar, na época, um diagnóstico das carências em Saúde Bucal do município.

Segundo suas próprias palavras, ela não conhecia nada de SUS. Suas idéias encontravam eco nas diretrizes das Cidades Saudáveis, objeto de muitos estudos acadêmicos.

“Naquele momento nós exercitamos a transversalidade da Saúde Bucal na discussão da promoção da saúde com a construção de ambientes saudáveis. O quanto a gente sorrindo constrói uma cidade feliz.”

Com a chegada da professora Mirella à CPSB manteve-se na gestão, mas em outras gerências, Márcia Regina Cardoso Torres - a Gerente de Programas Referenciais - e Elizete Cassoti- a Gerente de Programas Ambulatoriais.

Outros técnicos assumiram funções vitais de articulação como a Coordenadora de Saúde Bucal do PSF, Carla Bianca Nunes e, Tânia Roucas, que responde pelo Dentescola.

Ainda encontramos a enfermeira Clotilde Teixeira que colabora como interlocutora da Saúde Bucal nos demais espaços da saúde na SMS, no dizer da própria coordenação, “com o rompimento de paredes”.

Observamos no decorrer da pesquisa que a coordenação é composta de uma equipe totalmente integrada, que vinha acompanhando três gestões de secretários de saúde sem sofrer alteração. Não seria apenas a fala da coordenadora a explicitar essa coesão.

“... do Dr. Arouca... manutenção de equipe, do Dr. Ronaldo... manutenção de equipe, do Dr. Jacob... manutenção de equipe.”... “Pode mudar os políticos, mas a equipe técnica que está construindo a saúde... que se mantenham os quadros técnicos... é a memória da cidade. No nosso caso, da Saúde Bucal, agente tem uma longa história de manutenção de equipe, tanto é que a equipe que está hoje, tanto é, é que é recente no nível central, mas a que antecedeu ficou mais de quinze anos... a equipe hoje que está no nível central, eu, Márcia e Elizete, a gente se conheceu a muito tempo atrás, de velhos carnavais... e Márcia Torres, em particular, na verdade, é a grande articuladora da minha chegada aqui na coordenação... Quando nós assumimos a coordenação e nos constituímos em equipe - eu, Márcia e Elizete-, na verdade, ocupamos as três o papel da coordenação, cada uma na sua vertente. Não tem um coordenador que ocupe todos os papéis principais, é um trabalho de equipe, é um trabalho coletivo.”

Antes de adentrarmos nas políticas e programas propostos no estudo, nos ateremos a uma breve análise dos serviços de Saúde Bucal em início de 2001 para compreendermos o contexto da chegada da professora Mirella ao nível central.

Segundo o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (2004) um quarto da capacidade de estrutura e serviços odontológicos apresentava-se ociosa naquele momento. Até então, como coordenadora, Joselete Macedo Reis Mercês - à frente da coordenação por dez anos - se direcionou à construção de uma política

denominada “Riso do Rio” e solicitou a abertura de concursos para cirurgiões-dentistas.

Em virtude da proposta do “Riso do Rio”, foi ampliada a rede estrutural e realizado dois concursos públicos para a área (1994 e 2000). Entretanto, os Recursos Humanos não corresponderam a esse crescimento na Saúde Bucal. Não encontramos evidência de uma preocupação em ocupar todas as vagas disponíveis, principalmente no edital do concurso de 2000, onde a princípio o número de vagas autorizadas e publicadas eram apenas vinte (dezenove regulares e uma para deficiente).

Essas vagas foram ocupadas - com a nomeação de um número expressivo de novos profissionais - nos anos seguintes em decorrências das mudanças estruturais e operacionais objetivando com novas propostas a ampliação de serviços. Com a abertura de novas unidades e com as nomeações, os recursos humanos em Saúde Bucal foram elencados para o patamar de 1.199 cirurgiões-dentistas em 2004, o que corresponde a 8,96% do total de dentistas ativos no município do Rio de Janeiro.

O estudo propriamente dito inicia-se com a análise da construção de um programa através de uma nova coordenadora com propósitos de inovar. Em si a coordenação no nível central, como vimos um pouco mais atrás, praticamente continuou com os mesmos atores.

Já representando um aumento significativo na capacidade de atendimento, a relação entre cirurgiões-dentistas por habitantes com até cinco salários mínimos (parâmetro utilizado para apresentação), passou de um para 9.239 habitantes (antes do concurso de 2000), para um cirurgião/ 3.423 habitantes no município (assessoria - Prefeitura, 2003).

Foram empossados 1017 profissionais da área, dos quais, 680 cirurgiões - dentistas. Do total de CDS, foram alocados 120 inicialmente o “Dentescola”, os demais ocuparam as vagas no Programa recém lançado, “Carioca Rindo à Toa” significando um dos principais avanços na Saúde Bucal no município.

Essas estratégias para a área - Programa de Saúde e Cidadania “Dentescola” e o Programa “Carioca Rindo à Toa” (anexos A e B) - objetivaram o desenvolvimento não apenas de ações preventivas, mas voltaram - se à promoção da saúde - mais direcionada à organização dos serviços odontológicos.

Segundo a percepção dessa nova gestão, era preciso estabelecer uma nova práxis no atendimento à população. De fato, essa proposta seria um avanço frente a outros modelos, que, ainda focados em ações preventivas, beneficiavam apenas um segmento da população - geralmente crianças em idade escolar e gestantes.

As discussões eram voltadas para o “Rio Saudável”. A CPS iniciou trabalhos com outros setores, dentre os quais com a Secretaria de Desenvolvimento Social. Era trabalhar com a discussão da Saúde como uma questão cultural.

O que seria no primeiro momento a inclusão de novos profissionais como necessidade para a alocação nos programas municipais em fase de implementação, posteriormente veio a compor as Equipes de Saúde Bucal no PSF - hoje com 47 ESB - e as vagas criadas por ocasião da inauguração dos 19 Centros de Especialidades Odontológicas (PORTARIA Nº. 2.192/GM Em 8 de outubro de 2004) localizados em diversos bairros (incluindo nessa contagem as duas unidades federais: Hospital da Lagoa e Hospital do Andaraí), distribuídos nas áreas programáticas. Apenas a AP 5.1 não possui CEO.

Conforme dados de dezembro de 2006 da Coordenação de Programas de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde existem 131 serviços, incluindo 9 com

cooperativas - situados nas AP 5.1 (PS Eithel de Oliveira e PS Sílvio Barbosa), 5.2 (PS Mário Rodrigues Cid e PS Raul barroso) 5.3 (PS Enfermeira Florípedes Galdino, PS Maria aparecida de Almeida, PS Ernani Paiva Ferreira Braga, PS Emídio Cabral e PS Cyro de Mello). Em sua totalidade corresponde, segundo o IBGE (2006), a 2.215 postos de trabalho de CDs e 963 equipamentos de Odontologia.

A criação do “Programa Saúde e Cidadania Dentescola” em 2002 partiu, na realidade, do próprio prefeito. Já fazia seis meses que o Projeto Escolas Promotoras havia sido institucionalizado quando o prefeito, em face da violência presente no município, principalmente em decorrência da prefeitura ter sido metralhada ³, chamou todos os secretários da prefeitura para se inteirar em como este tema estava sendo tratado no município.

A saúde só tinha um programa que abordava a violência e que vinha chamando a atenção por abordar não apenas este, mas outros ligados às questões de saúde e de cidadania. Para sua estranheza, a Saúde Bucal era também responsável por essa discussão nas escolas.

“O prefeito ficou tão emocionado com a experiência... ele nunca havia pensado que a Saúde Bucal fosse ter um papel relacionado à violência” Mirella Giongo

Maria Cristina Boaretto, Superintendente de Saúde Coletiva da SM/RJ comentou com a Dr^a. Mirella Giongo - na época à frente da Gerência de Programas Referenciais - que o prefeito tinha um “presente” para a Saúde Bucal

“Na época a gente levou um susto... Ele entendeu que para um cidadão ser feliz, estar incluído na cidade em que ele mora... para ele lutar a favor de um movimento pró-ativo de mudança, ele precisava de saúde bucal. E nesse sentido ele pensou o mais concreto... Mas para construir o mais concreto a gente já sabia, a gente não tem mais

³ “Bandidos, usando três carros, atacaram na madrugada de ontem a sede administrativa da prefeitura do Rio, atingindo a fachada com pelo menos 132 tiros de fuzis. Duas granadas também foram lançadas. Quarenta vidraças de 11 andares ficaram estilhaçadas, incluindo a do gabinete do prefeito César Maia, no 13º andar do Centro Administrativo” (Jornal O Globo - 25.06.2002).

permissão para errar... Não dá para fazer saúde bucal fazendo tratamento odontológico em escolas, não é para fazer encharcamento de flúor em crianças, não é para fazer escovinha de ouro e não é para 'atentar' biologicamente na escola. A escola é um espaço de construção do novo. E a nossa sociedade só vai ter um novo entendimento do papel da saúde, enquanto uma parceira na construção de um novo ideário, se nós estivermos com ela discutindo cada passo do seu cotidiano." Mirella Giongo

De fato a publicação do decreto nº. 20311 de 30 de julho de 2001 (anexo C) causou surpresa em toda a Coordenação, inclusive o nome "Dentescola" - batizado pelo próprio prefeito - que foge à proposta da saúde ampliada - ainda que no universo escolar - caracteriza ter sido escolhido por alguém fora da área que desejava colocar a Saúde Bucal como centro do programa.

Mas o contorno desse programa, agora institucionalizado e apoiado pelo executivo, tomou uma forma local. A Saúde Bucal estava bem alicerçada servindo de diferencial quanto às Escolas Promotoras do país e do mundo, onde a assessoria é feita por outros profissionais como médicos e nutricionistas, de onde se entende o porquê do nome "Dentescola" sair em decreto.

"Saiu no D.O. com o nome Dentescola e nós o transformamos em Programa de Saúde e Cidadania Dentescola e aí o estruturamos... aí o programa ganhou força e ganhou dinheiro, e tem entre as metas, estaria com certeza, a construção de ambientes saudáveis, dentro de toda a proposta da Organização Pan-Americana de Saúde. E o detalhamento da própria cidade seria construção de grupo de agentes multiplicadores de saúde com agendas promotoras para cada escola e a articulação dessa agenda a partir de um projeto político-pedagógico de cada escola, a remissão da incidência da doença cárie e doença periodontal, assim como de violência dentro do ambiente escolar... a parceria com discussão de todas as necessidades e processo de desenvolvimento para aquela comunidade. Então a Saúde Bucal começou a ser parceira da

discussão de drogas, da sexualidade, da alimentação saudável, da ecologia, da humanização.” – Mirella Giongo.

O entendimento de que cada aluno seria também um usuário do SUS e, que seria preciso discutir e dividir essa inclusão entre os professores, funcionários, pais e a comunidade do entorno a partir de discussões sobre o ambiente da escola - coleta de lixo, acústica da escola, dieta e nutrição, ecologia humana, cidadania - aporta como parte de uma construção na Promoção da Saúde.

Aliás, palavras como “construção”, estão presentes não apenas nos documentos encontrados, mas em todas as falas dos “policy makers” da política. Esses atores, oriundos principalmente da academia, puderam experimentar através da implementação de uma nova práxis, um apoio governamental somente comparado ao que a Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, hoje Coordenação Nacional, recebeu em 2003.

A Saúde Bucal no município apresenta uma característica peculiar. Entretanto, há de se estabelecer alguns pontos que, de fato, estão bem explicitados no decorrer da dissertação; dentre eles, apontamos que o Programa Dentescola “pega uma carona” nas propostas das Escolas Promotoras da Saúde e se estabelece por força política do Executivo - Prefeito. De certa forma, se destaca do resto do SUS, que no mais continuou por algum tempo mais na periferia da agenda governamental do município.

Esta análise nos remete à questão geral, e que antecede a institucionalização desse novo formato de ações no âmbito escolar: a crescente violência, cujo episódio do ataque a sede da prefeitura enunciava.

A leitura implícita é a de que a violência resida numa certa omissão do Estado, que deve ser enfrentada com projetos sociais visando a melhoria da qualidade de vida das populações menos favorecidas.

Compreende-se assim o encanto do prefeito com a idéia de escolas promotoras e com a idéia de uma articulação com a saúde bucal. Essa parece ter sido a janela de oportunidade criada pelo executivo da prefeitura, e operacionalizado pela coordenação de saúde bucal.

A marca do marketing político se liga ao nome “Dentescola”, um programa com identidade própria. A escolha da Mirella Giongo, com experiência no ensino e segundo ela própria, com desconhecimento do SUS, é coerente com isso. Ou seja, não é porque a saúde bucal é um direito de todos ou porque o cidadão para “ser feliz, precisa estar incluído na cidade em que ele mora... para ele lutar a favor de um movimento pró-ativo de mudança, ele precisava de saúde bucal”, mas, pelo menos naquele momento, parecia ser uma proposta viável à crescente violência, sob a ótica do gestor.

A essa proposta adotada pela CPSB, acrescentou-se certo poder e influência, que poderiam explicar como, na construção da agenda, quais problemas ou assuntos chamam mais a atenção do governo e do cidadão, enquanto problema de ordem pública.

Por outro lado, considerando Walt (1996), o poder e a influência podem também dizer respeito a quem influencia quem no processo político e as maneiras como acontecem.

Revendo o conceito de Agenda de Kingdon (1995) como uma lista de assuntos ou problemas que estão sendo considerados importantes pelo governo ou por seus atores, e, revendo os tipos de agendas propostos pelo autor, observamos que a Saúde Bucal passou a transitar de forma híbrida pelos três tipos, como dando seqüências de forma escalonada, partindo da agenda sistêmica ou não governamental para a agenda governamental e terminando na agenda de decisão.

Garcia (2006) faz um estudo bem aprimorado sobre a agenda de Saúde Bucal no contexto federal e nos norteia à medida que nos aprofundamos nesse estudo, visto às similaridades das agendas e das “janelas de oportunidades” surgidas nos dois níveis; mesmo quando ressaltamos a figura do formulador como principal ator nesse processo, não desconsiderando outros movimentos anteriores.

E com base nessa consulta dos autores e na reconfiguração de elementos pontuais, podemos compreender que, antes do Programa “Dentescola”, o município já centralizava de certa forma a Saúde Bucal. O seu peso político, porém, só ficou evidente a partir do momento em que o executivo demandou uma necessidade: cristalizar as ações de Saúde Bucal no Projeto das Escolas Promotoras através de um decreto com um nome que pudesse remeter a quem estaria à frente.

Além do mais, havia um ator dotado de um respaldo acadêmico para dar continuidade, e justamente era quem já vinha trazendo na bagagem esse projeto, que consistia numa inovação através da introdução de um cirurgião-dentista como articulador dessas ações.

Essa aparente centralidade demandada pelo próprio gestor municipal nos auxilia à medida que se faz necessária a transparência dos programas, seja em que esfera de governo se encontre, pois a visibilidade imposta se traduz numa captação de recursos dentro de uma disputa orçamentária.

O Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” é de fato o desdobramento das Escolas Promotoras de Saúde, numa versão atualizada e própria para o município, institucionalizado e, selecionando profissionais para o trabalho com o “Rio Saudável”⁴ e para as Escolas Promotoras de Saúde. É, em suma, o aproveitamento de uma janela de oportunidade posta pelas Escolas Promotoras de Saúde para a

⁴ movimento de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida em nossa cidade. Tem por objetivo dar visibilidade, integrar e fortalecer iniciativas já desenvolvidas, fomentar e desenvolver novas ações e inseri-las em um contexto mais amplo de construção de uma cidade mais saudável e feliz (SMS, 2007).

saúde bucal, num contexto no qual a violência abre o caminho para intervenções intersetoriais focais nas comunidades de risco. Desdobramento este, que ignora as escolhas políticas.

Destarte, programa já legitimado⁵, a coordenação começou a dar um formato mais amplo e captar recursos humanos, o que só foi possível com a chamada dos cirurgiões-dentistas aprovados no concurso anterior. Contudo, havia um problema que poderia comprometer toda a proposta: a formação dos profissionais pautada nos modelos tecno - assistenciais. No entender da Mirella Giongo:

“O mais flagrante que pudemos perceber é o quanto o próprio dentista desconhece seu papel em relação ao fortalecimento da sociedade. O quanto ele é fundamental na discussão e na construção da cidadania.”

E ainda, com relação à seleção desses profissionais, a coordenadora do CPSB acrescenta:

“O grande desafio é quando você pega um dentista, formado em uma escola biologicamente estruturada e o coloca dentro de um desenho de universalização onde a boca faz parte de uma instituição muito mais interessante, muito mais complexa. O desafio era preparar o dentista. Então em um primeiro momento do nosso programa foi de fato preparar dentistas que tinham uma identidade com potencialidade para este papel... porque a gente não sabia quem tinha ou quem não tinha... ele tinha o desejo... a pergunta era o seguinte: Você tem o desejo de trabalhar fora da cadeira? Você tem o desejo de trabalhar com outras experiências? Você quer se capacitar em outras habilidades? Você quer trabalhar um pouquinho com teatro... você quer conhecer cidadania? Você quer conhecer um pouquinho mais de todas as potencialidades de saúde que estão além da cadeira? Lembro que na época tinha gente que chegava p’ra mim e dizia: ‘eu não sei fazer... que sei fazer quando estou perto da cadeira...’ É muito delicada essa construção. Ela foi um

⁵ legitimidade entendida como “... quando se trata de sua qualidade legal: o poder legítimo é um poder cuja titulação se encontra alicerçada juridicamente. ” (BOBBIO, Dicionário de Política, V.2, Pág. 674).

grande rompimento paradigmático. Foi nosso primeiro grande movimento... Agora foram capacitar as chefias do nosso serviço... eles são muito eficientes... são excelentes eh... organizadores de serviços, mas não entendiam que a qualidade desse trabalho geraria uma quantidade de soluções... eles ainda não entendiam... eles não conseguiam entender o quanto a Promoção da Saúde bastaria na redução das demandas que se a gente a princípio pensar no campo da Saúde Bucal.”

Ainda na época em que a coordenação procedia de uma análise das condições físico-estruturais da Saúde Bucal no município, verificou-se que o programa “Riso do Rio” chegara ao seu limite. Seu êxito é atribuído ao equipar o município e adequar a Saúde Bucal ao SUS. Embora com vistas à Promoção da Saúde, ainda era voltado para a atenção individual. E toda a população, com exceção do grupo materno-infantil, ou seja, adolescente, adultos e idosos, estava excluída dessa atenção, conforme nos aponta a coordenadora:

“Antes do Riso do Rio a gente não tinha uma eficiência na atenção à Saúde Bucal. Agora é lógico que todo programa tem seu limite e o limite do Riso do Rio tinha sido apontado, ele só podia atender a clientela materno-infantil.”

Havia em 2001 todo um programa já protocolado, organizado e padronizado; portanto, era possível partir para o cumprimento do princípio da Universalidade da Atenção, atendendo à Integralidade e gerando Equidade.

Na concepção da equipe da coordenação, parecia ser preciso formular uma política que pudesse ocupar o vazio da exclusão social. Era preciso criar uma nova práxis capaz de abranger essa necessidade. Era preciso desenvolver novas idéias e, portanto formar uma equipe coesa dentro dessa proposta.

“... nós somos uma equipe... a gente entendia que a universalização poderia ser de diversas formas, aqui entendida como inclusão, incluir na geração da informação de Saúde, do contato com a discussão da

Promoção de Saúde, da relação do auto-cuidado, da geração de alto estima, do fortalecimento da auto-estima e até a inclusão ao acesso às tecnologias duras.” Mirella Giongo

Era preciso investir nas Tecnologias Leves, ou seja, tecnologias de relações, do tipo produção de vínculo e acolhimento, em face às dificuldades de se expandir com compra de equipamentos e manter um número maior de consultórios.

De fato, o quantitativo de usuários no município em 2001, não apenas não permitia esse investimento vultoso, como ainda implicaria no continuísmo das ações mecânico- biológica da Odontologia. Na época não era possível um investimento dessa natureza, talvez pela ausência de um projeto que pudesse gerar interesse.

A criação de um novo programa, todavia, deveria contemplar, em um primeiro momento, o romper as limitações do atendimento à boca através de novas tecnologias em saúde e buscar trabalhar a boca nos demais programas. Sobre essa assertiva, Mirella Giongo acrescenta:

“nós fazemos parte de um grupo científico que entende que Saúde bucal não se faz somente em cadeira, é muito mais realista.”

Quando falamos de Tecnologias na saúde, nos reportamos a Franco e Merhy (1999), que nos trazem o conceito da tecnologia e de suas três vertentes. Tecnologia é entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de alguma coisa, sendo Tecnologias Leves, a operação do trabalho vivo, produção de serviços e abordagem assistencial, traduzidos nos modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização; diferentemente do que os atores consideram como Tecnologias Duras, o conhecimento materializado em máquinas e instrumentos. Ainda temos outra categoria de Tecnologia, as Tecnologias Leve-Duras, pautadas pelos saberes e práticas estruturadas.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde a pluralidade da Saúde Bucal começou a ser compreendida. A partir de então não poderia se conceber a idéia de desenvolver um programa sem que a Saúde Bucal participasse. Esse pressuposto encontrou forte apoio na figura da coordenadora:

“Entendíamos que a Saúde Bucal é na verdade a transversalidade do papel do Sistema Estomatognático... o papel da boca na vida das pessoas. E usando esse exercício do papel da boca, que a boca é o sorriso, a boca é o contato, a boca é a fala, a boca é o exercício da cidadania, a boca é a defesa... a boca passou então num primeiro momento, a se misturar com todos os programas.”

A CPSB começou a conversar com todas as coordenações sobre o papel da boca em cada ciclo de vida e sobre a tradução da boca como um dos fatores de cidadania. Esse foi o primeiro momento: o romper das paredes dentro da SMSRJ.

Os assessores e coordenadores de outros programas começaram a compreender em como a boca era importante sob a ótica da Integralidade. A troca tornou-se uma constante.

Entretanto, por ser a transversalidade uma novidade na Saúde Bucal - não havia se quer alguma coisa escrita que pudesse pautar com legitimidade esse novo modo de entender a boca e sua relação com a AIDS, a Saúde do Idoso, a Atenção Materno-Infantil, os Programas de Diabetes e de Hipertensão - podemos apontá-la como uma Inovação em Saúde Bucal -, entendida como nos reporta Santos (2003) como as tensões, rupturas e transição com o paradigma instituído. Para Mirella Giongo, um dos grandes dilemas iniciais estava em:

“Como trabalhar com todo mundo e como todo mundo trabalhar com a gente?”

A organização da Saúde Bucal no município buscava uma direção, e fazê-lo possibilitou diversas construções, acertos e erros, como veremos mais adiante.

Ainda sim, podemos observar como se deu o primeiro passo na mudança através da fala da coordenadora:

“Aí a gente começou organizando o programa do mais externo para o mais interno. Mas o que quer dizer mais interno? Aquele momento a gente entendia que a gente precisava trabalhar com a discussão da cidadania que permeia a construção de uma cidade saudável.”

As ações pensadas pela Coordenação e executadas desde então fazem parte de um modelo que destaca a Promoção da Saúde e Ações Preventivas conservadoras, inseridas na “Atenção Interprogramática”, que na prática significa aproximar e incorporar a odontologia às demais áreas de saúde, com o objetivo de trocas de conhecimentos.

A proposta estava amplamente ancorada na Promoção da Saúde segundo Sheiham (1992), como o processo de capacitar indivíduos e comunidades a desenvolverem o controle sobre os determinantes da saúde como forma de melhorar a saúde.

Mas como mudar?

A Coordenação começou a adotar o que Nadanovsky (2000) considera relevante, como buscar a atuação dos diversos setores da sociedade numa perspectiva integrada: criar ambientes que favoreçam condições para que os indivíduos tenham a possibilidade de realizar escolhas mais saudáveis.

Essa concepção procura estabelecer o cuidado através da promoção da qualidade de vida, através de intervenção nos fatores que a colocam em risco; assim, a Saúde Bucal, se torna um dos resultados alcançados pelas Ações Programáticas mais abrangentes e de Ações Intersetoriais desenvolvidas no município.

Sobre o assunto nos remetemos a um Assessor de Saúde Bucal (CAP) que nos possibilita a seguinte afirmativa:

“... se você não trabalhar a questão do auto-cuidado, a própria restauração colocada na boca do paciente não vai adiantar absolutamente nada... a gente vai estar voltando lá na Odontologia Curativa, no tempo que a gente só estava tampando buraco e não estava resolvendo o problema efetivamente desse indivíduo, não estava conscientizando esse indivíduo da auto-promoção, do auto-cuidado. Tem várias interfaces aí... e agora... se evoluiu muito em muito pouco tempo no âmbito da promoção de saúde e Saúde Bucal disso aí eu não tenho dúvida”

É diante desse cenário aqui ilustrado, no contexto da chegada à agenda municipal em face de proposta das Escolas promotoras, que estaremos a partir de agora fazendo um estudo mais detalhado dos programas segundo suas propostas e metas rumo a um entendimento mais explícito das ações de Saúde Bucal no município.

CAPÍTULO 3: PROGRAMA SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLA: RUMO À CENTRALIDADE NA AGENDA MUNICIPAL

Anteriormente fizemos um breve retrospecto da “janela de oportunidades” para que a Saúde Bucal tomasse para si um espaço na agenda do Governo César Maia.

O desafio estava posto: aproximar ainda mais as Escolas Promotoras da Saúde Bucal, embora já estivessem operando nessa construção. Então como desenvolver idéias para um programa de Saúde Bucal no município, que trouxessem algo novo? Como trabalhar a Promoção de Saúde sem desconsiderar as ações preventivas e curativas?

Antes de discutir a Promoção de Saúde para um recorte em Saúde Bucal, consideraremos a Política Nacional de Promoção da Saúde onde:

“Todo este debate coloca a necessidade de se delinear estratégias e ações no campo da saúde, capazes de apontar para a construção de soluções dos problemas complexos que se vive. A promoção da saúde como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.9).

A discussão sobre Promoção da Saúde e Qualidade de Vida trouxe um significativo desafio aos tradicionais modelos e prestação de serviços odontológicos,

inseridos nas escolas e, nos serviços, através da livre demanda. A promoção aliada à prevenção e às ações curativas se tornou, sem dúvida, um desafio maior.

No município do Rio de Janeiro não seria diferente no tocante à busca de um novo modelo capaz de superar as desigualdades sociais no acesso à Saúde Bucal; mas, antes de tudo, seria preciso ocupar os espaços.

A Saúde Bucal inserida nas escolas se dividia na Saúde Escolar – modelo médico-terapêutico, essencialmente medicalizante – e nas Escolas Promotoras de Saúde – consenso através do repensar das práticas e da busca da modernidade com o seu papel sócio-educador favorecendo particularmente nesse espaço, uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de Saúde.

“Um dos princípios básicos da odontologia moderna é não intervir antes que as ações de promoção de saúde tenham tido a oportunidade de funcionar. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas são convidados a repensar a sua prática e exercer um novo papel dentro da odontologia em saúde coletiva.” (AERTS, 2004, p.131).

A Promoção da Educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorre a parceria entre os setores (Ministérios e Secretarias) da Educação e da Saúde.

“Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa (RNEPS, 2006, p.1).”

A Promoção da Saúde no ambiente escolar, com o formato que alcançou diversos continentes, teve início através da Rede das Escolas Promotoras de Saúde com base nos princípios da Carta de Ottawa (OMS, 1986), na Convenção dos Direitos da Criança, na estratégia de empoderamento (FREEDMAN, 1984) e no investimento na mudança organizacional (GROSMANN et al., 1996).

Foi desenvolvida primeiramente em Portugal, em 1994, tendo apoio político e legislação pertinente sobre estruturas de suporte e financeira (LOUREIRO, 2006), sendo essa proposta incorporada em diversos países, dentre os quais, o Brasil.

Após oito meses da implantação dessa nova estratégia de Promoção da Saúde e promulgação daquela legislação, a RNEPS realizou um estudo transversal com escolas que já a vinham praticando e com as que, não pertencentes à rede, ainda não a executavam, abordando os seguintes aspectos:

- Conhecimentos e opiniões sobre o programa com pais e alunos,
- Inserção da educação sexual no currículo,
- Grau de utilização dos recursos disponíveis da comunidade.

Os resultados demonstraram-se favoráveis às escolas da RNEPS, fortalecendo a parceria efetiva entre educação e saúde e a abordagem holística das questões educativas. A dinâmica é freqüentemente baseada na troca de experiências e da reflexão para a resolução de problemas.

No Brasil as experiências com Escolas Promotoras provêm principalmente dos Estados de Tocantins, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A adoção do conceito de Promoção da Saúde no ambiente escolar brasileiro impôs a necessidade de estar em conformidade com os princípios do SUS.

Dentre outros pontos, esta estratégia objetiva fortalecer a tomada de decisões favoráveis à saúde do indivíduo e de sua comunidade, assim como também

criar ambientes saudáveis e consolidar uma política intersetorial com proposta para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo, ao mesmo tempo em que se volta para o desenvolvimento de uma nova cultura da saúde.

O período escolar é fundamental para se trabalhar a saúde na perspectiva de sua promoção, com ações voltadas para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção. Neste local de práticas de educação, os educandos estão desenvolvendo hábitos e atitudes.

A escola tem uma função pedagógica - que lhe é específica - e, ao mesmo tempo, uma função social e política voltada para a transformação da sociedade. Neste sentido, foi assinada a Portaria Interministerial 766/GM, de 17 de maio de 2001, cujo objetivo é a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação para os temas transversais Saúde e Orientação Sexual.

“O sentido do trabalho escolar está em lidar com os valores, as crenças, os mitos e as representações que se tem sobre a própria relação do ‘saber-fazer-ser’ educador e educando. Por isso é importante organizar e estimular situações de aprendizagem nas quais a saúde possa ser compreendida como direito de cidadania e um pressuposto ético, valorizando as ações voltadas para a sua promoção. Uma promoção da saúde entendida como sendo determinada por muitos fatores que não se limitam aos fatores biológicos e que podem estar interagindo de diversas maneiras” (PARREIRA, 2005, p.5).

No Estado do Rio de Janeiro, podemos destacar o Programa de Saúde e Cidadania “Dentescola”, desenvolvido na capital, com o objetivo de dinamizar o Projeto Escolas Promotoras de Saúde no município, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, envolvendo como dinamizadores - hoje denominados supervisores-, cirurgiões-dentistas, que passaram a romper a lógica hegemônica do cuidado oral para desenvolver a saúde como um todo.

São aproximadamente dois milhões de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 e 19 anos morando no município, que contam com uma rede de educação que engloba a educação infantil e o ensino básico fundamental, além do ensino médio.

A gestão do Programa de Saúde Escolar do município vem favorecendo no espaço da escola, uma ação mais reflexiva e ampliada do conceito de Saúde, com prioridade para os investimentos na Promoção da Saúde como melhoria da Qualidade de Vida da comunidade escolar contando com a participação de professores, alunos, pais e profissionais de saúde.

A origem da proposta das Escolas Promotoras através da parceria das secretarias de Educação e Saúde do município está na publicação das Diretrizes para a Saúde Escolar no município do Rio de Janeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1995). Tais diretrizes assinalam três eixos básicos: educação e saúde; desenvolvimento e aprendizagem; e participação popular. O Projeto se revelou estratégico por incluir a Promoção de Saúde no âmbito escolar municipal.

As ações propostas para as escolas são voltadas para uma integração intersetorial e formação de grupos de trabalho regionais e locais, se baseando na perspectiva de incentivar a autonomia da ação local, com a construção pelos sujeitos “para os quais suas atividades estão voltadas e não apenas programado de forma vertical em que os indivíduos tornam-se objetos passivos dessas atividades e/ou de outros saberes” (SILVA, 2006).

O projeto "Nessa Escola Eu Fico" (SILVA, 1999), foi a primeira proposta do município para integrar a Política de Saúde às Políticas Sociais. O objetivo era melhorar a escola pública através do estímulo à participação da comunidade escolar em atividades internas gerando aumento do tempo de permanência da criança e do

adolescente na escola, fomentando nessas atividades, discussões através do desenvolvimento da capacidade de pensar, atuar e de tomar decisões.

O objetivo principal era desenvolver atividades complementares na escola para criar ambientes saudáveis e uma inclusão social com o desenvolvimento e aprendizagem nas diferentes linguagens e atividades artísticas, esportivas e culturais frente ao contexto histórico e social da comunidade.

Uma pesquisa foi realizada nesse mesmo ano para diagnosticar a saúde e o estado nutricional dos alunos, revelando que tanto a anemia quanto a obesidade eram as alterações mais freqüentes. Associadas à prática alimentar inadequada estavam a má-higiene bucal e a cárie dentária (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001).

Desse modo, com base nas respostas dessa pesquisa, a partir de 2000, as ações sociais do município se voltaram para a criação de Escolas Promotoras de Saúde presumindo uma proposta inclusiva, estimulando a participação de todos os atores envolvidos e a execução de projetos locais.

Para a sua concretização, e com proposta voltada para creches e escolas da rede pública municipal, foram necessárias algumas parcerias, tais como o Instituto de Nutrição Annes Dias, o Fórum 21 da Cidade, o Programa de Saúde do Adolescente, o Movimento "Agita Rio" e a Secretaria Municipal de Educação (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

Durante período de 2000 a 2002, através de Convênio firmado entre a Prefeitura e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Projeto Piloto foi desenvolvido através da criação de 10 equipes de saúde, formadas por dinamizadores, entre professores e/ou psicólogos, e a participação de cirurgiões-dentistas, estagiários de odontologia e de fonoaudiologia (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2005).

Uma equipe de avaliação ficou encarregada em indicar aos gerentes e planejadores necessidades de mudanças de rumos e acertos nas ações do Projeto através de indicadores do grau de satisfação dos usuários.

O financiamento para criação dessa rede veio através de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), com repasses do Ministério da Saúde para o município destinado a implementação de programas de saúde coletiva, além da própria Secretaria Municipal de Saúde, com recursos do tesouro municipal que subsidiou o Projeto através do convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Em parceria com a UERJ (2001-2002), o desenvolvimento de cada Projeto foi acompanhado e supervisionado pela equipe da Gerência do Programa de Saúde Escolar e do CEDAPS - órgão responsável pela certificação como projeto de Promoção de Saúde -, contribuindo com o gerente, indicando erros e sugerindo mudanças de rumos.

Foram criadas então 120 Escolas Promotoras de Saúde, envolvendo cerca de 11.460 alunos, e realizadas diversas oficinas e dinâmicas envolvendo professores, outros profissionais, alunos e familiares como forma também de um trabalho de avaliação do processo.

A realização de seminários permitiu que, a partir das demandas das escolas, os professores elaborassem e, posteriormente, coordenassem a execução de seus próprios projetos da comunidade escolar, segundo suas necessidades específicas.

A participação da Saúde Bucal surgiu como uma das ações, e não a principal ação da Escola Promotora de Saúde; na realidade, tinha o mesmo peso da Saúde Ocular e Auditiva.

A proposta das Escolas Promotoras é focada principalmente na prevenção do uso do álcool, do tabaco e de drogas, bem como acidentes, violência e orientação sobre gravidez na adolescência e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS).

Entretanto, como essa participação nesse momento residia apenas na Educação em Saúde - porque não havia sido inserida a proposta de um cuidado direcionado ao controle da doença cárie através de mecanismos técnico-operacionais.

“O que a comunidade, os professores falavam: ‘- Vem cá... você só vai ficar de blá-blá-blá? De conversa? Eu tenho doença instalada na boca e preciso tratar.’ E aí como a gente ficava? O TRA vem justamente p’ra...eh...como também uma estratégia de...de desafogar a cadeira odontológica.” – Assessor de Saúde Bucal (CAP)

É importante lembrar que a Saúde Escolar, programa já existente na Secretaria Municipal de Saúde, continuou com suas práticas pautadas no modelo com enfoque nas doenças, independente dessa nova proposta, ainda que contasse com profissionais de Saúde Bucal da rede.

No Boletim Informativo de fevereiro de 2001 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001) sobre as Escolas Promotoras de Saúde, foi revelado dado de um levantamento Epidemiológico realizado em nove escolas municipais, abrangendo 3.736 alunos, revelando que, deste total, 56,5% apresentavam necessidade de encaminhamento para a intervenção profissional. Lamentável que deste percentual, em 19,5% a cárie vinha acompanhada de dor.

Dentro do projeto inicial já figurava o profissional dinamizador, papel este que foi assumido, ainda em 2001, pelo cirurgião-dentista através da publicação do Programa Dentescola.

A CPSB incumbida da responsabilidade do desenvolvimento desse projeto promoveu no ano seguinte a primeira capacitação - no Hotel Guanabara - para os

profissionais de Saúde Bucal pertencentes à rede nessa nova gestão. Nesse primeiro momento foi também apresentado a filosofia do Projeto e deixado em aberto o modo de desenvolvê-lo localmente, visto que as necessidades variam de escola para escola.

Os profissionais desejavam ter alinhavado o projeto; todavia, como resposta, ouviam: “- Não existe receita de bolo... vocês que vão nos dar isso”. Era exatamente a proposta, era a construção de uma identidade da saúde escolar em cada unidade de ensino. As necessidades, portanto eram variáveis, poderiam ser temas ligados tanto à faixa etária como às doenças que mais se encontravam no local, como por exemplo, impetigo e molusco.

Em 2004 o Programa já cobria 47,1% das escolas municipais, tendo sido apontado pela CPSB como uma conquista o fato da promoção de saúde atuar de forma interdisciplinar com dentistas trabalhando fora do consultório tradicional e à frente de uma equipe de estagiários de diversas categorias profissionais.

Assim como alunos de odontologia, as escolas recebem alunos de medicina, enfermagem, nutrição, arquitetura, serviço social, dentre outras, de forma a garantir o desenvolvimento de ações integrais de saúde através da possibilidade de se discutir freqüentemente as propostas de trabalho e os tipos de atividades a serem desenvolvidas, proporcionando uma experiência comum na busca por qualidade de vida.

Inserido no universo escolar, o cirurgião-dentista procurou integrar-se à proposta das Escolas Promotoras, sendo o principal ator a desenvolver este trabalho, estando, portanto, comprometido com a Promoção da Saúde e a melhoria da qualidade de vida da comunidade, do bairro, da cidade.

Todavia, a despeito das perspectivas animadoras do programa, ocorre hoje uma redução das ofertas de vagas para estagiários bolsistas. Entre as causas

apontadas pelos supervisores - Relatório do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (2004) - está a pouca demanda motivada pela distância das escolas e creches, a baixa remuneração e a pouca divulgação do concurso nas universidades.

Alguns profissionais relataram que os bolsistas evitavam áreas de risco ou lugares distantes. Outros profissionais, que tinham a colaboração de estagiários, relatam estagiários de um curso ou outro. No geral, observamos que o trabalho era realizado pelos próprios supervisores.

O Programa, apesar da dificuldade de incluir os estagiários e de desenvolver um bom trabalho frente ao tamanho/ número de escolas, vem tentando, dentro das possibilidades, superar as limitações, criando estratégias locais, como veremos mais adiante.

Ao adentrar os espaços de formação a partir das creches, tendo como matriz o Projeto Político Pedagógico da escola, a fomentar a participação da comunidade escolar no planejamento de ações e no desenvolvimento de um sistema de educação permanente, “pressupõe um trabalho na ótica de inclusão e de participação em que a escola também possa representar o equipamento social que protagonize a ação de mudança desse quadro desfavorável” (PARREIRA, 2005).

Isto não significa esperar que a escola sozinha possa reverter essa situação, mas que somando-se às suas ações, diferentes parceiros da área social, pode representar o pólo propagador desse conjunto de ações de uma rede de atores comprometidos com mais justiça social e econômica, solidariedade e equidade.

“O programa então... ele... tem um desenho de somar a rede de saúde com a rede escolar, que transforma cada unidade de Saúde, seja responsável por todas as escolas e creches em seu entorno. Nós fizemos um mapeamento de todas as 1.075 escolas hoje né... e mais de 600 creches. Organizamos grupos de trabalho somados com os outros demais programas.” - Mirella Giongo.

Mas não seria simplesmente discutir informações sobre Saúde e Cidadania, ficar apenas em Educação em Saúde:

“Foi uma grande conquista né? Histórica e a meu ver. Teve um papel muito importante até p’ra reorientar o modelo de atenção de Saúde Bucal no próprio município do Rio. O dentescola foi uma estratégia importante... para disseminar uma nova mentalidade e uma nova visão perante os dentistas que atuam na rede pública da cidade... com até a introdução de não só de atividades de Promoção da Saúde, de Educação em Saúde, mas atividades preventivas, até curativas também, como no caso do ART.” - Assessor de Saúde Bucal (CAP).

Em 2005, a CPSB inseriu algumas orientações de caráter técnico-administrativo para o Dentescola - até então não havia um acompanhamento mais de perto-, subdividindo as ações em três fases, sendo a primeira estabelecer um diagnóstico da escola; na segunda fase, o enfoque é a Promoção da Saúde. Na terceira fase entram as ações de Saúde Bucal.

3.1. Programa Dentescola - diagnóstico e ações focais: Uma nova roupagem do Sistema Incremental?

Como diagnosticar a escola?

O diagnóstico das condições de Promoção da Saúde nas escolas e creches começa no contato prévio, onde se procura agendar com a direção, dentro do calendário da escola, a 1ª reunião para apresentação da proposta do programa ao corpo docente. Após esse primeiro passo, começa-se a visitar com os profissionais (supervisor e estagiários) os espaços da unidade escolar, para realizar um diagnóstico prévio.

Esse diagnóstico se baseia nas condições físico-estruturais de cada unidade de ensino de acordo com os segmentos atendidos, horários de funcionamento, a existência ou não de turmas sem professores.

Se a escola ou creche desenvolve algum projeto relacionado à saúde, conhecer o programa de merenda escolar e relacionar o tipo de alimentação oferecida, bem como a infra-estrutura física da escola (dependências construídas e livres; condições gerais do prédio, de distribuição de água, limpeza do prédio, limpeza no preparo e distribuição da alimentação escolar, condições gerais da sala de aula e condições do entorno da escola).

O entorno da escola é também importante por proporcionar um olhar multiprofissional, pois engloba aspectos como desmatamento, lixo a céu aberto, valas, falta de água, possibilidade de ocorrência de enchentes, precariedade ou não no acesso à energia elétrica e aos meios de transporte. É importante o conhecimento da existência de animais que circulam na escola/creche, tais como cavalos, porcos, cães e galinhas.

As relações interpessoais também fazem parte do diagnóstico, bem como a existência de liderança estudantil. É nesse espaço que se identificam os agentes multiplicadores que serão, mais tarde, selecionados de cada turma, da terceira a sétima série.

De modo que agregar um número de potenciais multiplicadores significa não apenas reunir um grupo, mas fortalecer o potencial transformador individual e coletivo conforme as propostas das Escolas Promotoras. A partir daí, listam-se os problemas identificados pelo grupo, para então discuti-los e definir saídas locais privilegiando a autonomia.

A integração do grupo de agentes com coordenação pedagógica e direção contribui na sensibilização e no planejamento das atividades. E para possibilitar a

integração nas ações, essa sensibilização deve ser estendida aos pais dos alunos, associações de moradores e comunidade adstrita.

O papel dos multiplicadores tem sua importância aumentada quando na ausência dos supervisores nas escolas e creches, visto que a presença destes depende dos rodízios cíclicos adotados pela CPSB como solução para contemplar mais escolas.

O Programa fortalece a assertiva de que a Promoção da Saúde é resultado do processo de apropriação do poder de cada cidadão e da sociedade, construído a partir de relações entre sujeitos sociais, mediadas pela educação crítica para a autonomia e liberdade.

Como ações focais de Saúde Bucal, o Programa oferece a realização de escovação supervisionada e a realização do Tratamento de Restauração Atraumática (TRA) através da distribuição trimestral de Kits de higiene oral composto inicialmente só de escovas e pasta de dentes.

Entretanto, em face de diversas solicitações dos profissionais que expressavam o querer da comunidade para o recebimento do fio dental, ainda em 2002, este item foi incluído, não apenas para os alunos, mas para toda a comunidade escolar, incluindo pais.

Aliás, essa é a estratégia para a compreensão do programa por parte dos pais e funcionários da escola. São feitas reuniões com estes grupos em separado para fortalecimento da proposta e distribuição dos KITS como fator motivador. Quanto maior participação, maior a inclusão no programa.

Mas encontramos dificuldades nessa distribuição a partir de 2004. Obtivemos algumas respostas para isso, dentre as quais, o fato da falta de entendimento do setor jurídico quanto à categoria do KIT ser cosmético e não

medicamento; e, a falta de financiamento para a compra, por conta de outras necessidades mais urgentes da Secretaria de Saúde.

De concreto, compreendemos que, nesse período e até o final da pesquisa, muitos profissionais que foram convidados a integrar o programa, não receberam Kits para as ações em Saúde Bucal.

A Higiene Supervisionada no Dentescola é feita por CD, diferentemente do que é realizado nas UBS, onde o pessoal técnico é treinado para essa atividade, bem como para dar orientações em saúde.

Preconiza-se a supervisão da escovação, não focada a uma única técnica - existem várias - mas, através da aplicação livre da escovação conforme o usuário, sua destreza manual, o formato das arcadas e a posição dos elementos dentários.

O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) proposto no Dentescola é convencional, pois não necessita de uma estrutura de consultório. Preconizado pela OMS para atendimento coletivo, por ser eficiente, de baixo custo e tempo, fundamenta-se numa técnica simples, - o que desafoga em parte as Unidades Básicas de Saúde por dinamizar o tratamento de lesões simples de cárie dentária na própria escola.

Entretanto nem todos os profissionais acabam realizando este tipo de tratamento. Muitas vezes, o tempo que se gasta em fazer um levantamento das necessidades individuais em saúde bucal ultrapassa o tempo da permanência do profissional ao programa em determinada escola, e o profissional não tem chance de intervir nas doenças bucais.

Essa dificuldade começou a despertar entre as APs a vontade de se estabelecer um novo processo de trabalho que, como veremos mais adiante, pudesse também servir de estímulo aos profissionais que, pela rotatividade, não concluíam o trabalho que haviam iniciado em uma determinada escola.

O Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” ainda não se encontra fechado, normatizado, visto as necessidades locais e as características dos atores envolvidos. Existem diferenças, que, juntas, vão construindo um projeto objetivando qualidade de vida através de ações educativas buscando explorar em cada escola o senso de cidadania.

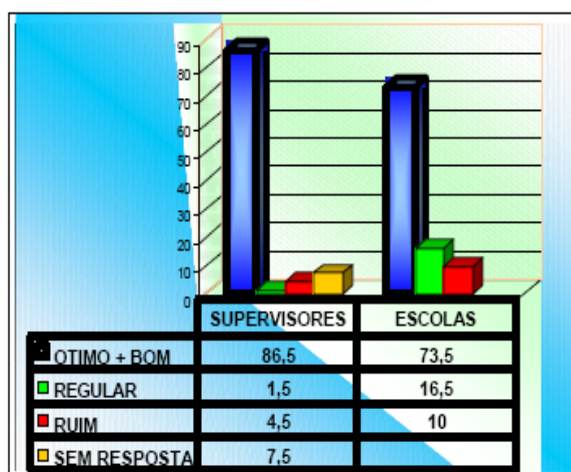
É um somatório de idéias e experiências locais que modelam o programa. É formatado segundo as características dadas por cada supervisor, e sendo assim, o programa foi de fato uma construção linear. Acrescentamos que propostas semelhantes surgem para somar diante da fragilidade da estrutura familiar, das construções de valores e busca da cidadania, e da violência que assomam as escolas, principalmente em determinadas localidades deste município.

Entendemos que para que os programas continuem funcionando é necessário um acompanhamento contínuo e um incremento financeiro e humano.

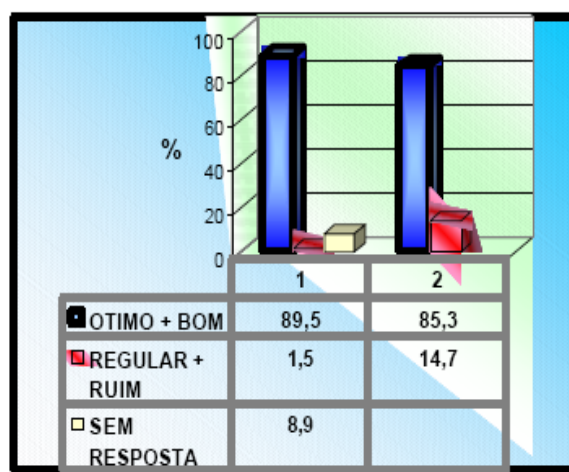
Sobre os aspectos positivos indicados em uma pesquisa realizada em 2004 sobre o programa, onde foram ouvidos 67 cirurgiões-dentistas supervisores distribuídos pelas Áreas Programáticas (AP). Foi destacada a abordagem inicial e desenvolvimento do programa, o trabalho dos supervisores (compromisso, interesse e interação com a escola), a avaliação muito positiva do programa pelas escolas e a capacidade de motivar a escola para o tema saúde.

Verificou-se também na avaliação, a necessidade de resolutividade dos problemas de Saúde Bucal e encaminhamentos para a Unidade de Saúde, melhoria de material didático e recursos pedagógicos, a continuidade e frequência do trabalho na escola, a interação da equipe com a escola e participação da escola no desenvolvimento do programa.

1. AVALIAÇÃO GERAL DO PROGRAMA DENTESCOLA



2. TRABALHO DO SUPERVISOR: COMPROMISSO E INTERESSE



Fonte: Coordenação de Programas de Saúde Bucal -SMS (2005)

Em um primeiro momento, o Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” nos sugere uma nova roupagem do Sistema Incremental - implementado pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública em meados do século XX, cuja lógica reside na detecção precoce das lesões cáries sendo, portanto, iniciado com a entrada do aluno no primeiro ano escolar, aos seis anos, começando a tratar a doença cárie logo após a erupção dos primeiros molares.

Todavia, percebemos que o Programa “Dentescola” inovou justamente por não querer uma aproximação a esse sistema, e sim, vir a fortalecer, com propostas às Escolas Promotoras de Saúde, uma perspectiva da transdisciplinaridade.

É uma proposta consideravelmente bem articulada nesse cenário, e vem promovendo qualidade de vida, procurando intervir nos fatores que a colocam em risco, através da aproximação das pessoas e da percepção de suas condições de vida, das representações sociais da saúde, do conhecimento de seus hábitos e das providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem, bem como o que fazem para evitar enfermidades.

O Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” não vem se desenvolvendo como a única proposta do município para as ações de Saúde Bucal e sim, uma das propostas. Faz parte da Política “Carioca Rindo à Toa”, cujo desenho representado pela CPSB é de um guarda-chuva, onde o Programa é uma das arestas - as demais são: Atenção básica (tradicional e ESB/PSF), CEOs, e Alta Complexidade.

Em 2007, com uma nova proposta, os coordenadores pretendem lotar nas CAPs, os estagiários e os supervisores, de maneira que o trabalho possa fluir melhor, pois sua locomoção e entrada em locais de risco ficariam a cargo destas.

O objetivo é dinamizar os “mutirões”, que se iniciaram no ano de 2006, como proposta de unir os supervisores do programa de uma determinada CAP e, juntos, a princípio trabalharem com escolas ainda não atingidas pelo Dentescola, além de integrar os CDs das ESB/PSF das áreas de abrangência das escolas. Com esse passo, acreditam os supervisores, poderá resultar uma liberdade para o planejamento dos próximos anos, vencendo as dificuldades apontadas no parágrafo anterior. Por outro lado, acreditamos que tal passo vai se distanciando da proposta original - da permanência do profissional de modo contínuo - e, conseqüentemente rompe com o vínculo do supervisor com a escola e os escolares, interferindo com o objetivo da transformação da comunidade - escolar e do entorno - e da consciência da cidadania.

O vínculo faz parte de um dos sentidos da Integralidade e, aqui, expresso como relação interpessoal de confiança dentro de um cenário de envolvimento e de ações compartilhadas.

Para o mutirão, é necessário, uma semana antes do planejamento, levar o mapa com o levantamento epidemiológico prévio. Entretanto, nem todas as APs têm feito esse levantamento - como no caso da AP 3.2, apesar de realizar o mutirão de

TRA -, dificultando um maior conhecimento das necessidades da escola em relação às doenças bucais.

Em reunião para avaliação da atuação da saúde Bucal por Área programática no nível central no dia 20 de dezembro, observamos que os mutirões são considerados uma experiência exitosa. Foi relatado pelo coordenador de Saúde Bucal da AP3 que, em relação ao ano de 2005, o alcance do Dentescola foi dez vezes maior.

A escola fica com todo o planejamento operacional, o comprometimento do material esterilizado, sua disposição e a execução das atividades fica por conta da equipe de supervisores e estagiários, que passa o dia inteiro envolvida no levantamento das necessidades, sejam atividades técnicas - como selamento das cavidades com cimento ionômero de vidro - ou em palestras educativas.

Um dos problemas que identificamos nessa nova estratégia está em como as UBS podem absorver as crianças que são encaminhadas para o tratamento, visto que se aumentou o número de escolas atingidas e há uma agilidade na identificação do risco de Doença Cárie e Doença Periodontal.

Ademais, este encaminhamento segundo uma projeção estimada, chegará a levar 200 a 300 crianças para o tratamento mais elaborado ainda na Atenção Básica, já que o mutirão apenas controla lesões simples por doença cárie através do uso de ionômero de vidro.

Outro problema relatado pelos coordenadores das APs é o fato do posto de saúde não querer liberar o cirurgião-dentista, que por outro lado, em decorrência da formação técnica, parece preferir ficar no posto a ir para a escola.

Os coordenadores das CAPs atribuem à falta de estímulo dos supervisores do Dentescola ao trabalho isolado que realizam. Nesse período em que começaram a trabalhar em mutirão, está ocorrendo uma nova dinâmica ao processo através do

entrosamento entre eles, pois há uma preocupação de se estabelecer um trabalho em conjunto.

Existe uma preocupação de não deixar o profissional sem um acompanhamento “mais de perto”, o que nos primeiros anos do Dentescola acontecia com frequência. Essa construção de acompanhar o trabalho foi sendo demandada ao longo dos anos.

A própria direção da escola demanda o tema a ser discutido. Por outro lado essa oportunidade de envolvimento de toda a comunidade escolar tem criado outras, como a aproximação dos Agentes Comunitários de Saúde, que tem gerado nessa articulação, mapas de famílias vulneráveis para o trabalho em conjunto.

É acordado entre os atores na micropolítica - diretor, professores, pais e profissionais de saúde - o tema proposto dentro das necessidades demandadas. Observa-se então que, para saber falar de tudo direcionado à saúde, é coerente a realização de seminários voltados para a Educação Permanente em Saúde. Se for para falar de pediculose, fala-se de pediculose.

O profissional de Saúde Bucal não tem preparo suficiente para adentrar em outros campos da saúde, conforme citamos anteriormente. Existe um “pré-conceito” em discutir assuntos relacionados às demais profissões da Saúde.

3.2. Processo de Trabalho e encontros intersetoriais das Coordenações de Saúde Bucal das Áreas Programáticas.

Conforme descrevemos, existe uma articulação nas Áreas Programáticas. Exemplo disso ocorreu em recente encontro da Coordenação de Saúde Bucal da AP1 com os ACS no Morro da Mangueira, quando foram solicitadas mais informações sobre Saúde Bucal. Essa parceria está também ocorrendo no Morro de

São Carlos. Cada vez mais os supervisores estão participando das reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde. O agente vai buscar a família na própria comunidade, auxiliando ainda no trabalho com as crianças que apresentam problemas.

Por ocasião da saída de diversos profissionais do Dentescola para o PSF, em virtude da visão transdisciplinar já inserida em seu cotidiano, foi necessário buscar novos profissionais dentro da rede para ocupar esses espaços.

Na AP 3.3 várias unidades estão sem supervisores e há uma proposta de reunião com os diretores de escolas e creches para que esse problema seja aberto. As escolas que estão reivindicando sua entrada no programa aguardam a estratégia do mutirão para contornar essa deficiência.

A parceria com as CREs também apresenta problemas quanto à articulação com as CAPs, pelo não envolvimento, só assistem o andamento do trabalho, mantendo - se distanciadas.

Alguns profissionais de Saúde Bucal ligados às CAPs estão assumindo a gestão local de alguns programas. Por exemplo, a assessora da AP 3.1 também é responsável pelo Programa de Controle do Tabagismo. É da compreensão dos gestores em Saúde Bucal a importância de estarem presentes em todas as ações das Áreas Programáticas, conhecendo o andamento e saber o que os outros profissionais estão falando.

Contudo, verificamos que na AP 4 há ausência de um representante no GAT, existindo uma exclusão da Saúde Bucal no andamento dos trabalhos - inclusive, isso também acontece em algumas unidades e nos hospitais da região.

A representação da Saúde Bucal na AP 3.2 também tem dificuldades com na aproximação com o GAT, indicando uma completa desarticulação. Por outro lado, os CDs estão trabalhando com a IUBAM e com o Programa DST/AIDS.

É importante também salientar que uma das ações exitosas do programa está acontecendo, por exemplo, na AP 5.1 onde os CDs estão percorrendo outros caminhos, como implantando hortas e artesanato nas escolas. Na AP 3.3 está sendo discutido como o Programa de Saúde e Cidadania Dentescola está sendo o aporte do Programa Bolsa Família.

O programa de certo modo serve como porta de entrada para o pré-escolar e escolar ao SUS, pois quando o controle da atividade da Doença Cárie se realiza na própria escola ou creche, cria-se vagas para o atendimento ao adulto nas UBS, melhorando o acesso e desafogando os serviços de Pronto - Atendimento dos hospitais.

O grande “**porém**”, reside tanto na implementação eficiente do Protocolo do TRA, pois a técnica precisa ser bem executada para que o material continue na cavidade por muito tempo, e ainda, necessita de um estudo para avaliar o trabalho que já foi feito quanto na compra e distribuição de insumos.

Essas ações necessitam ser contínuas, pois a paralisação do fornecimento de ionômeros ou de insumos significa não apenas estacionar no programa, mas dependendo da etapa na qual a escola se encontra, pode significar começar tudo de novo, ou seja, se foi feito um levantamento de cárie e se leva, por exemplo, um ano para chegar os insumos, o aluno pode já ter o elemento cariado comprometido a tal ponto que não há outro recurso senão o da exodontia.

“... e se você entrar na estaca zero de novo e partir p’ra apenas trabalhar com a promoção da Saúde... não que ela não seja a principal prioridade... acredito que seja, mas se você está toda hora tendo que voltar a estaca a zero com relação a procedimentos que você que você oferecia como procedimentos curativos, o que para a população é a menina dos olhos, o principal... aquilo que ela quer para resolver a vida dela entre aspas... isso acaba sendo fator

desmotivador. Não só para o profissional, mas também para a comunidade escolar.” Assessor de Saúde Bucal (CAP)

Entendemos que, anteriores à PNSB, algumas iniciativas focando uma preocupação com determinantes sociais e participação social, já estavam acontecendo. Encontramos no Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” um arranjo inovador, ainda que numa perspectiva do cuidado ao escolar, longe da ótica da universalização (anexos 4 e 5), mas de um lado satisfaz alguns signos da Integralidade quando se aproxima de outros programas numa relação horizontal que pode favorecer a comunidade escolar.

Contudo, as ações de promoção e de prevenção devem estar na mesma medida das ações curativas. Preocupa-nos o fato de que o mutirão anda em passos mais largos, ampliando as demandas, o que ocorre com a oferta de serviços. É preciso que essa estratégia esteja aliada a uma resposta mais clara da atenção básica e da média complexidade. E parece-nos que essa resposta não está sendo dada. Muito menos encontramos esse questionamento na CPSB.

CAPÍTULO 4: POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

- “CARIOCA RINDO À TOA”

A Política “Carioca Rindo à Toa”, anteriormente programa municipal, parte do acolhimento e da expansão da cobertura para introduzir um novo processo de trabalho nas ações de Promoção e Prevenção.

A proposta nos dá uma visão clara do que pode ou não entrar na agenda; se entrar, como obter centralidade. O governo tem o maior controle sobre essas questões, podendo aceitar ou rejeitar determinadas demandas e, ainda, decidir a prioridade das políticas no que tange a necessidade de mudanças, revisões, bem como a introdução de uma nova política (WALT, 1996).

Bermudez (2002) ressalta que do ponto de vista ideal, todas as instituições deveriam seguir políticas escritas, que incluiriam as diretrizes e as responsabilidades dos implementadores.

É oportuno destacar que a Política Municipal de Saúde Bucal não tem um documento legitimado que condicionem objetivos e diretrizes. A falta de um projeto prévio sugere um grau de dificuldade de se fazer entender não apenas no campo das análises políticas como internamente para a sua reprodução na ponta do sistema. Contudo, o nosso estudo se ancorou tanto em circulares internas e “papers” distribuído na internet via site da Prefeitura do Rio de Janeiro quanto nas entrevistas realizadas.

Em nossas conversas ficou expresso que a CPSB está trabalhando para “escrever a política”, torná-la oficial. Inclusive somente no final de 2006 a Política “Carioca Rindo à Toa” adquiriu seu formato e suas diretrizes.

Todavia se considerarmos que o objetivo de uma política é tornar-se visível, pública em suas intenções de atuação do governo e orientar o planejamento e

seus desdobramentos em programas e projetos, entenderemos que o que falta a essa política é justamente a publicização. O seu conhecimento fora do espaço da Secretaria de Saúde, principalmente pelo usuário do sistema, dificulta o controle social.

Voltando então à proposta, notamos que o “Carioca Rindo à Toa” estimula os cirurgiões-dentistas a utilizar metade de seu tempo em programas de promoção fora da unidade de saúde ou do espaço-consultório; o dentista então sai da cadeira, para participar junto com os outros profissionais de saúde dos grupos, integrando desta forma as ações de saúde bucal aos demais programas.

A este movimento que vem a romper com a lógica assistencialista mantida por décadas na odontologia, a Coordenação de Programas de Saúde Bucal entende como forma de aproximação e incorporação da odontologia às demais áreas da saúde, numa perspectiva de promoção, prevenção e cuidado.

O acolhimento aparece nas entrevistas como norteador do modelo assistencial e como proposta objetiva de conhecer, permitir e discutir, junto aos usuários, as principais causas das patologias bucais e as formas de preveni-las sem desconsiderar a saúde geral do paciente.

Sentimos falta de um desdobramento maior do conceito de acolhimento no entender da coordenação, visto que se amplia na literatura como zelo, atenção e bom trato e se projeta centralizando-se no modo de trabalhar e de intervir na coletividade; sai da percepção e entra na ação à medida que tomamos o acolhimento como pré-requisito do cuidado, pois que este não reside apenas no ato, transcende para uma atitude.

Contudo, no campo das práticas e na verbalização do que é a política municipal, o acolhimento é exercido com esse desdobramento, sendo objeto de conquista da coordenação, no período estudado por nós. A CPSB assimila o cuidado

conforme Boff (2004), que nos apresenta como algo ainda maior que um ato ou uma atitude, mas intrínseco à natureza humana, visto que coloca o cuidado em tudo que projeta e faz. A atitude então do cuidado pode revelar preocupação, inquietação e o sentimento de se importar com o outro, como senso de responsabilidade por aquilo que se cuida.

À medida que o cuidado implica na intimidade, de ausculta e proximidade, ele gera outro momento - se é que este não ocorre ao mesmo tempo ou por ele é gerado - o da integralidade, que como conceito vem se projetando com diversos sentidos.

O acolher e o cuidar são signos da Integralidade. É importante frisar que a integralidade é utilizada como base nas formulações políticas, principalmente por ser parte dos princípios do SUS.

Mattos (2001) a apresenta como “conjunto de ações úteis na distinção de certos valores e características desejáveis no nosso sistema de saúde” e como bom indicador de direção para as práticas de saúde, deve ser defendido e servir de marca de algumas políticas de saúde.

Desse modo, possibilita ampliar o leque das percepções das necessidades e, por conseguinte, dar melhores respostas, superando o reducionismo (MATTOS, 2001). Teixeira (2003) ressalta que no campo da saúde encontramos muita coisa fragmentada e, portanto, se faz necessário tomar a Integralidade através da compreensão das diversas noções que ela apresenta, visto que as diferenças nela encontradas “dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos pretendem integrar”.

Botazzo (2005) aponta outra questão que deve ser destacada: o processo da Integralidade muitas vezes traz à tona conflitos da categoria profissional que afastada dos problemas de saúde da sociedade, se mantém alienada em si mesmo.

Para a Saúde Bucal Coletiva essa alienação tem sido um dos grandes desafios a serem rompidos na formação, ainda tecnicista, centrada no elemento dentário, desconsiderando, dentre diversos fatores, a percepção da boca para o paciente e o conhecimento de seus valores.

Destarte, na prática verificamos que a visão biológica ainda se mantém no âmbito dos serviços. O usuário do SUS, ainda não é o centro do processo de trabalho, muito embora o PSF tenha surgido como proposta a mudança dessa estrutura, centrada na biotecnologia, reorganizando a práxis.

Entretanto, observamos que a formação na área da saúde, por não oferecer base nas ciências sociais, tem prejudicado a práxis proposta para o trabalho comunitário do PSF e, igualmente, se não em maior escala na ESB - considerando a sua visão “odontocêntrica”.

Ao apreendermos a noção da Integralidade, por um lado, abrangendo diversas tendências cognitivas, como o cuidado e o acolhimento, por outro, vislumbramos que a Integralidade se articula como proposta na assistência à saúde como ferramenta para o seu desenvolvimento. Ao desdobrarmos a Integralidade em suas vertentes estaremos preenchendo lacunas e tomando por orientação ações para o enfrentamento necessário das doenças que acometem o ser humano.

Ao pressupor uma dinâmica diferenciada e que faz parte das ações norteadoras de políticas, resgata-se no sentido do cuidado o senso de responsabilidade e incorpora-se novos modelos, que, no caso da Saúde Bucal, se propõem a reorganizar suas práticas e relações.

A Promoção da Saúde resgata a concepção da saúde como produção social e busca desenvolver políticas públicas e ações de âmbito coletivo que vão além do campo da prevenção, se constitui ponto de partida para todo o processo de

reformulação das práticas, seja em nível individual ou coletivo, adotando a concepção ampliada com sentidos sócio-biológico-culturais.

4.1. Preparando Recursos Humanos para a nova práxis:

Diante do desafio de expor esses conceitos e da emergente inclusão da população usuária do SUS na atenção básica em saúde bucal, a Coordenação de Programas promoveu, entre novembro de 2002 a fevereiro de 2003, quatro módulos de Capacitação abordando a Promoção da Saúde do adolescente, do adulto e do idoso.

Com o objetivo principal de “construção de uma nova cultura” que “requer humanização e responsabilização nos cuidados às pessoas e famílias”. Nesse evento, realizado em conjunto com a Área Técnica de Saúde bucal e a Assessoria de Saúde Bucal da SES, a Coordenação de Programas de Saúde Bucal fez um balanço da Saúde Bucal após a implantação do SUS e apontou as metas de 2001-2004.

Os módulos, no total de quatro, com três dias cada um, buscaram abordar tanto a reorganização dos serviços e práticas - novos paradigmas de Odontologia e humanização da atenção - quanto às ações assistencialistas tradicionais - prevenção e diagnóstico das lesões potencialmente cancerinizáveis e cirurgia oral menor. O slogan dessa estratégia era “Rio: contra a violência de não sorrir”, trazendo à memória o seu compromisso com o combate à violência.

Esses cursos, voltados para a capacitação de toda a rede da área de Saúde Bucal e para a apresentação da nova práxis estiveram sempre nas propostas da política municipal.

Em nossa pesquisa, percebemos nos encontros com os assessores e com os profissionais da rede, a preocupação de se estabelecer encontros do nível central

com a ponta do sistema, o que de fato já está ocorrendo mais próximo desses atores, em sua própria AP.

Essa proposta é pautada na Educação Permanente e não mais no que conhecemos por capacitação, onde se estabelece um foco de atuação a ser reproduzido automaticamente, sem envolver os atores. A problematização do processo de trabalho tem por objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, através da reflexão.

Deste modo nos reportamos à Ceccim (2005), que nos traz a compreensão de Educação Permanente da seguinte forma:

“ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.” (CECCIM, 2005, p.1)

O entendimento se completa no que Ferla, Ceccim e Pelegrini (2003) referem acreditar que na realidade: “a prática pode ser um exuberante território” de produção de outras práticas “mais potentes e renovadas teorias”, sendo então o campo das reflexões capaz de fortalecer a gestão, permitindo Transversalidades Inovadoras - recurso metodológico útil no desafio de se propor a Integralidade da atenção à saúde.

Na medida em que os profissionais de saúde, independentemente de sua formação, falam de saúde de um modo geral, rompem com a dicotomia - freqüentemente observada no âmbito dos serviços - e se projetam na

Transversalidade - desfragmentando o atendimento prestado ao usuário, partindo principalmente da escuta de suas aflições e de suas expectativas.

4.2. A interface com a Política Nacional de Saúde Bucal: ampliando o acesso

A estratégia em estruturar o atendimento para ele seja universal, necessita, além da ampliação das faixas etárias atendidas, do funcionamento de terceiro turno nas UBS. Algumas unidades já mantêm esse acesso mais ampliado em virtude de horários alternativos como o Posto de Assistência Médica (PAM) Rodolfo Rocco, em Del Castilho, o PAM Francisco da Silva Telles, em Irajá, e o Posto de Saúde (PS) Mario Rodrigues Cid, em Campo Grande.

Mas a PMSB ao entender essa necessidade de ampliação da porta de entrada, reconfigura também a práxis. Semelhantemente na PNSB dá importância a essa reconfiguração através da adoção da humanização no desenvolvimento de ações e dos serviços de saúde, além da divisão da responsabilização entre usuários e trabalhadores da saúde bucal.

O usuário não é apenas portador de boca, objeto das ações técnicas, mas de boca a ser tratada através de uma práxis mais subjetiva, seja para dar voz às suas emoções e sentimentos, ou para fiscalizar, avaliar e reivindicar um sistema de saúde público melhor e mais justo.

A interface entre a PMSB e a PNSB está inicialmente na distinção do antigo modelo de Saúde Bucal para este, proposto pelo conceito da humanização e pela parceria profissional - usuário cidadão.

O cuidado e a sua produção, também fazem parte das diretrizes da PNSB enquanto “construir com os usuários, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições de uma forma tal que não apenas se produzam consultas e

atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário” (DIRETRIZES da POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, p.1).

Essa autonomia é construída como produto da intersetorialidade dentro dos serviços de Saúde Bucal. O sujeito é também responsável pela sua própria saúde à medida que conhece o significado de seus problemas numa ótica ampliada e transversalizada, onde doença e saúde têm um limiar tênue e possuem determinantes não necessariamente opostos e, que cabe a ele a decisão de seguir em frente ou não nessa parceria com os profissionais envolvidos com a sua saúde.

Assim como os profissionais do município são orientados dentro de uma lógica subjetiva, com vias de resolutividade dos problemas de saúde dos usuários - dada a consciência dos aspectos que condicionam e determinam estados de saúde e, dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação - encontramos nas diretrizes da PNSB a exata implicação dessa consciência sanitária, ou seja, estar na mesma horizontalidade, tanto para gestores e profissionais quanto para os usuários.

A Integralidade parece ser a base da PMSB, fazendo parte de todo o processo de trabalho, numa perspectiva horizontal e transdisciplinar. Esse termo polissêmico também faz parte da PNSB e segundo as duas diretrizes, deve ser percebido como “direito a ser conquistado que permitirá, com as formas possíveis de participação, desenvolver o processo de controle social das ações e serviços em saúde bucal”. Esse direito se refere dentre outras coisas o ser ouvido e ser tratado com dignidade através de uma atenção que articule ações preventivas e assistenciais.

Mattos (2001) reflete ainda que a Integralidade traga ao campo das políticas um espaço de enfrentamento de certas doenças, não apenas considerando

dados epidemiológicos, o desafio de controle, erradicação ou mudança na magnitude destas e a ampliação do acesso aos serviços, bem como e, sobretudo, responder ao sofrimento demandado.

Quanto às linhas de cuidado propostas pelas diretrizes da PNSB, excetuando o Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” que aporta uma linha diferenciada -cuidado ao escolar -, nos parece que não é partindo desse pressuposto que o processo de trabalho é organizado na Política “Carioca Rindo à Toa”.

No entender de Ceccim e Ferla (2006), a linha de cuidado estabelece a inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e está intimamente ligada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde voltadas para a Integralidade, tomando a sua compreensão justamente em tais práticas.

Para a Coordenação (CPSB, 2005), “a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência)” é dada segundo as necessidades do usuário, independente do grupo em que ele se encontre nas ações interprogramáticas, ou ainda, da faixa etária em que ele se encontre.

É uma visão que torna o processo de trabalho independente de uma rede cuidadora, onde o usuário, “mediante um acesso que lhe dê inclusão” conhece a “estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir de sua vivência” nessas estruturas possa ser capaz de influenciar o seu andamento (CECCIM; FERLA, 2006).

Ao verificarmos o documento das Diretrizes da PNSB, notamos ainda a assertiva que “a linha do cuidado implica em um redirecionamento do processo de trabalho, onde a equipe é considerada um de seus fundamentos mais importantes”; também se aplica no trabalho com os grupos (hipertensos, gestantes, diabéticos,

adultos...) em cada UBS do município, realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde em ações interprogramáticas, como um todo.

Pensar em “linhas de cuidado” pressupõe a princípio, numa ótica, a dicotomia sob a forma de criação de programas de específicos. De fato, muitos programas foram criados ao longo do século passado, favorecendo o acesso de determinados grupos e excluindo os que não se enquadravam em grupo algum.

A proposta da PNSB, porém, aponta as “linhas de cuidado” como uma das formas de inserção transversal nos diferentes programas, que também se organizam por condição de vida, ou seja, inserir-se nesses espaços e se estabelecer nas equipes.

4.3. Balanço dos Resultados quanto às Propostas e Metas a partir de 2001: objetivos propostos e objetivos alcançados.

A realização de um balanço das metas de 2001 - realizado na ocasião da despedida da coordenadora - para o “Carioca Rindo à Toa” nos traz com exatidão quais objetivos a política tomou como parâmetros para estabelecer um rompimento com as práticas até então.

A princípio, o primeiro objetivo de 2001 era reduzir os índices das principais doenças bucais na população que frequenta a rede pública municipal de creches e escolas. Para que isso pudesse ocorrer era necessário implantar o “Dentescola” na rede municipal de educação com atividades de promoção, prevenção e controle das doenças bucais na perspectiva integral.

Essa implantação teve suas fases, sendo a primeira fase (2001-2003) a chegada da proposta carioca das Escolas promotoras de Saúde nos referidos estabelecimentos. Nessa primeira fase, a coordenação, através do RH da SMSRJ contratou recursos humanos - originados pelo banco de RH em Saúde Bucal do

concurso de 2000 -, organizou um programa de capacitação, a princípio centralizado, e confeccionou material educativo, que por sinal é fruto de parcerias e do interesse daqueles que trabalham na ponta do sistema.

Na segunda fase (a partir de 2004), implantou-se a Técnica de Restauração Atraumática (TRA). E foram agregados aos programas existentes na SMS acadêmicos bolsistas de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Nutrição.

Essa fase foi a mais evoluída no sentido de cristalizar as ações que estavam sendo construídas, não apenas em relação ao “Dentescola”, mas também ocorrendo com o “Carioca Rindo à Toa”, que procurou também estabelecer, junto à Vigilância Sanitária, a BIORIO, CEDAE e outras instituições de interesse, mecanismos de controle e acompanhamento dos teores de flúor na água de abastecimento público através de um projeto estruturado para uma continuidade.

No município do Rio de Janeiro, em geral, a qualidade dos serviços de abastecimento de água é satisfatória (média de 94% dos domicílios ligados a serviços adequados).

Os percentuais mais significativos de domicílios sem abastecimento adequado encontram-se na zona oeste do município, periferia da cidade e nas favelas.

Todavia, nas favelas, verifica-se que diversos programas começaram a ser desenvolvidos na década de 1980 para levar os serviços de saneamento às comunidades. Apesar desses esforços e com conseqüente melhoria das condições sanitárias nessas localidades, os resultados alcançados ficaram muito distantes de uma universalização de atendimento, perpetuando a grande heterogeneidade.

A parceria da Vigilância Sanitária com a Saúde Bucal para medir os níveis de flúor foi caracterizada por interrupções, apesar do atento controle da primeira com a água que o carioca consome - acompanhamento reconhecido pela CPSB até 2004.

Justifica-se a necessidade de incentivos para a continuidade dessa parceria no sentido de manter o nível de flúor estabilizado.

Dados da Vigilância Sanitária Municipal apontam o percentual da população com acesso à água fluoretada em 96%. O restante (4%) recebe água potável das Unidades de Tratamento, complementares ao sistema existente (TCMRJ, 2004). Os dois maiores sistemas de abastecimento provêm do Guandu e do Ribeirão das Lages.

Outro problema observado pela SMS e pela CEDAE está no entorno, com os canais clandestinos e mananciais, sua relação com a potabilidade e com os teores de flúor presentes nessas águas.

Nessa fase, a PNSB estava surgindo em todo o Brasil como uma proposta de reorientação das práticas. Para o Rio de Janeiro, no entanto, os incentivos contribuíram para fortalecer a Saúde Bucal, e ampliar a sua atuação com os CEOs e com as ESB do PSF.

A visibilidade das ações da Saúde Bucal no município começou a se dinamizar. Houve um período de divulgação na mídia em geral, onde o “Dentescola” ficou bastante conhecido. No decorrer do período, como já estudamos, o Dentescola foi adquirindo um novo formato com o objetivo da ampliação da cobertura.

O segundo objetivo entre as metas de 2001 estava na ampliação da cobertura de ações odontológicas assistenciais através do acesso às ações programáticas de saúde bucal pelos adolescentes, adultos e idosos. Há um planejamento de abertura de novas vagas para ocupar mais 120 equipes de Saúde Bucal/PSF e a abertura do 3º turno de atendimento, destinado à população adulta que não dispõe do acesso matutino aos serviços.

Foi possível implantar a flexibilização da agenda. Existem vários desenhos, segundo a coordenadora, e que ainda estão sendo experimentados com o objetivo

de incluir de toda a população usuária do Sistema Único de Saúde, de modo a demonstrar que a PMSB foi acontecendo de forma crescente no período de 2001 a 2005.

A lógica “odontocentrada” (centrada no elemento dentário e no seu entorno) não é observada entre os profissionais lotados na SMSRJ, muito pelo contrário. Cirurgiões - Dentistas com essa visão e lógica não parecem compreender a construção que encontramos no município, muito menos tomar parte do processo.

Nessa fase, anteriormente citada, estabeleceu-se que a ampliação da média complexidade seria por AP. Foram chamados especialistas que ingressaram na prefeitura para o cargo de clínicos, para trabalhar com endodontia, prótese e ortopedia. E apesar da Doença Periodontal ser alvo de uma atenção maior, a CPSB não compreendeu essa necessidade e deixou a cargo da AB e das ESB os procedimentos relativos a essa atenção.

Com a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas, os profissionais especialistas foram convidados a compor essas vagas, porém constata-se a falta de especialistas como os Cirurgiões-Dentistas Buco-Maxilo-Faciais. Em geral, o número dos que integram a média complexidade também é insuficiente por especialidade, gerando dificuldades relativas às metas não são atingidas (procedimentos / mês) - não se pode parar de pontuar as metas, na ocasião de férias ou licenças.

A ampliação de ofertas de serviços de 2001 já previa uma capacitação de profissionais (CDs, THDs e ACDs) para trabalhar com os pacientes internados e/ou sistematicamente comprometidos. Experiências exitosas estão ocorrendo nos hospitais Salles Neto, Salgado Filho e Maternidades Alexander Fleming, Herculano Pinheiro e Fernando Magalhães.

A média complexidade encontrada no município está nas seguintes especialidades: Endodontia, Ortopedia e ortodontia interceptativa, Prótese e Cirurgias Oral Menor. Os protocolos para o atendimento estão em discussão e fechamento, apesar do município ter sido o primeiro no Brasil a se credenciar.

A Ortopedia/ Ortodontia interceptativa, que era centralizada no Instituto Oscar Clark no Maracanã, foi ampliada para dez pólos. A coordenação tem uma proposta futura para que, além dos pólos, os profissionais da rede na AB sejam capacitados nessa atenção através da Educação Permanente no município. Lamentavelmente, esse serviço só contempla a redução dos leves agravos em população infantil até dez anos. Casos mais complexos e que necessitam de uma equipe reabilitadora ainda não têm resposta.

Além das Unidades de Referência de Ortodontia Preventiva / Interceptativa é preciso criar Pólos de Imagens para dar suporte a essas unidades. O município prevê para 2007, três pólos de radiografia panorâmica e três, de radiografias cefalométricas. Até o momento, a UERJ tem trabalhado na digitalização das imagens. Espera-se que com o convênio com o Pró - Saúde essa parceria aumente.

A Traumatologia (alta complexidade) e a Estomatologia (média complexidade) são consideradas “tremendos desafios”, pois a ocupação dessas vagas está vinculada à especialização dos profissionais, e o número de especialistas atuando é insuficiente em virtude da demanda. É um grande nó que pode ser desatado, segundo a CPSB, pela realização de convênios com instituições de ensino, de maneira a contemplar os CDs clínicos que têm interesse não apenas nas especialidades como também na transferência para os hospitais e CEOs. Parece-nos, entretanto, que a melhor saída é promover novo concurso em virtude da carência de recursos humanos, de um modo geral, em todos os níveis da Saúde Bucal no município.

O terceiro objetivo da proposta de 2001 era ampliar as ações de Saúde Bucal destinada a informar, motivar e educar a população da cidade. Para informar sobre fatores de risco e de proteção à doença cárie, procurou-se elaborar material educativo, mas a falta de recursos da SMSRJ acabou comprometendo essa proposta.

Mas se, por um lado não foi possível fazer um trabalho de Educação em Saúde de forma ampliada através de material impresso, por outro, a CPSB realizou com Faculdades de Odontologia, Corpo de Bombeiros, CRO e Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE) uma campanha de estomatologia por toda a cidade, buscando examinar com a luz natural a boca do cidadão carioca e, se necessário, encaminhá-lo para o diagnóstico e tratamento da patologia encontrada.

Não apenas focou o diagnóstico precoce, mas buscou informar sobre hábitos nocivos que podem desencadear tumores, e também alertar sobre como proceder em caso de aparecimento de lesões na cavidade oral.

A campanha foi realizada principalmente nos terminais rodoviários de cada AP. Essa primeira incursão coletiva - de diagnóstico e informação - motivou a coordenação a realizar atividades semelhantes, como nas campanhas de vacinação do idoso.

A coordenação de Programas de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro tem procurado se envolver não apenas em campanhas. Durante o SB BRASIL⁶, o município realizou também um levantamento para identificação da população de idosos. À frente das coordenações do SB Brasil no Estado do Rio de Janeiro estavam Elizete Cassoti e na coordenação municipal, Márcia Torres. Houve um grande envolvimento do município na coleta de dados.

⁶ SB- BRASIL - levantamento epidemiológico realizado em 2003 em todo território nacional para coletar informações em Saúde Bucal.

Nos capítulos seguintes estaremos estendendo a compreensão das ações da PMS através do novo modo de operacionalizar as práticas de Saúde Bucal com ações de cuidado e da ampliação da porta de entrada.

CAPÍTULO 5: SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: PORTA DE ENTRADA - ESTRATÉGIA PARA A UNIVERSALIDADE

Como observamos anteriormente, a Coordenação de Programas de Saúde Bucal do município ampliou a oferta de serviços, qualificou a atenção básica, desenvolveu protocolos de atendimento e desenvolveu alguns trabalhos de âmbito coletivo relacionados às campanhas e à coleta de dados no SB Brasil com o objetivo de prover um serviço de qualidade com base na Integralidade e no acesso a todos os habitantes, independentemente da idade segundo o princípio da universalidade.

Esse modo de agir se aproxima muito das Propostas e Diretrizes da PNSB, por ampliar e qualificar a atenção básica,

“possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção” - PNSB (2004, p. 4).

Ao contrário ao que existia no interior do Ministério da Saúde, no município do Rio de Janeiro, anteriormente, havia uma política, ainda que construída de forma bastante tradicional, baseada numa acumulação de saberes, restringia bastante a porta de entrada, onde apenas passavam crianças e gestantes para tratamento odontológico. Restava-se às populações de adolescentes e adultos, a porta estreita das emergências para procedimentos cirúrgicos e paliativos, sem comprometimento em referendar para um tratamento de acordo com a necessidade encontrada.

Quando se partiu para uma pré-seleção fundamentada no caráter de risco, como resultado de uma proposta de atenção focada em quem precisava mais ou menos de uma urgência para o início do tratamento, ainda sim esse caráter seletivo

redundava numa exclusão - muito menos se podia pensar em equidade. No dizer de Mirella Giongo ao analisar a porta de entrada antes de assumir a CPSB:

“A porta de entrada era feita de uma forma muito restrita... muito antagônica aos princípios do SUS... não se tinha Cuidado e muito menos se fazia Universalidade” (...) “... critério de risco... esse critério aparece como modelo de exclusão que numa proposta tecnológica de atenção, ele desaparece e entra todo mundo... de baixo risco, de alto risco, de médio risco. Então, é... a gente avaliar a discussão social do SUS com o que a gente já se tem em nosso meio científico sobre critério de risco, entendendo que porta de entrada é porta de entrada. Ela tem que se ser aberta, tem que se para todos e ela tem que oferecer em primeiro lugar muita informação. Dois, algumas necessidades são urgentes... ela tem que entrar agora. Três, de que forma posso reduzir o agravo, contornar o problema e incluir essa pessoa de forma definitiva e irreversível numa nova proposta de saúde de integral não somente à Saúde Bucal. Então... nós tivemos uma proposta que a partir de 2002 ela ganhou mais contorno e possibilidades: entraram pessoas.”

Encontramos no município do Rio de Janeiro uma proposta inclusiva, através do ouvir as necessidades e ainda que não se tenha vaga, o paciente é - enquanto se busca uma vaga na Saúde Bucal - inserido nas ações programáticas (por se tratar da visão da transversalidade), em um grupo de acolhimento em que ele se identifique como o grupo do idoso ou do diabético.

“Por unidades teríamos um, dois, três... cinco, dependendo do tamanho da unidade, grupos de acolhimento... O que é grupo de acolhimento? É um grupo que absorve por semana pessoas que estão freqüentando a Unidade para ser incluídas no Programa de Saúde Bucal”⁷.

Portanto, esse primeiro contato com o profissional não precisa necessariamente ser na cadeira; as ações de Saúde Bucal também ocorrem fora

⁷ Trecho da fala de Mirella na entrevista.

dela, como nos explica a coordenadora a respeito da visualização das doenças bucais sob luz ambiente, até porque a Coordenação parte do princípio de que não apenas no consultório pode se fazer um diagnóstico das necessidades do paciente.

A porta de entrada está sendo aberta também nos Serviços de Pronto-Atendimento (SPA) dos hospitais do município. Percebemos que algumas APs carecem desse tipo de atendimento. Foi relatado na reunião com os assessores de Saúde Bucal das APs que a AP1, por falta de um SPA, tem o guarda do Hospital Souza Aguiar como orientador das demandas segundo o procedimento.

Por outro lado, em se tratando de porta de entrada, como anda a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no município?

Remetemo-nos a Manfredini (1997), quando ele afirma que um dos principais entraves a expansão do PSF tem sido sua pequena inserção nos grandes centros urbanos. As capitais, que deveriam servir de espaços “vitrines” aos demais municípios dos seus referidos estados, possibilitando maior garantia dos objetivos de qualidade do PSF, têm apresentado, além da baixa cobertura, a alta rotatividade de profissionais e a descontinuidade das ESF.

O PSF do município do Rio de Janeiro teve início no último trimestre de 1995, na Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim, único hospital na Ilha de Paquetá, local que conta, regularmente, com cerca de 4.000 moradores.

A implantação foi possível através de convênio firmado com a organização não governamental CEDAPS. Por sinal, essa instituição já possuía experiência no campo da saúde comunitária, com projetos de saúde da família nas comunidades de Vila Canoas (São Conrado) e Parque da Cidade (Gávea), conforme Becker (2001) e SMSRJ (2003).

Apesar de excelentes resultados nessa experiência do PSF no município, houve muita resistência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na

expansão do programa, ocasionando um grande hiato até a efetivação em 1999, com a implantação nas comunidades do Borel (Tijuca), Parque Royal (Ilha do Governador), Canal do Anil (Jacarepaguá), Vila Canoas (São Conrado) e Vilar Carioca (Campo Grande).

O PSF encontrou acelerada expansão em todo o país na forma de mecanismo facilitador do acesso da população aos serviços de saúde, chegando a Atenção à Saúde através dos núcleos do PSF dentro ou próximo às comunidades carentes, como articulador de informação e cuidados de saúde no nível mais elementar, molecular.

A Estratégia de Saúde da Família, denominado no município do Rio de Janeiro como “Saúde Onde Você Mora”, apresenta um diferencial importante em relação a programas semelhantes em outros municípios brasileiros: além de atender às famílias nas suas residências, está articulado com outro programa de saúde da Prefeitura, o “Remédio em Casa”, que garante o recebimento em domicílio de medicamentos necessários a pacientes atendidos em diversas especialidades, como hipertensos e diabéticos.

Ainda como ocorre hoje, a Estratégia de Saúde da Família tem sofrido bastante influência de cooperativas, ONG's (ex. Médicos sem Fronteiras no PSF Marcílio Dias) e de acordos firmados com Universidades e Faculdades, como os realizados com a CIEZO - Conselho de Instituições de Educação da Zona Oeste.

A contratação de profissionais de saúde não pertencentes ao quadro do município fica sob a responsabilidade de uma instituição que vai administrar a gestão destes recursos através de um convênio firmado com a SMS-RJ. Para Cornélio (1999) existe um diferencial relacionado aos valores da produtividade nos serviços conforme o vínculo, visto que os profissionais contratados recebem salários bem maiores que os do município, embora a fonte pagadora seja a mesma, em última

análise, uma vez que paga diretamente seus servidores e repassa a verba para que as instituições citadas remunerem seus profissionais.

A partir da Portaria Ministerial nº. 267/GM (MS) instituiu a inclusão dos profissionais de Saúde Bucal e o incentivo destinado ao financiamento de suas ações nas Equipes de Saúde da Família. Nesse documento foram definidas duas modalidades de implantação de ESB, a carga horária em 40 horas e a seguinte disposição: uma Equipe de Saúde Bucal para cada duas Equipes de Saúde da Família.

Enquanto a modalidade I compreende 1 Cirurgião - Dentista e um Auxiliar de Consultório Dentário, a modalidade II agrega 1 Cirurgião - Dentista, 1 Técnico de Higiene Dental e 1 Auxiliar de Consultório Dentário.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro adotou na época (2001) a modalidade II por acreditar que a inclusão do Técnico de Higiene Dental contribuiria no desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção e ao mesmo tempo otimizaria as atividades curativas.

No momento descrito (2001), a ESB estava inserida nos PSFs de Vila Canoas (1ESB), Antares (2ESB), Vilar Carioca (1ESB) e Curicica (1ESB).

Com o advento de outra Portaria do Ministério da Saúde, nº. 673 de 2003, a relação das Equipes de Saúde Bucal passou a ficar equivalente às Equipes de Saúde da Família.

Esta portaria serviu para que houvesse aumento não apenas de ESB em todo o país, como também ampliou as Equipes de Saúde da Família, provavelmente em consequência do reajuste financeiro que possibilitou o aumento da cobertura da atenção básica, muito embora no município do Rio de Janeiro não tenhamos verificado essa mesma realidade.

A equivalência não parece ser um estímulo à gestão da Saúde Bucal no município. Eles ainda trabalham com a implantação de novas equipes na proporção 1:2., sem aparentemente demonstrar interesse na equiparação, embora tenhamos observado o contrário no documento “Organização da Atenção em Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e o papel do PSF” (2003), onde a meta era a expansão em 2005 de modo a contemplar a relação de 1 ESB para cada 1 PSF, o que de fato não aconteceu.

Segundo o Relatório de Implantação do Ministério da Saúde (2003), o município do Rio de Janeiro apresentava 631 Equipes de PSF qualificadas, sendo 23 implantadas e registradas no SIAB. A população coberta na época era de apenas 1,3%. Entretanto, nenhuma Equipe de Saúde Bucal constava nos dados do Ministério da Saúde (conforme anexo F), apesar de existirem nas planilhas da Secretaria de Saúde.

Este é o ponto em que procuramos traçar os motivos para a não computação dessas equipes. O município só pode cadastrar as ESB quando tem em sua equipe CDs e ACDs. Não havia até bem pouco tempo o quadro funcional de auxiliar de consultório dentário no município, apesar de ter sido realizado um concurso público para provimento dessas vagas.

Esse impasse ficou resolvido apenas quando, por conta de uma interlocução com o Ministério da Saúde puderam colocar os THDs como ACDs; daí o “pulo” no SIAB de 0 em 2004 para 21 ESB em 2005 e para 47, em 2006 (Anexo F).

Inicialmente, os cirurgiões-dentistas seriam da própria rede municipal de saúde, com o convite sendo feito de forma ampla e democrática. A seleção ficou a cargo da CPSB. Entretanto, verificamos que em PSF de bairros mais afastados a seleção está a cargo de cooperativas cujas contratações individuais são realizadas pela SMSRJ.

Por outro lado, esses convênios acabam algumas vezes esbarrando na burocracia, como no caso de sua renovação. Por exemplo, no Complexo da Maré, temos a cooperativa UNIMAR que administra os postos de saúde e os PAC's, criados nas dependências dos CIEP's. São unidades de pequeno porte com as seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia, pediatria e odontologia. Em cada uma das unidades existe um administrador. As consultas são agendadas de forma ordenada.

Em se tratando de Saúde Bucal, à medida que os contratos da cooperativa com os cirurgiões-dentistas foram vencendo em 2004, não puderam mais ser renovados, nem houve a possibilidade de fazer novos contratos com profissionais de nível superior em odontologia, visto que a proposta da Prefeitura à época era implantar o PSF.

Originalmente, por causa da já aludida deficiência no número de THDs e da ausência do quadro de ACDs no município do Rio de Janeiro, apenas estes profissionais permaneceriam durante a pós a implantação do PSF na maré. Os demais profissionais de saúde, à medida em que seus contratos fossem acabando, seriam substituídos por outros oriundos do próprio município.

Como premissa das atividades, os CDs para lá deslocados, em 2004 (primeiros profissionais do município que ali chegaram para essa implantação) apresentaram em Outubro desse mesmo ano - quando da verificação geral da situação dos postos de saúde do Complexo da Maré - um diagnóstico das instalações das salas de atendimento odontológico.

Contudo, o Processo de Trabalho observado nesses locais é de unidade de saúde com atendimento assistencialista, sendo que a Promoção da Saúde está inserida nos grupos de diabéticos, hipertensos e gestantes, além de uma forte atividade na escola, de modo muito semelhante ao "Dentescola".

As atividades são elaboradas por um planejamento semanal (Anexo G) e permeiam a alimentação saudável/ dieta/ uso racional do açúcar como complementar às instruções sobre Saúde Bucal e à escovação supervisionada após a Revelação de Placa; mas quanto às ações curativas, observamos que são coerentes com as ações das UBS (anexo H).

Em razão da ida do cirurgião-dentista para o Complexo da Maré face à proposta de se implantar o PSF, observou-se, em princípio, a dificuldade de assimilação, por parte dos THDs e ACDs - estes cooperativados -, sobre a nova filosofia de trabalho, segundo a lógica do PSF e a necessidade dos agentes comunitários serem capacitados para o agendamento do atendimento odontológico e das Visitas Domiciliares em conjunto.

O município tem enfrentado inúmeras dificuldades em relação à implantação do PSF, inclusive no que se refere à violência, em decorrência da presença do tráfico de drogas nas comunidades assistidas. Ao voltarmos atrás no texto, percebemos que a Saúde Bucal desenvolvia o trabalho com o tema, o que chamou a atenção do prefeito, de modo que não parece estranho que apenas os cirurgiões - dentistas estatutários assumiram no primeiro momento os postos no PSF em áreas de risco como na Maré, onde já atuavam cooperativas.

Neste local, apesar dos CDs que para lá foram deslocados com o objetivo de iniciar o PSF, este não foi implantado na região, em virtude de diversas dificuldades, dentre as quais a força política exercida pelas cooperativas que mantiveram os demais profissionais, de modo que os CDs hoje respondem somente pelo “Dentescola”, além da assistência tradicional no ambiente posto de saúde. A Maré apenas absorveu a proposta dos PACS.

Em nosso estudo percebemos a baixa cobertura tanto do PSF quanto da ESB, apesar do empenho em se criar equipes - visto que até o fim de 2006, o número de PSF era de 123 e de Saúde Bucal 47.

Esses dados estão longe dos pretendidos pela SMSRJ em 2003 para 2007 (“Organização da Atenção em Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e o papel do PSF”, 2003) e insuficientes para o atendimento necessário a abranger o maior número de comunidades.

Ainda sim acreditamos que a nova proposta de contar com uma aproximação com o “Dentescola” pode beneficiar, ainda que distante do que se entende por Universalização, através de um maior controle de Doenças Bucais na vertente social no segmento infantil.

Constatamos que o interesse em se implantar uma ESB depende muito em como se articula essa coordenação com a de Saúde Bucal. Verificamos que há uma dificuldade na alocação de imóveis pela prefeitura, ainda que se façam obras.

Como para se instalar um consultório se requer um espaço físico que comporte os equipamentos, esse espaço acaba sendo o alvo de disputa, ainda que o Governo Federal injete verbas para o programa em separado. E como no PROESF não existe a Equipe de Saúde Bucal, não existe na realidade uma vontade por parte do município em se equiparar as equipes.

A porta de entrada ao Sistema tem se ampliada, muito mais nos últimos anos para a Saúde Bucal. Ainda está aquém das necessidades, pois o número de novos profissionais não acompanhou essa ampliação. Se a princípio a nomeação em 2002 objetivava a sua inserção no Dentescola e nas ESB do PSF, com a PNSB, os CEOs captaram um percentual considerável para as suas 17 unidades, mantendo a ociosidade de cadeiras odontológicas, necessitando de mais contratações, de um novo concurso.

No próximo capítulo, em virtude da proposta dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos incentivos financeiros do governo federal para a sua viabilidade no país, estaremos analisando a sua operacionalidade e relacionando as unidades situadas no município.

CAPÍTULO 6: MÉDIA COMPLEXIDADE: A VEZ DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) em 2002 indicavam que os serviços especializados correspondiam a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos no Brasil.

“É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco - regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica.” (DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, p.12)

Considerando a média e alta complexidade, uma rede referenciada de serviços especializados está sendo implantada em todo o País, designada “Centros de Especialidades Odontológicas – CEO”. Segundo o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Gilberto Pucca, em entrevista ao jornal do CFO (nov./dez, 2006), hoje são mais de 465 CEOs em mais de 400 municípios, criados em virtude do desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados.

Na prática, são estabelecimentos de saúde e estão incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidades.

As Legislações para a definição da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, as normas, requisitos para financiamento e incentivos financeiros, bem como a antecipação deste para adequação dos locais que devem receber os CEOS são conformados segundo as Portarias:

- GM/MS nº. 1.572, de 29 de julho de 2004;
- SAS/MS nº. 562, de 30 de Setembro de 2004;
- SAS/MS nº. 566, de 06 de Outubro de 2004;
- GM/MS nº. 283, de 22 de fevereiro de 2005;
- GM/MS nº. 599 e GM/MS nº. 600 - ambas de 23 de março de 2006.

As portarias GM 1570, 1571 e 1572 foram assinadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em 29 de julho de 2004 pelo então ministro Humberto Costa, que na ocasião afirmou que “se por um lado o SUS conseguiu incluir mais de 60 milhões de pessoas, por outro, deixou de incluir essa população na Saúde Bucal.” (RADIS, 2004);

Dentre essas portarias, gostaríamos de chamar a atenção para a portaria nº. 599/GM, por estabelecer que todo Centro de Especialidade Odontológica tem que realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal. Isso não significa que os profissionais devem se eximir de procurar diagnosticar precocemente as doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde.

Nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) o atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, deve realizar, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Na portaria nº. 599/GM 2006 ficou claro que somente as Unidades de Saúde de natureza jurídica pública, universidades de qualquer natureza jurídica, consórcios públicos de saúde de qualquer natureza jurídica e serviços sociais autônomos podem credenciar-se como CEO.

A proposta é de uma continuidade do trabalho realizado na atenção básica, inclusive pelas Equipes de Saúde Bucal em um sistema de referência e contra-referência. Esses profissionais que referenciam são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e, de acordo com as necessidades especializadas e casos mais complexos, são encaminhados aos centros especializados.

Os gestores municipais e estaduais, interessados em implantar ou credenciar um CEO até o dia 23 de março de 2006, quando lançada a portaria 599/GM, necessitavam apenas apresentar sua proposta à Comissão Intergestores Bipartite - CIB do respectivo Estado, indicando o tipo de CEO que desejam implantar.

A responsabilidade de aprovar a proposta e encaminhar a solicitação de credenciamento dos CEO ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica, ficava a cargo da CIB (Portaria GM/MS nº. 283, de 22 de fevereiro de 2005).

Desde a publicação dessa portaria, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) informa o município e a(s) Unidade(s) de Saúde aprovada(s) ao Departamento de Atenção Básica - Área de Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde. O documento citado informa se o(s) município(s) contempla(m) minimamente os seguintes elementos:

- a) identificação do município ou do estado pleiteante e da Unidade de Saúde, com cópia do CNES;
- b) descrição dos serviços que serão ofertados;
- c) demonstração da coerência com o Plano Diretor de Regionalização;
- d) identificação da área de abrangência do CEO, indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;

Com a nova portaria (nº. 599/GM), os municípios devem emitir um documento atestando obedecer aos requisitos estabelecidos para o tipo de CEO que estão sendo providenciados e, no prazo de 30 dias, se necessário - a contar do credenciamento-, tomar as providências quanto à atualização nos Sistemas de Informação (verificação das informações das Unidades de Saúde efetuada pelo Sistema de Informação Ambulatorial -SAI; e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -CNES).

Devem, ainda, ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Podem ser credenciadas como CEO quantas unidades forem necessárias para o atendimento à demanda da população da região/microrregião de saúde, limitada à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.

Se não forem cumpridas as condições e características definidas nessa Portaria pelos municípios pleiteantes, bem como pelas Unidades de Saúde, a qualquer tempo, implica o desc credenciamento da Unidade de Saúde (anexo I).

A opção quanto ao tipo varia de acordo com o número de cadeiras: CEO Tipo 1 (com três cadeiras odontológicas), CEO Tipo 2 (com quatro a seis cadeiras odontológicas) ou CEO Tipo 3 (com sete ou mais cadeiras odontológicas).

A implantação de Centros de Especialidades funciona numa relação de parceria financeira entre as esferas governamentais, isto é, o Ministério da Saúde repassa os recursos disponíveis, cabendo aos Estados e municípios a contrapartida necessária para a viabilidade do empreendimento.

Para o recebimento desses incentivos financeiros do MS, destinados à implantação e custeio dos CEOs, após todos os requisitos terem sido providenciados - e se houver necessidade de adequações como construções, reformas e ampliações, aquisição de equipamentos, mobiliário, instrumental para o seu

cumprimento -, poderá ser pleiteado pelo município o adiantamento do recurso de implantação (Portaria GM/MS nº. 283, de 22 de fevereiro de 2005).

Entretanto, neste caso, há uma concessão de um prazo máximo de 90 dias a contar do recebimento do adiantamento do recurso de implantação para iniciar o funcionamento efetivo do CEO. No entanto, esse prazo tem sido estendido em alguns casos, mas foi cumprido pelo município do Rio de Janeiro, que já havia feito um projeto anterior para a média complexidade a ser executado em outro momento, segundo o Assessor de AP, por nós entrevistado.

Os valores são relacionados aos tipos de CEO, e divididos em duas fases: implantação e custeio para a manutenção.

Segundo informações da assessoria da CNSB, os municípios geralmente aplicam 55 a 60% dessa verba no material de consumo, sendo o restante para o salário, dependendo de sua visão administrativa.

No município carioca, a implantação dos CEOs ocorreu entre 2004 e 2005. Foi o primeiro município brasileiro a levar a proposta e ser credenciado junto ao MS, pois a equipe de técnicos da CPSB já havia feito um levantamento das unidades que poderiam comportar a média complexidade referenciada. Alguns estabelecimentos de Saúde inclusive, já realizavam e realizam até hoje um atendimento especializado em Saúde Bucal.

No credenciamento ainda em 2004, foram aceitos 19 CEOS, e inclusive, dois hospitais federais municipalizados foram contemplados entre eles – Hospital da Lagoa e Hospital do Andaraí. Ao todo são hoje 17 Centros de Especialidades Odontológicas beneficiando cerca de 20 mil pessoas por mês, segundo dados da CPSB.

“Esta rede de atenção especializada em odontologia deve definir claramente a população beneficiada a área de abrangência dos serviços que serão implantados, garantindo o funcionamento de três

ou quatro consultórios por um período de oito horas diárias. O atendimento nos Centros de Especialidades Odontológicas deve ocorrer através do encaminhamento do paciente pela rede de atenção básica, garantindo um correto funcionamento do sistema de referência e contra-referência. O monitoramento de produção consiste na análise de um de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEO, verificada por meio dos Sistemas de Informação do SUS. "(CPSB-MS, 2004).

No município, os CEOs foram distribuídos em USB e Hospitais, diferentemente de muitos municípios que precisaram construir as unidades. Abaixo relacionamos os CEOs segundo as unidades de saúde.

Unidades Básicas de Saúde

1. PAM Antônio Ribeiro Netto (CENTRO)
2. Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark (MARACANÃ)
3. PAM Newton Bethlem (PRAÇA SECA)
4. PAM Rodolpho Rocco,
5. PAM Newton Alves Cardozo (ILHA DO GOVERNADOR-Unidade Cacuia),
6. PAM Del Castilho
7. PAM Maria Cristina Roma Paugartten (RAMOS),
8. Policlínica José Paranhos Fontenelle (PENHA - CEO 1),
9. PAM Alberto Borgerth (MADUREIRA),
10. CMS Lincoln de Freitas Filho (SANTA CRUZ),
11. Centro Municipal de Saúde Belizário Penna (CAMPO GRANDE),
12. PAM Carlos Alberto do Nascimento (CAMPO GRANDE-)
13. CMS Píndaro de Carvalho Rodrigues (GÁVEA)

Hospitais:

1. Hospital Municipal Rocha Maia (BOTAFOGO),

2. Hospital Raphael de Paula Souza (CURICICA),
3. Hospital Municipal de Reabilitação (ENG. DENTRO),
4. Hospital Municipal Francisco da Silva Telles (IRAJÁ),

Dos 17 CEOS, temos um CEO do Tipo 1 e dezesseis do tipo 2. Embora no total o município possua 242 especialistas atuando, apenas 147 estão lotados nos Centros de Especialidades.

Esses dados demonstram que existem especialistas fora dos CEOs, exercendo as atividades em sua maioria não relacionadas à AB, mas à alta e média complexidades como os CDs Buco - Maxilo - Faciais (nos Hospitais Souza Aguiar, Miguel Couto, Paulino Werneck, HMNS. Loreto, Lourenço Jorge e Salgado Filho) e Ortodontistas (no Hospital Salles Neto, PAM D. Helder Câmara, Instituto Oscar Clark, HMNS. Loreto, H. Matern. Alexander Fleming, Herculano Pinheiro e CMS Jorge Saldanha Pinheiro), dentre outros conforme documento disponibilizado por e-mail (PLANILHA POPULAÇÃO CD ATENÇÃO BÁSICA E MÉDIA COMPLEXIDADE CSB JUNHO - 2005).

Narvai (2005) reflete que não existe nem necessidade de especialistas nem equipamentos sofisticados em todos os lugares, entretanto todas as pessoas devem ter acesso a certos equipamentos e especialistas. Para que isso ocorra de uma maneira ordenada, se faz necessário utilizar o sistema de referência e contra-referência, de um nível de atenção para outro.

O usuário encaminhado ao CEO deve antes ter a dor eliminada e controle da infecção bucal, esta através da adequação do meio bucal com terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie. Os CEOs não devem atender urgências, que devem ser solucionados nas Unidades Básicas ou no Pronto - Atendimento. E após o término do tratamento, o

paciente retornará para a UBS de origem para conclusão do tratamento e manutenção.

É importante que os formulários de referência e contra-referência estejam devidamente preenchidos, constando a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizado. Este cuidado não deve ser ignorado, não sendo apenas um controle administrativo, mas fazendo parte da atenção integral ao paciente.

Quem é atendido nos CEOs do município?

Os casos encaminhados aos CEOs são os que necessitam de cuidados especializados, que não são ou não podem ser resolvidos na Atenção Básica, que requeiram um atendimento de maior complexidade. Portanto, para os que necessitam de atendimento sob anestesia geral, devem existir Unidades de Referência Especializada e Hospitalar.

Apesar de certos grupos, como diabéticos e hipertensos, serem atendidos nas UBS, os que se encontram instáveis, descompensados, são encaminhados para os CEOs. De maneira alguma verificamos uma discriminação quanto aos pacientes especiais ou comprometidos sistematicamente na AB.

Como já vimos, há uma preocupação da coordenação em ter uma capacitação contínua para os profissionais, principalmente para os que atuam no primeiro nível de atendimento, a fim de proporcionar-lhes maior conhecimento da complexidade do estado de saúde dos pacientes ou de suas necessidades, de forma a procurar atendê-lo dentro do princípio da Integralidade, buscando uma articulação multiprofissional. Então, de posse de um diagnóstico ampliado, definir os critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contra-referência para o paciente em questão.

Existem demandas para todas as especialidades. O Centro de Especialidades só atende com o protocolo de referência e contra-referência. Porém,

ocorrem situações, como a falta de um determinado especialista, seja por licença ou férias e que, segundo as falas, compromete o serviço no sentido de que, buscando atingir o número de procedimento/especialidade/ CEO, faz escolhas direcionadas para atingir as metas propostas pelo MS para o repasse.

Um exemplo pode ser verificado quando um CEO com dois endodontistas fica com falta de um profissional. O atendimento (números) em endodontia está pactuado segundo a modalidade de CEO (ex. 60 procedimentos/ CEO Tipo 2), portanto para que um só profissional consiga atingir a meta, ele passa a preferir tratamentos de dentes com um só canal – unirradiculares⁸, por demandarem menos sessões que canais multirradiculares - com mais canais.

As dificuldades em se cumprir as metas foram relatadas, aliás, esse tipo de pressão parece afastar os especialistas de aceitarem lotações nos CEOs, como ocorre na Ilha de Paquetá, que apesar de ter quatro endodontistas, estes trabalham em sistema de plantão com 24 horas e usam esse argumento para justificar a sua não transferência para o CEO, segundo o relato na reunião de assessores de Saúde Bucal das APs com a CMSB no dia 20 de dezembro de 2006.

Existem projetos e investimentos para a ampliação da média complexidade, dentre os quais, os serviços de ortopedia/ortodontia com distribuição em todas as APs. Até o momento, apenas o Instituto Oscar Clarck era referência para esse tipo de demanda.

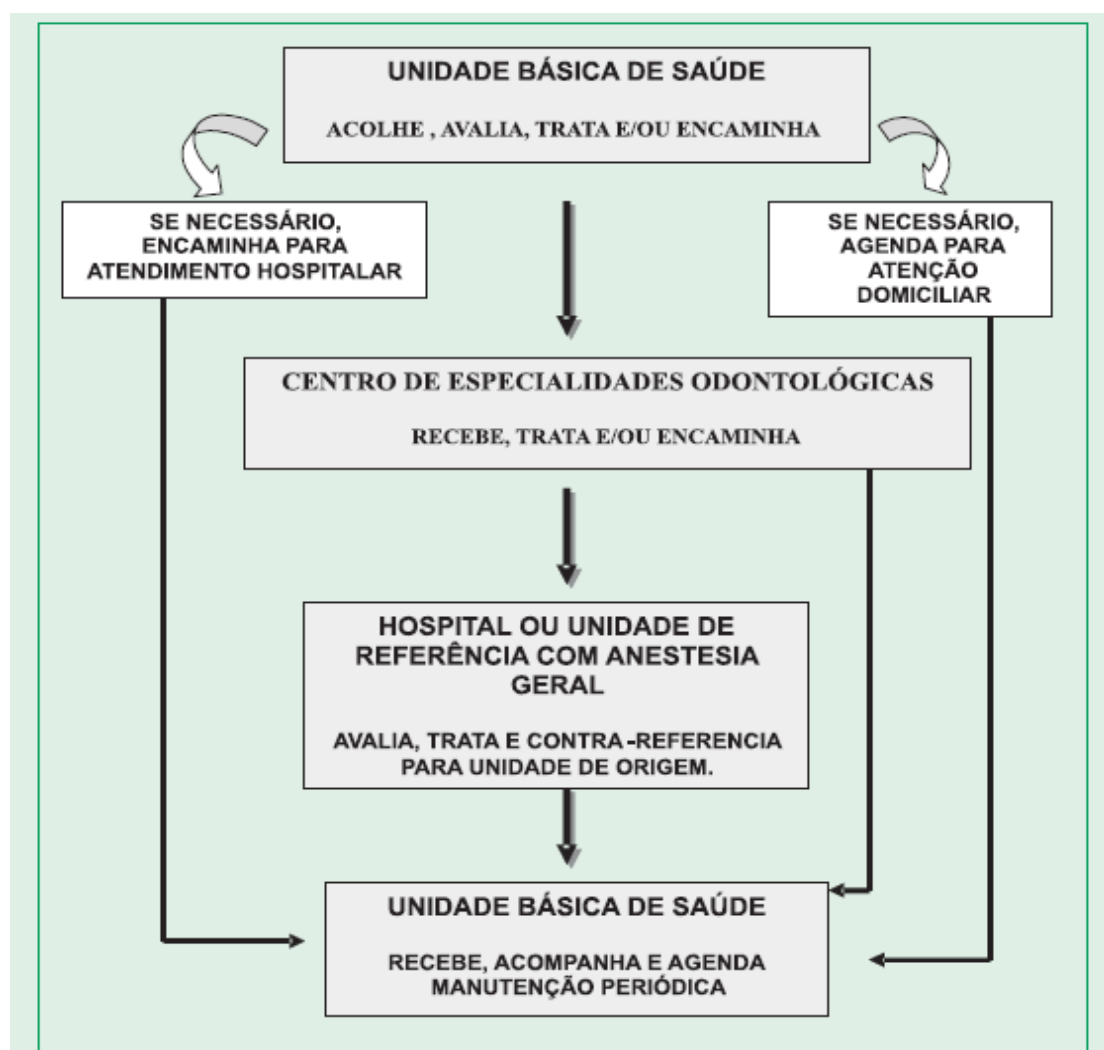
Quanto ao câncer bucal, preocupação da PNSB, o município tem nos CEOs um profissional responsável pelo diagnóstico e, se necessário, referendar para a alta - complexidade. Além disso, conforme já vimos, a CMSB realizou em 2003 uma das metas propostas (estabelecidas a partir de 2001)- Implementação do auto-exame da cavidade bucal para diagnóstico precoce de lesões suspeitas de câncer - em

⁸ canais unirradiculares e multirradiculares- com uma raiz ou com várias raízes respectivamente.

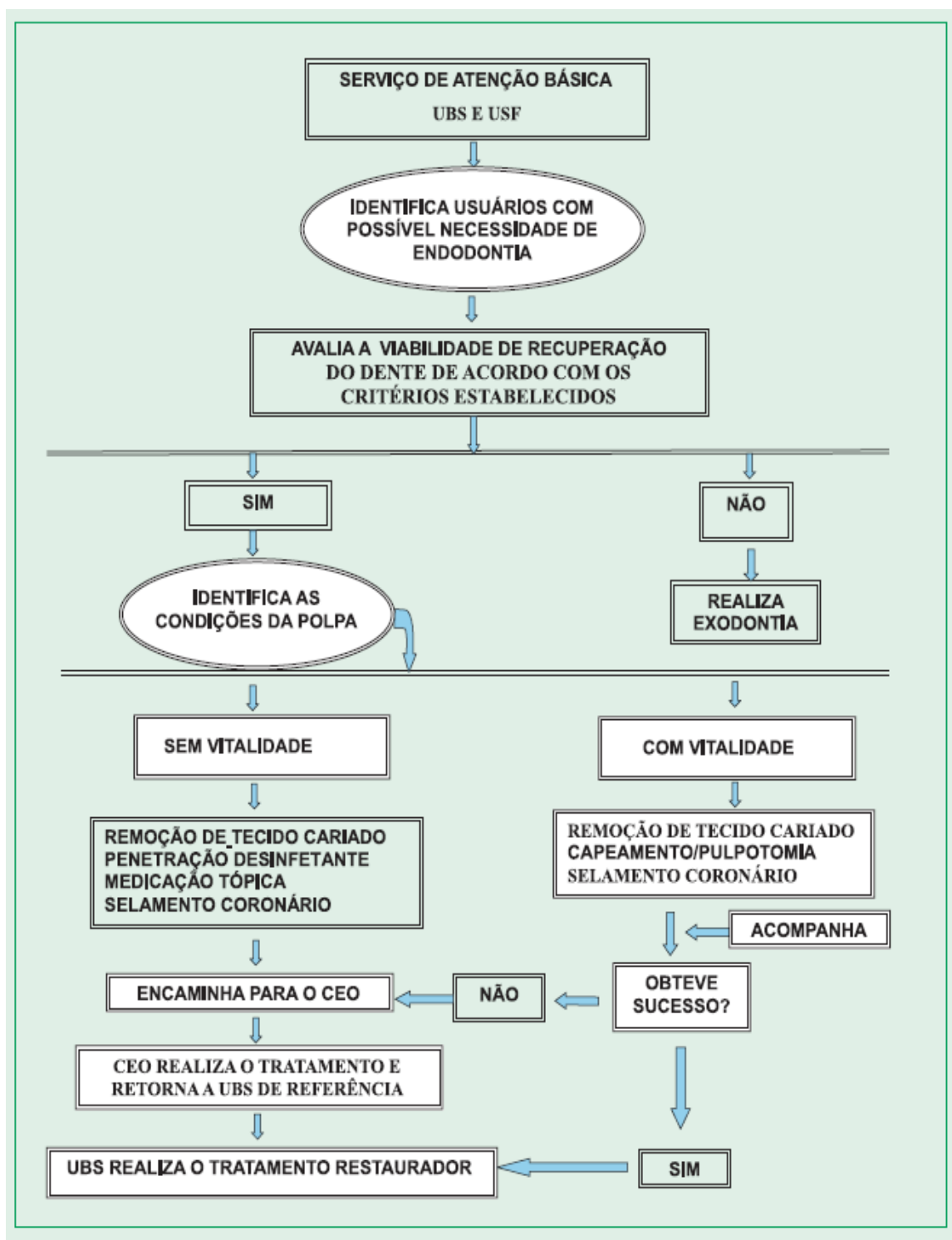
parceria com o Corpo de Bombeiros do Estado e Faculdades de Odontologia. Tomamos também ciência que o município ainda em dezembro estava adquirindo material e equipamento para prótese, além dos instrumentais como os de periodontia, cuja compra não era feita há oito anos. A partir de fevereiro de 2007, a pretensão da Secretaria de Saúde era iniciar a licitação dos serviços de laboratório de prótese.

Procuramos selecionar dentre os fluxogramas de atendimentos em Saúde Bucal, um em que pudéssemos demonstrar, de uma forma muito sucinta, o trajeto do paciente com necessidades especiais, e outro, que descreve a busca por tratamento de canal. Esse fluxograma tem sido seguido no município do Rio de Janeiro.

1. Fluxograma para referência das pessoas com necessidades especiais



2. Fluxograma para referência aos serviços especializados de endodontia



CONSIDERAÇÕES FINAIS: POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE BUCAL

Preliminarmente, analisamos o processo de formulação e implementação da política na área de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro, identificando os elementos e os atores que contribuíram no desenho e nas especificidades decorrentes do processo.

A partir desse ponto, procuramos localizar os entraves e desafios da gestão da política frente às necessidades de se implantar o projeto carioca das Escolas Promotoras de Saúde e nessa “janela de oportunidades” demandada pelo Executivo - Prefeito, ampliar a oferta de serviços e romper com as práticas hegemônicas buscando na maior resolutividade atingir a Universalidade da Atenção em Saúde.

Ao fazer essa localização foi possível encontrar convergências com as propostas da Política Nacional de Saúde Bucal.

O período delineado por nossa pesquisa coincidiu com o começo e o fim de uma gestão com a exoneração de Mirella Giongo. Esta gestora, por sinal, é chave na formulação da atual Política de Saúde Bucal no município, apesar de não ter conhecido o SUS antes de chegar à Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando que poucos trabalhos na área acadêmica em Odontologia trabalhem com a política, mais ainda no que se refere a sua interface com outras políticas, acreditamos ser um grande desafio somar este trabalho às produções existentes através da análise de uma política pautada no gradualismo, do “vamos fazendo”.

Partimos inicialmente, da hipótese de trabalharmos com a implementação da PNSB. Contudo, ao longo do processo de pesquisa percebemos que de fato isso

não ocorreu devido a existência de uma política própria sendo formulada e implementada ao longo de uma gestão, sugerindo ainda, novas formatações.

Para o entendimento da implementação das políticas, se a tomarmos como fase da política pública, durante a qual os marcos normativos de intenções geram fatos e ações, sendo marcada pela imprevisibilidade, renegociações ou ainda, a reformulação da política de modo a apontar novos rumos, podemos compreender que, nesse aspecto, não podemos aplicar por completo o conceito no município do Rio de Janeiro.

O município em questão apresenta uma política resultada de um gradualismo como já relatamos o que nos possibilitou adentrar nos discursos relacionados tanto do cuidado - semelhante em todos os aspectos com as diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal - como de outras políticas como a Política das Escolas Promotoras e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Por não existir necessariamente uma linha divisória no campo de análise das políticas públicas, onde o processo de elaboração de políticas públicas costuma ser dividido em três fases sucessivas - Formulação, Implementação e Avaliação, podemos compreender que a formulação e a implementação do Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” e do “Carioca Rindo à Toa” ainda estão acontecendo, estão sempre inovando na procura de parcerias ou na mudança das práticas no cotidiano, de modo que a formulação e a implementação acontecem ao mesmo tempo.

De modo que essa realidade encontrada não condiz com a assertiva de Cornélio (1999), quando a autora afirma que a implementação é a ação do processo de decisão inerente ao processo de fazer política.

Dialogando com Walt (1996), encontramos em comum a afirmação de que no mundo real, a implementação é complexa e faz parte de um processo interativo,

que oferece o caminho da execução da política local com formulação de troca e de inovações, com pequeno foco na realidade de colocar a política em prática.

Essa ação depende de “policy makers”, engajados na análise política, que inclui a estratégia para a implementação sob a ótica do objeto, do financiamento, dos aspectos técnicos, dentre outros.

No município do Rio de Janeiro, a implementação, como já referimos anteriormente, está sendo realizada; não se distancia da formulação, acontece junto e pela atuação de vários atores que, na maioria das vezes, não percebem a sua importância nessa construção. São atores da Atenção Básica e da supervisão do “Dentescola” que constroem uma política pautada no cuidado.

O cuidado parte da premissa de que “a angústia do outro é minha angústia, seu sucesso ou sua perda também são compartilhados por mim”. É um “se importar” com o outro, e só pode acontecer quando “nos sentimos envolvidos com aquilo que queremos conhecer. É auscultar, colar o ouvido à realidade, prestar atenção e pôr cuidado em todas as coisas. “O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho” (Boff, 2004).

A participação dos profissionais da ponta do sistema é reconhecida como fundamental nesse caminhar, as inovações decorrentes do Processo de Trabalho são construídas na Integralidade, presente em seus muitos signos, numa relação vertical e horizontal, onde as ações encontram na escuta o ponto em comum dos formuladores/implementadores da política.

Essa participação nos remete à Lindblom (1981; p.60), quando o autor afirma que “o que os formuladores de políticas fazem é permitir que os responsáveis pela implementação determinem muitos elementos da concepção que apenas esboçam”.

Nenhum formulador pode enunciar completamente as políticas, pois o arcabouço legal, geralmente, não cobre todas as contingências, de modo que provavelmente iremos nos deparar com a tendência a apresentação de conflitos diferentes daqueles esperados ainda na fase de formulação. São resultados de diversos fatores, dentre os quais, selecionamos a participação ou não de implementadores na fase de formulação (LINDBLOM, 1981).

Com relação à Política “Carioca Rindo à Toa”, ela nasceu de algo que poderia ser, mas ainda amorfa e empírica. Não houve um projeto prévio que contemplasse um formato único. O conhecimento empírico por sua vez vem trazendo consigo o caráter de singularidade e de casualidade. No decorrer da gestão, no entanto, percebemos que a política foi sendo formatada através de erros e acertos, com contribuições dos implementadores que iam tecendo com experimentos no cotidiano.

A política de Saúde Bucal do município do Rio de Janeiro é bastante híbrida, visto as muitas possibilidades, onde as tensões que podem ser vistas como incoerências, onde a prática inspira a teoria. Seu formato é fruto de sua implementação, onde temos construções e desconstruções, com base no desenvolvimento dos cenários.

Essa característica é própria de uma política sem um projeto prévio, onde é ampla a capacidade de exercício de experimentação, diferentemente do “Brasil Sorridente”, que é fruto, segundo Garcia (2006) de “um projeto político logrando desde o seu início ocupar lugar de destaque na agenda do Executivo”, delineada com diretrizes e adequada com portarias e decretos. E neste caso, os “policy makers”, além de elaborarem um projeto de governo para a Saúde Bucal, disputaram e lograram obter um espaço institucional, o da coordenadoria de saúde bucal, a partir do qual formularam as diretrizes da PNSB e as estratégias de sua implementação.

Existem no processo de formulação / implementação, algumas virtudes, em face de certa riqueza, como, por exemplo, a flexibilidade que pode gerar oportunidades. A aproximação com os PACS e o “Bolsa Família” pelo “Dentescola” é decorrente dessa flexibilidade e, possibilita uma maior interação dos problemas individuais e familiares, que acabam interferindo no andar da escola e do programa nela instalado.

Esse jeito de fazer política não nos parece ser desqualificado ou fruto da falta de um conhecimento maior em planejamento, apenas é um dos modos encontrados quando se busca mudanças no cenário. Por outro lado, quando temos um projeto político, existe muito claramente a conexão político-partidária.

Encontramos no Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” iniciativas focando uma preocupação com determinantes sociais e participação social, ainda que numa perspectiva do cuidado ao escolar.

Esse arranjo ainda está longe da ótica da universalização, mas de um lado satisfaz alguns signos da Integralidade quando se aproxima de outros programas numa relação horizontal, que pode favorecer a comunidade escolar; por outro, tem como um dos objetivos principais, a Promoção da Saúde através de cuidados com o corpo, a mente e o meio-ambiente no qual o aluno vive e estuda.

Dessa forma, a Coordenação de Programas de Saúde Bucal pretende desafogar a atenção básica no que refere às doenças passíveis de prevenção. É um programa que obtém bastante investimento, no que concerne a atenção da coordenação e das APs, gerando algumas alianças.

A implantação desse programa foi sendo realizada por fases, sendo 2001-2003 a primeira fase, que de fato foi o início da proposta carioca para as Escolas Promotoras de Saúde nos referidos estabelecimentos.

A princípio, a preocupação era reduzir os índices das principais doenças bucais na população que frequenta a rede pública municipal nas creches e escolas. Para que isso pudesse ocorrer, era necessário compreendê-la na perspectiva de promoção, prevenção e controle, com uma abordagem integral da comunidade escolar.

Foi nessa primeira fase, que a coordenação, através do RH da SMS, contratou recursos humanos - originados pelo banco de RH em Saúde Bucal do concurso de 2001 - e, organizou um programa de capacitação.

Na segunda fase, implantou-se a Técnica de Restauração Atraumática (TRA) e buscou inserir a Saúde Bucal em programas existentes na SMS, captando acadêmicos bolsistas de Medicina, de Enfermagem, de Fonoaudiologia e de Nutrição.

Essa fase foi a mais evoluída no sentido de cristalizar as ações que estavam sendo construídas, não apenas em relação ao “Dentescola”, mas também vem ocorrendo com o “Carioca Rindo à Toa”, que procurou também estabelecer, junto à Vigilância Sanitária, a BIORIO, CEDAE e outras instituições de interesse, mecanismos de controle e acompanhamento dos teores de flúor na água de abastecimento público através de um projeto estruturado para ter uma continuidade.

O “Carioca Rindo à Toa” embora seja a política do município para a área, onde o Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” está inserido, não tem ainda uma legitimidade e muito menos equivalência e visibilidade. Parece-nos ser um coadjuvante, muito embora tenha dado um salto qualitativo a partir da PNSB “Brasil Sorridente” com a injeção de investimentos para a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas.

A Política Municipal de Saúde Bucal toma um conjunto de ações, cujo desenvolvimento está no campo da Prevenção de Doenças e da Promoção da Saúde, sendo mais direcionada a organização dos serviços odontológicos através do

estabelecimento de uma nova práxis nos atendimentos à população, capaz de romper com a lógica do atendimento individualizado e focado nas doenças bucais, relacionado muitas vezes à falta da pretensão de responder às necessidades da população.

O rompimento dessa lógica se faz através de uma interlocução com diversos setores e profissionais, trazendo o Cirurgião - Dentista para um discurso ampliado no campo da Saúde Coletiva distanciando-o da visão puramente “odontocêntrica”.

A formulação e a própria filosofia do “Carioca Rindo à Toa”, já que não existem formalmente Diretrizes para o seu exercício, apontam um discurso ancorado na Transdisciplinaridade e do conhecimento da Integralidade na vertente principal do acolhimento.

O seu entendimento, valores e principalmente o cotidiano de suas práticas são convergentes às diretrizes da Política “Brasil Sorridente”, embora cronologicamente anterior. Esta última tem um desenvolvimento pragmático, exatamente onde a outra não vislumbra, entendendo como desenvolvimento pragmático, o alcançar do melhor resultado dentro dos recursos disponíveis - domínio da competência necessária nesse processo.

As semelhanças encontradas nas duas políticas, geraram alguns comentários - expressos nas entrevistas - dentre os quais, que na época da publicação das Diretrizes da PNSB, a CPSB, bem como os gestores das APs, acreditaram estar diante das propostas da política do município, tal qual eles estavam implementando.

Entretanto, observamos a presença de porosidade no “Carioca Rindo à Toa” ao compararmos a política no ano de 2003 com a política no ano atual. A média complexidade não estava na pauta, vindo a constar como ação após a criação dos CEOs no município.

Na época, as principais medidas implementadas eram: Programa Saúde e Cidadania “Dentescola”, o modelo assistencial do Acolhimento, o acompanhamento da fluoretação da água de abastecimento público, além da atuação das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família. As ações eram já orientadas pela Integralidade, construíam a viabilidade para o acesso universal à rede de atenção e principalmente, à capacitação de recursos humanos para o trabalho interdisciplinar.

Para ampliar a oferta foi imperativa a contratação de profissionais que pudessem dar conta da proposta de se estabelecer a mudança da práxis para o alcance de todas as faixas etárias e a adoção da Técnica de Restauração Atraumática (TRA) modificado como “Estratégia de Inclusão Máxima”.

A própria técnica de selar cavidades acometidas pela doença cárie com um material de fácil manipulação e em um curto espaço de tempo, cuja inserção do material não necessita de instrumentais mais complexos e ainda, conta com a presença de flúor. Essas características possibilitam dar alta com mais frequência e continuar mantendo o controle através das visitas de rotina.

Ou seja, já é o início dessa mudança no cotidiano do atendimento, pois este pode ser feito na sala de espera, na sala de aula, no pátio da escola, no consultório odontológico ou ainda, na casa do usuário do sistema de saúde. Com essa estratégia se busca atingir a universalidade da atenção em Saúde Bucal.

O Programa “Carioca Rindo à Toa”, hoje é apresentado como política municipal para a Saúde Bucal, consistindo de Atenção Básica e Atenção Especializada, além de ter um programa com peso político muito mais elevado - Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” - sugerindo que de fato este vem sustentando a Saúde Bucal na centralidade da agenda.

Essa sugestão parte da assertiva de que a atenção voltada ao escolar tem sido uma constante nos últimos cinquenta anos por oferecer uma visibilidade que

pode resultar em votos. Isso nos aproxima da proposta do Estado do Rio de Janeiro na década de 1980 - Governo Leonel Brizola -, quando foi o primeiro município a trabalhar com a educação do ponto vista Integral através dos Centros Integrados de Educação Pública (CIEP).

Aliás, o prefeito César Maia, por muitos anos, foi considerado pela mídia como seu “pupilo” político no dizer de Saturnino Braga (vitruvius, 2007) e hoje sua personalidade é tida como polêmica, instável (Correio Brasiliense, 2007) pela mídia e maluco segundo suas próprias palavras (Blog, 2007). No governo de Brizola, César Maia iniciou sua trajetória de homem público ao ser nomeado Secretário de Fazenda - o que vem a sugerir que tais idéias de visibilidade através de programas sociais ainda sejam uma constante no seu modo de fazer política.

Ao visitarmos seu “ex -blog” sempre atualizado por ele próprio, observamos que o Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” não consta dentre os programas, muito menos faz a menção das Equipes de Saúde Bucal, deixando claro que o PSF no município é formado por uma equipe composta por “médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, que as pessoas passam a conhecer pelo nome, atendem casos simples, fazem curativos e recuperações, pequenas intervenções. O foco dessas equipes é a prevenção de doenças e a promoção da saúde”.

A propósito, dentre as realizações (contabilizada em quinze em seu “ex-blog”) em seus três mandatos, a saúde só aparece no “Remédio em Casa” e “Saúde da Família”. Muito embora, como bem delineado nesta dissertação, o PSF no município está longe de atingir a meta de cobertura. A Saúde e a crise do sistema que moveu Brasília a “intervir” nos hospitais e a retirar a Gestão Plena do município demonstram que existem em seus governos outras prioridades como o PAN 2007. Mesmo com toda a polêmica César Maia é o prefeito que mais governou.

Entretanto, em nosso estudo não encontramos evidências que pudessem sugerir um distanciamento da atenção do Executivo - Prefeito em relação à Saúde Bucal, face às similaridades das políticas, municipal e federal, de modo que a Política “Carioca Rindo à Toa” se tornasse coadjuvante do “Brasil Sorridente” no entender da população.

Essa possibilidade como indutora, a princípio, pareceu-nos viável, por conta da precariedade dos investimentos municipais, nos anos recentes, para a Saúde Bucal - considerando a distribuição de insumos que até 2003 estava sendo feito sem problemas, mas somente para as escolas, creches e atividades interprogramáticas à nível da Atenção Básica.

Encontramos, porém, respostas que sugerem problemas de caráter licitatório, causados por dificuldades na interpretação, em decorrência dos insumos comporem a cesta básica como medicamento, embora sejam vistos como cosmético. Aliás, a CNSB também tem encontrado dificuldades no processo licitatório com outras causas, mas pretendemos não discuti-las devido a fatores muito mais políticos do que técnicos envolvendo a questão.

Essas políticas de saúde específicas ganharam vulto, quer seja municipal ou nacional sendo abraçadas pelo Executivo. Garcia (2006) encontrou na figura do Executivo - Presidência um ator relevante nesse elencar da Saúde Bucal na agenda federal; semelhantemente encontramos na figura do prefeito, a influência necessária para que a Saúde Bucal se projetasse em igual intensidade na agenda municipal.

Em contraponto à PNSB, a busca do espaço institucional pelos atores do município, havia acontecido na gestão anterior, gerando verbas e criando um patamar estrutural que favoreceu o gradualismo, assumido pela CPSB até porque muitos já estavam na gestão anterior. Os formuladores da PNSB fizeram questão de se representar como uma dicotomia da política anterior.

O gradualismo se caracteriza pela construção passo a passo, através de negociação e pactuações. Pode gerar dificuldades em sua implementação, pelas incoerências e inconsistências que surgem nessa fase.

O único projeto político previamente estabelecido encontrado no município fica por conta das Escolas Promotoras - e que em dado momento chamou a atenção do prefeito e que pretendeu a reformulação do projeto para o município, encarregando a Saúde Bucal não apenas assumir a reformulação, como implementá-lo em todas as escolas municipais.

O “Dentescola” se constitui um peso político maior e se integra intersetorialmente, reconfigurando o papel do cirurgião-dentista no cenário escolar. Longe de ser um programa com a visão específica da boca, traz em seu bojo todo um discurso pautado na Promoção da Saúde na Escola. Por assumir um papel muitas vezes em separado e com muito mais destaque - como vimos anteriormente, a sua visibilidade só foi possível pelo apoio que recebeu do prefeito - diferencia-se do “Carioca Rindo à Toa”.

Observamos que o desafio para as ações propostas estava em preparar o profissional para uma mudança através da desconstrução da práxis, considerando o seu cotidiano nas escolas municipais, com suas relações e o seu entorno. Essa sem dúvida foi a “janela de oportunidades” que a coordenação necessitava para desenvolver uma política de inclusão.

E apesar de toda a polêmica iniciada em março de 2005 em torno do Governo César Maia, e ter gerado a cassação da gestão plena, ainda que por um curto período, percebemos que não houve um embaraço maior para a CPSB do que a não aquisição dos insumos – escova, creme e fio dental.

Embora, seja lamentável não considerar esses insumos como medicamentos preventivos, muito mais baratos do que o atendimento de pacientes na cadeira, com materiais e equipamentos que demandam um maior custo e tempo.

O PSF, como verificamos, está longe de cobrir as necessidades do município. Diferentemente do que ocorre na maioria dos municípios, não se tem proposto fazer uma equivalência da proporção de Equipes de Saúde com as Equipes de Saúde da Família. A ampliação das equipes para tal equivalência e abrangência, nos parece algo ainda distante, pois necessita da contratação de um grande número de profissionais. É preciso pactuar isso com toda a estrutura municipal por conta da Responsabilidade Fiscal.

O município tem enfrentado inúmeras dificuldades em relação à implantação do PSF, inclusive no que se refere à violência, em decorrência da presença do tráfico de drogas.

Exemplificamos a Maré, um dos locais em que se pretendeu iniciar o PSF, apesar dos CDs para lá deslocados, não foi implantado e pelo andamento do trabalho nem vai ser, de modo que os CDs hoje lotados na região, respondem pelo “Dentescola” e a Maré apenas absorveu a proposta dos PACS.

Considerando ainda, a organização dos serviços de Saúde Bucal, percebemos que no que se refere ao Processo de Trabalho, ele é discutido e pactuado com o objetivo de garantir, não apenas a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, mas a qualidade dos serviços prestados; a CPSB tem conseguido desenvolvê-lo com equilíbrio os seguintes pontos: Interdisciplinaridade, Transversalidade, Integralidade da Atenção, Intersetorialidade.

A ampliação e qualificação da assistência através de condições de trabalho podem assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços e

com parâmetros bem estabelecidos para o exercício, tais como, por exemplo, os protocolos para os atendimentos de média complexidade.

Essa ampliação ainda está acontecendo no município desde 2003. Ações como prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão da reabilitação protética e de procedimentos mais complexos na atenção básica estão na pauta de discussões da gestão e da política.

O município tem outras propostas a ampliação do 3º turno, do Pronto-Atendimento e das ESB, porém, como relatamos, acaba esbarrando na falta de profissionais. Essa dificuldade é decorrente da ausência de um projeto político, onde há também um estudo preliminar dessa necessidade em relação à estrutura física e à demanda.

A proposta da política municipal abrange toda a população independentemente do grupo em que o usuário se encontre ou sua condição de vida. Encontramos nesse aspecto, diversos profissionais trabalhando com gestantes e bebês - quer seja em UBS, quer seja em hospitais.

As ações relacionadas são de caráter educativo e clínico-cirúrgico. Inclusive em muitas unidades se promove o aleitamento materno, onde as formas de promoção perpassam a Saúde Bucal.

Assim, a PMSB toma as condições de vida com um olhar não discriminativo, mas procura capacitar os profissionais ao atendimento segundo as necessidades específicas de cada paciente, afastando a possibilidade de se estabelecer programas próprios.

Também o cuidado ao idoso é realizado em todas as USB, mas a prótese, até o momento, está sendo ainda confeccionada no Instituto de Geriatria e Gerontologia, aguardando licitações para a ampliação dos laboratórios.

Podemos então perceber que, de fato, o processo de trabalho do município abrange a Interdisciplinaridade, a Integralidade da Atenção, a Intersetorialidade, a Ampliação e Qualificação da Assistência, as condições para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços e os parâmetros para orientá-lo.

Esses parâmetros são discutidos e pactuados com o objetivo de garantir não apenas a dignidade no trabalho para profissionais e usuários, mas a qualidade dos serviços prestados.

A Política “Carioca Rindo à Toa” trouxe um referencial no tocante a mudança da práxis e que pôde em algum momento servir como proposta para a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Por certo que houve a “janela de oportunidades” tal qual ocorreu para a formulação da PNSB. A coordenação soube aproveitar a centralidade da agenda por conta do “Dentescola” para ampliar o acesso à atenção básica, no primeiro momento. E, mais tarde, em decorrência dos incentivos federais, instalar a média complexidade em todo o município. O papel do Executivo foi fundamental nessa centralidade e se mostrou um ator relevante do processo.

Verificamos que não apenas as Diretrizes da PNSB reintroduziram o conceito do desenvolvimento da consciência sanitária e da mobilização da sociedade civil no âmbito da Saúde Bucal. Esses conceitos, por outro lado, estavam sendo discutidos muito anteriormente, ainda nos primeiros Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos na década de 1980, além do meio acadêmico e, reproduzidos nas propostas do Programa Saúde e Cidadania “Dentescola”.

E no sentido de tornar os direitos de saúde estabelecidos pelas diretrizes e princípios do SUS (em especial a integralidade expressa até aqui de maneira

polissêmica), efetivamente conquistados é que encontramos várias políticas com as mesmas propostas que nos propusemos a pesquisar.

Essas políticas de saúde específicas ganharam vulto, quer municipal ou nacional, sendo abraçadas pelo Executivo/ Prefeito e pelo Executivo/Presidência. Todavia, no município do Rio de Janeiro não houve o mesmo impacto ou divulgação, tal como pudemos verificar no pronunciamento de inauguração e lançamento do Programa “Brasil Sorridente”, apesar das muitas semelhanças técnicas reconhecidas nesse trabalho.

Acreditamos que a política municipal construída nesses cinco anos, através da oportunidade oferecida pelo Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” - com o maior peso estrutural e político - tenha se estabelecido fortemente a ponto de não sair da centralidade da agenda saúde do município.

A saída de Mirella Giongo da gestão é muito recente e atribuída por ela própria em reunião com os assessores, as mudanças que se operam na Secretaria de Saúde. Essas mudanças podem estar vinculadas à transição do governo estadual e nas alianças das três esferas governamentais. Mas essa etapa que se inicia não faz parte do nosso objeto e por isso não pretendemos estendê-la, até porque está envolta em incertezas.

Contudo, podemos chegar ao fim do trabalho compreendendo que a política não pode se esgotar em si própria, e sim se desdobrar, se atualizar diante de novas necessidades, gerando possibilidades, inclusive de se desconstruir para construir o novo.

O gradualismo das políticas aqui verificado vem demonstrar também o comprometimento de se manter metas entre as gestões, ainda que não se tenha um projeto fechado, pronto. É ter um alvo com um caminho construído a cada passo.

Procuramos mostrar que o gradualismo não é um projeto a priori, mas um jeito de se fazer política. Traz como pudemos notar, vantagens e desvantagens. É importante destacar que dentre as vantagens já apontadas estão a de gerar possibilidades e diálogos entre os diversos atores.

Aqui terminamos com a certeza de que a profissão não é mais sentida como fracasso entre aqueles que operam no setor público, mas para que isso acontecesse, foi preciso olhar para além da boca, olhar o ser humano. Ao alcançar a transversalidade, busca-se outro sentido, uma nova práxis, objetivando a construção da Integralidade. Nesse ponto, todos acabam ganhando: os usuários, os profissionais, os gestores, os municípios e o país.

REFERÊNCIAS ⁹

AERTS, D; ABEGG, C; CESA, K C. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, 2004, p.131-138;

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIA. **Prefeitura investe no atendimento à Saúde Bucal**. Publicada em: 18/06/2003.Imprensa - 27.01.2003;

BARTOLE, M. S. **Da Boca Cheia de Dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2006. 130 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006;

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001;

BERMUDEZ, J. Formulação, Implementação e Componentes de uma Política de Medicamentos. **Seminário Internacional: Acesso à Medicamentos: Direito Fundamental e papel do Estado**. Powerpoint. Disponível em: www.opas.org.br/medicamentos/seminar/acesso/apresent/bermude1.pdf Acesso em 15 ago. 2006;

BLEICHER, L. **Fluoretação das águas de abastecimento Público no Ceará**. 2000. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Ceará,2000;

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Petrópolis. Editora Vozes. 10ª edição, 2004.200p;

BOTAZZO, C. Novas abordagens em saúde bucal. A questão da Integralidade. In: Garcia, D.V. (org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Ed. ABORJ- ANS-UNESCO, 2005, p.43-47;

⁹ Elaborada segundo as normas da NBR 6023 para referências, disponível no manual do aluno Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva /PPAS e CHS.

BRASIL. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal.**

Disponível em <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/>. Acesso em 24 de outubro de 2002;

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Portarias GM 1570, 1571 e 1572** de 29 de julho de 2004;

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Assistência Técnica em Saúde Bucal.** Texto, 2004;

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília. 2004. Disponível em [dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes da politica nacional de saude_bucal.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf) >. Acesso em 15 ago 2004;

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/> Acesso em 02 ago 2006;

_____. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Nota Técnica- Brasil Sorridente.** Brasília 2005. Disponível em < www.cro-df.org.br/noticia18.htm > Acesso em 10 abril 2005;

_____. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001;

_____. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica**, Ano II, n.7, 2001;

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf > Acesso em 26 set. 2005;

_____. Ministério da Saúde. **SIAB 2003.** Disponível em www.datasus.gov.br/siab/siab.htm . > Acesso em 23 dez.2006;

_____. Ministério da Saúde. **SIAB 2004**. Disponível em www.datasus.gov.br/siab/siab.htm > Acesso em 23 dez.2006;

_____. Ministério da Saúde. **SIAB 2005**. Disponível em www.datasus.gov.br/siab/siab.htm Acesso em 23 dez.2006;

_____. Ministério da Saúde. **SIAB 2006**. Disponível em www.datasus.gov.br/siab/siab.htm > Acesso em 23 dez.2006;

_____. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em 02 ago 2006;

_____. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Incentivos à Saúde Bucal no PSF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, p. 85;

_____. Portaria nº 18886/GM de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde. Disponível em: < dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf > Acesso em 15 dez 2005;

_____. Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. Incentivos à Saúde Bucal no PSF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, p. 67. Disponível em < dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/saude_da_familia.php > Acesso em 15 dez 2005;

_____. Portaria Interministerial 766/GM, de 17 de maio de 2001;

_____. Portaria nº 396/GM de 04 de abril de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em < dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria396_04_04_03.pdf > Acesso em 25 nov 2005;

_____.Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003, Atualiza e Revê o incentivo às ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Seção 1, p. 44;

_____.Portaria nº 74/GM de 20 de janeiro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**.Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Disponível em <
dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria074_20_01_04.pdf . Acesso em 25 nov 2005;

_____.Portarias GM 1570, 1571 e 1572 de 29 de julho de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**;

_____.Portaria 648 /GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

_____.Portarias 649 /GM de 28de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**.Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica;

_____.Portarias 650 /GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica;

_____.Portaria nº 822/GM de 17 de abril de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica;

_____. Portaria Nº 599/GM de 23 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas;

_____. Portaria Nº 600/GM 23 de março de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas;

_____. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17- Série A. Normas e Manuais Técnicos;

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, 2005, p.161-77;

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Entrevista com Gilberto Pucca. **Jornal do CFO**, 2006;

COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE BUCAL - SMSRJ. **Odontologia rompe limites do consultório - Construindo a atenção interprogramática**.

Disponível em

www.saude.rio.rj.gov.br/.../cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=1967&editionsectionid=118 >. Acesso em 03 dez 2005;

_____. **Impacto do programa Saúde Cidadania dentescola na construção de ações coletivas e promoção de saúde**. Disponível em

http://doweb.rio.rj.gov.br/sdcgibin/omisapi.dll?infobase=31072001.nfo%26softpage%3D_recs > Acesso em 03 dez 2005;

_____. **Dentescola previne cárie e economiza recursos públicos**. Disponível em: http://doweb.rio.rj.gov.br/sdcgi-bin/omisapi.dll?infobase=31072002.nfo&softpage=_recs > Acesso em 03 dez 2005;

_____. **Alunos da rede municipal ganham atendimento odontológico**. Disponível em: http://doweb.rio.rj.gov.br/sdcgi-bin/omisapi.dll?infobase=31072001.nfo&jump=00&softpage=_recs > Acesso em 03 dez 2005;

_____. **Implantação dos 19 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).**

Disponível em: <

www.saude.rio.rj.gov.br/.../cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=2457&editionsec tionid=118> Acesso em 03 dez 2005;

CORNÉLIO, R.R. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ.**

1999.131p. (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999;

CORREIO BRAZILIENSE. **Brasil S.A - Comédias eleitorais.** Disponível em < www.clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=309717.> Acesso em 9 maio 2007;

FERLA, A.C; CECCIM, R. B. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para a educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro, R; Mattos, R. (Org.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, ABRASCO, 2006, p.165-184;

FERLA, A.C; CECCIM, R.B.; PELEGRINI, M.L. Atendimento Integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: Pinheiro, R; Mattos, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003 - p.61-88;

FIGUEIREDO, C.H.; LIMA, F.A.; MOURA, K.S. **Tratamento Restaurador Atraumático: Avaliação de suaviabilidade como estratégia de controle da cárie dentária na Saúde Pública.** Disponível em: https://www.unifor.br/hp/doc_noticias/vol17-artigo2.pdf; >Acesso em 30 dez. 2006;

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1999. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.15, 1999, p.345-353;

FRIEDMANN J. **Empowerment: Uma política de desenvolvimento alternativo.** Oeiras: Celta Editora, 1996;

GARCIA, D. V. **A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação.** 2006. 104 p. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006;

GARCIA, D.V.; SOUZA, D. S.; LIMA, K. S. Sobre as diretrizes da política nacional de saúde bucal: algumas considerações. In: Garcia, D.V. (org.). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Ed. ABORJ-ANS-UNESCO, 2005, p.22-27;

GROSSMANN R, S. K.C. (1996) – Health promotion and organizational development: developing settings for health. Viena: **WHO Regional Office for Europe.** Health Promotion Unit, Lifestyles and Health Department. IBGE. Censo Demográfico. 2006. Disponível em: www.ibge.gov.br; Acesso em: 23 out 2005;

LINDBLON, C. E. **O Processo de Decisão Política.** Brasília, Ed. UNB, 1981, 124p;

KINGDOM, J. **Agendas, alternatives and public policies.** 2 ed. EUA: Harper Collins College Publis, 1995, 253 p;

MANFREDINI, M A. Abrindo a boca: reflexos sobre boca, corações e mentes. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUE, C.M.P(org). Contra a maré à beira-mar- A experiência do SUS em Santos. São Paulo, Hucitec, 1997;

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, R. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2001, v. 01, p. 39-64;

_____.Integralidade e ação prática; desafios para força. In: Garcia, D.V. (org.). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Ed. ABORJ-ANS-UNESCO, 2005, p. 48- 64;

MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.2, nº.4, 1986, p. 533-552;

NADANOVSKY, P. Promoção de Saúde e a prevenção de doenças bucais. In: PINTO, V.G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 4ª ed.cap.9, 2000, p.293-310;

NARVAI, P C. **Odontologia e Saúde**. Bucal Coletiva.Editora Hucitec. 1994;

_____.Integralidade na Atenção Básica à Saúde; Integralidade? In: Garcia, D.V. (org.). Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Ed. ABORJ-ANS-UNESCO, 2005, p.28-42;

NORONHA, J. C.; MACHADO, C. V.; LIMA, L.D. **A metrópole do Rio de Janeiro: desafios para o planejamento em Saúde**. 2003;

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOIS. 2001. Disponível em: www.observatoriodasmetrolopes.ufri.br/home Acesso em: 03 fev 2007;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS. Unidade Técnica De Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal Do Brasil: Registro de Uma Conquista Histórica**. Série Técnica- Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. BRASÍLIA-DF. 2006;

PARREIRA, C.M.S. F. **A Construção de uma política pública de promoção da saúde no contexto escolar: um relato da experiência brasileira**. Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_RED_BRA.pdf >. Acesso em 20 dez 2005;

PORTUGAL. **Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde**. Disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEE249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf#search=%22escolas%20promotoras%22 Acesso em 06 sept 2006;

REDE UNIDA. Disponível em: www.redeunida.org.br. Acesso em 08 dez 2005;

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós - modernidade.**

São Paulo: Cortez, 9ª edição, 2003. 348 p;

RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, integralidade e eqüidade em saúde bucal coletiva.** 2000.

227 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Projeto de implantação de Escola Promotora de Saúde no município do Rio de Janeiro.**

Boletim Informativo. Ano 1. n º 1; Fevereiro de 2001;

_____. **Organização da Atenção em Saúde bucal no município do Rio de Janeiro e o Papel do PSF,** 2003;

_____. **Escola Promotora de Saúde - de Projeto à Iniciativa** . Disponível em:

<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?editionsectionid=17&user=reader&infoid=1275-> Acesso em 03 abr 2005;

_____. **Gerência Do Programa De Saúde Escolar.** Programa de Saúde Escolar numa perspectiva crítica. 3ª edição, 1999;

_____. **Rio Saudável.** Série Rio Estudos. Disponível em;

http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/274_promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.PDF. Acesso em 12 de fevereiro de 2007;

SHEIHAM, A. **The Role of the dental team in promoting dental health and general health through oral health.** OXFORD: WRIGHT, 1997;

SILVA, C S.; Rocha, C A.S.; Soares, M C. **Nessa Escola Eu Fico.** Secretaria

Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro. Boletim ano 1 nº 1. 1999;

_____. **Escola Promotora de Saúde. Promoção de Saúde na Escola.** Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2a edição. RJ, 2000;

_____. **Rede de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro: uma ação local fortalecida pela RLEPS.** PAHOO - MEMORIA Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Disponível em: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_RED_BRA.pdf Acesso em: 06 sept 2006;

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – **Relatório de Qualificação e implantação. Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal da Família.** 2003, 2004, 2005, 2006;

SOUZA, E. F. **Fome Zero e Saúde Bucal: abocanhar a vida.** Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/020/20csouza.htm>; Acesso em 10 dez 2006;

TEIXEIRA, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversação. In: Pinheiro, R; Mattos, R. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003 p.89-128;

TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. 4ª IGE/SCE. Auditoria de Programas. **Carioca rindo à toa.** 2004. Disponível em www.tcm.rj.gov.br/hp/saibamais.asp?Noticia=344&Detalhada=1&Downloads=0 . Acesso em: 20 nov 2005;

VITRUVIUS. Entrevista com Saturnino Braga. Disponível em: www.vitruvius.com.br/entrevista/saturnino/saturnino_7.asp - 45k - Acesso em: 02 abr. 2007;

WALT, G. **Health Policy - An introduction to PROCESS and POWER- People, governments and International agencies-who drives policy and how it is made.** Zed Books, London, UK, 1994.

GLOSSÁRIO

Doença Periodontal - é a doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte (gengiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) e quase sempre é indolor. Tem como agente causador a placa bacteriana. É a principal causa de perdas dentárias entre adultos, pois é uma doença silenciosa.

Estomatognático - relacionado ao tônus, a postura e os movimentos dos órgãos fonoarticulatórios.

Exodontia - extração de elemento dentário; avulsão

Fluorose - alteração morfológica das estruturas dentais em razão do excesso de ingestão de flúor durante a formação do esmalte dentário.

Hegemonia - é constituída por um bloco de alianças que representa uma base de consentimento para a ordem social definida.

Maloclusão - é qualquer desvio do relacionamento normal do encaixe correto entre os dentes, ou seja, todo e qualquer desvio da oclusão dentária normal.

Odontologia Simplificada - modelo de prática que pode ser definida como uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia. E que, ao tornar-se mais produtiva, viabiliza os programas de extensão de cobertura. Não questiona o modelo de prática hegemônica, a odontologia científica. Discursava

sobre a importância da prevenção mas, na prática, continuava a priorizar o curativo (MENDES, 1986).

Odontologia Integral - pode ser definida como a prática, ecologicamente, orientada, alternativa à odontologia flexneriana (científica), que tem, como objetivo último, a manutenção da saúde, e que é caracterizada pela natureza coletiva do seu objeto, pela ênfase na prevenção no seu significado mais amplo, pela simplificação dos elementos da prática profissional, com utilização intensiva de tecnologia apropriada e pela desmonopolização do saber odontológico. instituir-se como uma prática substitutiva da odontologia científica (MENDES, 1986).

Programa de Inversão da Atenção - Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. 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 (MS, 2007).

Sistema Incremental - Modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante aos escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos (M.S, 2007).

Tratamento Restaurador Atraumático (ART, do inglês Atraumatic Restorative Treatment) - uma filosofia de tratamento das lesões de cárie, aprovada e divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994, testada em vários países. Preconiza o tratamento das lesões cariosas utilizando apenas instrumentos manuais na remoção parcial da dentina atingida pela cárie, seguida do selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Trata-se de uma terapia pouco invasiva, centrada na redução do número de bactérias e do aporte de nutrientes. Dispensando o uso de equipamentos odontológicos tradicionais e de eletricidade, a técnica conta com a facilidade de acondicionar e transportar os instrumentos, aumentando as chances de intervenção precoce e de preservação das unidades dentárias afetadas, Independentemente das condições sócio-econômicas. O ART é indicado para adultos e crianças, em dentes decíduos e permanentes (FIGUEIREDO et al., 2006).

APÊNDICES**APÊNDICE A: ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

As Entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2006 a janeiro de 2007 - após aprovação no Comitê de Ética - com a Coordenadora de Saúde Bucal no cargo de 2001 a 2006, Mirella Giongo Galvão da Silva e o assessor de Área Programática. As perguntas procuraram um formato livre, versando sobre a “Política Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola. Não era nossa intenção confrontar respostas e sim que uma entrevista pudesse completar a outra. A visão dos profissionais da ponta do sistema foi por nós apreendida em conversas informais.

- Roteiro Base:
 1. Processo de chegada à coordenação;
 2. Formulação e Implementação do Programa Saúde e Cidadania Dentescola;
 3. Formulação e Implementação da a “Política Carioca Rindo à Toa”;
 4. A centralidade da Saúde bucal na agenda da Saúde e o incentivo do prefeito César Maia;
 5. Discriminação dos atores dos processos políticos de formulação e implementação da política municipal;
 6. Distribuição dos CEOs no município;
 7. Número de Equipes de Saúde Bucal: proporção em relação ao PSF.

- Roteiro Específico:

Entrevistado: Mirella Giongo - Coordenadora de Programas de Saúde Bucal.

1. Como você Mirella chegou a coordenação da Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro?
2. Como é a história do “Carioca Rindo à Toa”?
3. Fale sobre o Programa Dentescola. Como foi elaborado o projeto?
4. É fato que a distribuição dos Kits do Dentescola foi interrompida. A que você atribui a falta de Kits? E a inclusão destes na cesta básica é possível?
5. O “Dentescola” a princípio parecia ser distinto do “Carioca Rindo à Toa”, mas em dado momento é incluído como uma das principais medidas desta estratégia. Fale a respeito.
6. Você fala em mudanças paradigmáticas. Como você compreende essa mudança?
7. Uma das principais medidas desta estratégia é o acompanhamento da fluoretação da água de abastecimento público, isto está ocorrendo realmente?
8. Você vê as convergências das duas políticas como fator de enfraquecimento da política municipal de saúde bucal, no que se refere à centralidade na agenda que parece ter ocupado em dado momento?
9. Quais as dificuldades encontradas para a mudança do foco de atenção das ações de Saúde Bucal para a atenção baseada na Integralidade?
10. Quando o coordenador nacional teve conhecimento da política municipal e sua estrutura pautada na Integralidade, tomando como pressuposto o acolhimento?

Entrevistado: Assessor de Saúde Bucal - AP

1. Como é a história do “Carioca Rindo à Toa”?
2. Fale sobre o Programa Dentescola. Como foi elaborado o projeto?
3. Como funcionam os Centros de Especialidades Odontológicas?

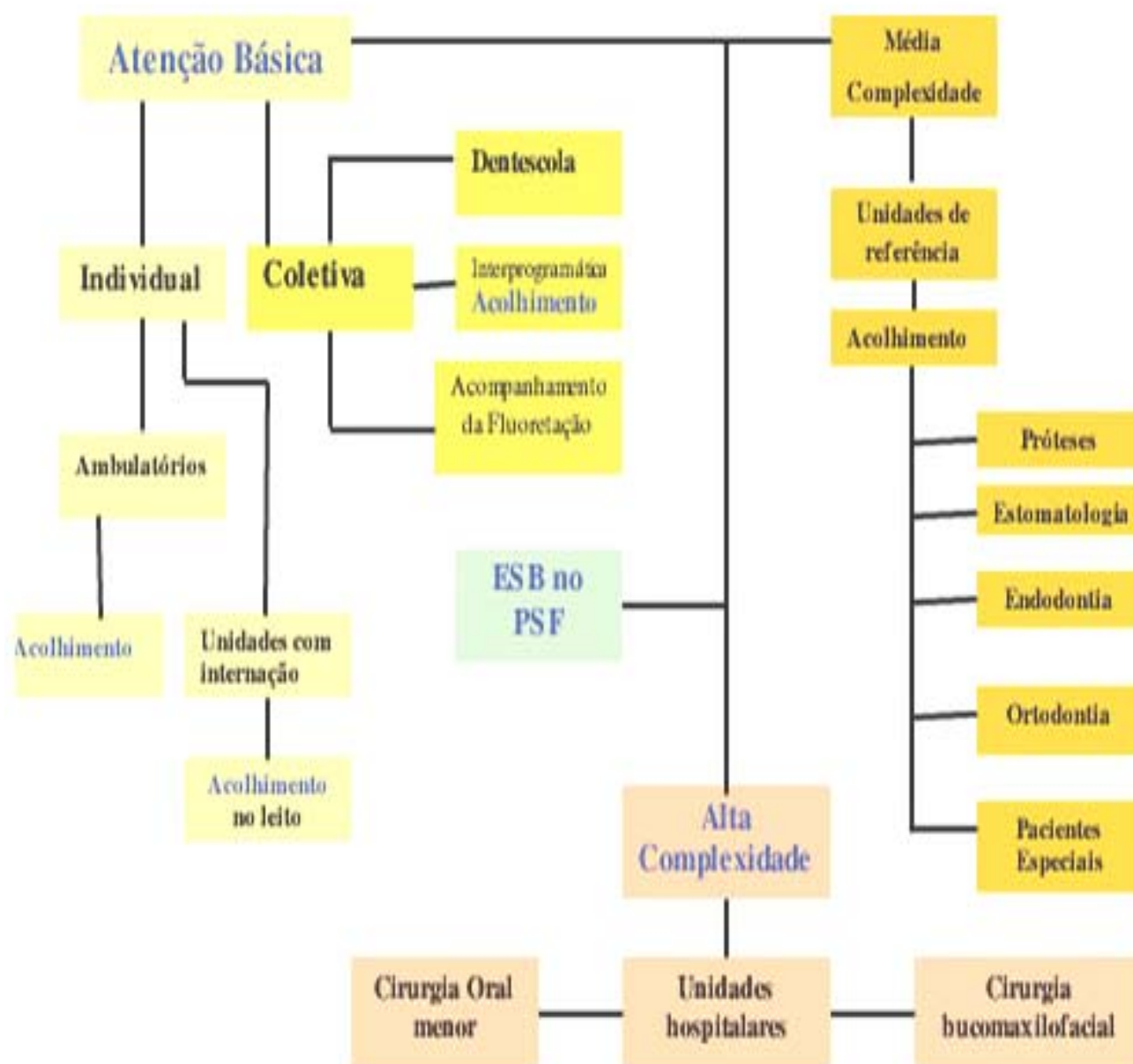
APÊNDICE B: DATAS DAS REUNIÕES DE EQUIPE

- 20 de dezembro de 2006 - Avaliação das atividades de cada Área Programática no ano de 2006.

Local: nível central

- 16 de janeiro de 2007 - Comunicado da Saída da Coordenadora Mirella e balanço das metas definidas em 2001.

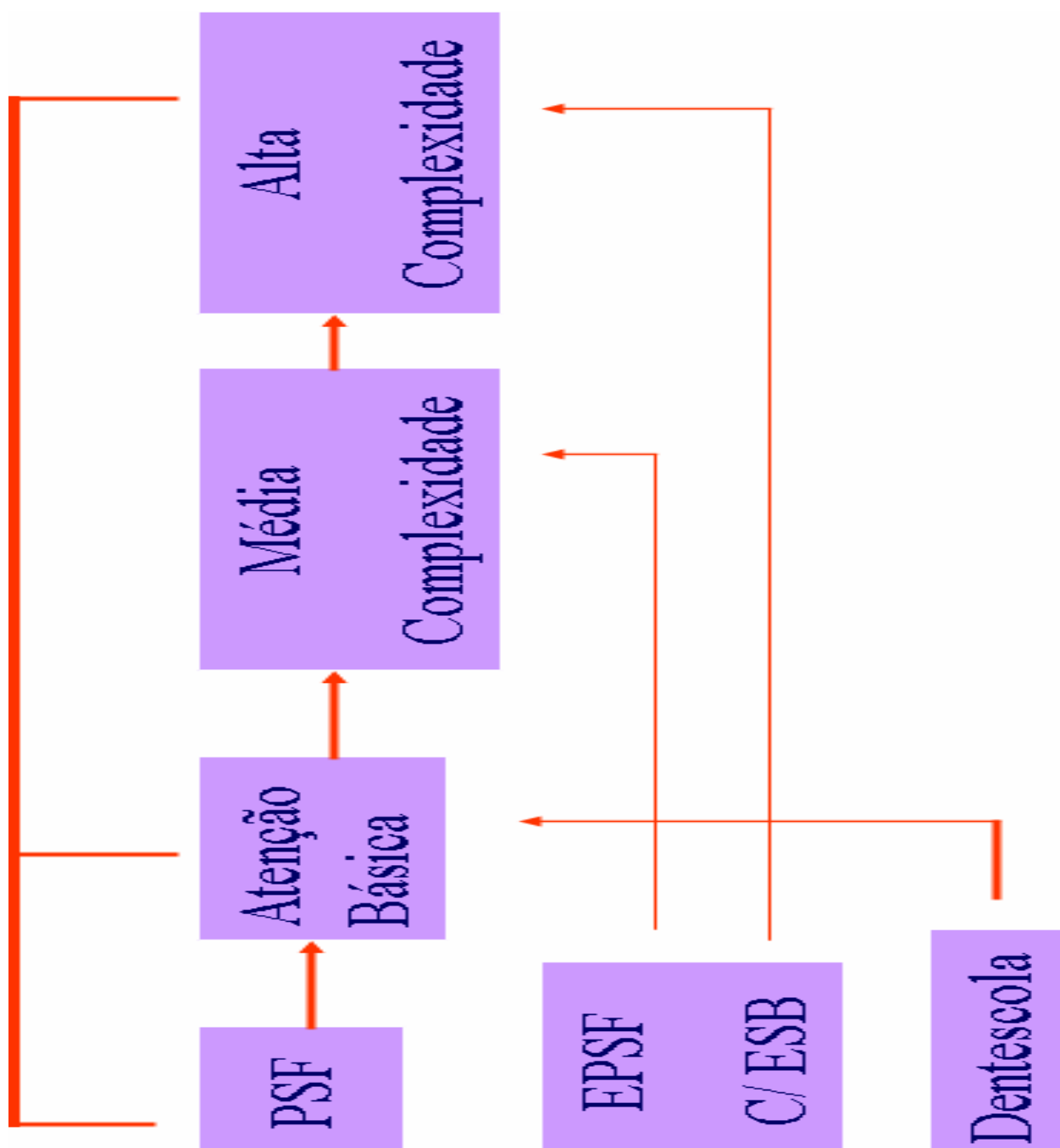
Local: CIAD (Centro Integrado de Assistência ao Deficiente Físico Mestre Candeia.

ANEXOS**ANEXO A**

Programa Municipal de Saúde – níveis de complexidade (CMSB/RJ, 2003)

ANEXO B:

Programa Municipal de Saúde - Estrutura (CMSB/RJ, 2004)



ANEXO C: Decreto nº. 20311 de 30 de Julho de 2001

D.O.Rio de 31/07/2001



DECRETO Nº 20311 DE 30 DE JULHO DE 2001

Cria o Programa de Saúde Bucal para os alunos da rede municipal de ensino – DENTESCOLA.

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO a importância fundamental da saúde bucal para a saúde e o aproveitamento dos alunos da rede escolar da Prefeitura;

CONSIDERANDO que o excesso de doces, bebidas açucaradas e todos os tipos de amido são causas importantes de cárie dentária;

CONSIDERANDO a existência do conjunto de escolas de Odontologia na Cidade;

DECRETA

Art. 1º Fica criado o Programa de Saúde Bucal para os alunos da rede municipal de ensino – DENTESCOLA.

Art. 2º Cabe às Secretarias Municipais de Educação e de Saúde gerenciarem, conjuntamente, o DENTESCOLA.

Parágrafo único A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social participará do programa com suas creches e, a Secretaria Especial de Projetos Especiais apoiará o programa quanto à divulgação.

Art. 3º Ficam autorizadas as Secretarias Municipais de Educação e de Saúde – em conjunto – a estabelecerem convênios com a Associação Brasileira de Odontologia e com as escolas de Odontologia que se interessarem em aderir ao programa.

Art. 4º Cabe:

I – à Secretaria Municipal de Saúde definir as estratégias do Programa de Saúde Bucal a ser aplicado e a formatação do programa com uso de estagiários e profissionais, na forma a ser estabelecida pelo convênio, assim como, o material volante que se fizer necessário;

II – à Secretaria Municipal de Educação definir os procedimentos, de forma a que se possa atingir a totalidade dos alunos com o Programa de Saúde Bucal.

Parágrafo único O DENTESCOLA deve prever os mecanismos para que as escolas de Odontologia – e os serviços municipais de Odontologia – possam receber os alunos da rede que precisem de tratamento específico, inclusive quanto a próteses e mecanismos de correção de dentição.

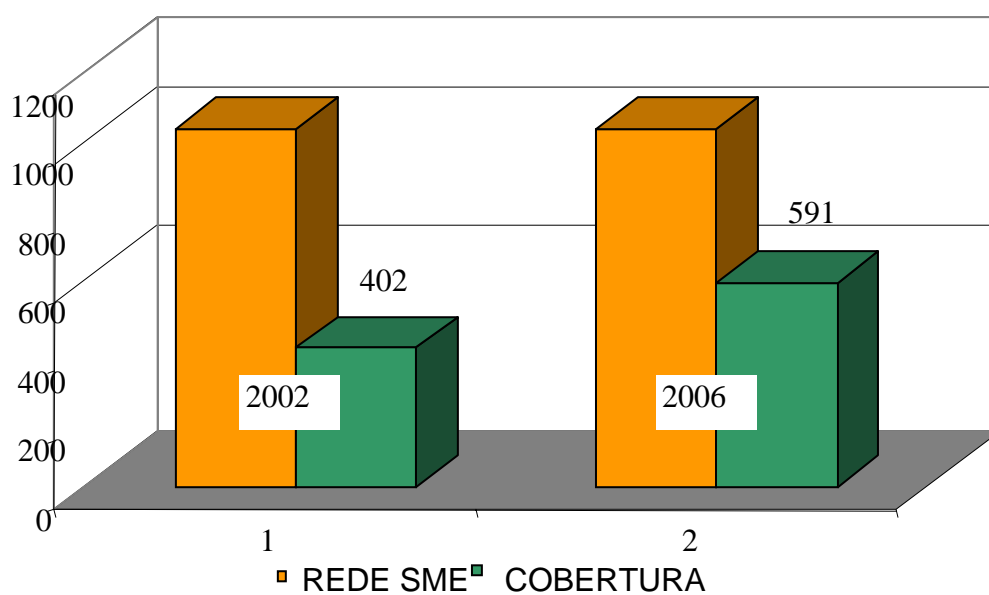
Art. 5º Os órgãos dirigentes das atividades-meio, como a Secretaria Municipal de Fazenda, a Procuradoria Geral do Município e a Controladoria Geral do Município, priorizarão o atendimento a este programa.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 30 de julho de 2001 - 437º ano de fundação da Cidade

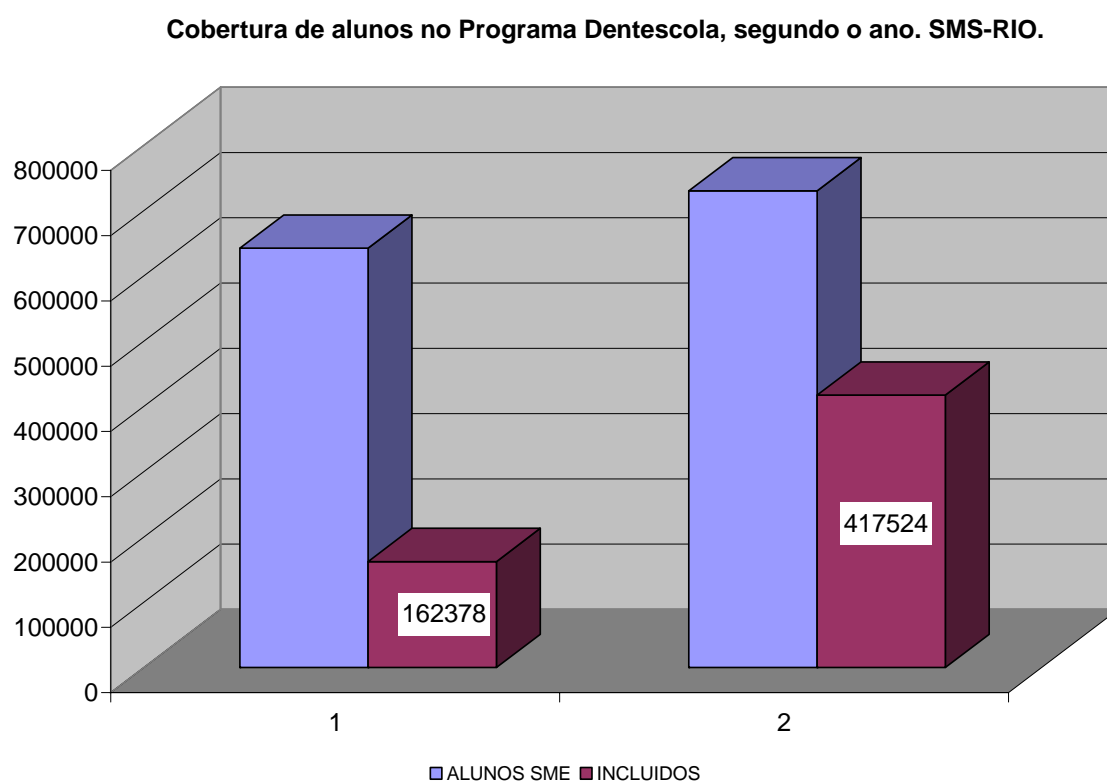
CESAR MAIA

ANEXO D: Cobertura do Programa Dentescola, segundo o ano.



Fonte: Balanço das metas definidas em 2001- análise - CMSBRJ/2007

ANEXO E: Cobertura de Alunos no Programa Dentescola segundo o ano



Fonte: Balanço das metas definidas em 2001- análise - CMSBRJ/2007

ANEXO F: RELATÓRIO DE QUALIFICAÇÃO E IMPLANTAÇÃO

Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal da Família – município do Rio de Janeiro –

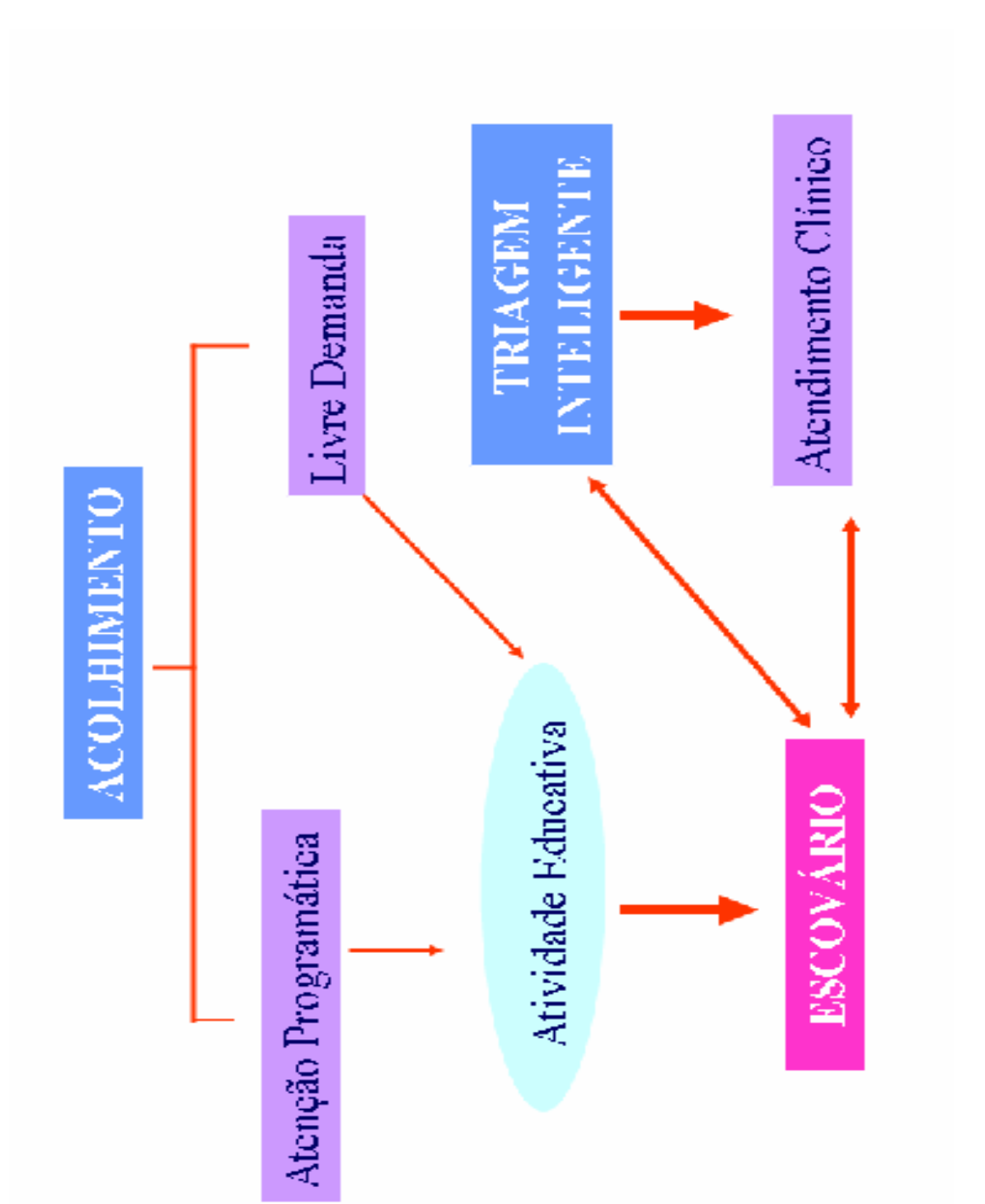
SIAB	POPULAÇÃO	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA			POPULAÇÃO %	EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE 1			EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE 2			POPULAÇÃO	POPULAÇÃO %	POTENCIAL DE IMPLANTAÇÃO
ANO	Nº	QUALIFICADAS	NO SIAB	IMPLANTADAS	COBERTURA	QUALIFICADAS	NO SIAB	IMPLANTADAS	QUALIFICADAS	NO SIAB	IMPLANTADAS	COBERTURA	COBERTURA	
AGO 2003	5.937.253	631	23	23	1,3	----	----	----	----	----	----	----	----	---
OUT 2004	5.974.081	631	59	----	3,41	----	----	----	----	----	----	----	----	---
JUL 2005	5.974.081	631	76	76	4,4	----	10	----	50	11	11	75.900	1,3	65
FEV 2006	5.974.081	631	100	100	5,77	----	10	0	50	11	11	75.900	1,2705	89
OUT 2006	6.094.183	631	118	118	6,7	----	32	----	50	14	14	96.600	1,6	104

FONTES: SIAB 2003-2005-2006; SESRJ- 2004

ANEXO G: Planejamento Semanal -PSF Hélio Scmith/ Maré

Período	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
manhã	Atendimento - Cadeira	grupos- hipertensos e diabéticos	V.D.	Atendimento - Cadeira	Atividade Educativa CIEP
tarde	Atendimento - Cadeira	Atividade Educativa CIEP	Atendimento na Cadeira	Atendimento - Cadeira	Reunião de Equipe

FONTE: Relatório/ 2004.



ANEXO H: Funcionamento da Saúde Bucal na USB

ANEXO I: Funcionamento dos CEO'S

dispõe sobre	CEO I	CEO II	CEO III
Atividades	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.
Equipamentos e materiais	<p>Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços;</p> <p>instrumentais compatíveis com os serviços; e 3 consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor)</p>	<p>Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e 4 a 6 consultórios odontológicos completos</p>	<p>Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; e 7 ou mais consultórios odontológicos auxiliar, equipo e refletor). (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor). completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).</p>
Outros recursos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.
humanos	<p>3 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório.</p> <p>Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem.</p> <p>No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.</p>	<p>4 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório.</p> <p>Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem.</p> <p>No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.</p>	<p>7 ou mais cirurgiões dentistas e 1 auxiliar de consultório dentário por consultório.</p> <p>Obs: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independente do número de cirurgiões dentistas que nele atuem.</p> <p>No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.</p>

FONTE: CNSB/2006

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Instituto de Medicina Social

Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Blocos D e E

Maracanã – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL - CEP: 20559-900

TELS: (21) 2587-7303/2587-7540/2587-7422/2587-7572/2284-8249

FAX: (21) 2264-1142

<http://www.ims.uerj.br>



Mestrado em Saúde Coletiva

**Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania
“Dentescola”: análise da política de Saúde Bucal no município do
Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação
considerando a interface com o “Brasil Sorridente”.**

Autora: Mônica Guimarães Macau Lopes

Orientador: Prof. Dr. Ruben Mattos

Área de Concentração:

2007

Política, Planejamento e Administração em Saúde

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania
“Dentescola”: análise da política de Saúde Bucal no município do
Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação
considerando a interface com o “Brasil Sorridente”.**

Mônica Guimarães Macau Lopes

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em de Mestrado em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Mattos

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDES SIRIUS/CB-C

L864 Lopes, Mônica Guimarães Macau.

Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de saúde bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o “Brasil Sorridente” / Mônica Guimarães Macau Lopes. – 2007.

151f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

1. Saúde Bucal - Teses. 2. Promoção da saúde – Teses. 3. Formulação de políticas – Teses. 4. Programas de saúde – Teses. I. Mattos, Ruben Araújo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.31-083

Mestranda: Mônica Guimarães Macau Lopes

**Política “Carioca Rindo à Toa” e o Programa Saúde e Cidadania
“Dentescola”: análise da política de Saúde Bucal no município do
Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação
considerando a interface com o “Brasil Sorridente”.**

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Prof. Dr. Ruben Mattos (orientador)
IMS-UERJ

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior
IMS-UERJ

Prof. Dr. Eduardo Lúcio Soares
FO-UFF/RJ

Prof. Dr. Marcos Antônio Albuquerque de Senna
FO-UFF/RJ

Dedicatória

*Primeiramente à Deus e aos meus
grandes amores - meu marido e
meus filhos.*

Agradecimentos

Um conjunto de conhecimentos e de ações de diversos atores possibilitou a realização e conclusão deste trabalho. Independentemente do método de análise ou da formalidade exigida, quero pontuar meus agradecimentos primeiramente à Deus - sem o qual eu não estaria vivendo esse momento tão importante - e à minha família - pelo tempo que me concederam para o afastamento necessário para pesquisar e escrever.

Muitas vezes pensei em estar dividindo esta etapa da vida, mas com o passar dos meses, pude compreender que só ocorreram somas. Não houve perdas e sim ganhos. Ao meu marido e companheiro Erick e aos nossos filhos - herança do Senhor - Erick Filho, Yuri e Louise, à minha sogra Corina - pelo suporte técnico e emocional em nosso lar - quero dizer - lhes muito obrigada.

Agradeço também a todas as pessoas que conheci em minha trajetória de vida, não apenas por fazerem parte do meu atual estágio de formação. Agradecer aqueles que estão gestando comigo este desafio, o de criar na história política brasileira o registro de um momento ímpar na Odontologia, mais especificamente, na Saúde Bucal Coletiva.

Quero agradecer as pessoas que me ajudaram a descobrir que tudo o que eu mais desejava na profissão era fruto da Integralidade. Dentre essas pessoas, uma delas em particular; me apresentou a possibilidade de fazer parte dessa “casa” , Rosiangela Knupp.

Aos meus amigos “bucaleiros” da REDE CEDROS, em especial aqueles que tive o prazer de conhecer primeiramente através de seus escritos, e muito influenciaram a minha decisão de enveredar pelos caminhos da Política e da Gestão em Saúde Bucal, como Paulo Capel, Carlos Botazzo, Samuel Moysés e Marco Manfredini.

Ao nosso “mentor” da incipiente Odontologia Social dos anos 50, Professor Mário Chaves, a quem tive a honra de expressar pessoalmente a minha admiração.

Ao Coordenador Gilberto Pucca Jr. pelo empenho em fortalecer a Atenção à Saúde Bucal e buscar centralizá-la nas agendas governamentais; ao Assessor Técnico de Saúde Bucal da Coordenação Nacional, Alexandre Deitos pela presteza nas informações e conhecimentos sobre o andamento da Política Nacional de Saúde Bucal.

À Mirella Giongo, um dos meus pares, a quem tive o prazer de conhecer em 2001 apresentando a proposta do Dentescola em outro município do nosso estado e, hoje, ainda que fora da coordenação municipal do Rio de Janeiro, continuará semeando na academia com muito mais experiências no campo das práticas.

Aos meus colegas de turma de ontem e de hoje, mais ainda das minhas companheiras de luta, de lágrimas dentro do IMS, muitas das quais esposas e mães que como eu, trouxeram para cá, suas vidas e o desejo de vitória. Quero pontuar esse agradecimento às amigas Jeanne Lima, Norma Thiago, Fátima Regina e Josenira.

Aos amigos que estão construindo comigo o meu primeiro livro, que de uma forma ou de outra também estão nesse trabalho.

À Michelle Bandeira, que mesmo fora do país se mantém presente e pôde contribuir neste trabalho com o Abstract.

Aos funcionários do IMS, em especial às Marcinhas (da secretaria e da Informática), às Sílvias, à Ariadne, à Simone, à Ana Cristina, ao Marco, ao Eli, ao Anderson, ao seu Henrique, ao Alexandre e à Lúcia. Às bibliotecárias, que sempre foram prestativas e que indiretamente também contribuíram na busca de literaturas. A todo o pessoal da informática, sempre solícitos.

Aos Mestres do IMS/UERJ com todo o carinho, sem ser piegas, que mais do que espelhos da academia, foram amigos muito presentes e jamais se omitiram em passar para nós, alunos, o conhecimento. Em especial, gostaria de agradecer ao Kenneth, que sempre nos apoiou nos momentos mais difíceis, nos dando um abraço enorme cheio de significados - expressão do cuidado; à Jane Sayd, cuja descontração nos contagia; à Adriana, ao Kornis, e à Rosângela pela atenção e presteza; ao colega e professor Paulo Nadanovisky pela contribuição da inserção da Saúde Bucal no Instituto.

Ao professor Parada, que pelos contratempos impostos pelo cargo no Instituto de Cancerologia (INCA) não pôde estar comigo na orientação.

E por fim, meu querido mestre e orientador, Ruben, que não se deixa levar pela posição que ocupa - diretor do IMS/UERJ - e continua muito gente, que não apenas repassa os signos da Integralidade, mas vive exatamente isso: escuta e cuida. Quero deixar aqui o registro desse grande mestre, que em meio às dificuldades que encontrei no meu mestrado, se responsabilizou e me acolheu.

“Que possamos ampliar as nossas ações (...) buscar o conteúdo e o sentido de práticas em saúde bucal que considerem a boca humana em toda sua voracidade de abocanhar alimentos, mas, também, de dar aos sujeitos a possibilidade de abocanhar a vida e o mundo com dignidade, prazer e alegria estampada num sorriso largo - técnico ou natural - como nos lembraria Drummond. Um sorriso largo que signifique ser mais que a expressão de uma dentadura adequada, a saúde conquistada do sujeito-cidadão produtor de coisas, palavras, idéias, prazeres e sonhos.”

Prof. elizabethe cristina f. de souza (UFRN)

Resumo

A presente dissertação constituiu um estudo da política na Área de Saúde Bucal em um município de grande porte através dos seus processos - de formulação e implementação - seus atores e sua interface com a Política Nacional “Brasil Sorridente”. Tomando como referência a experiência do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2006, optou-se por um estudo de caso por tratar-se de descrever a unidade – a política - em profundidade e em detalhe. A condução de listas livres possibilitou um maior discernimento das mudanças político-organizacionais e principalmente de dois momentos consecutivos: a suposta centralidade da Saúde Bucal na agenda municipal com o decreto do Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” e a oportunidade de se estabelecer uma política de Saúde Bucal contextualizada no acolhimento, no acesso e na universalidade da atenção. O processo de implementação da Política “Carioca Rindo à Toa” e do Programa Saúde e Cidadania “Dentescola” dependeu principalmente do aumento de recursos humanos e da aproximação desses com as propostas de Integralidade e Transversalidade.

Palavras-chaves: Saúde Bucal, formulação de Políticas, Implementação de Políticas, Promoção da Saúde e Programas e Projetos de Saúde.

Abstract

The "Carioca Rindo à Toa" policy and of the "Dentescola" Health and Citizenship Programme: an analyze of the Rio de Janeiro city oral health policy and this trajectory towards its implementation considering an interface with "Brasil Sorridente".

The present dissertation constituted a study of the Oral Health policies in a big city through its processes - of formularization and implementation - its actors and its interface with the National Policy "Brasil Sorridente". Choosing as reference the experience of Rio de Janeiro between 2001 and 2006, it was used a case study as it ideals with description of unity - the policy - in depth and detail. The free lists conduction enabled a better understanding of the changes in organizational policies and mainly of two consecutive moments: the supposed centrality of the Oral Health in the municipal agenda with the decree of the "Dentescola" Health and Citizenship Programme and the chance of establishing one policy of Oral Health in the context of receive, the access and the universal attention. The process of implementation of the "Carioca Rindo à Toa" Policy and of the "Dentescola" Health and Citizenship Programme depended mainly on the increase of human resources and the approach of these with the proposals of Integrality and Transversality.

Word-keys: Oral health, formularization of Policies, Implementation of Policies, Health Promotion and Health Programs and Projects.

Lista de ilustrações

1.IMPACTO DO PROGRAMA DE SAÚDE E CIDADANIA DENTESCOLO”66

2. FLUXOGRAMAS PARA REFERÊNCIA:

DAS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.....108

AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA.....109

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABO.....	Associação Brasileira de Odontologia.
AB.....	Atenção Básica.
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário.
AP.....	Área Programática.
ACS.....	Agente Comunitário de Saúde.
ART/TRA.....	Tratamento Restaurador Atraumático.
CAP.....	Coordenação de Área Programática.
CD.....	Cirurgião-Dentista.
CEO.....	Centro de Especialidades Odontológicas.
CIEP.....	Centro Integrado de Educação Pública.
CPSB.....	Coordenação de Programas de Saúde Bucal/RJ.
CNSB.....	Coordenação Nacional de Saúde Bucal.
CRE.....	Coordenação Regional de Educação.
CRO.....	Conselho Regional de Odontologia.
D.O.....	Diário Oficial.
ESB.....	Equipe de Saúde Bucal.
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
LRPD.....	Laboratório Regional de Prótese Dentária.
MS.....	Ministério da Saúde.
OMS.....	Organização Mundial de Saúde.
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PNSB..... Política Nacional de Saúde Bucal.

PMSB.....Política Municipal de Saúde Bucal.

SMSRJ.....Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

SPA.....Serviço de pronto-atendimento.

TCMRJ.....Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro.

THD.....Técnico em Higiene Bucal.

Sumário

Resumo.....	XI
Abstract.....	X
Lista de Ilustrações.....	XI
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	XII
Apresentação.....	16
Capítulo 1: Procedimentos metodológicos e conceitos.....	25
Capítulo 2: Caminhos para a formulação de uma Política de Saúde Bucal pautada na integralidade.....	32
Capítulo 3: Programa Saúde e Cidadania “Dentescola”: rumo à centralidade na agenda municipal.....	51
3.1. Programa Dentescola - diagnóstico e ações focais: Uma nova roupagem do Sistema Incremental?.....	61
3.2. Processo de Trabalho e encontros intersetoriais das Coordenações de Saúde Bucal das Áreas Programáticas.....	69
Capítulo 4: Política de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro - “Carioca Rindo à Toa”.....	73
4.1. Preparando Recursos Humanos para a nova práxis.....	77
4.2. A interface com a Política Nacional de Saúde Bucal: ampliando o acesso.....	79
4.3. Balanço dos Resultados quanto às Propostas e Metas a	

partir de 2001: objetivos propostos e objetivos alcançados.....	82
Capítulo 5: Saúde Bucal na atenção básica de saúde no Município do Rio de Janeiro: porta de entrada - estratégia para a universalidade.....	89
Capítulo 6: Média Complexidade: a vez dos Centros de Especialidades Odontológicas.....	99
Considerações Finais.....	110
Referências.....	126
Glossário.....	136
Apêndice.....	139
Apêndice A - Roteiro das Entrevistas.....	139
Apêndice B - Datas das Reuniões de Equipe	142
Anexos	143
Anexo A– Política Municipal de Saúde Bucal – Níveis de Complexidade....	143
Anexo B - Programa Municipal de Saúde Bucal – Estrutura do “Carioca Rindo à Toa”	144
Anexo C – Decreto nº. 20311 de 30 de Julho de 2001.....	145
Anexo D - Cobertura do Programa Dentescola, segundo o ano.	146
Anexo E - Cobertura de Alunos no Programa Dentescola segundo o ano.....	147
Anexo F - Relatório de Qualificação e Implantação -PSF/ESB.....	148
Anexo G – Planejamento Semanal -PSF Hélio Scmith/ Maré.....	149
Anexo H - Funcionamento da Saúde Bucal na USB -CMSBRJ/2006.....	150
Anexo I – Funcionamento dos CEO’S.....	151