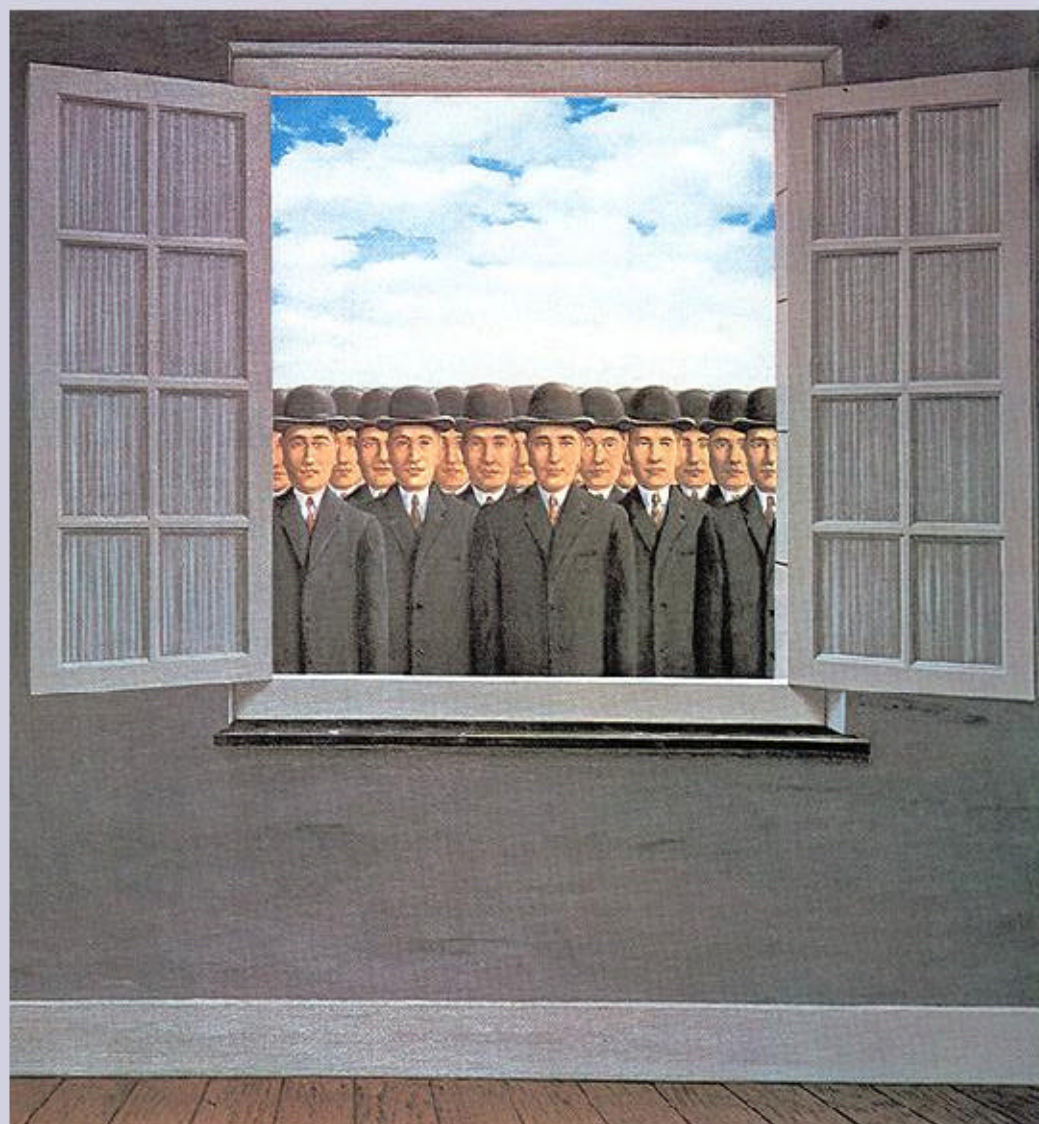


Angelo Giuseppe Roncalli



A Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal

Universalidade, equidade e
integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Angelo Giuseppe Roncalli

**A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL**

Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Tese apresentada à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba, da Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho,
para obtenção do título de Doutor em
Odontologia (Área de Concentração
Odontologia Preventiva e Social).

Orientadora: Profa. Dra. Nemre Adas Saliba

Araçatuba

2000

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

tD5 R769a	<p>Roncalli, Angelo Giuseppe</p> <p>A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva / Angelo Giuseppe Roncalli - Araçatuba: [s.n.], 2000</p> <p>238p. f. : il.; tab.</p> <p>Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2000</p> <p>Orientador: Profa. Dra. Nemre Adas Saliba</p> <p>1. Serviços de saúde bucal 2. Saúde pública 3. Saúde bucal 4. SUS (BR) 5. Avaliação de ações de saúde pública</p> <p>Black D5 CDD 617.6</p>
--------------	---

Ilustração da capa: O mês da vindima. René Magritte, 1959.

Angelo Giuseppe Roncalli

**A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL**

Universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Comissão Julgadora

TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR

Presidente e Orientador: NEMRE ADAS SALIBA

2º Examinador: PAULO CAPEL NARVAI

3º Examinador: ANTÔNIO CARLOS PEREIRA

4º Examinador: EDER RICARDO BIAZOLLA

5º Examinador: JOSÉ ROBERTO DE MAGALHÃES BASTOS

Araçatuba, SP, 13 de dezembro de 2000

DADOS CURRICULARES
Angelo Giuseppe Roncalli

Nome Completo:	Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira
Nascimento:	14 de dezembro de 1965 - Mossoró-RN - Brasil
Filiação:	Francisco das Chagas Oliveira Maria do Socorro da Costa Oliveira
1984 - 1988	Curso de Graduação em Odontologia Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
1989-1993	Curso de Mestrado em Odontologia Social Universidade Federal do Rio Grande do Norte
1994 - 1997	Professor Assistente do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
1997-2000	Curso de Pós-Graduação em Odontologia Área de Concentração: Odontologia Preventiva e Social - Nível de Doutorado - Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

Era contraditório. Seu sorriso era a expressão
do fracasso da profissão que escolhi.

Mas era um sorriso.
Denunciava a inevitável perda da dimensão
vertical, o nariz parecia caído e o queixo
parecia maior, quase se encontrando ao se
juntarem os maxilares.

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
metodioso 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.

Para Chicoliveira

Agradecimentos

Talvez a parte mais difícil do trabalho. Provavelmente por ser o único pedaço dessa papelada toda onde realmente colocamos o coração. Digo *realmente* porque um trabalho científico, qualquer que seja ele, não deixa de ser um ato visceral. Daí que nos caracteres impressos nas tantas folhas brancas há algo mais que tinta. Difícil também porque a ciência há muito saiu de sua fase romântica e altruísta e a fina e tênue película de ciência que recobre um corpo burocrático nos impele, às vezes, a um papel duplo de cumprirmos a norma e sermos realmente sinceros. Assim, exprimo aqui minha gratidão.

Determinadas instituições foram fundamentais na realização deste trabalho, pelo apoio dado em várias frentes (financeiro, logístico etc). Entre elas, a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior** (CAPES); a minha instituição de origem, a **Universidade Federal do Rio Grande do Norte** (UFRN) e a que me “abrigou” a **Faculdade de Odontologia de Araçatuba** da **Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho** (UNESP) especificamente o **Curso de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontologia Social**. A todas as pessoas que representam estas instituições em suas várias instâncias, meu agradecimento.

Devo agradecer a algumas pessoas pelas mais diversas razões. Em primeiro lugar à minha orientadora, **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**; nesses anos todos acabamos estabelecendo uma relação de amizade que, sem dúvida, deve perdurar.

Também devo gratidão a todos os professores do curso que deram sua parcela de contribuição, em particular os que tive contato direto nas disciplinas cursadas: **José Américo, Wilson Galhego Garcia, José Eduardo Corrente, Gilson Machado D’Antônio, Luís Octávio Guimarães, Elizabeth Moraes** (que saudade!), **Leonor Monteiro Loffredo, Maria Lúcia Sundenfeld, Nemre Adas Saliba** e **Orlando Saliba**.

Os funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social que, com frequência, extrapolam suas obrigações e, por isso, agradeço: **Sônia Maria Batista Costa, Nilton César Souza, Valderez Freitas Rosa, Neusa Martins Antunes, Ildio Teodoro Filho, Cláudia Micheletto Martins, Iole Sbizeiro Javarez**. Tenho que lembrar também de agradecer ao pessoal da **Seção de Pós-Graduação**, pelo atendimento sempre prestimoso e bem-humorado.

Todos os outros professores do Departamento que, embora não envolvidos diretamente no trabalho, contribuíram com sua solidariedade e companheirismo, **Renato Arcieri, Eliel Orenha, Suzely Saliba, Cléa Saliba**.

Os meus colegas de doutorado e de mestrado (**Beatriz, Íris, Rogério, Paulo, Gislene, André** e **Marina**) que começaram como “colegas” mesmo e hoje são

meus grandes amigos, não sei se lhes devo somente gratidão. Acho que devo carinho e afeto pelo resto da vida.

Os funcionários da biblioteca (**Isabel, Cláudio, Izamar, Ione, Fátima, Helena, Cláudia, Luzia, Edson**) que fazem um serviço além de competente, prazeroso, meu muito obrigado.

Saindo dos muros da Faculdade, devo agradecer também às várias pessoas que me ajudaram, principalmente aquelas ligadas aos serviços de saúde que pesquisei. Em Curitiba, meu obrigado a **Zita Castro, Sylvio Gevaerd e Samuel Moysés**; de Belo Horizonte, meu abraço a **Renato César, Ceila Silva, Cristiana Leite, Rubens Santos, Marcos Werneck e Divane Matos**; em Araçatuba, meus agradecimentos à **Lúcia Lima e Sozigenes Benfatti**. Agradeço também a todas as pessoas, destas cidades, que se dispuseram a ceder seus depoimentos para a construção da pesquisa.

Devo lembrar também todos os anônimos que, de alguma forma, deram sua contribuição, desde o funcionário que me arrumou “aquele” documento que tanto precisava até o moço que me deu uma informação quando perdido em terras estrangeiras.

A algumas pessoas também devo agradecer em função da ajuda fundamental na leitura do trabalho desde sua fase de projeto até a confecção final. Todos os palpites foram importantes para o resultado que ora se apresenta. Agradeço, portanto, a **Elizabethe Cristina, Paulo Capel, Jorge Cordón, Divane Matos e Carmen Regina Pereira**. Pela mesma razão, agradeço à Banca Examinadora deste trabalho, composta pelos professores **Paulo Capel Narvai, Antônio Carlos Pereira, Éder Ricardo Biazolla, José Roberto de Magalhães Bastos** e pela Profa. Dra. **Nemre Adas Saliba**, a qual contribuiu de maneira decisiva para o seu aprimoramento

Na reta final deste trabalho, recebi muito apoio e solidariedade de inúmeras pessoas, que se prontificaram a ajudar-me no que fosse preciso. A todas elas agradeço, de coração.

Alex, valeu pelo toque do Magritte.

Finalmente, acho que, certamente, devo ter esquecido alguém. Aos esquecidos que estiverem lendo estas linhas, perdôem-me, portanto, pelo ato falho e se sintam incluídos no tradicional “a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho”.

“A construção de um modelo era portanto, para ele, um milagre de equilíbrio entre os princípios (deixados à sombra) e a experiência (inapreensível), mas o resultado devia possuir uma consistência muito mais sólida que uns e outra. Num modelo bem construído, na verdade, cada detalhe deve estar condicionado aos demais, para que tudo se mantenha com absoluta coerência, como num mecanismo em que, parando uma engrenagem, todo o conjunto pára. O modelo é, por definição, aquele em que não há nada a modificar, aquele que funciona com perfeição; ao passo que a realidade, vemos bem que ela não funciona e que se esfrangalha por todos os lados; portanto, resta apenas obrigá-la a adquirir a forma do modelo, por bem ou por mal.

Por muito tempo o senhor Palomar se esforçou por atingir uma impassibilidade e um alheamento tais que só levavam em conta a harmonia serena das linhas do desenho: todas as lacerações e contorções e compressões que a realidade humana deve sofrer para identificar-se com o modelo deviam ser consideradas acidentes momentâneos e irrelevantes. Mas, se por um instante, ele deixava de fixar a harmoniosa figura geométrica desenhada no céu dos modelos ideais, saltava a seus olhos uma paisagem humana em que a monstruosidade e os desastres não eram de todo desaparecidos e as linhas do desenho surgiam deformadas e retorcidas.”

Italo Calvino, em *Palomar*

Sumário



Lista de Figuras.....	11
Lista de Tabelas.....	13
Lista de Quadros.....	14
Lista de Abreviaturas.....	14
Introdução.....	16
Capítulo 1. Sobre o método.....	23
1.1. Marco teórico referencial.....	25
1.2. Caracterização do estudo.....	27
1.3. Instrumentos e técnicas de coleta.....	29
Capítulo 2. A conjuntura atual do Sistema Único de Saúde e o desafio dos modelos assistenciais universais.....	33
2.1. Os antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde.....	34
2.1.1. O surgimento da previdência social como prática de assistência à saúde por parte do Estado.....	38
2.1.2. As políticas sociais dentro do regime autoritário e o surgimento do Movimento Sanitário.....	42
2.2. A regulamentação do Sistema Único de Saúde e suas perspectivas futuras.....	46
2.2.1. O SUS e a Reforma do Estado.....	64
2.2.2. O SUS e os modelos assistenciais.....	71
2.2.3. O Programa Saúde da Família: estratégia reestruturante ou política focal?.....	75
Capítulo 3. A questão da oferta e da demanda por serviços: os desafios do SUS para a Saúde Bucal.....	85
3.1. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil.....	86
3.2. A oferta de serviços odontológicos no Brasil.....	100
3.3. O acesso aos serviços odontológicos no Brasil.....	106

Capítulo 4. O modelo público de assistência odontológica no Brasil: superando estratégias excludentes.....	117
4.1. A assistência odontológica pública até os anos 1980.....	118
4.2. O período após o surgimento do SUS: algumas experiências em curso no Brasil.....	126
4.3. Principais tendências percebidas hoje nos sistemas municipais de saúde bucal.....	127
Capítulo 5. Experiências de organização da demanda em modelos públicos de saúde bucal.....	136
5.1. Um modelo tradicional ainda em curso: o caso de Araçatuba-SP.....	136
5.2. A mudança do enfoque no escolar e na livre demanda: o modelo de Belo Horizonte-MG.....	152
5.3. A Família como objeto da assistência: a experiência de Curitiba - PR.....	185
Capítulo 6. À guisa de conclusão.....	215
Referências Bibliográficas.....	218
Anexos.....	229
Resumo.....	237
Abstract.....	238

Lista de Figuras

Figura 2.1 - Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde	47
Figura 2.2 - Municípios habilitados de acordo com modalidade e Estado, segundo posição em 25/11/1999. Fonte: Ministério da Saúde, 2000.	62
Figura 2.3 - Evolução do Programa Saúde da Família no Brasil, em número de municípios em que o Programa foi implantado e número de Equipes de Saúde da Família (ESF). Fonte: Ministério da Saúde, 2000	76
Figura 2.4 - Distribuição dos municípios pesquisados de acordo com a forma de contratação dos profissionais das equipes do PSF. Brasil, 1999. Fonte: Ministério da Saúde, 2000	82
Figura 3.1 - Médias de CPO-D e participação dos componentes, de acordo com a idade. Brasil, 1986.	89
Figura 3.2 - Distribuição dos componentes do CPO-D aos 12 anos de acordo com a faixa de renda. Brasil, 1986.	90
Figura 3.3 - Distribuição percentual dos escores do CPITN de acordo com a idade e sextantes. Brasil, 1986.	91
Figura 3.4 - Médias de CPO-D e participação dos componentes, de acordo com a idade. Brasil, 1993.	94
Figura 3.5 - Médias de CPO-D de acordo com a idade em 1986 e 1996, ilustrando a redução no CPO-D aos 12 anos. Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.	96
Figura 3.6 - Distribuição percentual do CPO-D aos 12 anos em 1986 e 1996. Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.	96
Figura 3.7 - Médias e Intervalos de Confiança (95%) do CPO-D aos 12 anos nos 26 estados e Distrito Federal. Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.	97
Figura 3.8 - Distribuição das capitais brasileiras com relação à prevalência de cárie (CPO-D aos 12 anos). Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.	98
Figura 3.9 - Proporção CD/habitante fracionada por faixa de renda da PEA. Sobre dados da PNAD/IBGE, 1999.	102
Figura 3.10 - Postos de trabalho para odontólogos de acordo com entidade mantenedora. Sobre dados do IPEA/IBGE, 1999.	103
Figura 3.11 - Distribuição dos equipos odontológicos por região e tipo de prestador. Fonte: DATASUS-MS, 2000.	104
Figura 3.12 - Gastos Federais com saúde em valores per capita (Reais) e em % do PIB - Brasil, 1980 a 1996. Fonte: Oliveira Jr, 1998.	105
Figura 3.13 - Percentual de gastos federais com assistência odontológica ambulatorial entre 1996 e 1999 de acordo com região. Fonte: DATASUS, 2000.	106
Figura 3.14 - Percentual de indivíduos que consultaram o dentista nos 12 meses que antecederam a pesquisa, de acordo com idade e faixa de renda familiar em salários mínimos. Brasil, 1986.	108

Figura 3.15 - Indicador de acesso aos serviços de saúde bucal obtido pela relação percentual entre consultas odontológicas (primeira consulta) e a população, de acordo com região, entre 1996 e 1999. Fonte: DATASUS, 2000.	110
Figura 3.16 - Percentuais de indivíduos que nunca consultaram um dentista de acordo com a região e com faixa de renda familiar em salários mínimos. Fonte: IBGE, 2000.	112
Figura 3.17 - Distribuição percentual da frequência de visitas para o grupo que referiu ter consultado dentista. Fonte: IBGE, 2000.	113
Figura 5.1 - Situação de Araçatuba em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1970, 1980 e 1991. O losango em azul indica Araçatuba, a faixa cinza-escuro, os valores mínimo e máximo para São Paulo e faixa cinza-claro, os valores mínimo e máximo para o Brasil. Fonte: PNUD Brasil, 1998.	138
Figura 5.2 - Prevalência de cárie dentária (CPO-D) de acordo com a idade entre 1972 e 1999 no município de Araçatuba. Fonte: Saliba et al., 1991; Arcieri et al., 1998; Moimaz, 2000.	140
Figura 5.3 - Distribuição da rede de assistência à saúde bucal no município de Araçatuba em 1999. Fonte: Prefeitura Municipal de Araçatuba - Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública	142
Figura 5.4 - Relação entre procedimentos realizados em 1999 e número de CDs nas U.A.O. Municipais e Escolas. Araçatuba, 1999.	148
Figura 5.5 - Prevalência de cárie dentária (CPO-D) em 1999 no município de Araçatuba, de acordo com a idade em Escolas com e sem Dentista. Fonte: Moimaz, 2000.	149
Figura 5.6 - Distribuição do CPO-D aos 12 anos no município de Araçatuba em Escolas com e sem Dentista. Fonte: Moimaz, 2000.	149
Figura 5.7 - Situação de Belo Horizonte em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1970, 1980 e 1991. O losango em azul indica Belo Horizonte, a faixa cinza-escuro, os valores mínimo e máximo para Minas Gerais e faixa cinza-claro, os valores mínimo e máximo para o Brasil. Fonte: PNUD Brasil, 1998.	153
Figura 5.8 - Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte, com respectivas áreas de abrangência e localização de consultórios odontológicos. Fonte: SMS-BH (Ferreira, 2000)	156
Figura 5.9 - Evolução do CPO-D de acordo com a idade em Belo Horizonte, entre 1986 e 1996. Fonte: Brasil, 1988, Ferreira et al., 1998.	159
Figura 5.10 - Evolução do CPO-D de acordo com a idade em Belo Horizonte, entre 1986 e 1998. Fonte: Brasil, 1988, Sistema de Informação da SMS-BH, 1998.	160
Figura 5.11 - Médias de CPO-D aos 12 anos e intervalos de confiança (95%) nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte, 1998. Fonte: Sistema de Informação da SMS-BH, 1998.	160
Figura 5.12 - Distribuição de consultórios odontológicos destinados à atenção básica em Escolas e Centros de Saúde, em 1992, 1996 e 1998 em Belo Horizonte. Fonte: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000.	170

Figura 5.13 - Constituição do Sistema Municipal de Assistência à Saúde Bucal. Fonte: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000.	173
Figura 5.14 - Distribuição dos consultórios instalados em unidades de atenção secundária e de atendimento a pacientes especiais, 1998. Fonte: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000.	179
Figura 5.15 - Evolução do número de usuários participantes de programa de promoção de saúde bucal em serviços municipalizados de saúde e da população total. Belo Horizonte, 1992 a 1998. Fontes: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000, IBGE, 2000	183
Figura 5.16 - Situação de Curitiba com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1970, 1980 e 1991. O losango em azul indica Curitiba, a faixa cinza-escuro, os valores mínimo e máximo para o Estado do Paraná e faixa cinza-claro, os valores mínimo e máximo para o Brasil. Fonte: PNUD Brasil, 1998.	186
Figura 5.17 - Distribuição das Unidades Básicas e Unidade de Saúde da Família nos distritos sanitários do município de Curitiba em agosto de 1999. Fonte: Curitiba, 1999.	191
Figura 5.18 - Evolução do CPO-D aos 12 anos no município de Curitiba. Fonte: Brasil, 1988, Curitiba, 1997.	194
Figura 5.19 - Médias de CPO-D aos 12 anos de acordo com as regionais de saúde do município de Curitiba, no ano de 1993. Fonte: Camargo & Moysés, 1996.	195
Figura 5.20 - Esquema mostrando o fluxo da demanda no modelo de Saúde Bucal em Curitiba. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Projeto de Saúde Bucal, 1995.	199

Lista de Tabelas

Tabela 3.1 - Médias de CPO-D encontradas nas escolas do SESI e públicas de acordo com a idade e região. Brasil, 1993.	93
Tabela 3.2 - Média de dentes permanentes afetados de acordo com a idade. Na média do CPO-D está ilustrado também o desvio-padrão e, nos componentes, o percentual em relação ao CPO-D total. Brasil, 1996.	95
Tabela 5.1 - Procedimentos odontológicos realizados no município de Araçatuba no ano de 1999 segundo a unidade de atendimento. Araçatuba, 1999.	147

Lista de Quadros

Quadro 2.1 - Fases do estabelecimento das políticas de saúde no Brasil desde a década de 1920 até a década de 1960.	41
Quadro 2.2 - Problemas no Sistema de Saúde no Brasil, segundo seus principais componentes, medidas propostas pela Reforma Sanitária e alguns resultados alcançados ao final da década de 90. Fonte: Paim, 1999.	63
Quadro 5.1 - Classificação conforme necessidade de tratamento.	174

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABO - Associação Brasileira de Odontologia
 ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 ACD - Atendente de Consultório Dentário
 ACS - Agente Comunitário de Saúde
 AIS - Ações Integradas de Saúde
 ASL - Autoridade Sanitária Local
 ATSB - Área Técnica de Saúde Bucal do Ministério da Saúde
 BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia
 CAP - Caixa de Aposentadorias e Pensões
 CD - Cirurgião-Dentista
 CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
 CFO - Conselho Federal de Odontologia
 CFO - Conselho Federal de Odontologia
 CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
 CNS - Conferência Nacional de Saúde
 CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal
 CONASP - Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
 COSAB - Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde
 COSAC - Coordenação de Saúde da Comunidade
 CPITN - Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal
 CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
 CPO-D - Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
 CRO - Conselho Regional de Odontologia
 DABS - Departamento de Atenção Básica à Saúde
 DAS - Departamento de Assistência à Saúde
 DISAL - Distrito Sanitário Leste
 DNRU - Departamento Nacional de Endemias Rurais
 DNSB - Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde
 DSES - Departamento de Saúde Escolar
 ESF - Equipe de Saúde da Família
 FDI - Federação Dentária Internacional
 FIBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 FIOCRUZ - Fundação Instituto Oswaldo Cruz
 FMI - Fundo Monetário Internacional
 FOA - Faculdade de Odontologia de Araçatuba

FSESP - Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
FSP - Faculdade de Saúde Pública
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS - Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PA - Pronto Atendimento
PAB - Piso de Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS - Plano de Assistência à Saúde
PIA - Programa Inversão da Atenção
PISE - Programa Integrado de Saúde Escolar
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF - Programa de Saúde da Família
PT - Partido dos Trabalhadores
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SESI - Serviço Social da Indústria
SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SOMGE - Sindicato dos Odontologistas no Estado de Minas Gerais
SOR - Serviço Odontológico Rural
SOU - Serviço Odontológico Urbano
SSHP - Secretaria de Saúde e Higiene Pública
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
THD - Técnico em Higiene Dental
UAO - Unidade de Atendimento Odontológico
UCMG - Universidade Católica de Minas Gerais
UNESP - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
USF - Unidade de Saúde da Família
USP - Universidade de São Paulo

Introdução



*Faço ciência para saber o
quanto posso suportar*

Max Weber

Sociólogo alemão

O Jornal Folha de S. Paulo, em sua edição de 23 de julho de 2000, em matéria relativa à manchete “Desempregado arranca o próprio dente com alicate”, destacava os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 1998. Referia-se ao surpreendente número de 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) que nunca foram ao dentista. Além dos valores considerados altos, foi percebida uma clara relação entre a renda e o acesso ao dentista: o percentual dentro da faixa de renda de até 1 salário mínimo era nove vezes maior que o percentual da camada que recebe mais de 20 salários mínimos (Guibu, 2000; FIBGE, 2000a).

A publicação dos dados da pesquisa e também sua ampla divulgação pela mídia provocou uma reação do Ministro da Saúde, José Serra, que se declarou “abismado” com o dado, deixando claro, desta forma, que era inadmissível, do ponto de vista do poder público, que quase 20% dos brasileiros nunca tivessem sentado na cadeira de um dentista. Também na mesma matéria da Folha de S. Paulo, foi dado destaque ao depoimento de um brasileiro, o pernambucano Joabe José da Silva, o qual dizia que, além de nunca ter ido ao dentista, ele próprio arrancava seus dentes com um alicate em meio a doses de cachaça como sedativo e água com sal para “estancar o sangue”. Aparecia, na foto que ilustrava a matéria, com um amplo sorriso de dentes faltantes e,

com o dedo indicador em direção ao espaço edêntulo, apontava sua proeza sem maiores constrangimentos.

A matéria da Folha de S. Paulo e os dados da pesquisa do IBGE permitem diversas leituras. Podem nos trazer à tona o profundo fosso, ainda existente, entre as camadas ricas e pobres de um país detentor de uma das maiores concentrações de renda do mundo, refletido em uma Odontologia, ao mesmo tempo, altamente desenvolvida tecnologicamente e ainda distante de grande parte da população. Podem, também, conduzir a uma reflexão sobre a representação das doenças bucais dentro de populações marginalizadas, secundarizadas em função das demandas mais urgentes por sobrevivência. Podem, finalmente, ser a nítida expressão de como a saúde (e em particular a saúde bucal) vem sendo, historicamente, tratada pelo Estado. É sobre este último tema que nos debruçaremos neste trabalho.

O acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda é um dos grandes problemas a serem equacionados pelos sistemas públicos de prestação de serviços de saúde. A experiência acumulada de modelos excludentes, posta em cheque pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em fins dos anos 1980, tem tido um processo de revisão e de reformulação ainda lento, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção.

Com relação ao aspecto epidemiológico, durante a década de 1980, o Brasil era freqüentemente apontado como um dos campeões mundiais de cárie dentária. Levando-se em consideração um indicador mundial que é o CPO-D (Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados) aos 12 anos, o primeiro levantamento de caráter nacional, realizado em 1986, mostrou um valor médio de 6,65, que classificava o Brasil como de altíssima prevalência de cárie de acordo com os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e colocando o País com o terceiro pior índice (Brasil, 1988b, 1990c).

Dados da população adulta se mostraram ainda mais preocupantes. Estima-se que três em cada quatro brasileiros com mais de 60 anos não possuem dentes naturais e esta proporção fica em um para cada dois na faixa etária de 35 a 44 anos. De um CPO-D de

22,6, na faixa de 50 a 59 anos, cerca de 15 são do item “extraído” do componente “P” relativo ao número de dentes permanentes perdidos* (Brasil, 1988b).

Os resultados do levantamento epidemiológico nacional mais recente, realizado em 1996 nas 26 capitais e no Distrito Federal, apontam para uma redução marcante, da ordem de mais de 50%, no CPO-D aos 12 anos e resultados de outros levantamentos localizados em diversas áreas do Brasil mostram uma mesma tendência, ou seja uma redução considerável na cárie dentária da população infantil (Oliveira, 1998). O mesmo parece ainda não estar ocorrendo na população adulta, onde as necessidades acumuladas são muito grandes (Brasil, 1988b, 1990c; Oliveira, 1998; Narvai et al., 1999; USP/FSP, 1999; Marcenes & Bönecker, 2000).

Por seu turno, a cobertura assistencial também se apresenta com uma situação igualmente crítica. Os próprios dados do primeiro levantamento apontam neste sentido ao serem verificados os índices de mutilação e o alto percentual de cariados na população jovem.

Pela sua característica de atividade liberal, a Odontologia tem se pautado, primordialmente, pela prática privada de serviços. O alto custo destes serviços os torna praticamente inacessíveis à grande maioria da população.

O Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Bucal resume, de forma bastante contundente, todos os adjetivos do modelo de prestação de serviços odontológicos no Brasil (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993):

“O modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira. Ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, é elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.”

(*) Dentro do Índice CPO-D, o componente “P” (Perdido) é formado pelos dentes Extraídos (“E”) e Extração Indicada (“Ei”)

Contudo, o Brasil conta hoje com um número considerável de cirurgiões dentistas, cerca de 11% dos CDs do mundo (Pinto, 1992). Dados recentes indicam que existem cerca de 160 mil dentistas no Brasil e são formados mais de 9.500 a cada ano (cerca de 26 por dia e mais de 1 a cada hora). A relação dentista/habitante, a despeito das grandes diferenças inter-regionais, é de 1 para 1.097 (CFO, 1999).

Portanto, parece estar claro que o problema reside, entre outras razões, no modelo de prestação de serviços. A oferta de serviços públicos de Odontologia, no mais das vezes, reproduz o modelo ineficaz e de baixo impacto da prática privada com ênfase em atividades restauradoras.

Um importante aspecto na implantação de qualquer modelo de atenção em saúde bucal é a organização da demanda. Historicamente, a Odontologia no campo da Saúde Coletiva tem experimentado diversas fórmulas de organização da demanda, as quais, em sua maioria, trabalham a partir de grupos priorizados ou de demanda espontânea (Narvai, 1994; Zanetti, 1993; Zanetti et al., 1996; Oliveira et al., 1999).

As primeiras experiências com modelos gerenciais mais articulados se deram no início da década de 1950, implementadas pela então Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), hoje Fundação Nacional de Saúde, e se basearam num modelo importado dos Estados Unidos de prestação de serviços a escolares, o Sistema Incremental. Este sistema, a despeito das inúmeras críticas que lhe são feitas até hoje, tem se mantido como hegemônico e é utilizado em quase todas as regiões do Brasil. De uma forma geral, boa parte dos sistemas de prestação de serviços odontológicos mantém uma assistência razoavelmente organizada a escolares e, ao restante da população, é oferecido o atendimento do tipo livre demanda (Narvai, 1994, Oliveira et al., 1999; Pinto, 2000).

No final dos anos 1980, como resultado de um processo histórico de articulações da sociedade civil organizada, particularmente do Movimento Sanitário, é contemplada, na Constituição de 1988, boa parte das propostas discutidas dois anos antes, na VIII Conferência Nacional de Saúde. Entre elas, o conceito ampliado de saúde e a explicitação, em seu artigo 196, da “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Tratava-se de um divisor de águas dentro da construção histórica das políticas de saúde no Brasil e das Políticas Públicas de uma forma geral. Era o fim de um ciclo que foi marcado por políticas assistenciais excludentes, reflexo de uma cidadania regulada e de um Estado repressor (Conferência Nacional de Saúde, 1986; Brasil, 1988a).

A Constituição previa, também, que a assistência à saúde seria prestada através de um Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter universal, equitativo e democrático, operacionalizado de forma descentralizada e regionalizada, compondo uma rede de serviços hierarquizada e centrada nas atividades de promoção de saúde (Brasil, 1988a).

Decorridos 12 anos de sua contemplação na Carta Magna e 10 anos de sua regulamentação pela Lei Orgânica, o SUS ainda enfrenta grandes desafios para a sua efetiva implementação. Apesar de termos conseguido uma das legislações, na área da saúde, mais avançadas do mundo, do ponto de vista da conquista de direitos sociais, teve início, ainda nos anos 1990, o aceleração do processo de consolidação de um modelo econômico neoliberal. O modelo de assistência proposto pelo SUS, de caráter universal, vai de encontro à tendência econômica mundial para os países da América Latina, de corte de gastos na área social, como reflexo das políticas de ajuste definidas pelos organismos financeiros internacionais, entre eles o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial.

Assim, ao mesmo tempo em que vivemos um processo de reforma do Estado sem precedentes, capitaneado por políticas sociais de inclusão, como o SUS, uma outra reforma, igualmente avassaladora toma curso a partir do estabelecimento de um modelo econômico centrado na idéia de Estado mínimo. Da mesma forma que é possível constatar avanços na implementação do SUS em vários municípios brasileiros, observa-se, também, tentativas de reversão que vão desde mudanças na legislação, a mecanismos de incorporação da lógica de mercado na prestação de serviços de saúde.

Uma das recomendações da já citada II Conferência Nacional de Saúde Bucal é que “a programação da assistência odontológica (...) deverá estar integrada aos programas de saúde e utilizar critérios sociais e epidemiológicos com a participação da comunidade

para o estabelecimento de prioridades, que não impliquem em exclusão social” (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993).

Desta forma, um dos grandes conflitos com os quais hoje se defronta a organização da assistência odontológica é manter a racionalidade e a praticidade do atendimento a grupos priorizados sem, no entanto, comprometer a universalidade e, além disso, manter as características de um sistema eficaz e resolutivo.

As alternativas para o enfrentamento destes desafios ainda estão sendo geradas em experiências pontuais em diversos municípios do País, que estão tentando implementar modelos assistenciais voltados para as suas realidades específicas e mantendo os princípios de um sistema de prestação de serviços universal e eqüitativo (Oliveira et al., 1999).

Pretende-se, portanto, com este trabalho, investigar as estratégias de organização da demanda em alguns modelos assistenciais em saúde bucal postos em prática no Brasil. Neste sentido, será utilizado, como fio condutor da discussão, os princípios do Sistema Único de Saúde, destacando-se a universalidade, a eqüidade e a integralidade da atenção (Brasil, 1988a, 1990e).

No sentido de construir um arcabouço teórico para basear a discussão do material empírico, este trabalho foi dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo estão detalhadas as estratégias metodológicas da pesquisa, explicitando o referencial teórico e as ferramentas de coleta de informações. No segundo capítulo é feita uma abordagem acerca da atual conjuntura do Sistema Único de Saúde, recuperando sua construção histórica e discutindo suas perspectivas, considerando o momento político e socioeconômico brasileiro e mundial. Desta forma, pretende-se contextualizar a discussão dos modelos assistenciais em saúde bucal com o momento concreto pelo qual se estabelecem as tendências nas políticas públicas de saúde e também destacar algumas categorias a serem trabalhadas no estudo que estão relacionadas com os princípios do SUS. O terceiro capítulo é dedicado a uma análise das tendências na oferta e na demanda por serviços de saúde bucal no Brasil, através da discussão de algumas categorias e da análise de dados relativos a esta temática. O capítulo quatro

aborda as formas como o sistema público de prestação de serviços odontológicos se estruturou historicamente no sentido de dar resposta a estas questões. Tentou-se dar destaque às interfaces dos modelos programáticos com as tendências assumidas pela Odontologia, particularmente a partir dos anos 1950. No quinto capítulo é apresentada uma análise de três experiências de organização da demanda em modelos públicos municipais de saúde bucal, cuja preocupação maior foi discutir alternativas diferenciadas de organizar a demanda. Embora sejam identificados traços em comum nas três experiências, é possível enquadrá-las como modelos distintos que, de certa maneira, expressam determinadas tendências nos modelos assistenciais no Brasil. Finalmente, o capítulo seis é dedicado às considerações finais, não exatamente conclusivas em seu sentido estrito, mas que apontam para questões que devem ser vistas com maior atenção.

Capítulo 1



SOBRE O MÉTODO

*Então me diz qual é a graça
de já saber o fim da estrada quando se
parte rumo ao nada.*

Paulinho Moska

O filósofo Karl Popper dizia que a ciência “será sempre uma busca, jamais um descobrimento real. É, pois, uma viagem, nunca uma chegada.”* O compositor Paulinho Moska, autor da citação que inicia este capítulo, retirada da canção “A Sete e o Alvo”, nos instiga a uma certa excitação diante do desconhecido. O que há de comum entre Popper e Moska? Decerto a noção de infinitude do conhecimento científico, a idéia de eterno redefinir-se e o prazer da descoberta. Em suma, o motriz da ciência. A noção, portanto, de ciência enquanto processo de construção de conhecimento, e que é fruto da sede humana de romper as barreiras do incognoscível, é o fio condutor deste trabalho.

A ciência carece, contudo, de um método, entendido aqui não como um receituário de técnicas estabelecidas, mas um instrumento de construção teórica. Na visão de Morin (1998):

*“...uma teoria só realiza seu papel cognitivo, só ganha vida, com o pleno emprego da atividade mental do sujeito. É essa intervenção do sujeito que dá ao termo **método** seu papel indispensável”* [grifo do original].

(*) Frase extraída da Revista Superinteressante de julho de 1989.

Teoria e método, portanto, interagem entre si e se retroalimentam, num processo de regeneração mútua. A teoria é entendida, aqui, não como o fim do conhecimento, mas como um “meio-fim, inscrito em permanente recorrência”. Tampouco deve ser interpretada à luz de formulações insanas do tipo “a teoria, na prática é outra”, que ilustram o primado da técnica, vazia e como um fim em si mesma. A teoria só tem sentido, portanto, se for continuamente recriada intelectualmente, do contrário, corre o risco de simplificar-se ao nível de uma degradação em que seu arcabouço perde o significado. Sobre estes riscos de degradação da teoria, Morin (1998) comenta:

“Toda teoria entregue ao seu peso tende a achatar-se, unidimensionalizar-se [tomando] a forma de três rostos:

- *A degradação tecnicista. Conserva-se da teoria aquilo que é operacional, manipulador; aquilo que pode ser aplicado; a teoria deixa de ser **logos** e torna-se **techné**.*
- *A degradação doutrinária. A teoria torna-se doutrina, ou seja, torna-se cada vez menos capaz de abrir-se à contestação da experiência, à prova do mundo exterior (...).*
- *A pop-degradação. Eliminam-se as obscuridades, as dificuldades, reduz-se a teoria a uma ou duas fórmulas de choque; assim a teoria vulgariza-se e difunde-se, à custa dessa simplificação de consumo” [grifos do original].*

Finaliza, estabelecendo as relações entre teoria e método e destacando a importância deste:

“Aqui, teoria não é nada sem método, a teoria quase se confunde com o método (...). O método é a atividade pensante do sujeito. Assim, o método torna-se central e vital:

- *quando há, necessária e ativamente, reconhecimento e presença de um sujeito procurante, conhecente, pensante; (...)*
- *quando se sabe que o conhecimento não é acumulação dos dados ou informações, mas sua organização; (...)*
- *quando a sociedade e a cultura permitem duvidar da ciência em vez de fundar o tabu da crença; (...)*
- *quando há incerteza e tensão no conhecimento”.*

Desse modo, descreveremos neste capítulo as intenções metodológicas que permearam o trabalho e que tiveram esse ideário de pesquisa como trilha: sujeitos procurantes/pensantes que organizam dados e constróem teorias mas ao mesmo tempo duvidam delas.

1.1. Marco teórico referencial

A idéia de um marco teórico referencial (ou marco conceitual de referência, como preferem alguns) conduz de maneira invariável, ao conceito de *paradigma*. Embora este trabalho não tenha, como objeto, aproximações ao discurso da epistemologia, convém uma breve e introdutória discussão a esse respeito.

Quando falamos em categorias científicas, inevitavelmente nos remetemos a Thomas Kuhn que, em sua obra “A estrutura das revoluções científicas”, escrita em 1962, introduz o termo *paradigma* e o conceitua, preliminarmente, como realizações científicas que serviram, por algum tempo, para definir, implicitamente, os problemas e métodos legítimos de um determinado campo de pesquisa para os que, a partir de então, se dedicassem à prática da ciência. Para Kuhn (1996), o que determinaria que as conceituações científicas se transformassem em paradigmas seria a existência de duas características essenciais:

“Suas realizações foram suficientemente sem precedentes para atrair um grupo duradouro de partidários afastando-os de outras formas de atividade científica dissimilares. Simultaneamente, suas realizações foram suficientemente abertas para deixar toda espécie de problemas para serem resolvidos pelo grupo redefinido de praticantes da ciência”.

A essa primeira noção de paradigma, Kuhn aprofunda, em sua obra, o sentido do termo destacando que é possível se identificar alguns elementos importantes. Entre eles o conceito das “generalizações simbólicas”, isto é, formulações a respeito do comportamento de certas leis da natureza. As generalizações funcionam ora como leis ora como definições dos símbolos que empregam e, em geral adquirem a forma de enunciados e axiomas. Um segundo componente, trata do paradigma como ferramenta de abstração, que “fornecem ao grupo [científico] as analogias ou metáforas preferidas ou permissíveis”. Uma terceira visão do paradigma é sua função enquanto conjunto de valores, os quais são compartilhados por um maior número de comunidades científicas, contribuindo, assim, para “proporcionar aos especialistas em ciências da natureza um sentimento de pertencerem a uma comunidade global”(Kuhn, 1996). Para Almeida Filho (1997) esse conjunto de valores dos quais se reveste o paradigma fazem parte de uma “visão de mundo”, basicamente uma forma

especial de ideologia. O paradigma, finalmente, pode assumir caráter institucional, ou seja coloca a ciência enquanto uma práxis de sujeitos sociais organizados, restaurando a sua historicidade.

Assim, o paradigma seria como um modelo a ser seguido, uma espécie de “moldura” destinada à construção do raciocínio. Para Almeida Filho (1997) esta comparação é particularmente interessante porque a moldura circunda, delimita, contém e destaca o quadro, mas não se confunde com ele. Equivalente à maneira como o paradigma se comporta em relação ao “quadro teórico”^{*}.

Desse modo, um paradigma pode ser interpretado como um corpo teórico, um lastro de teorias científicas consolidadas que servem de base e orientam a ciência num dado momento histórico.

O eixo central da discussão deste trabalho é a construção de modelos assistenciais em saúde bucal com base nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido constitucionalmente em 1988 e construído historicamente durante as três últimas décadas pelos movimentos sanitário e popular. Entre os conceitos pilares da construção do SUS, está o da *universalidade*, entendido como o direito ao acesso aos serviços de saúde por todos os cidadãos. É, pois, a expressão legítima da saúde como direito de cidadania. Como desdobramento do conceito de universalidade, a *equidade* pressupõe a organização da assistência a partir dos princípios de justiça social, no sentido de introduzir uma discriminação positiva, tratando desigualmente os desiguais. Finalmente, um outro princípio importante que compõe o ideário do SUS é o da *integralidade*, entendido sob a ótica do serviço e da prática médica. Ou seja, trata-se de entender o indivíduo como um todo bio-psico-social e de prestar uma assistência integral.

Uma discussão mais aprofundada a respeito dessas categorias que serão utilizadas como referência para este estudo será conduzida em capítulos posteriores.

(*) O “quadro teórico” é colocado propositadamente aqui, pelo autor, em seu sentido figurado, fazendo analogia com a comparação anterior de “moldura”.

1.2. Caracterização do estudo

Este estudo, embora não se assemelhe aos estudos da sociologia clássica, se enquadra na tipologia de pesquisa social. Desta forma, é importante resgatar as características básicas destes estudos para clarificar em que medida o alcance do trabalho se propõe.

Minayo (1994) introduz a discussão do objeto das ciências sociais colocando-o como um objeto *histórico*, ou seja, as sociedades humanas existem num determinado tempo e espaço e “os grupos sociais que as constituem são mutáveis e tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e, potencialmente, tudo está para ser transformado.” O segundo princípio, consequência direta do primeiro, é que o objeto possui *consciência histórica*, no sentido de que o pensamento e a consciência são fruto da necessidade e, portanto, um processo que tem como base o próprio processo histórico. Uma terceira característica do objeto das ciências sociais é a *identidade entre o sujeito e o objeto da investigação*, ou seja seres humanos que investigam seres humanos que, a despeito de suas particularidades, têm um substrato comum. Um outro aspecto ainda a destacar é que a ciência social é *intrínseca e extrinsecamente ideológica*, isto é, de uma forma geral toda ciência não é neutra e guarda em si mesma uma carga de comprometimento. As visões de mundo do pesquisador são contaminadas pela visão dominante, historicamente determinada, e estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. Finalmente, o objeto das ciências sociais é eminentemente *qualitativo*, entendendo esta propriedade como a capacidade de apreender aspectos não mensuráveis da realidade (Minayo, 1994). A dicotomia quantitativo/qualitativo, entretanto só acrescenta viéses ao trabalho, do mesmo modo que analisar quantitativamente eventos qualitativos e dar uma abordagem essencialmente qualitativa a eventos facilmente mensuráveis. Na verdade são leituras complementares e não antagônicas e que, em um dado momento, se imbricam e ajudam a compor a descrição de uma dada realidade.

Uma classificação muito comum de estudos científicos na área das ciências sociais é a que estabelece três tipos básicos: os estudos *exploratórios*, os estudos *descritivos* e os

estudos *experimentais*. Os estudos *exploratórios* se constituem em um aprofundamento, por parte do pesquisador, sobre um determinado tema, para, em seguida, se planejar uma pesquisa do tipo descritiva ou experimental. Pode, num primeiro momento, parecer apenas uma fase de um trabalho e não o trabalho em si, mas em muitos casos o grau de aprofundamento de um estudo exploratório permite elaborações de hipóteses importantes e apontam para linhas de pesquisa e trabalhos futuros. Já os estudos *experimentais* consistem em “modificar deliberadamente, e de maneira controlada, as condições que determinam um fato ou fenômeno e, em observar e interpretar as mudanças que ocorrem neste último” (Triviños, 1987).

Os estudos *descritivos*, por sua vez, como o próprio nome indica, são utilizados para se realizar uma descrição o mais detalhada possível, de uma realidade através dos seus fatos e fenômenos. Dentro da categoria dos estudos descritivos, são possíveis algumas subdivisões. Quando, além de uma descrição de determinadas variáveis, são estabelecidas algumas relações de ordem quantitativa, temos os estudos *descritivos correlacionais*. Já os *estudos de caso*, têm, por objetivo, aprofundarem a descrição de determinada realidade, cuja característica principal é que sua validade está circunscrita ao caso em que se estuda, ou seja, não são permitidas generalizações de seus resultados. Existem finalmente os estudos descritivos do tipo *causal-comparativo* (Triviños, 1987).

Em certa medida, portanto, este trabalho possui as características de um estudo exploratório, mas é eminentemente descritivo. Considerando a tipologia dos estudos descritivos, se encaixaria nos estudos de caso, contudo, não apenas um mas vários estudos de caso. A análise dos casos estudados comporá uma base teórica, um corpo conceitual sobre o qual se tentará aprofundar o objeto, qual seja a organização da demanda dentro dos modelos assistenciais em saúde bucal no Sistema Único de Saúde.

1.3. Instrumentos e técnicas de coleta dos dados

Na primeira fase do trabalho foi realizada pesquisa na literatura relativa ao tema, para compor o arcabouço teórico conceitual e definir os contornos do objeto. Além disso, no

intuito de estabelecer e melhor delimitar o campo de estudo, foram consultados estudiosos no assunto, os quais contribuíram com sua experiência em estudos nessa área. Em seguida os primeiros contatos foram realizados com os municípios a serem estudados e verificada a disponibilidade dos dados e a viabilidade da pesquisa.

A revista da literatura foi feita a partir da consulta às bases de dados mais comuns da área de saúde (*Medline*, *Lilacs* e *BBO*)* considerando determinados descritores relativos ao tema em estudo. Foi realizada, também, uma “busca ativa” por trabalhos não publicados, textos, anais de congressos, monografias e teses que escaparam à recuperação pelas bases. Finalmente, foram consultadas revistas especializadas na área de saúde coletiva e saúde bucal coletiva e sítios na Internet que disponibilizassem informações relevantes e confiáveis. Os trabalhos foram, então, selecionados em função de sua pertinência ao tema e valor científico.

Na fase de campo, foi utilizada, basicamente, a pesquisa documental, onde foram verificados aspectos relativos à organização da demanda nos municípios pesquisados, complementada por entrevistas com informantes-chave, pessoas diretamente envolvidas na elaboração dos modelos, técnicos e autoridades responsáveis pela sua implementação e profissionais (dentistas e auxiliares) que prestam o atendimento.

1.3.1. A pesquisa documental

Foram solicitados às autoridades competentes, alguns documentos considerados importantes para a consolidação dos dados e posterior análise. O critério de escolha destes documentos partiu do princípio de que deveriam conter informações pertinentes relativas ao objeto de estudo e que fossem considerados documentos oficiais, ou seja, que sua fonte fosse de total credibilidade. Entre os documentos

(*) O **Medline** é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine) EUA. Contém aproximadamente 11 milhões de registros da literatura, desde 1966 até o momento. O **LILACS** (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é uma base de dados que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da Região, a partir de 1982. A **BBO** (Bibliografia Brasileira de Odontologia) é uma base de dados de literatura nacional na área de saúde oral, a partir de 1986, de responsabilidade do Serviço de Documentação Odontológica da Faculdade de Odontologia da USP (Bireme, 2000).

solicitados estão os seguintes (nem todos puderam ser resgatados em todos os municípios pesquisados):

1. Plano Municipal de Saúde
2. Projeto de Saúde Bucal
3. Organograma da Secretaria Municipal
4. Relatórios de avaliação
5. Subprojetos existentes na área de saúde bucal
6. Manuais de rotinas de atendimento ou de operacionalização de determinadas estratégias coletivas ou individuais
7. Relatórios de levantamentos epidemiológicos.

1.3.2. As entrevistas

As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas (roteiro no anexo “A”) realizadas no local de trabalho dos entrevistados e gravadas.

De uma forma geral as primeiras entrevistas foram realizadas com os coordenadores de saúde bucal de cada município, no sentido de coletar informações relativas ao objeto que não estariam explícitas nos documentos analisados. Vale dizer que estas entrevistas tinham caráter informativo, ou seja, foram feitas no sentido de captar informações importantes para o trabalho. Não foi feita, portanto, nenhuma análise de cunho qualitativo das entrevistas tais como análise de discurso ou de conteúdo, por exemplo. Tendo em mente as limitações que esta forma de obtenção do dado carrega, na medida em que um agente institucional politicamente engajado num processo pode introduzir algum viés, considera-se, que, *a priori*, as informações são verdadeiras. A linha de raciocínio seguida pela entrevista visava captar determinados elementos que estavam dispostos em quatro grupos (ver roteiro no anexo “A”): (a) identificação (b) estrutura (c) organização dos serviços e (d) visão do agente.

No sentido de captar de que forma as normas e diretrizes do nível central eram percebidas e implementadas “na ponta” do serviço e também como se dá a organização da demanda no dia-a-dia do serviço, foram entrevistados profissionais que atuavam em algumas unidades de saúde e escolas. A entrevista com os profissionais era composta de três partes (ver anexo “A”): (a) identificação (b) rotina de atendimento e (c) visão do agente.

1.3.3. Os municípios pesquisados

Os municípios pesquisados foram Araçatuba (SP), Belo Horizonte (MG) e Curitiba (PR).

A escolha destes municípios se deu em função de serem conhecidas suas experiências diferenciadas em modelos de assistência pública odontológica. O município de Araçatuba vem implantando um projeto desde 1989 no qual mantém uma rede de assistência odontológica a escolares ainda oriunda de um programa estadual, o Dentário Escolar*. Em sua rede básica mantém uma assistência priorizada à faixa etária escolar e implantou, há dez anos, uma clínica de bebês, para atendimento da população de 0 a 36 meses (Araçatuba, 1989).

Em Belo Horizonte foi introduzida também uma mudança significativa em seu modelo público de assistência à saúde a partir de 1993. Na área de saúde bucal, as estratégias se deram no sentido da mudança de um sistema prioritariamente centrado em escolares para um sistema voltado para a assistência através da rede básica, expandindo as possibilidades de um sistema universalizado, na tentativa de um incremento no acesso e na cobertura (Werneck, 1994; Ferreira et al., 1998).

No município de Curitiba, mudanças sensíveis vêm sendo implementadas no modelo de saúde bucal desde 1995, quando, pioneiramente, foram incluídas ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF). Já estava em curso um modelo que tentava racionalizar a organização da demanda através do estabelecimento de prioridades

(*) O Dentário Escolar é um Programa de Assistência a Escolas implementado pelo Governo do Estado de São Paulo em vários municípios do Estado e ainda presente em muitos deles. Tinha como base o Sistema Incremental (ver capítulos 4 e 5)

baseadas no risco social e identificação da atividade biológica das doenças bucais (Camargo & Moysés, 1996, Córdón, 1998a).

Tratam-se, portanto, de experiências distintas que apontam para lógicas particulares de organização da demanda (modelo tradicional/escolar, territorializado, núcleo familiar/domicílio etc.). Nestes municípios, dados epidemiológicos e de serviços relativos aos principais indicadores avaliativos foram utilizados no sentido de se estabelecer uma análise crítica dessas experiências. O estudo destes municípios, certamente contribuirá para o entendimento de como estas diversas estratégias estão avançando na construção de um modelo baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade que compõem o ideário do SUS.

Capítulo 2



A CONJUNTURA ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DESAFIO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS UNIVERSAIS

*Enquanto isso, na enfermaria, todos
os doentes estão cantando sucessos
populares.*

Renato Russo

O atual modelo de prestação de serviços de saúde do Brasil, corporificado no Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de um processo histórico de lutas do Movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

É comum ser reportado nos meios de comunicação a falência do sistema público de saúde, sua ineficácia e ineficiência ilustradas nas grandes filas e nos atendimentos em macas espalhadas pelos corredores. Embora reconhecendo que a mídia prefira as manchetes de caráter mais trágico e dantesco, este quadro, certamente, não surgiu da noite para o dia, nem é resultado de ações realizadas em curto prazo. Tampouco sua resolução tem possibilidades imediatas de serem concretizadas. A reforma de um sistema de saúde nos moldes em que foi pensado o SUS e considerando a conjuntura econômica mundial e brasileira atual é um processo lento e, a despeito de estar claro que poderíamos ter caminhado mais, os 12 anos que separam o hoje da aprovação da

lei do SUS na Constituição Brasileira pode ser considerado pouco tempo para sua total consolidação. No dizer de Cunha & Cunha (1998):

*“É claro que após alguns anos de sua implantação legal (...), o SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é em si uma garantia de mudanças. **Construção** é a idéia que melhor sintetiza o SUS”* [grifo nosso].

Deste modo, entender como se deu este desenrolar histórico da construção do SUS e discutir quais são suas perspectivas atuais, tendo em vista as profundas transformações no campo da economia e das políticas públicas no Brasil e no mundo, é fundamental para construir o arcabouço conceitual deste trabalho. Neste capítulo, tentaremos resgatar estes aspectos.

2.1. Os antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde.

O Estado, entendido como a expressão maior da organização política de uma sociedade, surge como um aperfeiçoamento das relações entre os indivíduos de uma dada organização social (Oliveira & Souza, 1997). Conforme destaca Paim (1987):

“...o Estado é mais que aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático. (...) Não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário, nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos”.

Desse modo, torna-se importante, antes de detalharmos a forma como o Estado brasileiro tem conduzido suas políticas públicas de saúde neste século, discutir brevemente o processo de construção das políticas sociais nos países capitalistas para, desta forma, entender o contexto brasileiro.

Os *sistemas de proteção social*, decorrentes de um princípio de justiça, compõem um conjunto de políticas públicas de natureza social. Suas principais funções são: prover proteção para todos os membros da comunidade nacional; realizar objetivos não necessariamente econômicos e diretamente econômicos, como programas de renda mínima, e promover políticas redistributivas (Carvalho & Goulart, 1998).

Na tradicional classificação feita por Titmus, em 1983 (Ortiz et al., 1996; Carvalho & Goulart, 1998), são descritos três modelos de política social para os países capitalistas. O *modelo residual* parte do princípio que a família e o mercado são as formas básicas para a solução das demandas por sobrevivência. Apenas nos casos em que estas duas instituições não derem conta destes objetivos, os mecanismos de proteção social teriam alguma atuação de forma temporária. É um tipo de intervenção de caráter temporalmente limitado e característica do modelo liberal clássico, cujo melhor exemplo são os Estados Unidos da América (EUA). No modelo *meritocrático-particularista*, ou somente *meritocrático*, a política social intervém somente para corrigir as ações do mercado. Este modelo subordina a política social a uma racionalidade econômica, imaginando os indivíduos como potencialmente aptos a resolverem seus problemas a partir de sua relação direta com o mercado. O Estado atuaria, nestes casos somente em grupos populacionais mais carentes, como pobres e velhos. Boa parte das democracias européias se enquadra nesta classificação. Já o modelo *institucional-redistributivo* pressupõe uma ação do Estado no sentido de garantir bens e serviços a todos os cidadãos. Este modelo de proteção social, de caráter universalizante e que aproxima a idéia de direito social do conceito de cidadania, é o que ficou conhecido como *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social). O maior representante deste modelo é o Reino Unido e também os países escandinavos.

A questão principal, que perpassa a lógica do Estado de Bem-Estar é a consolidação dos *direitos sociais*. De acordo com Marshall citado por Teixeira (1987), a partir da evolução histórica da conformação dos direitos do cidadão, no caso inglês, a cidadania pode ser composta por três elementos, o *civil*, o *político* e o *social*. O elemento *civil*, composto dos direitos à liberdade individual, ou seja, de ir e vir, liberdade de crença ou religião, liberdade de imprensa e da propriedade, tem sua vertente institucional nos

tribunais de justiça. O elemento *político* garante a participação na vida política, expressa, fundamentalmente, na liberdade de votar e de ser votado, tendo, como principal instituição, o parlamento e os conselhos. Sobre o elemento *social*, prossegue Marshall, citado por Teixeira (1987):

“...se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas com ele são o sistema educacional e os serviços sociais”.

Cada um dos elementos seguiu um percurso histórico distinto e, no caso específico do *Welfare* inglês, a conquista e o exercício dos direitos relativos a um elemento gerava certas contradições que só seriam superadas pela conquista e desenvolvimento do elemento subsequente (Teixeira, 1987).

É preciso, no entanto, contextualizar estes acontecimentos, no que se refere à dinâmica do capitalismo. A criação de mecanismos de previdência social, de certa maneira, atendia aos interesses do capitalismo na medida em que preservava a força de trabalho, reduzia as tensões provenientes das pressões dos trabalhadores e, melhor ainda, não trazia ônus algum, uma vez que o financiamento deste sistema era proveniente da contribuição dos próprios trabalhadores.

Por outro lado, há que se destacar que (Zanetti, 1993):

“mesmo operadas na Esfera Pública sob a lógica da capitalização do seguro social, as estruturas previdenciárias ainda mostravam-se insuficientes para responder ao conjunto de demandas de proteção nas sociedades industriais avançadas”.

Desse modo, as tensões provocadas por uma classe trabalhadora cada vez mais engajada geraram, como tentativas de equacionamento destes conflitos, iniciativas diametralmente opostas ideologicamente, à esquerda, com projetos socialistas e, à direita, com projetos fascistas de cunho coercitivo-regulador.

Após a segunda guerra mundial, com a queda dos regimes fascistas, as concepções econômicas, de cunho keynesiano*, geram uma mudança no conceito de seguro social, baseado na contribuição de categorias de trabalhadores, para o conceito de seguridade social, o que significa *“o compromisso, pelo Estado, de um nível mínimo de bem-estar para todos os cidadãos”* (Andreazzi, 1991).

O precursor no estabelecimento destes mecanismos de proteção social, baseados no princípio do bem-estar, como anteriormente referido, foi o Reino Unido e tal modelo acabou se expandindo por toda a Europa, resguardadas as peculiaridades de cada país.

O modelo de *Welfare* europeu representou, de certo modo, uma tentativa de superação dos conflitos entre capital e trabalho, constituindo-se numa opção negociada para a crise, tendo em vista o crescimento dos movimentos de esquerda e das organizações da classe operária no pós-guerra e a consolidação da revolução socialista na União Soviética.

O que é fato, no entanto, é que estas conquistas, representadas pela expansão do Estado de Bem-Estar estão claramente ligadas à capacidade de luta e de organização da classe trabalhadora. Um comportamento diferente se configurou nos Estados Unidos, onde o Estado sempre se caracterizou por uma vertente liberal e a mobilização dos trabalhadores se deu mais num plano corporativista. Como destaca Ring (1988) citado por Andreazzi (1991):

“Aqui [nos EUA], a mobilização da classe trabalhadora tem sido, em termos históricos, menos ampla, fato que contribui para uma explicação da menor provisão pública de bem-estar pelo Estado americano. Igualmente significativo é o sucesso dos sindicatos americanos em negociar medidas de bem-estar para si, independentemente do Estado: isso inclui compensações ao desemprego, custos de saúde, pensões e férias remuneradas”.

(*) Segundo os princípios keynesianos, propostos pelo economista americano John Maynard Keynes (1883-1946) na década de 1930, *“era possível reverter o impacto da tendência histórica do capitalismo de ciclos de expansão e depressão, através de medidas que garantissem o consumo da massa assalariada, mantendo assim, a produção”* (Andreazzi, 1991). As idéias de Keynes foram precursoras da criação dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare State*) na Europa pós-guerra (Laurell, 1995).

Desta forma, o modelo de atenção à saúde americano é quase que totalmente centrado na prática liberal e no seguro-saúde privado, sendo que a assistência pública fica restrita à população marginalizada, como os grupos populacionais de mais baixa renda.

No caso brasileiro, não há, claramente, o estabelecimento de algum tipo de política social que se aproxime do Estado de Bem-Estar. Para Draibe, citada por Zanetti (1993), até o final da década de 1980, as políticas sociais brasileiras poderiam ser qualificadas apenas como *residuais* e *meritocrático-corporativas*. No primeiro caso, pelo fato de não abrangerem toda a comunidade nacional como objeto de proteção social e, no segundo, pelo fato dos direitos sociais ficarem restritos a uma vinculação ao sistema previdenciário, de uma maneira tal que o exercício da cidadania era determinado pela participação em alguma categoria trabalhadora reconhecida por lei e que contribuísse para a previdência. A cidadania, neste caso não se consolidou no sentido de uma cidadania *plena*, mas de uma cidadania *regulada*.

Para Zanetti (1993), o processo tardio de constituição do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro não o caracterizaria como componente de um Estado de Bem-Estar. Para este autor, os sistemas de proteção social desenvolvidos no Brasil tiveram uma peculiaridade estabelecida por um processo específico de industrialização o qual gerou demandas por novos mecanismos de proteção. Estes mecanismos tiveram uma lógica de implantação apenas condizente “com uma conjuntura econômica bem específica: a da escassez orçamentária e das limitações políticas”.

Desse modo, a noção de *cidadania regulada* deu o tom para o estabelecimento das políticas sociais no Brasil e, dentre estas, das políticas de saúde.

2.1.1. O surgimento da previdência social como prática de assistência à saúde por parte do Estado

A atuação do Estado brasileiro na tentativa de resolução dos problemas de saúde da população teve, desde o seu surgimento no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de

saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica.

Com relação ao primeiro aspecto, as primeiras preocupações do Estado brasileiro, de economia eminentemente agro-exportadora, era com os “espaços de circulação de mercadorias” e daí tem-se, como resultante, ações dirigidas ao saneamento dos portos, particularmente o de Santos e o do Rio de Janeiro. Era importante, ademais, que fosse fomentada a política de imigração, a qual abastecia de mão-de-obra a cultura cafeeira e, como consequência disso, já em 1902 o então presidente Rodrigues Alves lança o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo (Tomazi, 1986).

No que diz respeito às ações de assistência, o surgimento de um modelo de prestação de serviços de assistência médica esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, que teve, como suas práticas fundantes, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). No mesmo ano de surgimento das Caixas, 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil (Tomazi, 1986; Luz, 1991; Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997; Cunha & Cunha, 1998). As CAPs eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores e eram responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica. Entre 1923 e 1930 foram criadas mais de 40 CAPs cobrindo mais de 140 mil beneficiários (Mendes, 1993). No período das CAPs, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário e foi bastante desenvolvida a estruturação de uma rede própria (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

A partir de 1930 uma nova forma de organização previdenciária surge através dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), desta vez organizados por categoria profissional e com uma maior participação do componente estatal. São fundados os institutos dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI) entre outros. Nesta fase, há uma maior contenção de gastos, tendo

a previdência atravessado um período de acumulação crescente, tornando a assistência um item secundário dentro dos Institutos. Os superávits dos Institutos formam um patrimônio considerável a ponto da Previdência participar nos investimentos de interesse do governo (Mendes, 1993; Cunha & Cunha, 1998).

No que concerne à saúde pública, esta fase corresponde ao auge do *sanitarismo camponhista*, característica marcante da ação pública governamental do início do século, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço de Malária do Nordeste e o da Baixada Fluminense. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável por ações sanitárias em regiões afastadas do País, mas com interesse estratégico para a economia, como a região de produção de borracha na Amazônia (Cunha & Cunha, 1998).

Não por acaso, o surgimento dos IAPs coincide com uma nova fase da política brasileira, estabelecida com a revolução de 1930. Com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, tem-se início uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura imposta por Vargas com o Estado Novo em 1937. Trata-se de uma fase de profunda centralização e conseqüentemente uma maior participação estatal nas políticas públicas que, em razão da característica do governo ditatorial, se corporificaram em medidas essencialmente populistas (Bertolli Filho, 1998).

Assim, nesta fase do governo populista de Getúlio Vargas, marcado por crises que resultaram em movimentos da classe trabalhadora, diversas outras medidas, dentro das políticas sociais, foram tomadas no sentido “mais de cooptar as categorias de trabalhadores que, a cada dia, avançavam em sua organização, e menos de responder aos problemas estruturais da vida daqueles trabalhadores” (Oliveira & Souza, 1997). Foi criado, nesta ocasião, o Ministério do Trabalho e foram estabelecidas diversas medidas para a regulação da atividade sindical, entre outras estratégias de manutenção da legitimidade.

Um aspecto importante deste período é a mudança no modelo econômico e, conseqüentemente, altera-se o foco de atuação da assistência. Com a tendência de

declínio da cultura cafeeira e a mudança de um modelo agro-exportador para um de característica industrial incipiente e tardio, a necessidade de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias é deslocada para a manutenção do corpo do trabalhador, a esta altura mais importante dentro da cadeia produtiva emergente (Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997).

Quadro 2.1. Fases do estabelecimento das políticas de saúde no Brasil desde a década de 1920 até a década de 1960.

O período 1923/30: o nascimento da Previdência Social no Brasil			
Marco legal e político	Previdência	Assistência a Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento da legislação trabalhista • Lei Eloy Chaves (1923) 	<ul style="list-style-type: none"> • CAPs - organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitarismo Campanhista • Departamento Nacional de Saúde Pública • Reforma Carlos Chagas
O período 1930/45: as propostas de contenção de gastos e o surgimento das ações centralizadas de saúde pública			
Marco legal e político	Previdência	Assistência a Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério do Trabalho • CLT 	<ul style="list-style-type: none"> • IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal 	<ul style="list-style-type: none"> • Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Auge do Sanitarismo Campanhista • Serviço Nacional de Febre Amarela • Serviço de Malária do Nordeste • SESP (1942)
O período 1945/66: a crise do regime de capitalização e o nascimento do sanitário desenvolvimentista			
Marco legal e político	Previdência	Assistência a Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1946 • LOPS (1960) • Estatuto do Trabalhador Rural • Golpe de 1964 • INPS (1966) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas • Incorporação da assistência sanitária à Previdência • Uniformização dos direitos dos segurados 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos serviços próprios da Previdência • Aumento de gastos com a assistência médica • Convivência com os serviços privados, em expansão no período 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitarismo desenvolvimentista • Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRR (1956)

Fonte: Cunha & Cunha (1998)

No Quadro 2.1 encontram-se resumidas as principais fases das políticas de saúde no Brasil até o início dos anos 1960 (Cunha & Cunha, 1998). A partir desta década, particularmente com o advento do regime militar, consolida-se o modelo dicotômico de assistência e ações de saúde pública e a previdência se estabelece como uma corporificação da cidadania regulada.

2.1.2. As políticas sociais dentro do regime autoritário e o surgimento do Movimento Sanitário

O regime autoritário, instaurado após o golpe militar de 1964, trouxe, como consequência imediata para as políticas de saúde no Brasil, um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência. De outro lado, também provocou uma centralização crescente da autoridade decisória, marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultado da fusão dos vários IAPs, em 1966 (Mendes, 1993; Oliveira & Souza, 1997).

As políticas de saúde do primeiro período da ditadura, que compreendeu a fase do “milagre brasileiro”, entre 1968 e 1974 foram caracterizadas por uma síntese, produto de reorganizações setoriais do sanitarismo campanhista do início do século e do modelo de atenção médica previdenciária do período populista (Luz, 1991).

A partir de então foi criada uma estrutura considerável em torno da Previdência Social, com uma clara vinculação aos interesses do capital nacional e internacional. Neste sentido, o Estado passa a ser o grande gerenciador do sistema de seguro social, na medida em que aumentou o seu poder nas frentes econômica e política, pelo aumento nas alíquotas e também no controle governamental através da extinção da participação dos usuários na gestão do sistema, antes permitida na vigência das CAPs e dos IAPs (Mendes, 1993).

A lógica da prestação de assistência à saúde pelo INPS privilegiava a compra de serviços às grandes corporações médicas privadas, notadamente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Estabelece-se, então, o “complexo previdenciário médico-industrial” composto pelo sistema próprio e o contratado

(conveniado ou credenciado). Já na metade da década de 1970, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que mantém a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava, em síntese de “uma perversa conjugação entre estatismo e privatismo” (Carvalho & Goulart, 1998).

Este modelo excludente provocou, então, uma capitalização crescente do setor privado, no entanto, a precariedade do sistema, não só da área da saúde, mas em toda a área social, provocava insatisfação cada vez maior, comprometendo a legitimidade do regime. Os indicadores de saúde da época, entre eles o Coeficiente de Mortalidade Infantil, pioravam assustadoramente, mesmo em grandes cidades, como São Paulo e Belo Horizonte. Intensificam-se movimentos sociais e as pressões de organismos internacionais, de modo que, já no governo Geisel*, entre 1974 e 1979, há uma preocupação maior em minimizar os efeitos das políticas excludentes através de uma expansão na cobertura dos serviços (Luz, 1991; Mendes, 1993).

No bojo das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política em fins dos anos 1970, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva por mudanças no modelo se amplia. Com o crescimento da insatisfação popular, personificada, politicamente, na vitória da oposição em eleições parlamentares, este movimento, que ficou conhecido como *Movimento pela Reforma Sanitária*, se amplia mais ainda com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares e também de parlamentares interessados na causa (Oliveira & Souza, 1997; Werneck, 1998).

Um dos marcos deste movimento ocorreu em 1979, durante o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, conduzido pela comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Já neste momento foi discutida uma proposta de reorganização do sistema de saúde

(*) Ernesto Geisel foi o quarto presidente militar após o golpe de 1964. Governou o País de 1974 a 1979, sendo sucedido pelo General João Baptista Figueiredo.

colocada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o representante legítimo do movimento sanitário. Nesta proposta, já há menção a um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado (Oliveira & Souza, 1997; Werneck, 1998).

As pressões populares e do movimento sanitário, embora inicialmente ignoradas pelo governo, geram algumas mudanças significativas no sistema, em particular no campo da extensão de cobertura e da atenção primária, resultado das repercussões da Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata em 1978, quando a denúncia do quadro de saúde brasileiro foi colocada e estimuladas as práticas de cuidados básicos de saúde (Werneck, 1998). Em 1981 o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária) incorpora algumas propostas da Reforma Sanitária, como as Ações Integradas de Saúde (AIS), certamente uma das primeiras experiências com um sistema mais integrado e articulado.

Por outro lado, além dos movimentos populares internos pela democratização e por uma política sanitária de caráter mais universalista e do panorama mundial apontar para a concretização de novas alternativas para os sistemas de saúde centradas na Atenção Primária, institucionalmente, muitos avanços foram conseguidos a partir da atuação de componentes do movimento sanitário dentro da estrutura do governo.

A metade dos anos 1980 é marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico. A previdência, ao fim de sua fase de capitalização e com problemas de caixa oriundos de uma política que estimulava a corrupção e o desvio de verbas se apresentava sem capacidade para dar conta das demandas criadas. Na outra ponta, o regime autoritário teria que buscar formas de legitimação diante da insatisfação popular.

Na esteira destes acontecimentos, cresce o Movimento Sanitário brasileiro, que teve, como ponto alto de sua articulação, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986,

em Brasília. O momento político propício, com o advento da Nova República*, pela eleição indireta de um presidente não-militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuíram para que a VIII Conferência Nacional de Saúde fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária.

Com uma participação de cerca de cinco mil pessoas, entre profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e sindicais, a VIII Conferência criou a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro a serem defendidas na Assembléia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte. O Relatório da Conferência, entre outras propostas, destaca o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado (Conferência Nacional de Saúde, 1986):

*“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser **conquistada** pela população em suas lutas cotidianas”* [grifo nosso].

Com a incorporação de boa parte de suas propostas pela Assembléia Constituinte na elaboração da nova Carta Magna, a Reforma Sanitária brasileira concretiza suas ações no plano jurídico-institucional. A que ficou conhecida como *Constituição Cidadã* (embora acusada de tornar o país “ingovernável” por alguns setores), incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988a):

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao

(*) Apesar de não ter havido nenhuma mudança no regime (o golpe manteve o regime republicano), a eleição de Tancredo Neves pelo Colégio Eleitoral, em 1984, foi chamada de *Nova República*, caracterizando o que seria uma “nova fase” da República brasileira, após duas décadas de autoritarismo.

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Sobre a organização dos serviços, detalha o artigo 198 (Brasil, 1988a):

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

Estava criado o Sistema Único de Saúde, inserido numa proposta de seguridade social e sintetizando uma política social universalista que, “resultante de um desenho da Reforma Sanitária, rompeu e transformou, para melhor, o padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30” (Carvalho & Goulart, 1998).

2.2. A regulamentação do Sistema Único de Saúde e suas perspectivas futuras

Muitos artigos da Constituição, não só o da saúde, previam regulamentação, a ser realizada idealmente logo em seguida, no prazo de 180 dias. A conjuntura política pós-constituente, de surgimento de um projeto conservador neoliberal com a eleição de Fernando Collor de Melo para a presidência da república, provoca um atraso considerável na regulamentação do capítulo da saúde. Em agosto de 1990, o Congresso Nacional aprova a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, a qual é profundamente mutilada pelos vetos presidenciais, particularmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social (Lei Orgânica da Saúde, 1990; Merhy, 1990). Resultado de negociações, uma nova lei, a 8.142 de dezembro do mesmo ano,

recupera alguns vetos e hoje o que conhecemos como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) é formada pelo conjunto das leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990a,b).

O Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às idéias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários (veja esquema na Figura 2.1). Considerando a importância destes princípios para o marco referencial deste trabalho, nos concentraremos um pouco mais na sua discussão.

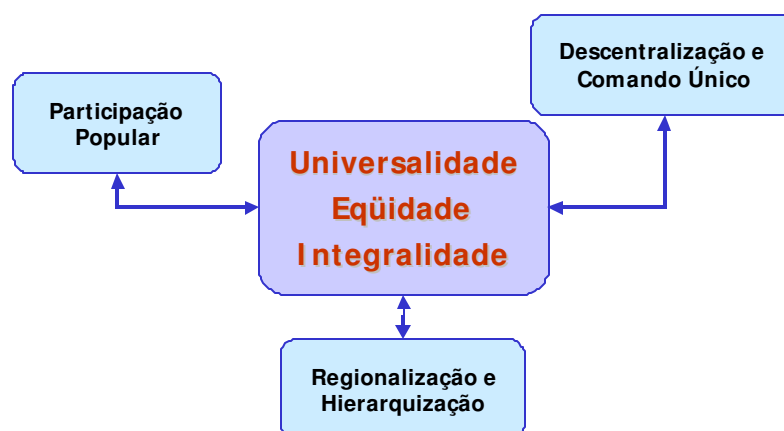


Figura 2.1 - Princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

A idéia de *universalidade*, ou seja a saúde como um direito de cidadania, foi, certamente, o que melhor representou o sepultamento do modelo excludente anterior em que somente os contribuintes da previdência social tinham direito à assistência à saúde. A cidadania, antes *regulada*, passa a se aproximar mais do princípio de cidadania *plena* e, pelo menos com relação à saúde, todos os indivíduos passaram a ter esse direito, garantido pelo Estado. O conceito de universalidade é uma consequência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde. Importante ressaltar que

direito à saúde não significa, necessariamente, direito à assistência à saúde; em verdade a última está incluída na primeira, conforme nos alerta Paim (1987):

“A idéia do direito à saúde [é resgatada] como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. (...) O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc.”.

De todo modo, considerando que o direito à saúde envolve todo um conjunto de políticas sociais, o eixo da assistência, tendo como base o SUS, foi o que mais avançou. A inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988 foi considerada importante pelo fato deste item ter sido contemplado pela primeira vez na história das constituições brasileiras (Dallari, 1995; Dodge, 1998). Sobre este aspecto, nos lembra Dallari (1995):

“No Brasil, a incorporação constitucional dos direitos sociais foi sobremaneira lenta. Nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988. A primeira república ignorou completamente qualquer direito social e evitou, igualmente, referir-se à saúde”.

O princípio da universalidade da atenção, pois, incorpora o direito à assistência como constructo da cidadania e aponta para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social baseada nos moldes dos Estados de Bem-Estar, conforme discutimos anteriormente.

Para Mendes (1993), entretanto, o processo de expansão do acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, considerando o choque com o projeto neoliberal em curso acabou funcionando como um processo de “universalização excludente”, expressão proposta por Faveret Filho & Oliveira, em 1989. Em outras palavras, a extensão do benefício a toda a população e não mais somente à parcela previdenciária não foi acompanhada do devido aporte de recursos e de estrutura para suportar o aumento da demanda, fazendo com que houvesse uma queda na qualidade do atendimento. As camadas médias e do operariado mais qualificado, que antes utilizava os serviços de pagamento direto, acabaram “migrando” para o segmento de assistência médica supletiva, provocando sua grande expansão a partir do início dos anos 1990. Pereira,

citado por Aguiar (1998), concorda com esta assertiva, colocando a “universalização excludente” como um efeito indesejável da reforma, na medida em que ocorreu um favorecimento não intencional à medicina privada supletiva e às alternativas neoliberais.

É importante, entretanto, contextualizar o que, de fato, pode ser considerado como “queda na qualidade do atendimento”, na opinião de Mendes. Tal afirmação, evidentemente, não significa dizer que a assistência, anteriormente ao SUS, era de maior qualidade, considerando as características do modelo anteriormente destacadas. Além disso, a “queda na qualidade” certamente não aconteceu em muitos municípios que só implementaram algum tipo de assistência pública à saúde após o estabelecimento do SUS na Constituição. Também é importante considerar que “qualidade” não pode ser interpretada somente em seu aspecto técnico (tecnologias empregadas, particularmente), uma vez que um sistema excludente não poderia ser considerado, em essência, de boa qualidade.

Enfim, a construção da verdadeira universalidade, expressão da cidadania plena ainda é um dos grandes desafios para a construção do SUS.

Como desdobramento da idéia de universalidade, o princípio da *equidade* assegura que a disponibilidade dos serviços de saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Em linhas gerais, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocando recursos onde as necessidades são maiores (Cunha & Cunha, 1998). Na conceituação “oficial” equidade significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, mais o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras” (Brasil, 1990e). A equidade acaba funcionando como um “filtro” da universalidade, a qual possui uma conceituação mais abrangente, ou seja é possível um discurso universalista mesmo na existência de modelos desiguais do ponto de vista do acesso aos serviços.

É importante, contudo, estabelecer algumas distinções com relação ao conceito de equidade. O primeiro diz respeito à diferença entre equidade e igualdade. Pelo exposto anteriormente, se tem claro que a equidade é um princípio de *justiça social*,

considerando que as injustiças sociais são o reflexo da estratificação da sociedade, cuja característica é o fato dos indivíduos, inseridos em relações sociais, terem chances diferenciadas de realizar seus interesses materiais (Wright, 1989, citado por Travassos, 1997). Ainda sob o pensamento de Travassos (1997), temos que:

“Tal estratificação tem como base relações sociais que determinam os processos por meio dos quais as pessoas obtêm acesso desigual aos recursos materiais e aos produtos sociais que resultam do uso desses recursos.”

Para Kadt & Tasca (1993), a idéia de justiça social como base para o conceito de equidade é importante tendo em vista que a justiça social é um conceito de valor universalmente aplicável, relacionado aos Direitos Universais do Homem. Mesmo considerando a relatividade do termo, ou seja, a depender da sociedade e do momento histórico, os conceitos de justo e injusto podem variar, os valores universais são “pedras de toque e podem proporcionar uma ‘orientação moral’, para as autoridades e os administradores públicos em geral”. Prosseguem os autores:

“Insistimos na diferença entre iniquidade e desigualdade, acima de tudo, por uma razão. Uma distribuição de recursos desigual, em muitos casos um claro sinal de iniquidade (recursos que tendem a ser destinados para categorias ou grupos ‘privilegiados’), em outros é exatamente o que demanda a equidade: a provisão de mais recursos para os mais necessitados deve ser maior”.

Neste sentido, são possíveis três situações hipotéticas tanto para a desigualdade como para a iniquidade. No primeiro caso, em que temos desigualdade junto com iniquidade, é a situação mais comum nas áreas urbanas dos países menos desenvolvidos, onde os serviços públicos são mais acessíveis e efetivos para grupos mais privilegiados. No segundo caso, comum em países mais desenvolvidos, é a situação de iniquidade sem desigualdade aparente, onde há disponibilidade de serviços amplamente distribuídos mas que, efetivamente, não têm capacidade de atingir as camadas menos favorecidas. Finalmente, uma terceira possibilidade é de termos uma desigualdade aparente sem iniquidade, onde os recursos são alocados de modo desigual, de modo a aliviar a situação dos que se encontram em condições críticas de saúde (Kadt & Tasca, 1993)

Uma outra distinção importante é entre equidade em saúde e equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde. É evidente que as desigualdades nos modos de adoecer e morrer diferem das desigualdades no acesso aos serviços. No primeiro caso, a equidade em saúde, em verdade seu contraponto - as iniquidades em saúde, refletem desigualdades sociais, as quais possuem determinantes mais complexos. A despeito da importância de se ter acesso igualitário às ações e serviços de saúde, esta não é uma condição suficiente para diminuir as desigualdades nos modos de adoecer e morrer entre distintos grupos sociais (Travassos, 1997). Ainda nesta linha, Aday & Andersen (1981) destacam que o direito à assistência à saúde implica *acesso* a serviços de saúde, o qual pode ou não significar melhoria nas condições de saúde. Requena (1997) reforça ainda que a equidade no nível de saúde da população é, além de um objetivo essencial da política de saúde, um indicador importante do impacto da intervenção social na saúde. De uma maneira geral, portanto, considerando a política assistencial proposta pelo SUS, garantir acesso universal e equitativo é apenas uma das estratégias redistributivas contempladas em uma política de proteção social. Pois há que se considerar ainda que (Travassos, 1997):

“O uso de serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações, prevenindo a ocorrência e, mesmo, erradicando algumas doenças (...) reduzindo a mortalidade por causas específicas e aumentando as taxas de sobrevivência. (...). Por outro lado, a utilização de serviços de saúde também pode ter impacto negativo sobre esta devido à baixa qualidade dos cuidados prestados, prestação de serviços desnecessários e uso de procedimentos ineficazes e bu potencialmente perigosos”.

De todo modo, um conceito único e consensual de equidade não existe sem considerar uma dada sociedade e um dado momento histórico, pois, conforme nos lembra Requena (1997), o conceito de equidade guarda dependência com o momento de desenvolvimento em que vive a política de saúde de um determinado país. É, portanto um “conceito que tem historicidade”. Dessa maneira, as políticas de saúde que têm como base a equidade exigem que seja definido este conceito. No caso brasileiro, equidade foi definida como igualdade no acesso, como nos deixou claro a leitura do artigo 196 que fala em “acesso universal e igualitário”.

Almeida (2000) nos aponta ainda a necessidade de, uma vez feita opção pela equidade, defini-la segundo princípios éticos e morais relacionados ao grau de desigualdade

social que uma sociedade aceita e também estabelecer os mecanismos técnicos para sua efetiva implementação.

O terceiro princípio doutrinário do SUS é o da *integralidade*. Este princípio deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato médico individual, e também com relação ao modelo assistencial. O princípio da integralidade é, pois (Brasil, 1990e):

“...o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;*
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;*
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.*

Enfim:

‘O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde’”.

Desse modo, a idéia de integralidade pressupõe uma nova prática de saúde que supere a lógica flexneriana* imbuída no ato médico e na organização dos serviços. A integralidade também necessita de uma articulação entre a área da saúde e de outras políticas sociais de modo a “assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.” (Cunha & Cunha, 1998).

Uma consequência imediata do princípio da integralidade na organização da assistência é a estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada. Daí, dentre os princípios organizativos do SUS está o da *regionalização e hierarquização* que, do ponto de vista operacional, tornam realidade os princípios

(*) Para Mendes, o *paradigma flexneriano* surgiu a partir do Relatório Flexner, de 1910, o qual se tornou hegemônico no ensino e na prática médicas desde então. Seus elementos estruturais são o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico, a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos. (Mendes, 1984).

doutrinários. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1990e), os princípios da regionalização e hierarquização são definidos como a lógica em que:

“...os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica”.

A *hierarquização*, portanto, tem, como base, a concepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) como “porta de entrada” do sistema*. Este tipo de organização teve, segundo Botazzo (1999), um maior impulso a partir de 1983 com as AIS, embora experiências anteriores e localizadas da década de 1970 já preconizassem, também, a inclusão da assistência médica na rede básica. Para a maior parte dos pesquisadores da área de saúde coletiva, a rede básica responderia pela resolução de 80% dos problemas a ela demandados, sendo o restante referido ao sistema de atenção secundária e terciária (Campos, 1997a; Botazzo, 1999).

O princípio da *regionalização* estabelece sua operacionalização a partir de uma lógica organizativa centrada nos distritos sanitários. A concepção de distrito sanitário surgiu no Brasil por inspiração das recomendações da Organização Pan-americana de Saúde, em 1988, de organização dos sistemas de assistência à saúde a partir dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Mendes, 1993). De acordo com o parágrafo 2º do Artigo 10 da Lei 8.080, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.” (Brasil, 1990e).

Os distritos não devem ser entendidos como meras divisões territoriais das áreas de

(*) A idéia de UBS como porta de entrada vem sendo atualmente rediscutida, tanto por alguns autores como Botazzo (1999), quanto em função da estratégia do Programa Saúde da Família, que coloca a USF (Unidade de Saúde da Família) como “porta de entrada” e a redefine. Discutiremos com mais pormenor o Saúde da Família mais adiante, neste capítulo.

atuação dos serviços de saúde, mas como uma perspectiva concreta de mudança nas práticas de saúde sendo, portanto, revestida de caráter político, ideológico e técnico. Na dimensão política, o distrito sanitário se comporta como um microespaço de luta política entre atores sociais portadores de diferentes projetos e, principalmente, funciona como ferramenta de transformação do sistema de saúde. Do ponto de vista ideológico, o distrito incorpora novos paradigmas de atenção e de visão do processo saúde-doença, implicando em uma perspectiva de mudança cultural.

Finalmente, o distrito sanitário incorpora uma dimensão técnica que exige a utilização de conhecimentos e tecnologias para sua implantação, as quais devem estar em consonância com as posturas políticas e ideológicas nas quais se apóia. Assim, a visão topográfico-burocrática do distrito deve ser superada, no sentido de entendê-lo como um território-processo (Mendes, 1993).

Para Unglert (1993), o território ou espaço local é onde se desenvolvem as interações entre problemas de saúde e serviços prestados e “onde necessidades cobram ações”. Ainda de acordo com a autora, o território:

“...representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção”.

Deste modo, a idéia de território como unidade de trabalho introduz uma atomização do sistema que, antes de incorporar uma característica reducionista, contribui para a organização de um sistema com maiores perspectivas de proporcionar uma atenção mais resolutiva e equânime.

O *controle social*, outro dos princípios fundantes do SUS, foi, sem dúvida, a corporificação do processo de redemocratização brasileira dentro das políticas públicas. A participação popular foi um dos princípios constitucionais mais combatidos após a aprovação da Carta Magna, uma vez que os artigos relativos ao seu detalhamento na Lei 8.080 (artigos 11 e 42) foram todos vetados pela presidência da república. A justificativa do veto era que, de acordo com preceitos constitucionais, “são de iniciativa privada do Presidente da República as leis que disponham sobre a

criação, estruturação e atribuições dos Ministérios e órgãos da administração pública” (Lei Orgânica da Saúde, 1990). Como destacamos anteriormente, a Lei 8.142 de dezembro de 1990 resgata os artigos que regulamentam o controle social, estabelecendo que (Brasil, 1990b):

“O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.”

Os Conselhos de Saúde, estabelecidos em nível federal, estadual e municipal, com participação paritária de usuários, se tornaram instâncias de participação popular de caráter deliberativo sobre os rumos das políticas de saúde nas três esferas de governo. Os Conselhos não são a única forma de controle das ações do SUS, existindo ainda as Comissões Intergestores, os Tribunais de Contas e o próprio Ministério Público. Contudo, sua grande peculiaridade é a sua formação mista, em que há a presença do Estado e da sociedade, com ampla participação da comunidade na decisão dos rumos da política de saúde em nível local (Ramos, 1996).

A introdução do controle social - entendida como uma conquista no plano jurídico-institucional -, particularmente a partir dos Conselhos, sempre foi vista, de uma maneira geral, com muito ceticismo, e o argumento de boa parte dos profissionais da saúde coletiva era que a população brasileira não teria “consciência política” e os Conselhos não sairiam do papel ou seriam, pior ainda, cenário de práticas clientelistas. De fato, esta é uma realidade ainda muito presente em muitos locais, em função da, ainda, incipiente prática política por parte da sociedade. Como destaca Ramos (1996), algumas informações sobre a participação da população junto a partidos políticos e associações comunitárias mostram que cerca de 14 milhões de pessoas participam de alguma atividade deste tipo, distribuídas entre associações comunitárias (11 milhões), partidos políticos (2 milhões) e ambos (1 milhão). Deste modo, imaginando os mais de 5.500 municípios brasileiros que têm que constituir seus Conselhos de Saúde, “excetuando grandes cidades e zonas rurais com tradição em luta agrária, poucos

estarão preparados para montar conselhos que funcionem cumprindo com todos os requisitos necessários de representatividade.” (Ramos, 1996).

Por outro lado, mesmo considerando a dificuldade de se criar canais participatórios nos países em desenvolvimento em função das características de suas instituições políticas, a experiência brasileira com os Conselhos de Saúde tem mostrado que é possível romper com esta lógica. Segundo Cortes (1998), alguns estudos realizados sobre a atuação dos Conselhos indicam que, em alguns casos e em determinadas conjunturas, os Conselhos Municipais de Saúde têm participado do processo decisório em nível local, com participação efetiva dos usuários. Ainda de acordo com a autora, alguns determinantes podem ser apontados para esta participação, entre eles as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde e a organização dos movimentos popular e sindical da cidade.

De todo modo, ainda existem muitas limitações para uma efetiva participação dos usuários no controle do sistema de saúde, particularmente sua dependência do avanço das modalidades de gestão. Ou seja, enquanto o gerenciamento dos serviços de saúde nas cidades não estiver sob o controle municipal, o poder de decisão política dos Conselhos, dentro do processo decisório geral do setor, tenderá a ser limitado (Cortes, 1998). Um outro aspecto importante é que as camadas mais mobilizadas da sociedade, como os metalúrgicos, para citar apenas um exemplo, não são usuários do SUS, ficando para as camadas mais pobres e menos articuladas o interesse em influir no processo de decisão política sobre os serviços públicos de saúde.

Para Carvalho (1998), a atuação dos Conselhos constitui um elo importante dentro do reordenamento das relações Estado-sociedade, na medida em que se somam ao conjunto de instrumentos institucionais então criados com a finalidade de garantir o exercício dos direitos de cidadania.

De qualquer maneira, as perspectivas de participação são animadoras, e Cortes (1998) finaliza, apontando para possibilidades mais otimistas em relação ao controle social:

“Não se pode afirmar que a reforma do sistema de saúde brasileiro melhorou a qualidade dos cuidados oferecidos, tornou os serviços mais acessíveis ou se ela, ao

contrário, intensificou iniquidades sociais e territoriais que já existiam. Não há dúvida, no entanto, que ela criou, no nível municipal de governo, um fórum participativo que tem contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde”.

Um outro princípio organizativo do SUS é o da *descentralização*, que é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (Brasil, 1990e). A descentralização parte do princípio de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Desta forma, a estratégia fundamental do processo de descentralização é a municipalização da assistência à saúde.

Entretanto, Mendes (1998) alerta para a necessidade de uma adequada conceituação de descentralização. Para este autor, interpretações equivocadas do conceito de descentralização induzem a alguns erros comuns:

“Erro de sinonímia, quando se utilizam os termos desconcentração e descentralização como intercambiáveis; erro tipológico, resultado do manejo de diferentes modalidades de descentralização; erro político, ao se estabelecer uma relação mecânica entre descentralização e democracia; erro de lógica processual, porque se atribui um caráter unívoco ao processo de descentralização e se desconhece seu caráter dialético; erro de omissão da vertente econômica da descentralização, enfatizando sua vertente jurídica; (...) erro de apresentar descentralização e centralização como par dicotômico”.

A descentralização pode fazer parte do discurso neoliberal ou social-democrata. No primeiro caso, significando privatização, na busca de um Estado mínimo, ausente de regulação econômica e com um pacote de ações sociais dirigidas aos pobres. No segundo caso, descentralização pode significar racionalização da ação de um Estado presente e democrático, contribuindo para a consolidação da cidadania (Junqueira, 1997; Mendes, 1998).

Dentre as tipologias classificatórias da descentralização, Rondinelli et al., citados por Mendes (1998) estabelecem quatro graus ou formas de descentralização: *desconcentração*, *devolução*, *delegação* e *privatização*. A *desconcentração* consiste em delegar responsabilidades a níveis hierarquicamente inferiores sem, contudo, delegar poder. Pode ser considerada como descentralização administrativa. Tem a vantagem de manter a integridade vertical mas, ao não transferir poder, dificulta a

responsabilização local e, em consequência, a intersectorialidade e a participação. Apesar de ser a forma menos efetiva, é a modalidade de descentralização mais utilizada, estando entre os seus exemplos, a criação de unidades regionais de determinados ministérios ou secretarias.

A *devolução*, que pode ser também chamada de descentralização política, é feita pela transferência de poder decisório e, portanto, político, de uma instituição governamental para outra de menor nível hierárquico. Contrariamente à anterior, dificulta a integração vertical, mas aumenta a responsabilidade e a participação. Exemplos de devolução são os processos de estadualização e municipalização de algumas políticas ou funções dos governos federais.

Na *delegação*, é estabelecida uma relação entre Estado e sociedade civil e, neste caso a transferência de responsabilidades se dá entre o Estado e organizações não-governamentais que continuam com regulação e financiamento estatais. É o que se chama atualmente de publicização, ou seja, uma entidade não-estatal de caráter público exercendo funções antes restritas ao Estado. Trata-se de uma desestatização, mas não propriamente uma privatização e o exemplo mais presente são as Organizações Sociais.

Finalmente, a *privatização* consiste na transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras do mercado. Trata-se, literalmente, da venda do patrimônio público. Em escala mundial e também com exemplos no Brasil, as maiores iniciativas de privatização ocorrem na área de siderurgia, transportes aéreos, telecomunicações etc. (Mendes, 1998).

No Brasil, de uma forma ou de outra, as quatro modalidades de descentralização ocorrem, contudo a forma mais comum é descentralização política, explicitada nas experiências de municipalização da saúde. O processo de descentralização, além de contribuir para uma organização mais racional do sistema, dinamiza o controle social na medida em que aproxima as decisões da população alvo. O caso brasileiro, tendo em conta sua extensão territorial e seus contrastes flagrantes, é expressão da necessidade de um processo descentralizador. No dizer de Terreri (1999):

“Os municípios brasileiros possuem características próprias, que não podem ser percebidas e vistas particularmente quando o poder de decisão é tomado a partir da esfera central. Com a descentralização político - administrativa do setor saúde nos municípios, há de se ver que não faz mais sentido a implantação de programas homogêneos (pretensamente adequados para qualquer situação) e verticalizados, ditados de cima para baixo pelo nível central”.

Contudo, a descentralização, no caso brasileiro, também é vista como um processo distorcido em que, no mais das vezes, teve como única expressão, o fenômeno da municipalização. Em parte, isso pode ter gerado apenas uma fragmentação institucional, com interesses corporativos e clientelistas, em vez de contribuir para dar maior resolutividade aos problemas, o que Melo (1993), citado por Aguiar (1998), chama de “neolocalismo”.

A lógica organizativa e doutrinária do Sistema Único de Saúde, portanto, aponta para um modelo de assistência à saúde em que sua pedra de toque é o resgate da cidadania. Os preceitos constitucionais e a regulamentação pela Lei Orgânica ainda precisavam de um detalhamento maior no sentido de tornar clara a forma de operacionalizar o sistema. Desse modo, objetivando este detalhamento foram implementadas, a partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), que, em tese, “refletem a intenção do Estado em cumprir a Constituição” (Romano, 1998).

A primeira Norma Operacional (NOB 01/91) foi editada ainda no âmbito do INAMPS e instituiu o pagamento por produção, ou seja, de acordo com os procedimentos realizados no município, era feito o repasse da verba para cobrir as despesas. A NOB 01/91 foi considerada por muitos como um retrocesso na política de descentralização e no processo de financiamento pois, além de não ter avançado nas propostas da Lei Orgânica de repasse com base em critérios populacionais e epidemiológicos, transformou, através do pagamento por procedimento e na forma convencional, os estados e municípios em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo (Bueno & Merhy, 1997; Romano, 1998).

Em 1993, o Ministério da Saúde edita a NOB 01/93 através da Portaria 545, de 20 de maio de 1993. O Conselho Nacional de Saúde, a partir de um documento intitulado “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir

a lei”, discute as teses de descentralização político-administrativa. Nesta norma já aconteceram grandes avanços particularmente no estabelecimento das modalidades de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena). De acordo com a capacidade do município, ele poderia assumir determinadas ações de complexidade variável em função da sua estrutura de serviços. Na prática, a gestão parcial não gerou maiores conseqüências, entretanto os quase 150 municípios que passaram a trabalhar com a gestão semiplena e que representavam cerca de 20% da população do País, passaram a ter maior autonomia sobre suas ações de saúde, através do repasse direto dos recursos federais (Ferreira, 1998; Romano, 1998).

Em novembro de 1996, após ser discutida durante mais de um ano na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, é editada a NOB 01/96. Entre a sua edição e sua implantação passaram-se quase dois anos, na verdade, fruto de um certo marasmo no processo de municipalização durante a gestão do Ministro Carlos Albuquerque. Com a NOB 01/96 passaram a existir duas modalidades de gestão municipal, a *plena da atenção básica* e a *plena do sistema*, mas os principais características da nova norma operacional foram o incremento do repasse fundo a fundo (direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde) e a criação da modalidade de pagamento com base populacional, através da criação do Piso Assistencial Básico (PAB). Os municípios passaram a receber, de acordo com a modalidade de gestão, um montante relativo ao tamanho populacional para desenvolver atividades de assistência básica sendo que o valor *per capita* / ano ficava em torno de 10 reais. A depender da série histórica dos custos ambulatoriais do município e de determinados incentivos (cobertura do Programa Saúde da Família, por exemplo) este valor poderia ser aumentado. Os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, bem como a assistência hospitalar continuaram a ser remunerados por procedimento, embora através de um sistema mais rigoroso (Brasil, 1996).

A NOB 01/96, a despeito dos avanços que proporcionou, particularmente no incremento do processo de municipalização (veja na Figura 2.2 o estágio atual de

habilitação), guarda certas armadilhas, algumas delas apontadas por Bueno & Merhy (1997):

“Primeiro, ao admitir duas tipologias de gestão - gestão plena do sistema e gestão plena da atenção básica - cria dois subsistemas de saúde, retrocedendo no princípio do sistema único, e o que é pior, se submete ao projeto de cunho neoliberal proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. (...). Tal atitude, aliada à fragmentação do financiamento, fragmenta a integralidade da atenção criando uma ‘cesta básica’, financiada com recursos do Piso Assistencial Básico - PAB, Incentivo aos Programas de Saúde da Família - PSF - e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS -, para os cidadãos mínimos e dá liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência hospitalar e especializada”.

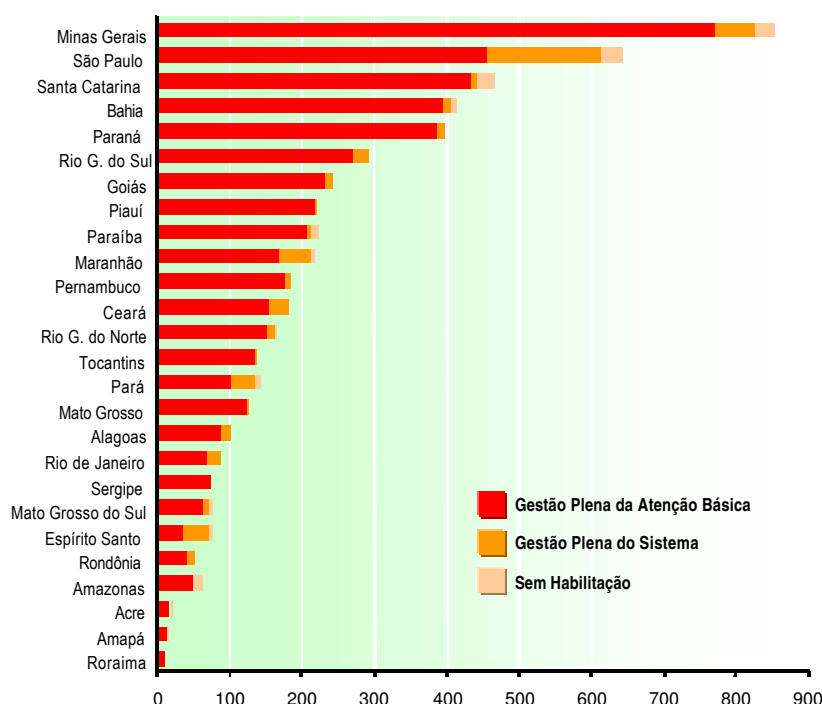


Figura 2.2 - Munic3pios habilitados de acordo com modalidade e Estado, segundo posi3o3o em 25/11/1999. Fonte: Minist3rio da Sa3de, 2000.

Al3m disso, apontam ainda os autores, a manuten3o do pagamento por procedimento nos itens de maior complexidade tecnol3gica poder3 induzir procedimentos de maior lucratividade aos prestadores. Finalizam ressaltando que

apostar na NOB 96, em termos de modelo de atenção e gestão do sistema, é apostar no projeto neoliberal de Reforma do Estado do atual governo (Bueno & Merhy, 1997).

De qualquer maneira, o discurso do sistema de financiamento com base populacional, antiga reivindicação do movimento sanitário, embora que fragmentada na forma de um subsistema de atenção básica, de certo modo seduziu a intelectualidade da Saúde Coletiva e hoje há um consenso aparente de que a NOB 01/96, em seu todo, representou avanços para a consolidação do SUS.

De uma maneira geral, portanto, como destacamos no início deste capítulo, o SUS, entendido como um processo em construção teve seus altos e baixos. No quadro 2.2 Paim (1999) ilustra os principais avanços do sistema até o final da década de 1990.

Quadro 2.2. Problemas no Sistema de Saúde no Brasil, segundo seus principais componentes, medidas propostas pela Reforma Sanitária e alguns resultados alcançados ao final da década de 90. Fonte: Paim, 1999.

Componentes do Sistema de Saúde	Problemas do Sistema de Saúde	Medidas propostas pela Reforma Sanitária	Alguns resultados até o final da década de 90
Modelo de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdade no acesso aos serviços de saúde • Inadequação dos serviços às necessidades • Qualidade insatisfatória dos serviços • Ausência de integralidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento da saúde como direito do cidadão • Universalização e equidade • Continuidade e melhoria da qualidade dos serviços • Integralidade da atenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituição e legislação (SUS formal) (1) • Universalização (1) • Atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico sem barreiras formais (3) • PACS/PSF (3) • Modelos assistenciais alternativos (3)
Organização dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa produtividade • Crescimento dos custos • Formas de produção e de remuneração dos serviços diversificadas • Multiplicidade e descoordenação das instituições 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços • Controle público do setor privado (contrato por direito público) • Implantação do SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização das ações e serviços de saúde (2) • Distritos Sanitários (2) • Consórcios intermunicipais (2) • Extinção INAMPS • Implantação tortuosa do SUS (2)
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Centralização do processo decisório 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de atribuições por nível de governo • Participação da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Leis e NOBS (1) • Municipalização (2) • Regulamentação dos planos de saúde (1) • Conferências e Conselhos de Saúde (1)
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura inadequada de financiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Orçamento social • Fundo único de saúde • Mínimo de 15% das receitas públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • CPMF (2) • Transferência fundo a fundo (2) • Criação do PAB (3)
Infra-estrutura	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Política de recursos humanos (isonomia, educação continuada, carreira e estabilidade no emprego) • Produção de imunobiológicos • Política científica e tecnológica 	

(1) Resultados político-jurídicos

(2) Resultados institucionais-gerenciais

(3) Resultados nas práticas de saúde

2.2.1. O SUS e a Reforma do Estado

Em dezembro de 1998, durante sua visita ao Brasil, o diretor da Organização Pan-americana de Saúde, George Alleyne concedeu uma entrevista ao Jornal *Folha de S. Paulo*, onde afirmou (Falcão & Gazir, 1998):

“O Estado deve e pode garantir um conjunto mínimo de serviços, uma cesta básica. Quando chegamos à tecnologia mais sofisticada, a aspectos mais caros da atenção, creio que há espaço para o mercado. (...) O governo deve assumir a responsabilidade apenas sobre os serviços básicos. Nos serviços mais sofisticados, o Estado tem que garantir que as pessoas desfavorecidas tenham acesso. Mas as pessoas que têm capacidade de pagar, devem custear esses serviços”.

A entrevista provocou reações enérgicas de praticamente toda a área da saúde coletiva. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) publicou uma resposta às declarações de Alleyne em seu Boletim, destacando que a realidade da maioria dos países da América Latina, de pobreza e profunda desigualdade é incompatível com a idéia da saúde regida pelas leis de mercado e que, para que isso ocorresse, seria necessária uma verdadeira revolução no sentido da redistribuição da renda. Continua o editorial da ABRASCO (ABRASCO, 1998):

“Para além dessas questões básicas restam ainda outras todavia mais importantes. Afinal de contas o que é uma cesta básica de saúde? Qual foi o sábio capaz de definir, com algum grau de lógica, as necessidades que são básicas em saúde? Será que bastam ‘duas aspirinas, sete vacinas e um atestado de óbito’? Quem sabe os técnicos da OPAS poderiam nos demonstrar que é possível identificar a existência de necessidades supérfluas em saúde?”.

Carvalho (1999) nos resgata a reação indignada de Gilson de Carvalho, então secretário municipal de saúde de São José dos Campos, SP, que escreveu uma *Carta aberta ao diretor da OPAS* em que dizia, entre outras:

“Nosso problema de saúde é bem outro: governos que não cumprem a lei e, no pós-constitucional foram contumazes em desviar recursos da saúde para outras áreas. Agora, Alleyne, vir aqui para prestar este desserviço aos que lutam há décadas pelo Direito Universal à saúde é fazer o discurso do inimigo. Dos privatizantes. Da economia de mercado, ótima para os que têm e péssima para os que não conseguem ter”.

Entre os “inimigos” aos quais se refere Carvalho, estão os organismos financeiros internacionais, particularmente o Banco Mundial. Em seus relatórios anuais, com frequência a organização vem propondo medidas racionalizadoras no campo da saúde, em particular a instituição de pacotes básicos de assistência à saúde para grupos vulneráveis, mantidos pelo Estado, ficando a assistência secundária e hospitalar gerida pelo mercado (World Bank, 1997).

No cenário brasileiro, não é de hoje que o Sistema Único de Saúde vem sendo atacado no sentido de mutilá-lo em suas características principais, particularmente a universalidade e a integralidade, além da garantia da saúde como direito de cidadania. Já durante a revisão constitucional, cinco anos após a promulgação, se tentou remeter o direito à saúde à legislação complementar, eliminando assim o direito constitucional, o que não chegou a acontecer por pressões da sociedade civil organizada, destacadamente do movimento sanitário.

De fato, o SUS corre na contramão da tendência dos países da América Latina em geral e do Brasil em particular, com uma política de saúde com base nos preceitos da universalidade e da equidade, os quais são opostos à lógica neoliberal no que diz respeito à ação do Estado e ao estabelecimento de políticas sociais. Campos (1997b) afirma que é curioso que se pretenda implantar no Brasil um sistema de base eminentemente pública quando, em todo o mundo são levantadas sérias dúvidas a respeito da capacidade do Estado de produzir bens e serviços. E, aprofundando este paradoxo, prossegue:

“Inegavelmente, esta é a contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto neoliberal no dia-a-dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido”.

Este conflito vem tendo, como palco, as diversas instâncias de funcionamento do SUS, particularmente nas municipalidades. De um lado, experiências bem-sucedidas de implantação de modelos assistenciais com base no ideário do SUS e, de outro, tentativas (algumas com sucesso) de implementar políticas privatizantes.

Para Gouveia & Da Palma (2000) alguns exemplos destas tentativas são o *Plano de Atendimento à Saúde* (PAS), da Prefeitura de São Paulo, a proposta original das *Organizações Sociais* e o papel das *Fundações privadas* de apoio às instituições públicas. Com relação ao PAS, trata-se de um modelo de gestão cujos princípios seguem as regras dos organismos internacionais como o Banco Mundial para as políticas sociais nos países de capitalismo periférico. Estas regras de corporificam em seus três pressupostos: (a) co-parceria na gestão dos serviços, em que o município entra com os bens móveis e imóveis e as entidades privadas (as cooperativas) com os recursos humanos; (b) flexibilização administrativa nas relações de trabalho e (c) financiamento vinculado a fundo público, nos moldes de pré-pagamento por capitação (Elias, 1999). O PAS, entretanto, teve uma estratégia populista de implantação, na medida em que a administração que o planejou, durante a gestão do prefeito Paulo Salim Maluf (1993-1996), promoveu um sucateamento da estrutura pública existente para, em seguida, injetar dinheiro e remodelar totalmente o sistema de modo que as avaliações iniciais do PAS por parte da população eram sempre positivas. O mesmo não aconteceu com os profissionais que foram praticamente obrigados a aderir ao sistema de cooperativas e cerca de 35 mil servidores foram afastados de suas funções originais por não aceitarem ingressar no sistema (Gouveia & Da Palma, 2000). Do ponto de vista dos preceitos constitucionais, o PAS mantém, embora com várias restrições, a universalidade, mas rompe com a integralidade, quando propõe um modelo centrado na atenção médica; com a equidade, quando mantém a lógica perversa de má distribuição dos equipamentos públicos de saúde e com o controle social, na medida em que não há nenhuma ingerência das instâncias participativas na condução das ações de saúde (Elias, 1999). O PAS atravessa hoje uma séria crise em função dos constantes episódios de corrupção envolvendo a administração das cooperativas e é caracterizado como um modelo perdulário e ineficiente.

As Fundações privadas apresentaram recentemente um aumento considerável na privatização de seus serviços quando, além de passarem a utilizar instalações e equipamentos públicos, ocupam vagas antes destinadas à população em geral. Dessa forma, acabaram sendo estabelecidos mecanismos de discriminação com relação aos

pacientes do SUS como a dupla fila, em que os pacientes privados e pertencentes à medicina de grupo têm oferta diferenciada de serviços (Gouveia & Da Palma, 1999).

Já a proposta das Organizações Sociais constitui-se num dos principais desdobramentos do Plano Diretor para a Reforma do Aparelho do Estado do MARE (Ministério da Administração e Reforma do Estado). Em síntese, as Organizações Sociais são formas veladas de promover a privatização dos serviços de saúde. Através do princípio da “publicização”, entidades privadas sem fins lucrativos, ao adquirirem *status* de Organizações Sociais, passam a administrar prédios e equipamentos pertencentes ao poder público recebendo recursos materiais, humanos e orçamentários da União para funcionarem (Rezende, 1998a).

A idéia de reforma do Estado, exposta no Plano Diretor, parte do princípio da suposta incompetência intrínseca do Estado em prestar bens e serviços e da (também suposta) natureza competente do ente privado em fazê-lo. Propõe a divisão do Estado brasileiro em quatro setores: (a) O *núcleo estratégico e burocrático*, composto pelas áreas em que o Estado tem que manter controle absoluto, uma vez que suas funções básicas são preparar, definir e fazer cumprir as leis, estabelecer relações diplomáticas e defender o território. Compõem este núcleo as Forças Armadas, os poderes Legislativo e Judiciário, as polícias, Ministérios, Secretarias etc. (b) Os *serviços monopolistas de Estado*, que são aqueles cujo principal usuário é o próprio Estado e, como não são atividades lucrativas, serão mantidas com o mesmo (fiscalização, seguridade social etc.), contudo através da transformação dos órgãos públicos em *agências executivas*. (c) Os *serviços sociais competitivos* em que o governo propõe a “livre disputa pelo mercado” com as instituições privadas. Entre estes serviços estão a Educação, Saúde, Cultura e Produção de Ciência e Tecnologia e é neste setor que deverão ser desenvolvidas as Organizações Sociais. (d) Para o quarto setor, o de *produção de bens e serviços*, o destino é a transferência integral para a iniciativa privada. Nele estão incluídos os serviços de água, luz, correios, bancos etc. (Brasil, 1995)

Em algumas áreas o processo de reforma do Estado vai caminhando a passos largos, particularmente no setor de bens e serviços, com a privatização das telecomunicações,

dos bancos estaduais e de outras estatais como as da área de siderurgia. Na área dos chamados serviços sociais competitivos, onde está a saúde, o processo é mais insidioso, considerando que ainda existe uma forte resistência. O modelo de organizações sociais, por exemplo tinha, na proposta original de implantação em São Paulo, a possibilidade de terceirização de qualquer serviço de saúde pública, o qual poderia passar a vender parte dos seus leitos ao setor privado. Com a reação de entidades e movimentos dos mais variados setores e a atuação dos Conselhos Nacional e Estadual de Saúde, foi aprovada lei complementar que garante que todos os leitos continuam públicos e restringiu a privatização somente aos hospitais a serem inaugurados (Gouveia & Da Palma, 2000). Um outro exemplo da luta do setor saúde foi a retirada da PEC 32 (Proposta de Emenda Constitucional nº 32) que acabava com a universalidade do SUS (Rezende, 1998a).

De todo modo, é importante, para a compreensão desses eventos, contextualizar o processo de reforma do Estado e suas implicações para a saúde dentro do cenário econômico mundial. Dentro desta conjuntura, um aspecto importante, e que vem sendo discutido desde o final da década de 1960, é a crise dos Estados de Bem-Estar. Conforme destacamos, a Europa pós-guerra, sob a égide dos princípios keynesianos, institui reformas sociais que pressupunham um Estado protetor que garantisse o exercício da cidadania e dos direitos sociais através de políticas sociais de inclusão. Já nos anos 1970, no auge das idéias liberais e suas conseqüentes estratégias de ajuste, as políticas sociais são submetidas a uma racionalidade econômica, e sofrem sérios questionamentos, particularmente a partir da ascensão do tatcherismo* na Inglaterra.

Surge, assim, um movimento de contra-reforma com o intuito de subtrair direitos sociais consagrados na idéia original do *Welfare State* (Elias, 1999).

Nos países periféricos, nos quais se inclui o Brasil, e que nunca chegaram a desenvolver um padrão de *welfare* clássico, a expansão das idéias neoliberais se dá com

(*) Maneira corrente de se referir ao período em que a Inglaterra viveu sob um governo com forte característica neoliberal, promovido pela Primeira-Ministra Margareth Thatcher.

maior força, muito em função da forte dependência econômica em relação aos países centrais. Como discutido anteriormente, instituições internacionais, como o Banco Mundial, vêm recomendando, nestes países, a instalação de políticas de saúde focalizadoras (a tal *cesta básica* de serviços), abandonando o princípio da universalidade, sob uma justificativa economicista do primado da eficiência, além de cortes nos gastos sociais de uma maneira geral e um estímulo à participação do setor privado (Ortiz et al., 1995; Lima, 1996; World Bank, 1997; Elias, 1999).

Por outro lado, a proposta de reforma do Estado está em consonância com o processo de globalização da economia, o qual pode ser considerado como um novo ciclo de acumulação capitalista. A nova lógica de produção que substitui o modelo *fordista* privilegia o capital financeiro em detrimento do produtivo e introduz uma nova correlação de forças dentro das relações capital-trabalho. Desse modo, as consequências para o Estado, no âmbito das políticas públicas é o do estrangulamento e da contenção de gastos, à medida que ocorre uma expansão do setor privado. As propostas de reforma, neste contexto, teriam dois objetivos: (a) flexibilizar as relações trabalhistas no setor público de modo a permitir a introdução de técnicas de gerenciamento do setor privado com vistas à maior eficiência e qualidade e (b) dar maior participação ao setor privado nos serviços que não se constituem em atividades exclusivas ou estratégicas do Estado (Médici & Barros, citados por Ortiz et al., 1995).

No caso brasileiro, portanto, permanece a contradição anteriormente destacada por Campos (1997b) de um ideário universalista com base em um modelo de Estado providência em choque com o avanço da instalação de políticas de corte neoliberal. O processo de reforma do Estado brasileiro aponta, neste sentido, para sérias consequências ao modelo proposto pelo SUS, entre elas: (a) o repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de direito privado; (b) a manutenção da vinculação dos servidores públicos aos seus órgãos de origem, mas integrando um “quadro em extinção”; (c) o fim do Regime Jurídico Único (praticamente não haverão mais servidores públicos nos Serviços Sociais Competitivos), pois o regime de contrato de trabalho será o da CLT; (d) o fim do concurso público como forma democrática de acesso aos cargos públicos; (e) a

desprofissionalização dos serviços e dos servidores públicos; (f) a flexibilização do contrato de trabalho, das conquistas trabalhistas, inclusive da organização sindical; (g) o fim da Gestão Única do SUS; (h) a recentralização da gestão do SUS no Ministério da Saúde e no MARE; (i) o fim da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde; (j) comprometimento da hierarquização dos serviços de saúde, na medida em que cada serviço privatizado tem em si a característica de autonomia em relação ao sistema de saúde e (k) o fim do controle social, com a reedição dos Conselhos Curadores ou de Administração compostos por “pessoas de reconhecida idoneidade moral e notória capacidade profissional” (Brasil, 1995; Rezende, 1998a).

Além disso, a despeito das batalhas no campo jurídico-institucional, personificadas no Plano Diretor para Reforma do Estado, o governo já vem implementando, na prática, diversas medidas que são reflexo de seu projeto neoliberal, com destaque para a terceirização crescente dos serviços que deveriam ser executados por pessoal do quadro permanente; o abandono do concurso público em muitas modalidades de contratação como o “contrato administrativo emergencial” e a precarização das relações de trabalho, cujo exemplo mais recente são as formas de contratação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários (veja adiante neste capítulo). Por outro lado, o terreno para a instalação das Organizações Sociais vem sendo preparado, com o visível aumento nas alterações da natureza dos hospitais ligados ao SUS que passam de “contratado (privado)” para “filantrópico”, tornando mais fácil sua transformação em Organizações Sociais (Rezende, 1998a).

Portanto, apesar de muitos considerarem o SUS como a maior reforma do Estado em curso no País, há uma outra que corre na direção contrária. A definição deste quadro de conflito (que não há perspectivas de ocorrer em médio ou curto prazo) irá depender da correlação de forças estabelecida entre projetos de sociedade distintos postos na arena de disputa política. Assim, o processo de consolidação do SUS vem se dando nas batalhas do dia-a-dia dentro das municipalidades, principalmente. A manutenção dos preceitos constitucionais é fundamental, mas mais importante ainda é a consolidação do sistema através da implantação de modelos assistenciais mais

equitativos, resolutivos e eficazes que reforcem o ideário do SUS na prática. Discutiremos esta questão fundamental dos modelos assistenciais no tópico a seguir.

2.2.2. O SUS e os modelos assistenciais

Uma discussão importante, quando se considera o processo de implantação do SUS diz respeito aos modelos assistenciais. Em linhas gerais os modelos assistenciais podem ser definidos como a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa comunidade. Ou seja, significa pôr em prática as estratégias operacionais tendo, contudo, os princípios organizativos e doutrinários como base. Como nos lembra Silva Jr. (1998) a discussão a respeito da operacionalização dos modelos assistenciais é de importância estratégica, considerando que a luta pela Reforma Sanitária sai de sua dimensão jurídica passando ao esforço de construção de novos modelos de assistência à saúde e reorientação de práticas, visando impactar nas condições coletivas de vida e na legitimação do processo.

Cabe aqui um comentário a respeito do conceito de assistência. Embora na maioria das publicações os termos assistência e atenção apareçam como sinônimos, para Narvai (1992), devem ter significados distintos:

*“Para nós, **assistência** odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, estejam doentes ou não.*

*A **atenção** à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas **externamente** ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, habitação, saneamento, lazer etc.) e mesmo **internamente** à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, controle de placa etc.).”*
[grifos do original]

Vale dizer que, apesar do raciocínio do autor ser dirigido à área de saúde bucal, o mesmo se aplica à área de saúde de uma forma geral. De qualquer maneira, em algumas situações, os limites entre o que é assistência e o que é atenção são muito

tênuos o que talvez explique a confusão nos termos. Em certa medida os modelos assistenciais tal como o estamos considerando, envolvem ações que estariam contempladas nas estratégias de atenção, particularmente nos casos de articulações intersetoriais. Consideraremos o termo consagrado “modelo assistencial” (embora seja comum a expressão “modelo de atenção” com o mesmo significado), contudo sem uma maior preocupação com as distinções conceituais.

É importante, também, não considerar os “modelos” como fórmulas a serem aplicadas acriticamente, sem levar em conta as particularidades locais tanto do ponto vista político quanto técnico. Nem tampouco confundi-los com sistemas de atendimento, os quais compõem apenas uma parte isolada do modelo (Narvai, 1992). Na epígrafe citada no início deste trabalho é feita uma digressão pelo escritor Italo Calvino a respeito das contradições que acabam se formando quando imaginamos modelos prontos e acabados e os aplicamos a uma realidade que é dinâmica e viva. Essa idéia de modelos nos lembra sempre o mito do leito de Procusto*.

Os modelos assistenciais em saúde no Brasil, em verdade todos os modelos de uma forma geral e, certamente em todos os países, são construções históricas. Isto significa que refletem o paradigma vigente desde as concepções de saúde-doença ao arcabouço técnico e político de implementação das práticas. Desse modo, o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde tem suas origens na Medicina Científica (Flexneriana) do ponto de vista das características da prática médica. Isto fez com que suas ações fossem centradas no ato médico clínico de caráter curativo e fortemente tecnológico-dependente (Silva Jr., 1998).

O modelos que se estruturaram, historicamente, no Brasil, tiveram portanto uma característica hospitalocêntrica e medicocêntrica, ou seja, centrado no hospital, no médico, na doença, em equipamentos e medicamentos. Do ponto de vista da organização técnico-política, privilegiou o modelo privado lucrativo, mesmo quando a relação profissional/paciente acontecia no espaço público (Rezende, 1998b).

(*) Procusto, um personagem da mitologia grega, era um salteador que torturava suas vítimas amarrando-as em um leito de ferro. Caso o desafortunado prisioneiro fosse maior que o leito, cortava-lhe as pernas e, caso fosse menor, esticava-o até que ficasse do mesmo tamanho de sua cama de ferro.

Este modelo, que ficou também conhecido como “médico-assistencial privatista” (Mendes, 1993; Paim, 1999) ou mesmo “médico-assistencialista” (Carvalho & Goulart, 1998) desenvolveu-se a partir do processo de industrialização e do crescimento da medicina previdenciária que, conforme discutimos no tópico anterior, se deu às expensas do financiamento a partir do Estado. De outro lado, o modelo de “sanitarismo campanhista” era responsável pelas ações da tradicional saúde pública, principalmente no combate às endemias e epidemias.

Desse modo, a característica principal da evolução histórica dos modelos assistenciais no Brasil é a dicotomia curativo-preventivo personificada, inclusive, institucionalmente, uma vez que as atribuições destas medidas ficavam a cargo de instituições diferentes. A falta de integração entre os dois sistemas provocava um ciclo vicioso em que a rede básica pouco resolutiva gerava excesso de demanda hospitalar (Mendes, 1993; Carvalho & Goulart, 1998).

Um princípio que norteou o modelo médico-assistencial privatista foi a organização dos serviços a partir da livre demanda ou “demanda espontânea”. Nestes casos, o modelo reforça a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços quando estiverem doentes. Isto introduz uma lógica perversa, como alerta Paim (1999):

“As preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis, que determinaria o consumo de serviços médicos”.

Assim, em função de sua característica hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva, os modelos assistenciais estabelecidos no Brasil se constituíram num desafio para a implantação do SUS, pelo fato deste apontar para uma lógica diametralmente oposta, de universalidade, integralidade e promoção de saúde.

Alguns modelos alternativos já vinham sendo implantados em certos locais mesmo antes do surgimento do SUS, como por exemplo, algumas experiências de

implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), o qual surgiu como estratégia anterior ao SUS e que já trabalhava a partir da idéia de distritos sanitários.

Os distritos sanitários, como destacamos anteriormente surgiram a partir da proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e, na verdade, sua organização não deve ser vista de forma isolada dos processos de descentralização e de democratização do Estado. Trata-se de uma resposta interna do setor saúde no sentido de proporcionar maior equidade, eficácia e eficiência às suas ações. Para Silva Jr. (1998) a base para seu desenvolvimento tem os seguintes princípios fundamentais: (a) a reorganização do nível central; (b) a descentralização e desconcentração; (c) a participação social; (d) a intersetorialidade; (e) a readequação dos mecanismos de financiamento; (f) o desenvolvimento de um novo modelo de atenção (g) a integração dos programas de prevenção e controle; (h) o reforço da capacidade administrativa e (i) a capacitação da força de trabalho.

Outros modelos (ou propostas de modelos) podem ser resgatados na literatura em saúde coletiva e todos são, na verdade tentativas (algumas bem outras mal sucedidas) de implementar o SUS em nível municipal. A rigor, portanto, poderíamos dizer que o “modelo” em si, está dado, ou seja, o modelo é o SUS. As tecnologias que deverão ser desenvolvidas, as formas como a demanda deve ser organizada, as estratégias de inclusão, o incentivo à participação popular etc., são desdobramentos importantes e que cada nível deve pensar a melhor maneira de colocá-los em prática.

Uma proposta importante de modelo assistencial que vem sendo desenvolvida é a do Programa Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde (PSF/PACS). Trata-se da introdução de uma nova lógica na prestação de serviços, particularmente com relação à atenção primária, segundo os pressupostos do Ministério da Saúde. Dada sua importância para o desenvolvimento atual do SUS e para suas perspectivas futuras o PSF/PACS será melhor detalhado no tópico a seguir.

(*) Embora não sejam comuns, em alguns casos são implementados modelos que não têm como base o SUS e o exemplo mais marcante é o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) de São Paulo.

2.2.3. O Programa Saúde da Família: estratégia reestruturante ou política focal?

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. Enquanto proposta concebida dentro da vigência do Sistema Único de Saúde, teve, como antecedente*, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, onde já se trabalhava tendo a família como unidade de ação programática. Com os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, se buscou uma ampliação e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (Viana & Dal Poz, 1999; Brasil, 2000a,b).

Inicialmente o PSF ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995 o Programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Com a implementação da NOB01/96, no início de 1998, foram criados, além do pagamento *per capita* (veja tópico 2.2), os incentivos para o PACS e PSF. Esses incentivos fazem parte da fração variável do PAB, correspondentes a R\$ 2.200,00 por ACS/ano e de R\$ 28.800,00 a 54.000,00 por ESF/ano, de acordo com faixa de cobertura populacional. A partir de então, o PSF apresentou um notável crescimento, contando hoje com 7.291 equipes em todo o Brasil, espalhadas em 44,3% dos municípios e cobrindo cerca de 15% da população (veja Figura 2.3). A meta do Ministério da Saúde é ampliar para 20 mil equipes e 150 mil agentes comunitários até 2002 (Aguilar, 1998; Viana & Dal Poz, 1999; Brasil, 2000c,f).

(*) Na verdade, o Brasil apresentou, ao longo da história de seus modelos assistenciais, outras experiências tendo a família como base de atuação, particularmente nos anos 1970, a partir das discussões sobre Atenção Primária em Saúde e o estímulo à formação dos Médicos de Família (Trad & Bastos, 1998; Aguilar, 1998). Considerando o escopo deste trabalho, tal resgate histórico não será feito aqui.

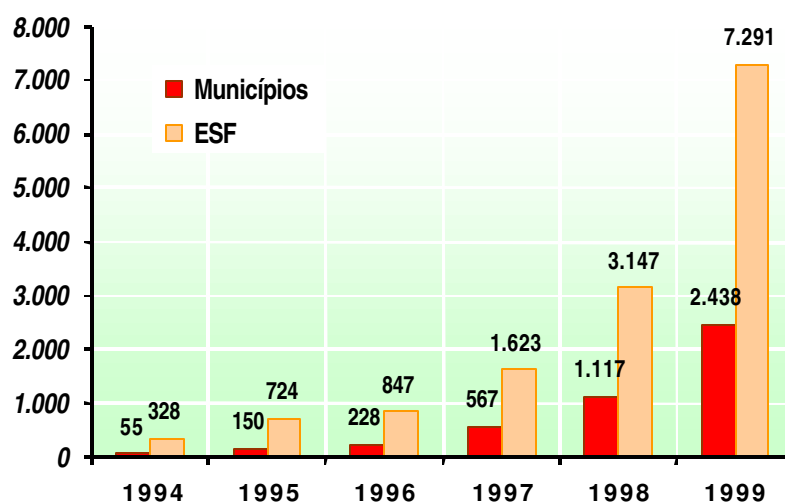


Figura 2.3 - Evolução do Programa Saúde da Família no Brasil, em número de municípios em que o Programa foi implantado e número de Equipes de Saúde da Família (ESF).

Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

Conforme ressaltam Viana & Dal Poz (1999), o PSF faz parte da fase de expansão *incremental* do SUS. Os autores fazem referência à tipologia proposta por France em 1997 para as reformas no setor saúde, na qual podem se distinguir duas modalidades de reforma, a do tipo *big bang*, onde grandes transformações ocorrem em curto espaço de tempo, e a do tipo incremental, onde são realizados pequenos ajustamentos sucessivos. Desse modo, a introdução do SUS na Constituição de 1988 pode ser considerada uma reforma do tipo *big bang* e o período pós-1995 se configura como um processo de reforma incremental em que novas propostas vêm sendo colocadas para o modelo de prestação de serviços. Ainda de acordo com estes autores, duas grandes mudanças nos últimos cinco anos podem ser destacadas como responsáveis por esta fase incremental e que estão, conforme destacamos anteriormente, intimamente imbricadas: a NOB01/96 e o Programa Saúde da Família.

De acordo com o documento oficial do Ministério da Saúde, no qual estão explicitados os princípios do PSF, a estratégia de Saúde da Família “reafirma e incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade”. Se propõe, portanto, a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo

tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e para o hospital. A base operacional deste novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF), que tem como princípios (Brasil, 2000b):

“Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas”.

É possível ainda a incorporação de outros profissionais na Unidade de Saúde da Família ou em atividades de supervisão. Para o seu gerenciamento, o Programa conta com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cujo banco de dados deve ser alimentado com informações dos municípios participantes do Programa (Brasil, 2000d,e).

É importante perceber que, no decorrer da implantação do PSF, o Ministério da Saúde muda o discurso no sentido de, cada vez mais, desvincular o PSF dos programas “verticais” muito comuns na época do INAMPS e que perduram até hoje. Concebido inicialmente como Programa dentro da FUNASA, o PSF foi, aos poucos, sendo tomado como prioritário dentro dos modelos propostos para a atenção básica e hoje se fala em “Estratégia da Saúde da Família” embora a denominação PSF persista. Decerto a “estratégia” de falar em estratégia e não mais em programa, foi uma forma de

responder às críticas que eram dirigidas ao programa, taxado de “foquista” e de ser uma medida impositiva que não considera as realidades locais.

Neste sentido, Vasconcelos, citado por Aguiar (1998), pondera que não há como se propor um modelo único para todo o Brasil, considerando sua grande diversidade regional e que a lógica vertical do PSF introduz dificuldades com relação à sua integração com o Sistema Local de Saúde, particularmente no que diz respeito à referência e contra-referência e também à receptividade dos serviços existentes, tendo em vista a remuneração diferenciada dos profissionais.

Na cartilha do Ministério da Saúde *Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar* (Brasil, 2000d), o discurso da estratégia e a resposta às críticas feitas ao programa estão bem claras. Em um dos tópicos, “o que *não* é o PSF”, diz a cartilha:

“Não é ‘cesta básica’, que garante a todos só a atenção primária. Ao contrário, o PSF, ao resolver as questões de saúde da rede básica, vai diminuir o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados ‘desafogando’ os hospitais. Assim racionaliza o uso dos recursos existentes que, melhor utilizados, garantem o acesso de todos aos procedimentos mais complexos. Não se trata de economia de recursos, ‘de uma medicina de pobre para pobres’ com utilização de baixa tecnologia. É uma prática complexa, que requer novos campos de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes”.

Discutimos anteriormente neste capítulo a questão das estratégias “foquistas” colocadas na agenda dos organismos internacionais para os países da periferia, contudo convém retomá-la no contexto da implantação do PSF no Brasil. Em certa medida, políticas assistenciais voltadas para grupos vulneráveis e com baixa tecnologia coadunam com a lógica eficientista que vem sendo imposta para a consecução de políticas sociais nos países de economia dependente. Do ponto de vista do discurso oficial, os conceitos de universalidade e equidade podem adquirir formatos apropriados em função da maneira como se considera o papel do Estado em uma sociedade desigual. Para Almeida (2000), determinadas medidas racionalizadoras, baseadas na lógica de um Estado eficiente em detrimento de um organismo redutor de iniquidades, podem justificar a ação em determinados grupos sociais a partir de um princípio de universalidade equitativa. Em tese, centrar as ações em setores da sociedade expostos a um maior risco à saúde (e este é um dos critérios

para a priorização de implantação de equipes de PSF) não deixa de ser um princípio de equidade. A questão imposta neste raciocínio é que, no mais das vezes, não se trata de uma perspectiva da implementação de um modelo equânime, mas de uma lógica racionalizadora em que a contenção dos gastos regula o acesso aos serviços.

Para Barros (1996), o dilema dos Estados de Bem-Estar que, em função da crise econômica, se vêem propensos a optarem por políticas de focalização é uma questão recorrente, discutida no bojo das reformas neoliberais. O estabelecimento de prioridades, neste sentido, entendidas como uma maior atuação no alívio da pobreza, aparece sempre como uma alternativa tentadora. Contudo, de acordo com a autora:

“A exigência de estabelecer prioridades não pode ser confundida com a negação do princípio da universalidade do direito como imagem-objeto para a sociedade, implícita na proposta de focalização. Assim, não se pode confundir e apoiar mecanismos de restrição de direitos (...) com base no argumento de que hoje o Estado não tem condição de oferecer tudo a todos. Há formas de resolver democraticamente o dilema (...) sem negar a possibilidade de uma ampliação futura das condições de exercício do direito”.

Outros autores, como Paim (1996) demonstram preocupação com a vinculação do PSF com as propostas de focalização do Banco Mundial, na medida em que, ao se negligenciar esta possível articulação, corre-se o risco de “constatarmos que os esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e na gestão e o desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde, como estratégias de reorientação de sistemas de saúde, sejam transformados em fundamentos e argumentos para o *apartheid* sanitário”. Destaca, ainda, que é preocupante observar que o PSF vem se tornando o carro-chefe do novo modelo assistencial do SUS.

Por outro lado, para Viana & Dal Poz (1999), há méritos no PSF exatamente pelo fato de expor certas fragilidades do modelo tradicional. Para os autores a dualidade universalismo x focalização não se constitui num problema, na medida em que é possível “se ter práticas focalizadas dentro de uma política universal e não há necessariamente conflito entre focalização e universalização, isto é, os dois conceitos

não precisam ser excludentes”. Neste sentido, o PSF pode ser um instrumento de reorganização da política universal.

Desse modo, diferentes dimensões a respeito da estratégia/programa Saúde da Família podem ser resgatadas atualmente na literatura e no discurso da Saúde Coletiva, que vão desde a interpretação do PSF como uma oportunidade única (a qual não se deve perder) de resgatar uma prática mais humanista, que gere vínculo e responsabilização e que dinamize o processo de trabalho, à leitura do processo em seu caráter mais abrangente e de longo prazo. Nesta linha, argumenta Aguiar (1998):

“As diferentes dimensões da proposta do PSF aparecem nas percepções dos autores que, por um lado argumentam favoravelmente no que concerne ao seu potencial de viabilizar a operacionalização da atenção primária em saúde referida pelos princípios do SUS e, por outro, apontam o risco da segmentação de clientela e da ‘focalização’, com retrocesso e limitação dos mesmos princípios, tendo em vista a orientação normativa das políticas públicas em tempos de crise fiscal, onde, no plano macroeconômico e político, doméstico e internacional, as questões sociais têm sido vulnerabilizadas e atreladas à estabilidade econômica e ao controle do déficit público”.

De todo modo, compreendendo o PSF como uma forma de articular a Atenção Primária em Saúde, não há como rotulá-lo *a priori* como estratégia foquista, *desde que* esta estratégia esteja dentro de uma lógica organizativa do SUS, de caráter universalista e eqüanime, fazendo parte de uma rede hierarquizada em que a atenção básica tenha, como retaguarda, uma atenção secundária e terciária de qualidade. Conforme destacam Franco & Mehry (1999), a estratégia de atenção domiciliar não se configura em novidade dentro da implementação do SUS, ou seja, é possível que se desenvolva um modelo assistencial, mantendo a idéia de uma rede básica e introduzindo a abordagem familiar como um componente deste modelo, o que já foi experimentado em diversas localidades no País. Ainda a respeito desta contradição, Moysés (2000)* destaca que, na experiência de Curitiba, algumas unidades básicas de saúde trabalham com uma mesma lógica organizativa do PSF sem, contudo, ter tal designação nem tampouco gozar dos mesmos incentivos salariais, o que gera disputas internas.

(*) MOYSÉS, S.J. Comunicação pessoal, 2000.

Neste sentido, o fato do PSF se colocar como um programa paralelo (por mais que o discurso governamental insista no contrário) conduz a algumas armadilhas. Entre elas, as apontadas anteriormente, e ainda a de considerar a atenção básica médico-centrada como única forma de atuação realmente impactante, uma espécie de reificação do generalista, no dizer de Franco & Mehry (1999). Ainda segundo estes autores, uma vez que o PSF propõe uma mudança de ordem estrutural, mesmo que pressupondo um trabalho com equipe multiprofissional, não há garantias de que se rompa com o modelo de prática hegemônico centrado na figura do médico. Esse rompimento, certamente, não ocorre, porque:

“Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço. Mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que, em última instância, é o que define o perfil da assistência”.

Embora o processo de qualificação das equipes tenha sido dinamizado pela criação dos Pólos de Capacitação, o setor de formação de recursos humanos em saúde ainda não respondeu (e, historicamente, não tem respondido) de forma concreta, às novas demandas impostas pelo setor saúde. Como lembra Moysés (2000), os “cursos básicos de finais de semana, não obstante toda a boa vontade, não são suficientes para sobrepor a formação hegemônica nas escolas médicas e as perspectivas profissionais introjetadas em sociedades de consumo como a nossa”.

A questão dos recursos humanos que mais tem gerado discussões, entretanto, é a relação de trabalho imposta pelo PSF. Trata-se do aspecto operacional do Programa que mais o caracteriza como modelo paralelo, na medida em que preconiza o estabelecimento de relações de trabalho diferentes. De acordo com as instruções para a implantação do Programa, recomenda-se proceder a uma seleção interna para alocação de profissionais da rede dentro do Programa e, se for o caso, contratar novos profissionais através do regime de CLT. Para o Ministério da Saúde, “esta é a via preferencial para expansão e reposição do quadro de pessoal da administração pública nos três níveis de governo” (Brasil, 2000e). Numa pesquisa avaliativa realizada pelo Ministério da Saúde junto aos gestores estaduais e municipais e às equipes de Saúde

da Família, entre outros aspectos analisados, foi traçado um perfil das modalidades de contratação dos profissionais das ESF no Brasil. Conforme pode ser visto na Figura 2.4, o percentual maior é encontrado para a modalidade do tipo *contrato temporário*, ou seja, quase a metade dos municípios pesquisados que tem PSF implantado optaram por este tipo de relação de trabalho com suas ESF (Brasil, 2000c).

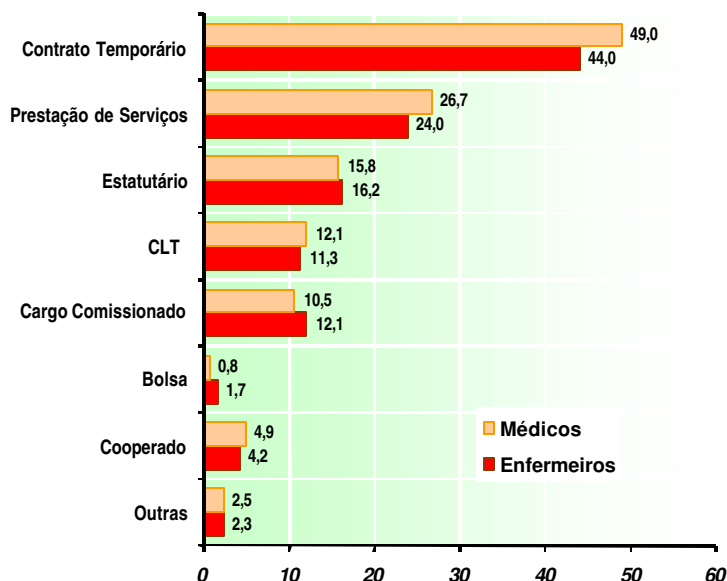


Figura 2.4 - Distribuição dos municípios pesquisados de acordo com a forma de contratação dos profissionais das equipes do PSF. Brasil, 1999. Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

Em outros trabalhos de pesquisa realizados em algumas experiências de PSF, tem-se verificado dados semelhantes, como na pesquisa realizada por Viana & Dal Poz (1999). Para os autores, contudo, a existência de modalidades diferentes de contratação é um aspecto positivo, uma vez que são experimentadas novas modalidades de gestão que “tentam fugir das amarras da gerência pública”. O problema, entretanto, é que tais medidas provocam um risco muito grande de serem estabelecidas práticas clientelistas no processo de contratação e de formação das equipes. As “amarras” da gerência do setor público possuem, certamente, outros nós e há outras formas de desatá-los.

Um outro aspecto importante é a forma acrítica como o PSF vem sendo implantado em muitas localidades no País. Além da lógica impositiva do modelo, o mecanismo dos incentivos, disponibilizado pela parte variável do PAB, conduziu a formas de implantação do Programa em que não houve discussão com a população e com o setor saúde e tiveram, como único objetivo, aumentar a receita. Conforme ressalta Narvai (2000)*, o PSF poderia ser discutido não como “o” Programa de Saúde da Família, mas como “os Programas” de Saúde da Família, ou seja, é possível encontrar experiências em que a estratégia de Saúde da Família foi incorporada ao modelo proposto pelo SUS e contribuiu para sua consolidação. Em algumas situações, portanto, o PSF é o próprio modelo assistencial, não se configurando como modelo paralelo ou vertical. Em outros casos, porém, temos modelos distorcidos, pouco impactantes, implantados de forma prescritiva e que, no mais das vezes, exacerbaram-se todas as suas deficiências. Aguiar (1998), após estudar e discutir experiências particulares de implantação de Saúde da Família, destaca em suas conclusões:

“Essas experiências de práticas focalizadas dentro de um desenho de política universal confirmam, então, nossa hipótese de que o Programa de Saúde da Família apresenta um caráter complementar e não substitutivo em relação aos princípios e diretrizes organizativas do SUS. (...)”

A nosso ver, os limites e possibilidades do PSF, no que diz respeito à revisão do modelo assistencial, estariam vinculados à forma de sua inserção nos sistemas locais de saúde. Neste sentido, tem sido polemizado, justamente, porque tanto pode servir às tendências simplificadoras, como também às motivações de mudança para gerar resultados mais efetivos do SUS”.

Ainda de acordo com a autora, uma mudança estrutural do porte de uma reestruturação do modelo assistencial e da prática médica exige um debate mais amplo que extrapola os limites do setor como área de atuação pública. No que concorda Moysés (2000)†, quando afirma que o modelo assistencial orgânico à população brasileira decorrerá da operacionalização da Constituição e da Lei Orgânica. Esse modelo no fim das contas não é um modelo mas um processo social maior que o próprio setor saúde. Destaca ainda o autor que “se o que agora chamamos Saúde da Família conseguir captar esta perspectiva crítica, fazendo avançar as práticas

(*) NARVAI, P.C. Conferência proferida durante o XVI Enatespo, em Brasília, setembro de 2000.

(†) MOYSÉS, S.J. Op. cit.

coletivas de saúde no Brasil, ao par da boa intervenção clínica (sempre necessária), então o PSF escapará de ser “foquista”.

De todo modo, apesar do discurso oficial apontar para uma estratégia que vai no sentido da consolidação do SUS, de caráter substitutivo, reforçando a integralidade e intersetorialidade, contribuindo para uma nova prática de saúde (enfim um novo modelo assistencial), a dubiedade *programa x estratégia* parece ainda não estar resolvida. Ou seja, por que o PSF é um “Programa”, com financiamento próprio e forma de contratação de pessoal própria e não uma opção a mais a ser colocada para a abordagem dos problemas de saúde que possa ser implementada (ou não) pelo município a depender de suas características locais?

Em linhas gerais, portanto, ao que tudo indica a incorporação da estratégia/programa de Saúde da Família ao modelo assistencial brasileiro parece ser um caminho sem volta. De que forma será dada essa incorporação e qual tendência seguirá ainda não há como saber. Contudo, não há como ignorar esse processo que, certamente definirá os rumos da política de assistência à saúde no Brasil nos próximos anos.

Capítulo 3



A QUESTÃO DA OFERTA E DA DEMANDA POR SERVIÇOS: OS DESAFIOS DO SUS PARA A SAÚDE BUCAL

*Minha pedra é ametista
Minha cor, o amarelo
Mas sou sincero
Necessito ir urgente ao dentista.*
João Bosco e Aldir Blanc

Vimos no capítulo anterior como o Sistema Único de Saúde, em sua construção histórica impingiu novos desafios aos modelos assistenciais. Na área da saúde bucal estes desafios se fizeram mais presentes em função das práticas excludentes postas em prática pelos modelos incrementais estruturados, fundamentalmente, a partir da década de 1950, como veremos adiante.

Tentaremos, a partir de agora, introduzir uma discussão a respeito da atual conjuntura no que diz respeito à oferta e à demanda por serviços de saúde bucal no Brasil. Há que se levar em conta, no entanto, que qualquer leitura que porventura seja feita será um recorte em uma realidade que é, sabidamente, dinâmica e, na medida do possível, esta análise considerará estes aspectos históricos.

Em primeiro lugar, algumas questões conceituais. Quando falamos em “demanda” (do latim *demandare* = “ir em busca de”) estamos nos referindo a uma ação dirigida, caracterizada por uma situação de “alguém que precisa de algo, a procura de outrem que esteja capacitado a oferecer soluções adequadas” (Belardinelli, 1987). É, pois, um

conceito diferente de necessidade, a qual pode ser referida como a expressão numérica dos problemas bucais de uma dada população. Para Acosta & Zinemanas, citados por Chaves (1986), demanda ou procura é necessidade sentida. Para este autor, as necessidades odontológicas podem ser representadas por quatro círculos concêntricos, onde, de dentro para fora temos, nos dois primeiros, a demanda atual e a demanda potencial. Nos dois círculos mais externos temos as necessidades não sentidas, subdivididas naquelas com capacidade econômica e sem capacidade econômica. O esquema de Chaves ainda nos é particularmente importante para entendermos a dinâmica da demanda por serviços odontológicos, na medida em que introduz as diversas possibilidades do comportamento do mercado de trabalho em odontologia a partir da compreensão do movimento destas fatias da demanda e das abordagens necessárias para incluí-las no processo de trabalho odontológico. Contudo, fiquemos, por enquanto, apenas com a sua conceituação de demanda e necessidade.

Como desdobramento do conceito de demanda, temos o da “oferta” de serviços que nada mais é do que o conjunto de recursos e tecnologias necessárias para suprir uma determinada demanda.

Mesmo considerando as diferenças entre necessidade e demanda, as análises de necessidades são as mais corriqueiras, tendo em vista que podem ser obtidas a partir de dados epidemiológicos e de serviços. Uma breve descrição sobre o perfil epidemiológico em saúde bucal da população brasileira se faz, portanto, necessária.

3.1. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil

O Brasil tem sido frequentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. De fato, a situação de saúde bucal não foge à regra da saúde de uma forma geral, cuja situação é, ainda, por demais desalentadora.

Pode-se dizer que, no Brasil, em vez da *transição epidemiológica*, onde as doenças infecto-contagiosas, usualmente ligadas à pobreza e às condições de saneamento, dão lugar às doenças crônico-degenerativas e cardio-vasculares, mais ligadas aos

chamados males da civilização, tem-se um quadro em que ainda são bastante significativos os índices de mortalidade por doenças infecciosas e crescem ainda mais as doenças do coração e crônico-degenerativas aliadas a uma fatia cada vez maior das mortes por violência, incluídas nas chamadas “causas externas” (Waldman et al., 2000).

Trata-se de um quadro de morbi-mortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais e, portanto, com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação pífia do Estado no combate a estas desigualdades.

A situação de saúde bucal é, portanto, um reflexo disso. Com o agravante de, além de uma situação epidemiológica ainda aflitiva, o sistema de prestação de serviços odontológicos deficiente aliado a uma prática odontológica iatrogênico-mutiladora contribuir para a crescente perda dos dentes.

Por outro lado, a epidemiologia em saúde bucal tem tido, historicamente, uma atuação inexpressiva. O mais rudimentar dos instrumentos de análise e monitoramento da saúde bucal das populações, os levantamentos epidemiológicos (a maioria tendo como base o CPO-D), têm sido pouco experimentados no Brasil. Enquanto vários países (a Inglaterra e os países nórdicos, para ficar somente em dois exemplos) detêm bases de dados de cárie dentária desde as primeiras décadas deste século, no Brasil o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só foi realizado em 1986, pelo Ministério da Saúde. De lá para cá é possível citar ainda mais duas experiências em nível nacional, o levantamento realizado pelo SESI (Serviço Social da Indústria) em 1993 e o conduzido pelo Ministério da Saúde em associação com algumas entidades de classe, em 1996 (Brasil, 1988b; Pinto, 1996a; Oliveira, 1998). Com o advento do SUS, outros dados também foram gerados mais recentemente, pulverizados em alguns municípios, alguns com a clara intenção de compor um modelo assistencial de base epidemiológica e outros nem tanto.

Dada a pouca tradição no campo da epidemiologia, as experiências nacionais foram diversas e cercadas de deficiências. São, portanto, dados não muito bons mas são os que temos. Mostram um declínio na experiência de cárie (medida pelo CPO-D) na

população infantil entre 1986 e 1996, porém a situação em adultos permanece ainda desconhecida, ainda que suponha que não deva ter mudado muito.

A seguir resgataremos os principais dados destas 3 experiências no sentido de se tentar compor um quadro das doenças bucais no País.

3.1.1. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986.

Sob este título, a recém-criada Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde torna público, em 1988, o relatório do primeiro levantamento epidemiológico de abrangência nacional (Brasil, 1988b). Seus principais resultados estão em destaque a seguir.

Cárie dentária e sequelas

Analisando os dados de cárie dentária em relação a outras variáveis, percebe-se que as variáveis renda e idade explicam quase que inteiramente o CPO-D. As diferenças inter-regionais, contudo, não puderam ser captadas pela análise, de modo que não foi possível, na ocasião, se estabelecer um *ranking* de saúde bucal entre as regiões brasileiras. Coincidência ou não, foram encontrados resultados visivelmente mais altos nas regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Os resultados encontrados para a situação de cárie dentária, de uma maneira geral, não foram animadores. O indicador de saúde dental internacionalmente utilizado - o CPO-D aos 12 anos - apresentou um valor de 6,65, indicando, de acordo com a escala da Organização Mundial da Saúde (OMS), uma prevalência muito alta de cárie (Figura 3.1). Segundo dados internacionais da época este valor se constituía no 3º pior índice do mundo, ficando atrás do Brunei e República Dominicana e empatando com a Jamaica (Brasil, 1990c) .

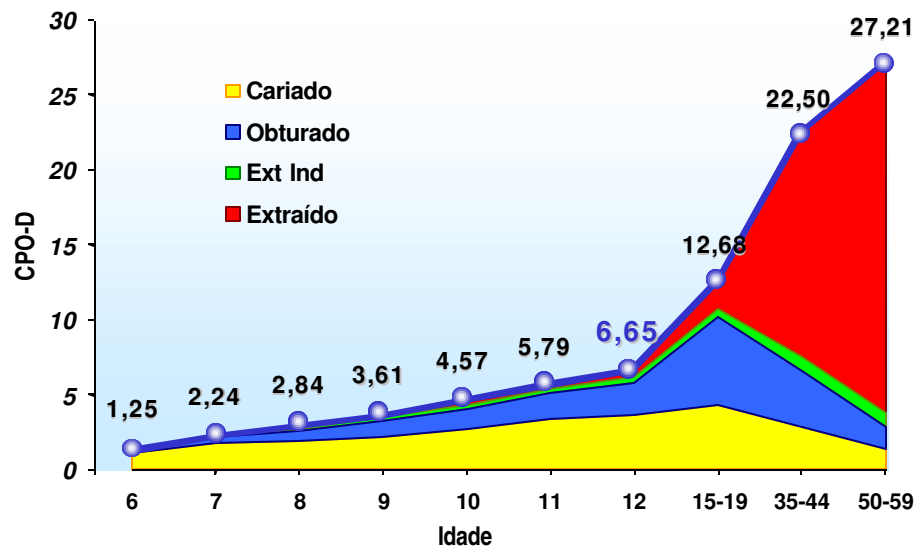


Figura 3.1 - Médias de CPO-D e participação dos componentes, de acordo com a idade. Brasil, 1986.

Como se vê na Figura 3.1, o perfil de crescimento do CPO-D e seus componentes em relação à idade obedece ao padrão peculiar aos países subdesenvolvidos. As necessidades de tratamento (os componentes C e Ei) representam 72% do índice CPO dos 6 aos 9 anos e 62% dos 10 aos 12, decrescendo sempre a partir daí, chegando a apenas 8% no grupo de 50 a 59 anos, o que se deve ao gradativo aumento na proporção do componente extraído, que chega a 86% neste grupo etário.

Foi constatado um alto índice CPO-D em todas as faixas etárias, com poucas diferenças em relação a faixa de renda e, com o aumento da idade, essas diferenças diminuem mais ainda, tendendo à igualdade no fim da vida. Quando se comparam os problemas tratados e não tratados, contudo, as diferenças em relação à renda ficam mais marcantes. No grupo de 6 a 12 anos, por exemplo, as pessoas de renda mais baixa têm 20% de seus dentes obturados e 67% cariados, enquanto que as de renda mais alta têm respectivamente 55% e 40%, uma quase inversão do quadro epidemiológico em função de melhores condições de vida e acesso aos serviços. Na Figura 3.2, a seguir, estas diferenças são ilustradas tendo como base o CPO-D aos 12 anos.

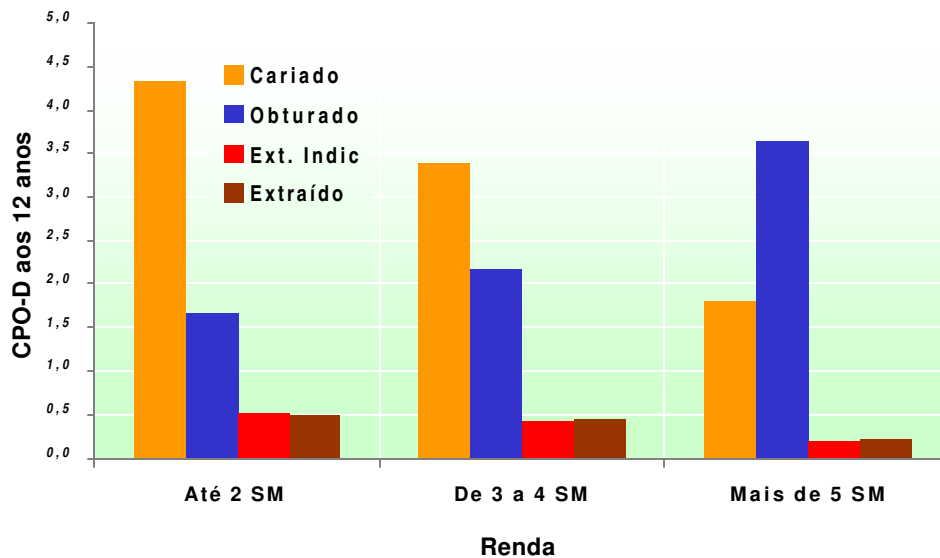


Figura 3.2 - Distribuição dos componentes do CPO-D aos 12 anos de acordo com a faixa de renda. Brasil, 1986.

Com relação à distribuição do índice, apenas 19,5% da população de 12 anos apresentava o índice máximo (3,0) recomendado pela OMS, enquanto 35% estava no patamar mais alto, com CPO-D igual ou superior a 8,0.

Um outro dado pesquisado no levantamento de 1986 foi o de uso e necessidade de prótese total. Os resultados mostram a face cruel do tratamento curativo-mutilador proporcionado à população: na faixa de 15 aos 19 anos 0,6% necessitam de algum tipo de prótese (superior ou inferior ou ambas); 1,2% possuem algum tipo de prótese e 0,2% são desdentados totais (Brasil, 1990c). Com o aumento da idade e as extrações em massa, as necessidades aumentam. Na faixa de 35 a 44 anos, 13% necessitam, 32% as possuem e 16,3% são totalmente edêntulas e entre 50 e 59 anos, 27% necessitam, 56% as possuem e 40% são edêntulas.

Doença Periodontal

Os problemas periodontais, de acordo com os critérios estabelecidos pelo CPITN (Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal), que foi utilizado, pela primeira vez em larga escala, em 1986, mostram uma elevada prevalência no

Brasil, porém semelhante a maioria das nações do mundo desenvolvido. Aproximadamente a metade dos brasileiros necessitam de profilaxia e somente cerca de 7,4% das pessoas na faixa de 50 a 59 anos necessitam de tratamento cirúrgico (veja detalhes na Figura 3.3). Estes dados, entretanto devem ser comparados com os dados de perda dentária por cárie, revelando que, na verdade, a prevalência de necessidades mais complexas só não é maior porque não existem dentes para serem afetados porque estes já foram extraídos em razão da cárie.

Este fato fica bastante evidente quando se observa o aumento na proporção do componente “excluído” do CPITN com o aumento da idade. Enquanto na faixa de 15 a 19 anos este componente é quase inexistente, na faixa de 50 a 59 anos chega a representar quase 50% de todos os sextantes examinados. Isto significa que metade dos sextantes examinados nesta faixa etária eram edêntulos ou possuíam, no máximo, um dente presente.

No grupo etário de 15 a 19, no entanto, onde ainda existem dentes para sofrerem de doença periodontal, mais de 90% das necessidades estão circunscritas a sangramento e cálculo, um nível de doença facilmente resolvido através de medidas simples e delegáveis a pessoal auxiliar.

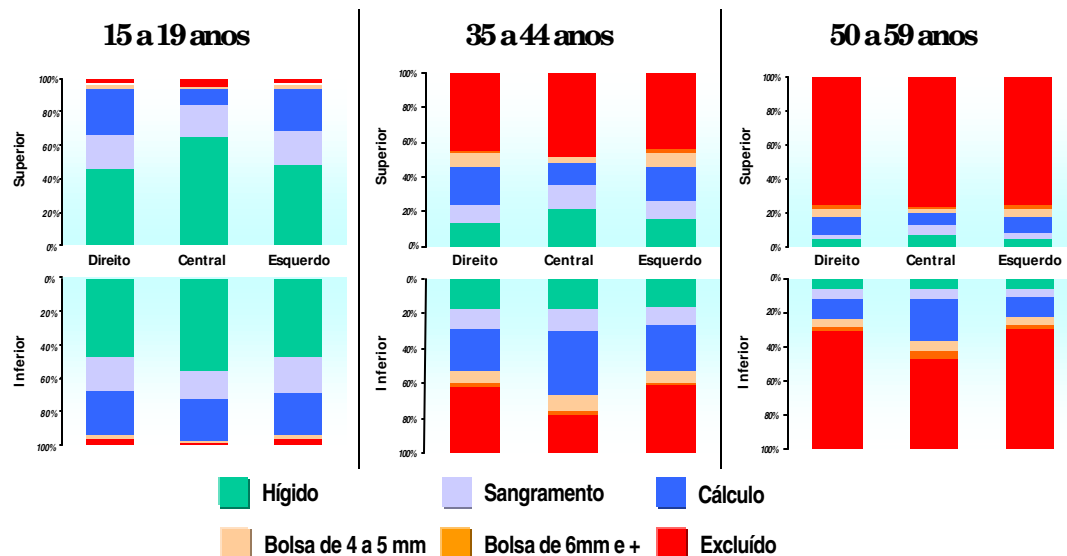


Figura 3.3 - Distribuição percentual dos escores do CPITN de acordo com a idade e sextantes. Brasil, 1986.

3.1.2. Estudo epidemiológico sobre prevalência de cárie dental em crianças de 3 a 14 anos - Brasil, 1993

Em 1993, o Serviço Social da Indústria (SESI), realizou, como parte integrante do Programa de Prevenção de Doenças Bucais, um levantamento epidemiológico em crianças das escolas do SESI, com o objetivo de compor uma linha-base para avaliação de seus programas preventivos. O levantamento, que teve financiamento do Ministério da Saúde, mediante convênio com o Departamento Nacional (DN-SESI) e também contou com a colaboração financeira da Kolynos do Brasil na impressão dos relatórios, incluiu em sua amostragem algumas escolas públicas (Pinto, 1996a). Apesar de ter avaliado uma clientela “viciada”, na medida em que as escolas do SESI são diferenciadas do ponto de vista de acesso a medidas preventivas, o fato de ter tido uma abrangência nacional e de também ter avaliado escolas públicas deu, ao levantamento do SESI, o crédito de dado nacional oficial na época. De tal maneira que alimentou o Banco de Dados Mundial de Cárie Dentária da OMS (*Global Oral Data Bank - GODB*), como dado oficial do CPO-D aos 12 anos do ano de 1993 para o Brasil (WHO, 1999).

O desenho do levantamento foi muito parecido com o de 1986, do ponto de vista dos critérios de avaliação do CPO-D, muito provavelmente em virtude de ter sido coordenado por Vítor G. Pinto*, citado inclusive como autor do relatório e que, na época estava vinculado ao SESI. Foram contabilizados dados de 110.640 crianças de 3 a 14 anos de 22 unidades federadas (21 estados e o Distrito Federal) em 114 cidades. Do total de exames, 58.450 foram em crianças das escolas do SESI e 52.190 de escolas públicas, sendo que nestas escolas foi predominante a faixa etária de 7 a 14 anos.

(*) Vítor Gomes Pinto foi diretor da Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) e coordenou o primeiro levantamento epidemiológico, em 1986.

Tabela 3.1 - Médias de CPO-D encontradas nas escolas do SESI e públicas de acordo com a idade e região. Brasil, 1993.

		Idade								
		n	7	8	9	10	11	12	13	14
Norte	SESI	7.451	1,07	1,89	2,32	3,35	3,81	5,37	7,47	7,57
	Públicas	3.866	1,45	2,25	3,20	3,79	4,96	5,54	6,41	5,15
	<i>Total</i>	<i>11.317</i>	<i>1,26</i>	<i>2,06</i>	<i>2,71</i>	<i>3,54</i>	<i>4,53</i>	<i>5,48</i>	<i>6,78</i>	<i>6,19</i>
Nordeste	SESI	22.050	1,10	1,38	2,08	2,34	3,00	3,82	4,35	4,88
	Públicas	9.588	1,69	2,46	3,07	3,83	4,60	5,41	6,63	7,19
	<i>Total</i>	<i>31.638</i>	<i>1,42</i>	<i>1,69</i>	<i>2,36</i>	<i>2,68</i>	<i>3,39</i>	<i>4,75</i>	<i>4,84</i>	<i>5,30</i>
Sudeste	SESI	10.172	1,31	2,02	2,48	3,21	4,83	5,98	7,66	9,07
	Públicas	5.634	1,13	1,72	2,27	2,61	2,93	3,98	4,48	5,20
	<i>Total</i>	<i>15.806</i>	<i>1,23</i>	<i>1,90</i>	<i>2,38</i>	<i>2,91</i>	<i>3,88</i>	<i>4,83</i>	<i>6,08</i>	<i>7,15</i>
Sul	SESI	9.832	0,94	1,43	1,80	2,51	2,82	3,33	4,30	4,76
	Públicas	19.410	1,01	1,57	2,01	2,60	3,44	4,25	5,37	6,54
	<i>Total</i>	<i>29.242</i>	<i>1,00</i>	<i>1,55</i>	<i>1,97</i>	<i>2,58</i>	<i>3,35</i>	<i>4,14</i>	<i>5,29</i>	<i>6,48</i>
Centro-Oeste	SESI	8.945	0,96	1,72	2,13	3,03	3,90	4,44	5,64	6,35
	Públicas	13.692	1,52	2,35	2,92	3,51	3,98	5,64	6,55	7,14
	<i>Total</i>	<i>22.637</i>	<i>1,32</i>	<i>2,10</i>	<i>2,63</i>	<i>3,34</i>	<i>3,96</i>	<i>5,35</i>	<i>6,27</i>	<i>6,86</i>
BRASIL	SESI	58.450	1,09	1,64	2,16	2,78	3,60	4,46	5,75	6,45
	Públicas	52.190	1,39	2,00	2,57	3,11	3,76	5,00	5,38	6,09
	<i>Total</i>	<i>110.640</i>	<i>1,27</i>	<i>1,83</i>	<i>2,38</i>	<i>2,96</i>	<i>3,70</i>	<i>4,84</i>	<i>5,51</i>	<i>6,24</i>

Fonte: Pinto, 1996a

Como pode se verificar, na Tabela 3.1, percebe-se, de uma forma geral, valores mais altos para as escolas públicas em quase todas as regiões (exceção da Sudeste) no CPO-D aos 12 anos. Segundo dados disponíveis no relatório, não se sabe se estas diferenças são significativas estatisticamente, mas chama a atenção o fato de serem percebidas diferenças numéricas com tanta regularidade.

De uma forma geral, o componenteariado ainda tem uma participação considerável, apesar do declínio em relação aos dados de 1986, conforme pode ser visto na Figura 3.4. Além disso, a média geral do CPO-D aos 12 anos de 4,84 representa uma queda de 27,2% em relação ao dado de 7 anos antes.

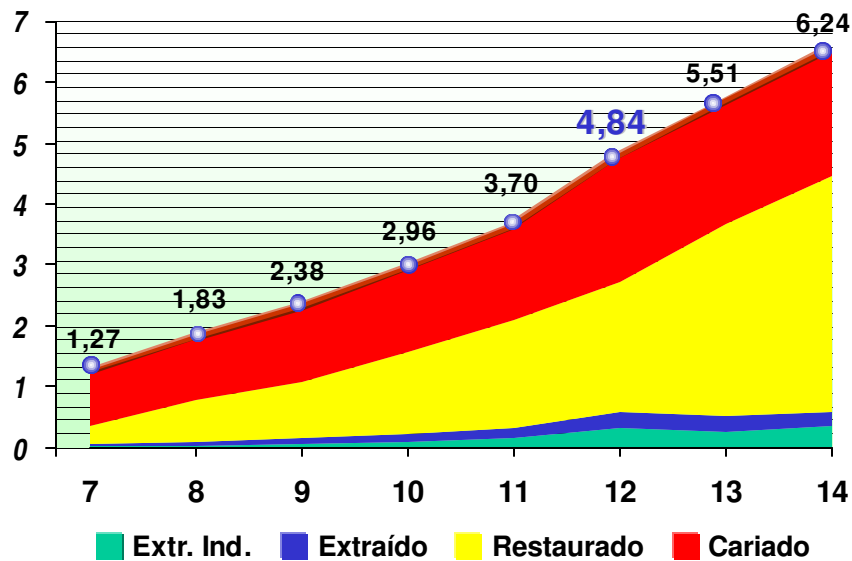


Figura 3.4 - Médias de CPO-D e participação dos componentes, de acordo com a idade. Brasil, 1993.

3.1.3. Levantamento Epidemiológico em saúde bucal - 1ª etapa - Cárie Dental, 1996

Em 1996, 10 anos após a realização do primeiro levantamento epidemiológico de base nacional, foi conduzida a primeira etapa do levantamento epidemiológico em saúde bucal (cárie dental), por parte da coordenação de saúde bucal (COSAB) do Ministério da Saúde. A despeito das inúmeras críticas que o projeto sofreu (Pinto, 1996b) e das reclamações das universidades que alegaram não terem sido ouvidas, o levantamento foi adiante com a participação de entidades como os Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e Secretarias Estaduais de Saúde. Depois de pronto ainda sofreu críticas com relação à fidedignidade dos seus dados (problemas com o plano amostral, critérios etc.), sendo que muitas delas foram discutidas em mesa-redonda patrocinada pelo XIV ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), em Fortaleza - CE, em 1998.

Até o momento não foi publicado nenhum relatório do levantamento, porém os dados foram publicados na Internet, no sítio do DATASUS, podendo serem acessados através do sistema TAB, desenvolvido pelo próprio DATASUS, que permite algumas combinações entre as variáveis.

Os dados descritos a seguir foram obtidos a partir da análise do banco de dados original do levantamento, o qual pode ser obtido no sítio do DATASUS/MS (www.datasus.gov.br), na seção de Saúde Bucal.

Os resultados mostraram um declínio acentuado em relação a 1986, como se vê na Tabela 3.2 e Figura 3.5. A média do CPO-D aos 12 anos, de 3,06 está bastante próxima da meta estabelecida para o ano 2000 pela OMS/FDI (FDI, 1982).

Tabela 3.2 - Média de dentes permanentes afetados de acordo com a idade. Na média do CPO-D está ilustrado também o desvio-padrão e, nos componentes, o percentual em relação ao CPO-D total. Brasil, 1996.

Idade	n	Cariado	Obturado	Extraído	Extração Indicada	CPO-D
06	4.320	0,22 78,78%	0,05 18,45%	0,002 0,57%	0,01 2,20%	0,28 (0,77)
07	4.320	0,51 72,85%	0,16 23,03%	0,01 1,22%	0,02 2,90%	0,70 (1,23)
08	4.320	0,77 67,02%	0,32 27,66%	0,02 1,39%	0,05 3,93%	1,15 (1,54)
09	4.320	0,93 60,65%	0,50 32,93%	0,03 2,06%	0,07 4,36%	1,53 (1,74)
10	4.320	1,03 54,99%	0,70 37,23%	0,05 2,59%	0,10 5,20%	1,87 (2,05)
11	4.320	1,28 53,66%	0,89 37,54%	0,08 3,24%	0,13 5,56%	2,38 (2,53)
12	4.320	1,56 51,06%	1,21 39,53%	0,12 3,90%	0,17 5,52%	3,06 (3,12)

Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.

Além da redução de 54% no CPO-D aos 12 anos, também pôde ser observada uma mudança na sua distribuição (veja na Figura 3.6). A proporção de indivíduos com CPO-D = 0 passou de 3,7% em 1986 para pouco mais de 25% em 1996.

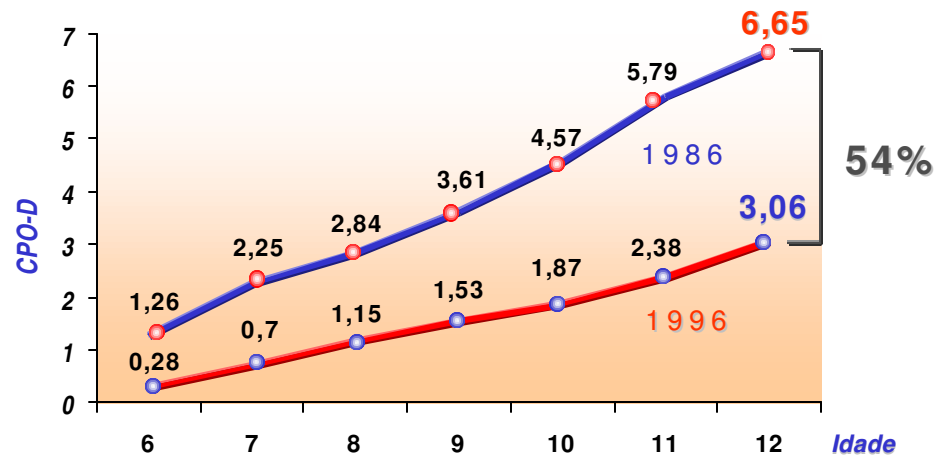


Figura 3.5 - Médias de CPO-D de acordo com a idade em 1986 e 1996, ilustrando a redução no CPO-D aos 12 anos. Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.

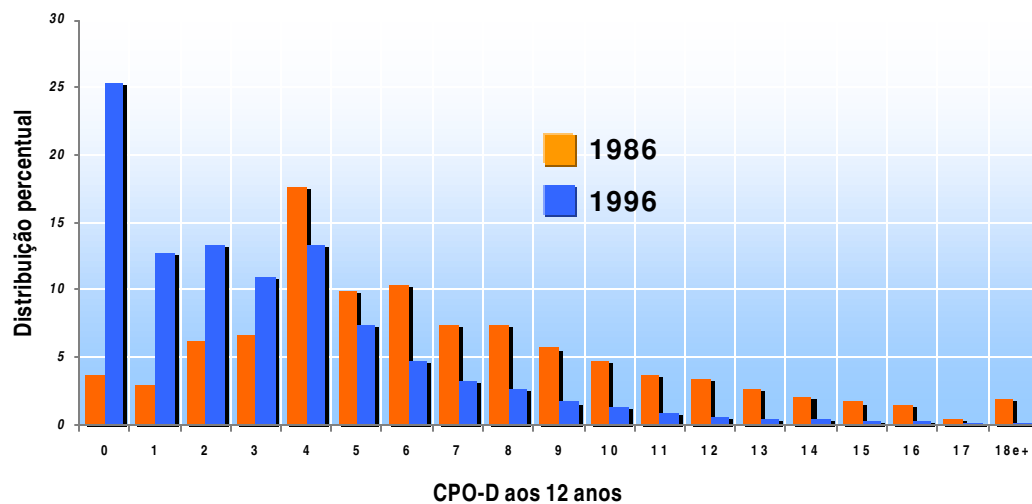


Figura 3.6 - Distribuição percentual do CPO-D aos 12 anos em 1986 e 1996. Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.

Aliado a isso, os valores mais altos de CPO-D passaram a se concentrar em um número menor de indivíduos. Em 1986, 25% de todo o CPO-D aos 12 anos estava concentrado em metade dos indivíduos, enquanto que em 1996, este número caiu para 10%, o que significa que quase 90% de toda a prevalência de cárie está concentrada em 50% dos indivíduos. Isto indica uma tendência à polarização na distribuição do CPO-D, fenômeno muito comum em situações de baixa prevalência e severidade.

Os resultados por Estado (na verdade, capitais) foram bastante contestados na época da divulgação dos resultados do levantamento, pois se achava que o modelo amostral não permitiria representatividade a este nível. Mesmo assim, à semelhança de 1986, algumas capitais tomaram para si os resultados como representativos de seus Estados e alguns que apresentaram melhores resultados passaram a ser chamados, equivocadamente, de “oásis brasileiros” (Rev. ABO Nacional, 1997). De fato, como pode ser observado na Figura 3.7, não há grandes diferenças estatísticas entre as capitais, em virtude da grande variabilidade e, conseqüentemente, em função do tamanho da amostra, os intervalos de confiança foram bastante prejudicados.

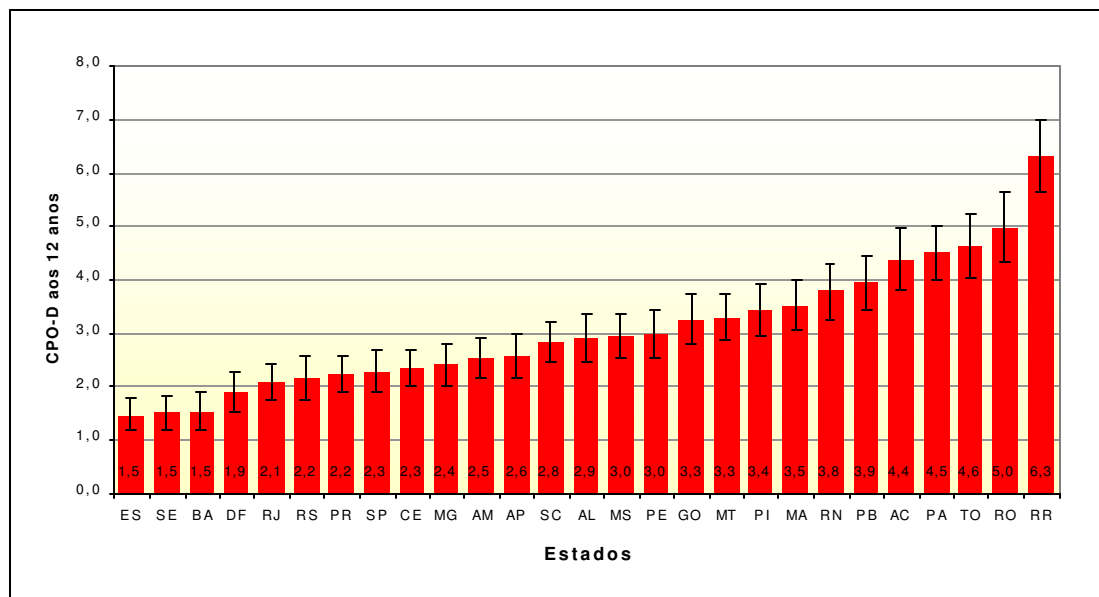


Figura 3.7 - Médias e Intervalos de Confiança (95%) do CPO-D aos 12 anos nos 26 estados e Distrito Federal. Brasil, 1996. Fonte: Oliveira, A.G.R.C., 1998.

É nossa opinião que os resultados por capital devem ser vistos com reservas. O número de unidades amostrais secundárias (escolas) utilizado foi insuficiente para permitir uma dispersão adequada dos dados, o que lhes conferiria maior representatividade. Em seu todo, os resultados de 1996 podem ser considerados válidos, contudo, não deixa de ser um dado a ser visto com reservas, em virtude das grandes diversidades observadas em um país de dimensões continentais como o nosso.

Os dados nacionais revisados até agora conduzem a uma pergunta inevitável: estamos vivenciando um declínio de cárie no Brasil? A resposta é que é provável que sim. Além dos dados nacionais mostrarem isso, com todas as limitações que eles guardam, diversos dados obtidos isoladamente em vários Estados brasileiros mostram a mesma tendência. No Estado de São Paulo, apenas para citar um exemplo, dados de 1998 mostram um declínio de 47,8% no CPO-D aos 12 anos entre 1982 e 1998, sendo que na capital a redução chegou a 68% entre 86 e 96 (USP-FSP/SES-SP, 1999). Outros dados de outros Estados e de diversos municípios do País também apontam para uma tendência de declínio no CPO-D (Marcenes & Bönecker, 2000).

O que ainda não se tem claro é se a redução é realmente desta magnitude e quais são as reais causas do declínio. Neste ponto de vista, apesar de ser uma tendência mundial, não há como estabelecer uma causa (ou grupo de causas) único. Em todo o mundo, tem sido apontado, como um fator importante, o aumento na oferta de dentifrícios fluoretados. Embora também se aplique ao Brasil, tendo em vista o aumento considerável no consumo de pasta com flúor a partir do fim dos anos 80, este fator certamente não deve ser o único. A consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir do início da década de 90 e a reorganização da prática odontológica pública, com uma maior ênfase nas atividades de promoção da saúde teve, com certeza, uma participação importante na redução dos índices de cárie (Narvai et al., 1999). A introdução dos Procedimentos Coletivos e o processo de municipalização, com incentivo à participação popular, foram ganhos do Sistema Público de Saúde brasileiro que tiveram uma forte influência na mudança do quadro epidemiológico em diversas localidades.

A consequência direta que o declínio de cárie na população infantil traz é uma mudança no enfoque da doença com relação aos grupos etários. A tradicional priorização da assistência odontológica ao grupo de 6 a 14 anos deverá, de acordo com a realidade local, ser revista, uma vez que boa parte das necessidades agora estão situadas na população adulta e idosa. No já citado levantamento realizado no Estado de São Paulo, em 1998 (USP-FSP/SES-SP, 1999), verificou-se que, na faixa etária de 5 a 12 anos, apenas 8,6% dos dentes apresentavam algum tipo de necessidade de

tratamento com relação à cárie. Na faixa de 35 a 44 anos, no entanto, 27,3% dos indivíduos necessitavam de prótese dentária e este número subia para 34,6% na faixa de 64 a 74 anos. Aliada à concentração de maiores necessidades, assiste-se, neste final de século, a uma sensível mudança na composição etária da população brasileira, com um contingente cada vez maior de idosos.

De qualquer maneira, apesar da visível diminuição nas necessidades, o excesso de demanda ainda parece um grande problema para a assistência odontológica no Brasil. O outro lado dessa questão é o sistema de prestação de serviços, o qual discutiremos a seguir.

3.2. A oferta de serviços odontológicos no Brasil

Do ponto de vista dos recursos humanos, é freqüente o argumento que o Brasil tem muitos dentistas. De fato, cerca de 11% dos Cirurgiões-Dentistas do mundo estão por aqui (temos menos de 3% da população mundial) (Pinto, 1992) e a relação dentista-habitante, segundo dados de 1999 é de 1:1.097 (CFO, 1999). Em termos comparativos, essa relação é a segunda dentro do continente americano e a 11^a em termos mundiais, de acordo com dados da OMS da década de 1990 (WHO, 1999). Há que se levar em conta, entretanto, que esta proporção é feita sobre o total de CDs inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia e calcula-se que cerca de 85% destes estejam efetivamente em atividade, o que pode fazer a relação subir um pouco (Pinto, 1992). Quanto ao percentual sobre os dentistas do mundo, é provável até que esta proporção tenha aumentado (este dado é de 1992), tendo em vista que o Brasil segue em direção contrária à tendência mundial, de redução crescente em seus quadros e, em alguns casos até fechamento de faculdades. No caso brasileiro, a oferta de vagas nos cursos de Odontologia tem aumentado bastante nas duas últimas décadas às expensas do nítido crescimento das escolas particulares, as quais, além de aumentarem em número, trabalham com uma disponibilidade de vagas bem maior que as escolas públicas.

De todo modo, a questão principal não é o número em si, mas a desigualdade na distribuição destes profissionais e o crescimento vertiginoso nos últimos anos, fazendo com que a população de dentistas cresça anualmente quase três vezes mais que a

população do País. Com relação ao primeiro aspecto, enquanto a região Nordeste concentra 29% da população brasileira, lá se encontram 14% dos dentistas. Por outro lado, na região Sudeste, que detêm 43% da população do País, vivem 62% dos dentistas. A relação CD/habitante varia regionalmente de 1:756 na região Sudeste para 1:2.839 na região Norte e, considerando as Unidades da Federação, a menor relação se encontra no Distrito Federal (1:549) e a maior no Maranhão (1:5.196) * (Narvai, 1997; CFO, 1999; FIBGE, 2000b).

Contudo, essa má distribuição deve ser relativizada, considerando que a força de trabalho tende a se concentrar em regiões com maior potencial consumidor de serviços odontológicos. Fracionando-se estas relações CD/habitante de acordo com as faixas de renda da PEA (População Economicamente Ativa), percebe-se que, tomando como base o estrato da população com renda de mais de 10 salários mínimos (supostamente a fatia da população que pode pagar por serviços dentários), a relação fica praticamente a mesma em quase todas as regiões, exceto a Norte (veja na Figura 3.9). Isto ocorre pelo fato de termos proporções maiores da PEA que recebe mais de 10 salários mínimos nas regiões Sul e Sudeste, o que acaba compensando as diferenças que ocorrem quando se analisa a proporção CD/habitante considerando toda a população.

Por estes dados também é possível perceber que grande parte da população está excluída da chamada odontologia liberal, ou seja, aquela em que o usuário paga pelos serviços. Nestes casos, o maior prestador de serviços a esta população é mesmo o setor público.

(*) É comum vermos em algumas publicações que a OMS recomendaria uma proporção dentista / habitante de 1 para 2.000 ou 1 para 1.500. Tal recomendação não tem aparecido em documentos da OMS e parece que se trata de mais uma daquelas informações que se repetem e são referidas *ad eternum*. Para Narvai (2000), “até que algum pesquisador desvende esse mistério, pode-se concluir que se trata de pura lenda”.

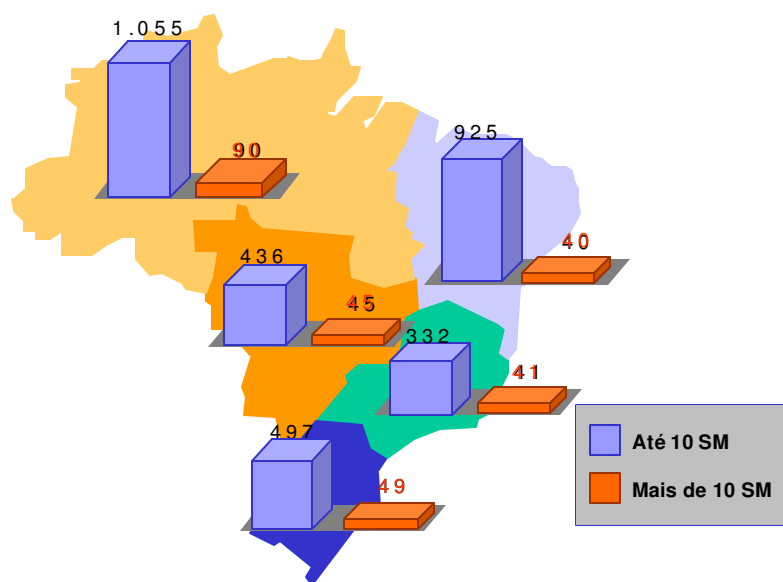


Figura 3.9 - Proporção CD/habitante fracionada por faixa de renda da PEA. Sobre dados da PNAD/IBGE, 1999.

Nos últimos anos, particularmente a partir do final da década de 1980, tem ocorrido um sensível crescimento dos postos de trabalho no setor público. Isto se deu, certamente, em função da expansão do processo de municipalização, fazendo com que, paulatinamente, o setor público que antes era visto com ressalvas pela categoria odontológica do ponto de vista das perspectivas de emprego, seja hoje o maior empregador. Como se vê na Figura 3.10, os postos de trabalho para odontólogos no setor público cresceu 60% entre 1987 e 1992, enquanto que no setor privado o crescimento ficou em 18%. Percebe-se claramente que a proporção entre público e privado com relação aos postos de trabalho muda visivelmente no espaço de dez anos (IPEA/IBGE, 1999).

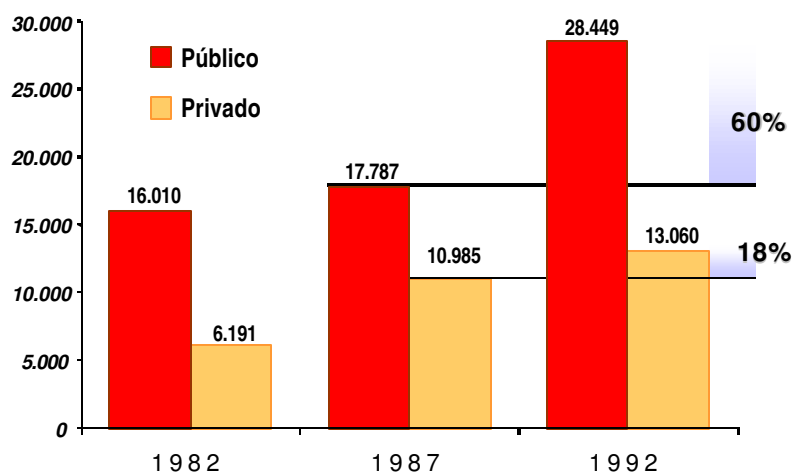


Figura 3.10 - Postos de trabalho para odontólogos de acordo com entidade mantenedora. Sobre dados do IPEA/IBGE, 1999.

Além do crescimento na oferta de postos de trabalho, percebe-se hoje que há um percentual cada vez maior de dentistas dentro da rede SUS, em comparação com anos anteriores. A relação CD do SUS por habitante em algumas regiões chega a ser quase a mesma dos dentistas como um todo. No caso do Piauí, por exemplo, 95% dos CDs inscritos no CRO trabalham no setor público. Na região Nordeste, este percentual é de 72%, na Sudeste 46%, na Sul 57%, na Centro-Oeste 35% e na Norte 53%. No Brasil, cerca de 50% de todos os CDs estão vinculados ao SUS, o que faz com que a relação CD do SUS por habitante seja de 1:2.166, uma proporção nada desprezível (CFO, 1999; Ministério da Saúde, 2000a).

Com relação à capacidade instalada, existem hoje, segundo dados do DATASUS, pouco mais de 43.000 equipos odontológicos dentro da rede que é remunerada pelo SUS, o que dá algo em torno de 3.600 habitantes para cada equipamento. Conforme pode ser visto na Figura 3.11, a maior proporção destes equipamentos está localizada na rede municipal, uma clara consequência do processo de municipalização, também observada com relação aos recursos humanos destacados anteriormente.

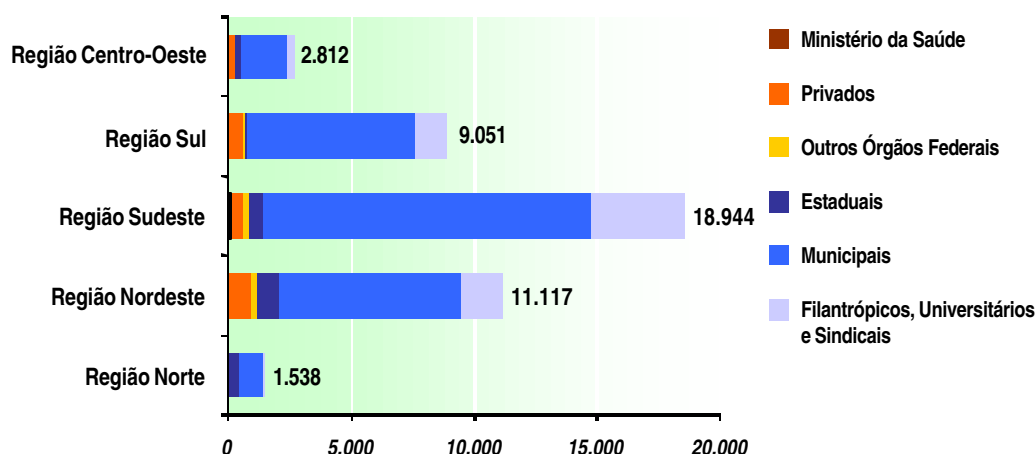


Figura 3.11 - Distribuição dos equipamentos odontológicos por região e tipo de prestador. Fonte: IBGE/DATASUS, 2000.

Com relação à distribuição por tipo de prestador e de unidade de atendimento, a maior parte dos equipamentos municipais e estaduais (39,7% e 32,3% respectivamente) está localizada em centros de saúde. Na rede estadual, vêm em segundo lugar os ambulatórios de rede hospitalar geral (16,9%) e na municipal os postos de saúde (15,9%). Os serviços odontológicos vinculados às universidades estão, em sua maioria, espalhados em clínicas especializadas (58,7% para as públicas e 33,4% para as privadas), seguidos pelas policlínicas e pelos ambulatórios de rede hospitalar geral. Os equipamentos pertencentes à rede federal, embora com parcela muito pequena, estão, em sua maioria, distribuídos em centros de saúde (29,1%) e clínicas especializadas (19,7%).

Um outro aspecto importante a ser destacado diz respeito aos gastos com assistência odontológica. De uma forma geral, é sabido que o Brasil investe muito pouco em assistência à saúde para os padrões internacionais e para o que se propõe o Sistema Único de Saúde. Apesar das oscilações ocorridas em função das conjunturas política e econômica, o gasto em saúde no Brasil tem se mantido entre 80 e 120 reais *per capita* / ano entre 1980 e 1996 e se mantendo em torno de 2% do PIB (Produto Interno Bruto), como mostra a Figura 3.12. Bem distante da média dos países com economia de mercado consolidada, de 1.860 dólares *per capita* e ainda abaixo da média da

América Latina de 105 dólares *per capita* (Cohn & Elias, 1996). Os gastos com saúde de alguns países convertidos em reais, tais como Uruguai (R\$400), Argentina (R\$600), Canadá (R\$2.000) e a meca do capitalismo e da economia de mercado, os Estados Unidos (R\$4.000) ilustram a posição de atraso do Brasil com relação ao financiamento de suas políticas de saúde (Jorge, 2000). A OMS recomenda um investimento mínimo de 500 dólares *per capita* / ano para os países em desenvolvimento (Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993). Consequentemente, a área de saúde bucal sofre as consequências de uma política de financiamento restritiva.

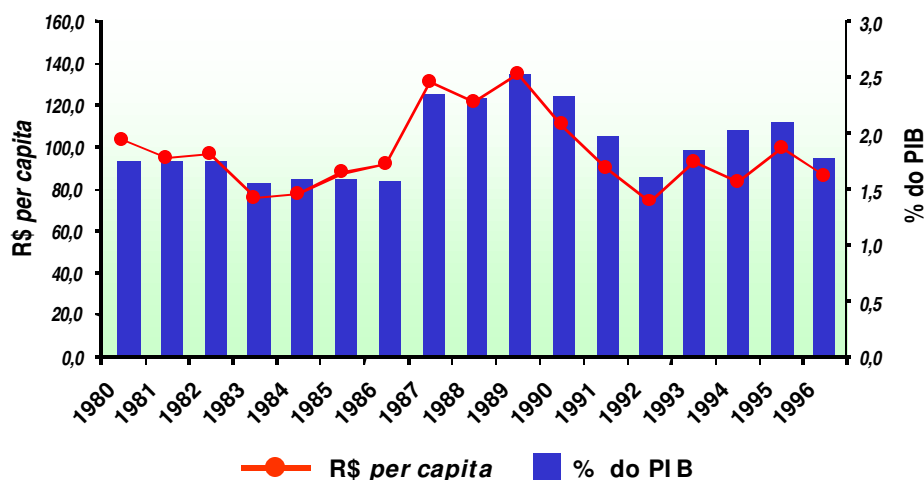


Figura 3.12 - Gastos Federais com saúde em valores per capita (Reais) e em % do PIB - Brasil, 1980 a 1996. Fonte: Oliveira Jr, 1998.

No que diz respeito à parcela de gastos com saúde que fica com a saúde bucal, considerando os gastos federais entre 1996 e 1999, percebe-se, de acordo com a Figura 3.13, que o percentual de gastos com assistência odontológica ambulatorial vem decrescendo nos últimos anos. Além disso, o valor nominal também diminuiu, passando de 167 milhões em 1996 para 127 milhões em 1999.

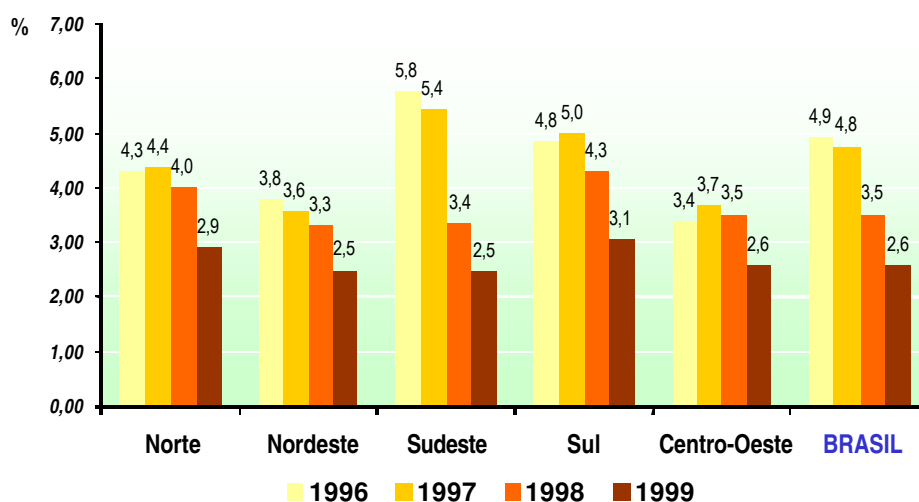


Figura 3.13 - Percentual de gastos federais com assistência odontológica ambulatorial entre 1996 e 1999 de acordo com região. Fonte: Sobre dados do DATASUS, 2000.

O desfinanciamento da área da saúde no Brasil é, sem dúvida, um reflexo das estratégias de ajuste decorrentes de uma política econômica atrelada ao capital internacional (Andreazzi & Tura, 1999). Na lógica neoliberal, costumeiramente, a área social, nela incluída a saúde, acaba sofrendo as consequências da priorização da área econômica ao pagamento dos juros aos credores internacionais. Uma análise mais aprofundada a respeito das peculiaridades políticas e econômicas do financiamento à saúde no Brasil, evidentemente, foge aos objetivos deste trabalho, contudo é importante ressaltar que, considerando que o setor público é o principal ator na prestação de serviços de saúde bucal à maioria da população, as questões macroeconômicas têm uma influência direta nas formas de utilização dos serviços odontológicos.

3.3. O acesso aos serviços odontológicos no Brasil

Os dados sobre acesso a serviços odontológicos no Brasil sempre apontaram para um baixo percentual da população que dispõe de assistência odontológica. Belardinelli (1987) refere dados do IBGE de 1981 que apontam para os percentuais da população que recebeu atendimento odontológico. Os valores variam de 1,9% na faixa de 0 a 4

anos, subindo até 29,3% na faixa de 15 a 19 anos para em seguida decrescer, com 23,1% entre 20 e 29 anos até finalmente chegar a 6,4% na faixa de 60 anos e mais. Considerando a alta prevalência das principais doenças bucais na época (o autor também refere que 98% das pessoas tinham cárie dentária) trata-se de uma baixa cobertura, sem dúvida.

No Relatório Final da I Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo, de setembro de 1986, conforme destaca Narvai (1994), era dito que:

*“No setor privado, a prática odontológica atual, nitidamente curativa, por seus altos custos, torna-se acessível para tão somente **cinco por cento** da população, os quais consomem serviços odontológicos com frequência regular; outros **quinze por cento** servem-se desses mesmos serviços de modo irregular, ficando o restante da população à mercê de atendimentos ainda mais irregulares ou sem qualquer espécie de cobertura”. [grifos nossos]*

Já a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em outubro de 1986, destaca, também em seu Relatório Final, os tais 5% que têm acesso:

*“O modelo atual de prática odontológica cobre as necessidades de somente **5% da população**, caracteriza-se por sua ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador” [grifo nosso]*

Não está bem claro qual a fonte destes dados e também alguns detalhes sobre eles, tais como o conceito de “frequência regular” e “acesso irregular”, muito menos a forma como o dado foi obtido. Os dados sobre acesso a serviços de saúde bucal no Brasil em geral possuem essas “contaminações” e são medidos das mais diversas maneiras, desde a frequência de consulta nos últimos doze meses à relação entre exames odontológicos na rede pública e a população de referência.

Um outro problema quando se discute demanda e oferta é que costuma-se fazer uma referência à prevalência obtida pelo CPO-D o que não necessariamente pode refletir uma demanda por serviços. A informação de que 98% das pessoas têm cárie (leia-se 98% das pessoas tem CPO maior ou igual a 1) não tem o menor sentido sem estabelecer relações de idade, tempo e lugar. No caso brasileiro o CPO-D cresce com a idade, mas curiosamente, em função do alto grau de mutilação, diminuem as

necessidades. Um indivíduo edêntulo de 60 anos usando uma prótese total em bom estado tem CPO-D igual a 32, está na conta dos 98% e não tem necessidade alguma com relação à cárie.

De todo modo, têm sido exercitados diversos métodos para aferir a cobertura dos serviços odontológicos no Brasil. No Levantamento Epidemiológico Nacional realizado em 1986 e referido no início deste capítulo, foi avaliado o acesso aos serviços através da pergunta “recebeu atendimento dentário no último ano?”, sendo as respostas possíveis “sim” e “não”. Os resultados, ilustrados na Figura 3.14, mostram que o percentual de entrevistados que consultou o dentista nos doze meses anteriores à pesquisa tem uma relação direta com a renda e inversa com a idade, ou seja, quanto maior a renda e mais jovem o indivíduo, maior era a procura (Brasil, 1988b). A renda, logicamente, tem influência direta no acesso, considerando a característica ainda fortemente liberal da odontologia e ainda bastante onerosa ao orçamento médio do brasileiro. Com relação à idade, como já referido, a própria prática odontológica se encarrega de diminuir as necessidades de procura, às expensas das extrações em massa.

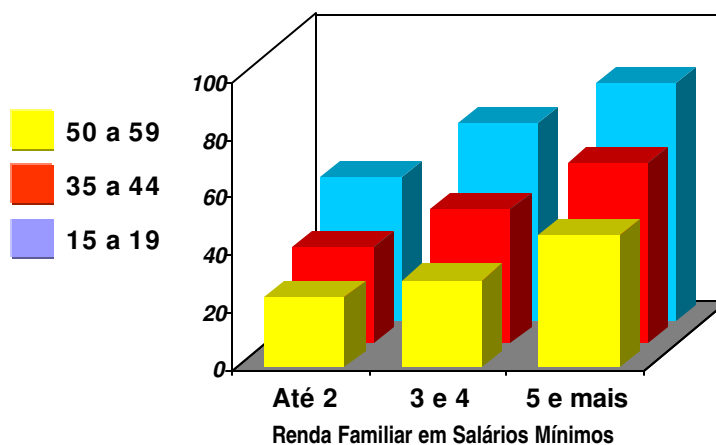


Figura 3.14 - Percentual de indivíduos que consultaram o dentista nos 12 meses que antecederam a pesquisa, de acordo com idade e faixa de renda familiar em salários mínimos. Brasil, 1986.

Em estudo semelhante, feito em 1989 em municípios da região metropolitana de São Paulo (6 ao todo), foi encontrado que 31,8% das quase 10 mil pessoas entrevistadas

referiu ter visitado o dentista nos últimos doze meses, variando de 25,0% em Embu-Guaçu a 39,3% em Cotia/Vargem Grande Paulista. Entre as principais causas do não-comparecimento, os maiores percentuais de resposta foram encontrados para o fato de não ter tido problemas (56,5%) e a falta de dinheiro (14,4%) (César et al., 1999).

Em outro trabalho recente, Matos (2000), pesquisando preditores de uso regular de serviços odontológicos em adultos, na cidade de Bambuí-MG, encontrou que, dentre os indivíduos que haviam consultado o dentista pelo menos uma vez na vida, 24,6% foram classificados como usuários regulares* e 75,4% como usuários ocasionais de serviços odontológicos. Um dado interessante do trabalho é que as maiores associações com visita regular ao dentista foram, além da renda e escolaridade, a crença de que “ir ao dentista evita cárie e doença da gengiva”.

Em um levantamento domiciliar realizado este ano em Diadema, pelo Ministério da Saúde e CFO†, na população adolescente e adulta (15 a 19 e 35 a 44 anos), resultados preliminares mostraram que 44,1% dos entrevistados declararam ter consultado um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa. Nenhum dos entrevistados referiu nunca ter ido ao dentista e a maior parcela dos que declararam ter consultado (43,1%) o fez em um serviço público de saúde (Frazão, 2000)‡.

Recentemente, tem sido proposto por Narvai (1996), a avaliação do acesso aos serviços estabelecendo-se uma relação entre os exames clínicos (primeira consulta) e a população de referência. Os dados básicos para a construção do indicador podem ser obtidos através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) via internet ou através do CD-ROM *Movimento de Atendimento Ambulatorial* do DATASUS. Os dados populacionais podem ser obtidos nos sítios do IBGE ou do próprio DATASUS.

(*) Foram considerados usuários regulares aqueles que relataram que o principal motivo das suas visitas ao dentista era revisão e que fizeram pelo menos uma consulta no último ano. Os demais foram considerados como usuários ocasionais

(†) Esta pesquisa fez parte do estudo piloto do Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000, que prevê um levantamento epidemiológico de base nacional a ser realizado entre 2000 e 2001.

(‡) FRAZÃO, P. Comunicação pessoal. São Paulo, 2000.

Uma análise dos dados mais recentes obtidos por este indicador estão ilustrados na Figura 3.15 e apontam para poucas variações entre as regiões e nos últimos 4 anos. Os indicadores de acesso para as regiões, neste período, estão situados em torno de 10 a 12% e, considerando os dados por unidade da federação, o maior percentual pertence ao Mato Grosso em 1999 (22,15%) e o menor ao Amapá (6,8%).

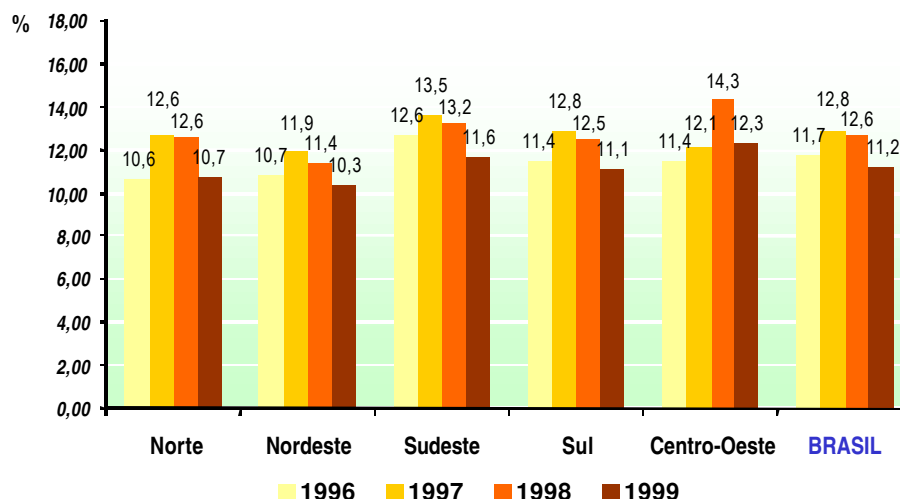


Figura 3.15 - Indicador de acesso aos serviços de saúde bucal obtido pela relação percentual entre consultas odontológicas (primeira consulta) e a população, de acordo com região, entre 1996 e 1999. Fonte: Sobre dados do DATASUS, 2000.

Este dado poderia significar, em linhas gerais, que em torno de 10% da população procura os serviços públicos de saúde a cada ano para obter assistência odontológica. Evidentemente, há que se levar em conta as deficiências dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, os quais apresentam falhas em praticamente todas as fases de sua construção, desde a coleta, passando pelo processamento até a disseminação das informações. Além disso, as informações ambulatoriais têm em geral caráter meramente burocrático e financeiro, ou seja, as informações são geradas para efeito de remuneração dos prestadores e não para compor indicadores avaliativos.

Um outro problema com este indicador é o próprio conceito de acesso nele embutido. De certo modo, considerar acesso como apenas a primeira consulta do indivíduo pode

parecer muito simplista, considerando que a resolução de um problema odontológico muito raramente se dá em apenas uma sessão*.

De qualquer maneira, apesar da “sujeira” do dado, ele tem sua validade, principalmente quando usado para análises comparativas e como parte de um conjunto mais ampliado de informações sobre acessibilidade.

Outros dados importantes produzidos a respeito de acesso são oriundos de pesquisas realizadas pelo IBGE, através das PNADs (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Em 1998, foi introduzido, como tema suplementar à PNAD daquele ano, uma investigação a respeito dos serviços de saúde. Foram avaliados diversos aspectos relativos a este tema, sendo que os principais diziam respeito às necessidades de saúde, à cobertura por plano de saúde e ao acesso e utilização de serviços de saúde. Com relação a este último, foi incluída a verificação da utilização de serviços odontológicos através do questionamento de se o indivíduo já havia sido ou não atendido por um dentista em toda a sua vida. Em caso positivo, era verificado a época da última consulta realizada, se há menos de 1 ano, de 1 a 2 anos ou há 3 anos ou mais (FIBGE, 2000a).

O percentual médio encontrado para o Brasil de indivíduos que nunca tinham ido ao dentista foi de 18,7% o que corresponde a quase 30 milhões de pessoas. Contudo, conforme se vê na Figura 3.16, as grandes variações ocorreram em função da região e da faixa de renda familiar em salários mínimos. O maior percentual é encontrado na região Nordeste no estrato sem rendimento (43,4%) e o menor na região Sul no estrato de renda de mais de 20 salários mínimos (3,4%).

(*) Na verdade, o acesso, do ponto de vista da análise de sistemas de saúde se constitui em uma categoria de conceituação mais complexa. Uma definição “clássica” foi colocada por Frenk em 1985, que define acesso como “o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção da atenção”. Considerando que este estudo não se constitui em uma análise de acessibilidade, tais conceitos não serão aprofundados aqui. Maiores detalhes podem ser encontrados em Giovanella & Teixeira (1995) e Penchansky & Thomas (1981).

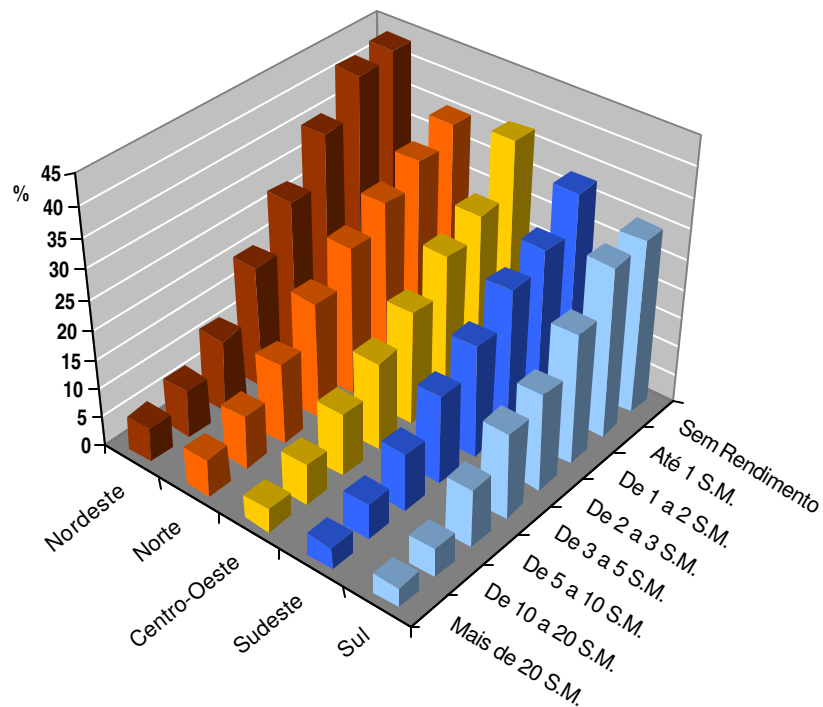


Figura 3.16 - Percentuais de indivíduos que nunca consultaram um dentista de acordo com a região e com faixa de renda familiar em salários mínimos. Fonte: FIBGE, 2000a.

Na análise feita dentro do grupo que recebeu consulta odontológica, percebe-se novamente a forte influência da renda no acesso, ou seja, quanto maior a renda, maior a frequência de visitas. No estrato de 20 ou mais salários mínimos a maior proporção (66,7%) se encontra entre os que tiveram consulta há menos de 1 ano e somente 11,6% foram atendidos há mais de 3 anos. No estrato de até 1 salário mínimo, a situação se inverte, com a grande maioria (54,5%) tendo sido atendida há mais de 3 anos e somente 27,2% há menos de 1 ano (Figura 3.17).

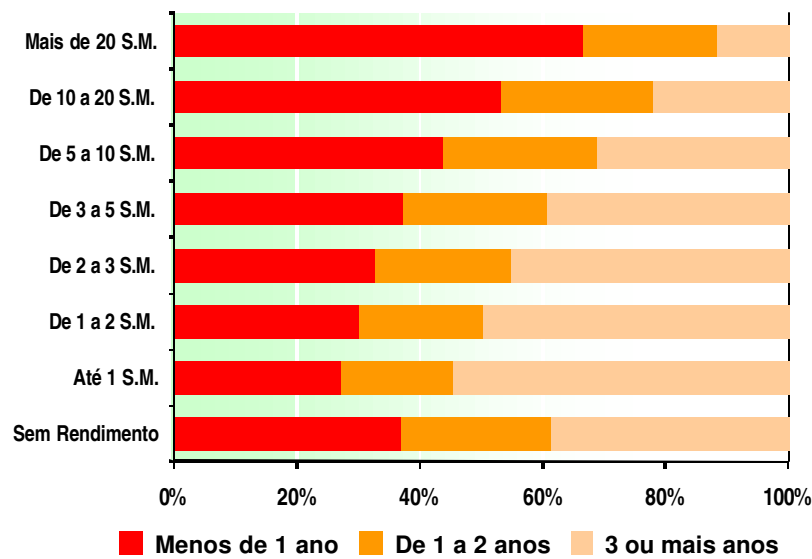


Figura 3.17 - Distribuição percentual da frequência de visitas para o grupo que referiu ter consultado dentista. Fonte: FIBGE, 2000a.

De uma maneira geral, portanto, a PNAD do IBGE de 1998 mostrou que mulheres jovens urbanas e abastadas vão mais ao dentista do que homens velhos pobres e moradores da zona rural.

Os dados de acessibilidade brasileiros diferem de algumas estatísticas internacionais com relação ao percentual da população que teve atendimento odontológico, mas em geral variáveis socioeconômicas também têm peso considerável nas diferenças entre os grupos. De acordo com pesquisa realizada nos Estados Unidos, em números médios 8,5% da população não conseguiram atendimento odontológico nos 12 meses anteriores à pesquisa (não foi aferido o percentual dos que “nunca” tiveram consulta odontológica). Contudo esse percentual sobe para 16,4% entre os que se situam no estrato correspondente a uma vez e meia o nível de pobreza. Com relação à etnia, a proporção de negros que não foram atendidos é de 15,0% contra 7,4% dos brancos (Mueller et al., 1998).

Voltando ao caso brasileiro, os resultados da PNAD relativos à saúde bucal foram bastante comentados no Brasil, particularmente pela mídia impressa. Um dos jornais de maior circulação do País deu destaque de página inteira ao assunto, cuja

abordagem foi comentada na introdução deste trabalho. De uma forma geral, os resultados geraram reações que iam da surpresa à indiferença, passando pelo abismamento do Ministro da Saúde. Do lado prosaico, uma charge publicada no jornal *“Tribuna do Norte”* mostrava uma manchete *“...pesquisa constata que 29 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista”*. Ao lado, um velhinho com pouquíssimos dentes na boca comenta com ar de resignação: *“eu fui demais até!”*

A despeito da predileção da imprensa brasileira pelos aspectos sensacionalistas das pesquisas científicas, para boa parte da categoria odontológica e dos pesquisadores em saúde bucal coletiva os resultados da PNAD relativos à odontologia não se constituíram em uma grande novidade (apesar das reações de indignação aos comentários do Ministro).

O curioso disso tudo está em um outro aspecto pouco percebido, que tem a ver com a forma peculiar com que a saúde bucal e, em consequência, o hábito de consultar o dentista está disseminada no imaginário das pessoas e mesmo nos profissionais. Em qualquer outra área da saúde, ter quase 20% das pessoas que nunca precisaram dos seus serviços deveria ser uma boa notícia. Ou, pelo menos, ser uma má notícia ao inverso, ou seja, constatar que 80% da população está procurando um determinado serviço de saúde significaria que ela estaria muito doente. Talvez o abismamento devesse ocorrer neste sentido, isto é, surpreender-se pelo fato de que quatro quintos dos brasileiros têm visitado o dentista, estando, portanto, padecendo de males bucais. Esta, contudo, não é a leitura corriqueira e este fato guarda uma relação direta com as características peculiares que os cuidados em saúde bucal possuem. Mueller et al. (1998) comentam que a assistência à saúde bucal difere da assistência médica e cirúrgica em vários aspectos os quais interferem diretamente na avaliação da acessibilidade. Comentam os autores:

“Por exemplo, consultas odontológicas regulares são recomendadas para todas as pessoas, enquanto que os exames médicos periódicos só são recomendados, geralmente, para pessoas com condições específicas ou em determinados grupos etários. A assistência odontológica dá a impressão de ser mais arbitrária, na perspectiva do usuário, com exceção de episódios agudos que exigem intervenção imediata”.

De fato, essa arbitrariedade é reproduzida no discurso dos dentistas há mais de um século, pelo menos. Sem dúvida, a mais contundente manifestação desta lógica controladora da prática odontológica é a famosa recomendação para que todas as pessoas (sem distinção de sexo, idade, raça ou credo) façam uma consulta ao dentista pelo menos uma vez a cada seis meses. Não se sabe ao certo de onde surgiu essa recomendação, o fato é que ela se perpetua na prática odontológica que é reproduzida nas faculdades e também na mídia, onde comerciais de produtos de higiene bucal ressaltam a visita semestral ao dentista. Impressos e adesivos de associações e entidades de classe comumente também destacam a recomendação. De acordo com Sheiham (1998) a primeira referência na literatura a respeito da consulta semestral data de 1849, na obra “The Tooth-Ache” de Horace Mayhew e George Cruikshank e não há maiores explicações sobre as razões para tal prazo. O mesmo autor indaga sobre a suposta base científica para a consulta semestral. Segundo ele, o comportamento das principais doenças que são objeto da atenção odontológica em nenhum momento justificam visitas ao dentista a cada seis meses (Sheiham, 1977). Recentemente, Kay (1999) volta a questionar a validade do intervalo de seis meses, discutindo o tempo ideal de retorno ao dentista. Para a autora, os dados de pesquisas recentes mostram que os adultos que procuram serviços odontológicos com maior regularidade têm menos dentes extraídos do que os que procuram atendimento somente quando sentem necessidade*. Neste sentido, a visita regular ao dentista deve ser recomendada, contudo o prazo entre as visitas deve ser decorrente de uma série de fatores e não estabelecido *a priori*. A este respeito, discute ainda a autora:

“Na Grã-Bretanha seis meses é o tempo de intervalo mais recomendado, mas por que não duas vezes por semana, anualmente ou uma vez a cada dez anos? (...) Uma revisão feita em 1995 em oito bases de dados longitudinais concluiu que 38% das lesões de cárie incipientes deveria progredir até a dentina dentro de 3 anos, enquanto que 46% das lesões que já tinham atingido o interior do esmalte também deveria chegar à dentina neste mesmo espaço de tempo. Baseado nestes e em outros dados, Moles et al. (1999) concluíram que os pacientes seriam melhor beneficiados se consultassem o dentista em intervalos de 13 a 120 meses”.

(*) Há controvérsias na literatura a esse respeito. Alguns estudos mostram que a saúde bucal pode ser pior em indivíduos que têm atendimento regular, particularmente no que diz respeito ao número de dentes obturados (Sheiham, 1997). Há que se considerar que outros fatores exercem influência na incidência de cárie, não só a assistência odontológica.

De qualquer maneira, não deve ser ignorada a especificidade da prática odontológica destacada anteriormente por Mueller et al. (1994). De fato, poucas especialidades da medicina incluem, num mesmo ato, o diagnóstico e a terapêutica cirúrgica, cuja conclusão pode se arrastar por semanas ou meses.

Esta característica do ato odontológico introduz um complicador a mais quando se discute acesso a serviços. A combinação de uma alta prevalência de doenças (e, conseqüentemente de necessidades), com uma lógica de tratamento complexa, demorada e onerosa é, certamente, a pior possível para planejadores e sanitaristas da área de saúde bucal coletiva. Era comum, nos anos 1980, se referir que, para atender somente todas as necessidades de restaurações de dentes cariados no Brasil, caso fosse possível somar todo o trabalho de todo o contingente de cirurgiões-dentistas do País, ainda assim seriam necessários cinco anos para a execução da tarefa (Pinto, citado por Belardinelli, 1987). Tais cálculos, apesar de contraditórios, considerando que os dados epidemiológicos ainda são muito frágeis, ilustram a grande dificuldade pela qual se cerca a elaboração de modelos públicos de assistência odontológica.

A implementação de modelos universais, como pressupõe o ideário do SUS, ou seja, nos quais todos os cidadãos tenham acesso irrestrito, envolve a elaboração de estratégias que combinem o estabelecimento de prioridades a partir do conceito de equidade da atenção com medidas de caráter coletivo e individual que apontem para uma maior resolutividade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Como o aparelho prestador de serviços odontológicos tem conduzido historicamente estas dificuldades, de que maneira e com que grau de influência os modelos programáticos se estabeleceram no País e, finalmente, quais as perspectivas para o estabelecimento de modelos com base nos princípios do SUS, serão assuntos abordados no próximo capítulo.

Capítulo 4



O MODELO PÚBLICO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO BRASIL: SUPERANDO ESTRATÉGIAS EXCLUDENTES*

*Miséria é miséria em qualquer
canto. Riquezas são diferentes.
Todos sabem escovar os dentes.
Riquezas são diferentes.*

Arnaldo Antunes

A assistência odontológica pública no Brasil tem se estruturado, historicamente, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado pelo SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública)[†] nos anos 1950, e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde, até o estabelecimento do Sistema Único de Saúde no texto constitucional de 1988. O resgate histórico destas experiências ao longo do tempo tem sido bem documentado por diversos autores, contudo as obras de Zanetti (1993), Narvai (1994), Loureiro (1995) e Zanetti et al. (1996) estão entre as mais significativas. Boa parte das discussões da primeira parte deste capítulo terá como base, portanto, o referencial destes autores.

^(*) Este capítulo é uma ampliação do artigo “Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas” de Oliveira et al. (1999)

^(†) O SESP foi transformado em Fundação nos anos 1960, passando a se chamar Fundação SESP. Com o surgimento do SUS fundiu-se com outros órgãos formando a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

4.1. A assistência odontológica pública até os anos 1980

Até o final da Segunda Guerra Mundial, a odontologia de mercado era a hegemônica no conjunto das práticas de assistência à saúde bucal. Para Narvai (1994), um ponto de corte que pode ser colocado para o início das atividades da odontologia no plano estatal seria, precisamente, o ano de 1952, com os programas de Odontologia Sanitária desenvolvidos pelo SESP.

Podem ser encontrados, contudo, registros de serviços odontológicos públicos no Brasil ainda no século passado. As primeiras referências à assistência odontológica de caráter institucional dizem respeito à atuação da odontologia nas Santas Casas de Misericórdia as quais, no início da década de 1880, mantinham um gabinete dentário destinado à realização de extrações. Segundo Cunha (1952), neste serviço eram “praticadas exodontias a granel; tendo só no segundo semestre de 1882, sido feitas ali 1.595 extrações dentárias e prescritas 368 receitas”. O mesmo autor registra ainda, em 1809, a criação do cargo de cirurgião sangrador no Hospital Militar da Corte, o qual fazia as vezes de dentista, de acordo com ato régio da época, realizando extrações. Pelo menos até o início do século XX, boa parte da atuação da odontologia no campo da assistência se dava dentro das Forças Armadas.

No campo da assistência odontológica a escolares, pode-se dizer que a primeira evidência de participação da odontologia na saúde escolar tem, como data, o ano de 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo, as quais, anos depois, se transformaram na Associação Paulista de Assistência Escolar, mantendo sete consultórios em escolas públicas (Carvalho & Loureiro, 1997).

Werneck (1994) destaca que já em 1938 se tinha, em Belo Horizonte, um serviço instalado em um Grupo Escolar e, no final dos anos 1940, com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, se tem o primeiro registro de um serviço público odontológico em Minas Gerais (veja adiante no capítulo 5).

De qualquer maneira, boa parte dos autores considera que, até 1952, o atendimento odontológico escolar, e mesmo o atendimento público de uma forma geral, foi marcado por uma fase eminentemente rudimentar, particularmente no que diz respeito ao planejamento e ao tipo de serviço ofertado. Para Marcos et al., citados por Carvalho & Loureiro (1997), esta fase:

“Caracterizava-se pela falta de planejamento e avaliação, pela ausência de sistemas de trabalho e técnicas uniformes, pelo preparo inadequado do profissional para execução das tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo, no serviço público, o mesmo tipo de atenção prestado nos consultórios particulares”.

Para Zanetti et al. (1996), estas primeiras formas de atendimento odontológico no setor público foram caracterizadas como sendo uma prática de livre demanda e tipicamente flexneriana. Essa livre demanda, contudo, não tinha uma lógica programática definida e foi marcada pela mera transposição da lógica de mercado para o serviço público. Assim, a programação científica em saúde bucal só surgiu mesmo nos anos 1950, com a introdução dos modelos de assistência ao escolar do SESP.

O SESP surgiu no Brasil em 1942 como esforço de guerra e foi mantido por um Acordo de Cooperação Técnica entre Brasil e Estados Unidos. Tinha ação em áreas estratégicas do ponto de vista econômico, como a região de extrativismo da borracha na Amazônia, e funcionava dentro de uma perspectiva assistencial no sentido de aliviar tensões sociais.

Contudo, a despeito de ter introduzido uma lógica organizativa mais científica do ponto de vista da programação, as concepções de prática odontológica nos programas do SESP não chegaram a romper com o modelo hegemônico. Para Narvai (1994):

“O discurso [das práticas do SESP] sempre afirmou (ou escondeu, quando conveniente) uma prática residual, secundária, complementar. A produção de serviços organizada segundo o receituário liberal não apenas não foi questionada em seus fundamentos, eficácia sanitária e significado social, como, ao contrário, foi incorporada e reproduzida como sendo adequada e socialmente útil”.

O modelo de assistência a escolares do SESP tinha como vertente ideológica o movimento da Odontologia Sanitária e, como proposta programática, o Sistema

Incremental de atendimento a escolares. A Odontologia Sanitária foi difundida no Brasil pela primeira geração de dentistas sanitaristas, entre eles Alfredo Reis Viegas, Paulo Freire e Mário Chaves. Este último, certamente, pelo conjunto de sua obra e pela influência internacional que exerceu, foi o que mais se destacou. Em sua obra clássica “Odontologia Sanitaria”, publicada em 1962 sob os auspícios da Organização Pan-americana da Saúde, Chaves define a Odontologia Sanitária como “a disciplina da Saúde Pública que tem como missão o diagnóstico e o tratamento dos problemas de saúde bucal da comunidade” (Chaves, 1962).

Para Narvai (1994), pela análise do referencial teórico adotado por Chaves, pode-se perceber uma clara influência da *Public Health Dentistry* americana e britânica, as quais tiveram influência importante em seus países enquanto estratégia componente de políticas públicas voltadas “para responderem à pressões sociais e para conterem o ‘avanço do comunismo’”. Ainda a esse respeito, prossegue o autor:

“A concretização das propostas da odontologia sanitária/social evidenciaram sua incapacidade de romper a hegemonia da odontologia de mercado. As atividades desenvolvidas em todo o País à luz das suas formulações revelaram-se residuais e conformistas, assumindo um caráter complementar à odontologia de mercado”.

O caráter residual diz respeito à baixa cobertura e eficácia epidemiológica. Era também conformista pelo fato de ser resignada à condição de “alternativa assistencial estatal para pobres e carentes dos grupos populacionais prioritários”.

Zanetti et al. (1996) nos lembram que os EUA viviam, entre os anos 1950 e 1960, o auge da guerra fria e do McCarthismo, época de caça aos comunistas e de afirmação do país enquanto potência mundial. Conforme discutimos no capítulo 2, o traço típico da ação estatal no campo das políticas públicas nos EUA é uma ação focalizada de caráter residual. Desse modo, foram imaginadas políticas compensatórias e focalizadas para os grupos mais vulneráveis. A utilização da escola como espaço de práticas de higiene já era bastante difundida desde as primeiras décadas do século XX, e também na área odontológica, particularmente a partir dos modelos propostos por Fones e Ebersole (Carvalho & Loureiro, 1997).

Contudo, dentre os modelos de saúde bucal para escolares implementados nos Estados Unidos, o que mais se desenvolveu e se expandiu no Brasil e na América Latina foi o *Sistema Incremental*. Concebido pela primeira vez na cidade de Richmond, em 1946, foi empregado no Brasil pela primeira vez em Aimorés (MG) pelo SESP. A definição clássica de Sistema Incremental é dada por Pinto (2000):

“Sistema Incremental é um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas”.

O Sistema Incremental é conhecido por sua característica difásica, ou seja, é composto por uma *fase preventiva* e uma *fase curativa*. A fase preventiva procura reduzir a incidência através de medidas como a fluoretação das águas ou aplicações tópicas de flúor. Na fase curativa se procura reduzir o acúmulo de necessidades, “melhorando o grau de atenção, ajustando-o a um ponto ótimo” (Chaves, 1986).

As experiências acumuladas de Sistema Incremental no Brasil geraram modelos específicos que surgiram de tentativas de adaptações à realidade brasileira. Chaves (1986) identifica, basicamente, quatro tipos de Sistema Incremental, sendo que essa classificação tem como base a cobertura inicial e duração do ciclo. No modelo precursor, o de *Richmond*, o ciclo inicial é mais longo (24 meses) que os demais, uma vez que se optou por tratar todas as crianças de uma vez, ou seja, o Grupo TI (Tratamento Inicial) é composto por todas as crianças. Esse modelo foi também experimentado, na época, em Woonsocket e em Cambridge. No modelo *Aimorés*, foi feita uma adaptação no sentido de manter os ciclos com períodos regulares de 12 meses e o TI era formado pelos grupos de menor idade (6 e 7 anos). Findo o tratamento destes grupos, estes passavam para o GM (Grupo de Manutenção) enquanto uma nova turma de TI era formada pelos ingressantes. No modelo *Intensivo*, é alocado um número de dentistas suficiente para sanar todas as necessidades da escola em um curto espaço de tempo (um ano por exemplo). Em seguida, esta equipe se retira, deixando somente o número de dentistas suficiente para fazer a manutenção. Este modelo foi experimentado, no Brasil, na área da grande Vitória pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Finalmente, o modelo *FSESP* é uma modificação

do tipo Aimorés, e foi fruto da experiência acumulada de 15 anos do programa. Introduziu a idéia de grupo eletivo e compulsório e passou a trabalhar a partir de uma análise epidemiológica mais cuidadosa para a determinação destes grupos (Chaves, 1986).

De todo modo, apesar das adaptações e aperfeiçoamentos, o Sistema Incremental sempre esteve voltado para as populações de idade escolar, em geral de seis a 14 anos. Apesar de se tratar de um modelo programático, ou seja, em tese poderia ser aplicado a qualquer clientela circunscrita, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal (na verdade, um modelo de assistência a escolares) e se manteve como hegemônico durante mais de 40 anos.

Narvai (1994) alerta que o Sistema Incremental não se constitui em um modelo de assistência, mas apenas um *sistema de atendimento*, contudo em função de sua grande expansão e replicação acrítica acabou se confundindo com os programas odontológicos escolares. Para este autor, as críticas que recaem sobre o Incremental, na maioria das vezes não se dirigem ao sistema em si, mas à “precariedade gerencial, à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico dos programas”. Prossegue o autor, destacando as principais críticas ao Sistema Incremental:

*“(a) é excludente, pois ocupa-se exclusivamente da população-alvo e não do conjunto da população exposta ao risco de adoecer; (b) fundamenta-se na evidência epidemiológica de que a cárie dentária aumenta com idade. Em consequência, admite como inevitáveis os períodos de ‘tratamento’ e de ‘acúmulo de necessidades’; (...) (c) em situações de elevada mobilidade populacional, a população-alvo tem sua composição significativamente alterada ao longo dos anos (...) (d) aborda a doença no **indivíduo** pretendendo controlá-la em cada um deles, através de conjuntos de procedimentos que visam à obtenção de TCs individuais, por idade.”* [grifo do original]

Numa outra perspectiva, Zanetti et al. (1996) destacam que uma questão fundamental que deve ser apontada diz respeito ao processo de apropriação do Incremental pelas instituições brasileiras. Para os autores, o Incremental foi pensado como uma política foquista voltada para uma realidade norte-americana totalmente diferente da brasileira, em que os problemas não se circunscreviam a uma determinada parcela da

população, mas tinham caráter universal. Tratava-se, portanto, de uma política foquista pensada para um problema abrangente.

Para Loureiro (1995), o Incremental tem a lógica dos modelos baseados na “cura” e não no controle das doenças. No mais das vezes se consegue uma modificação entre os componentes cariado e obturado do CPO-D e não uma redução na prevalência. Para este autor, outras desvantagens podem ser apontadas a respeito do Incremental, entre elas: (a) a dificuldade de gerenciar um sistema pulverizado; (b) a ausência de planejamento local que torna os dados da realidade dispensáveis e (c) limitação como programa escolar, que impede que os espaços clínicos sejam pensados para outros destinos.

Finalmente, convém destacar que, a despeito destas críticas, o Sistema Incremental se constituiu numa experiência que, para a época em que foi pensado, era o que se tinha de mais moderno e era a expressão do pensamento corrente a respeito da dinâmica de desenvolvimento das doenças. Narvai (1994) recorre a uma afirmação de Moysés, em 1991 para ressaltar este ponto de vista:

“a crítica que nós fazemos hoje não nega o valor histórico que teve o Sistema Incremental como instituição de práticas públicas de odontologia no país. (...) Acho que foi um pólo de abertura que era definido naquele momento pela acumulação de saberes disponíveis. Então, era realmente aquilo que nós poderíamos fazer no momento”.

Zanetti et al. (1996), contudo, ressaltam que, apesar de ser um sistema totalmente esgotado hoje, o Incremental se tornou marco na programação em saúde bucal, servindo de base para praticamente todas as experiências de organização de serviços odontológicos a escolares e atravessou todos esses anos sem nenhuma crítica substantiva:

*“Eventualmente ele foi questionado em alguns aspectos, cujos argumentos de contestação não foram suficientes para mudar a natureza intrínseca da sua racionalidade, mas para tão apenas **desenvolvê-lo, aperfeiçoá-lo**, sem rupturas axiomáticas”.* [grifos do original]

Dessa forma, entre os anos 1950 e fins dos anos 1980, a assistência odontológica pública no Brasil ficou caracterizada pelo fato de ter um modelo predominante de

assistência a escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental) e, para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre as diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas (Zanetti, 1993; Narvai, 1994; Zanetti et al., 1996).

Assim, no plano da assistência pública, a assistência odontológica esteve presente desde o surgimento das CAPs e dos IAPs como instituições prestadoras de serviços de saúde no âmbito da previdência. A partir de meados dos anos 1960, com a fusão dos IAPs no INPS, ocorre uma crescente expansão da assistência odontológica no plano estatal. Já nos anos 1980, com o Plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD), referido por Botazzo et al. (1995) como “conaspinho”. A partir de então, e com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), se deu “a criação e o desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o País” (Narvai, 1994). O crescimento da rede estatal de assistência odontológica, entretanto, continuou com a mesma lógica de uma prática flexneriana e um modelo programático centrado na livre demanda (Zanetti et al., 1996).

Os modelos assistenciais em saúde geral e de saúde bucal em particular, de abrangência municipal, passaram a ter uma importância maior a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde. O SUS também traz em seu bojo o princípio da universalidade da atenção, integralidade e descentralização das ações e controle social. Conforme discutimos no capítulo 2, são diretrizes que puseram em cheque os modelos vigentes e imputaram um desafio muito grande aos municípios que se propuseram a reorganizar os seus modelos assistenciais (Brasil, 1990d,e).

De certa forma, apesar do Sistema Incremental de base escolar ser apenas um modelo programático com claras limitações - algumas discutidas aqui - formava uma base muito sólida e “confortável” para grande parte dos municípios. Era um sistema que,

embora importado de forma acrítica, tinha uma estrutura organizacional muito forte e consolidada e esta talvez tenha sido a principal razão do seu sucesso. Com a necessidade de se criar um novo sistema, a partir de outras bases, muitos municípios ficaram, de alguma maneira, “órfãos do incremental” e tiveram que elaborar seus próprios modelos assistenciais. Mesmo tendo surgido algumas alternativas já a partir dos anos 1970, como a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral, que geraram clones por todo o País, estes modelos (que, na verdade, não chegaram a romper com a lógica programática do Incremental) não se consolidaram, a não ser em algumas experiências pontuais.

O fato é que, não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. O que se denomina hoje, por alguns autores, como o modelo da Saúde Bucal Coletiva, é uma estratégia ainda em construção, centrada nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da Promoção da Saúde, mas ainda sem uma matriz programática definida, como tinha o modelo escolar sespiano*.

Vários municípios, entretanto, têm formulado modelos assistenciais de maneiras as mais diversas. Apesar de ainda não se ter nenhum estudo mais aprofundado sobre as experiências em todo o País, pode-se dizer que a grande maioria ainda trabalha numa lógica bastante amadorística, o que pode ser justificado pela ainda pouca tradição na estruturação de sistemas de saúde bucal no Brasil.

De todo modo, algumas experiências municipais se destacaram a partir do início dos anos 1990, pelo fato de terem estabelecido modelos condizentes com os princípios do SUS, como também por terem desenvolvido estruturas programáticas bastante eficientes e terem alcançado resultados significativos na redução das principais doenças bucais em um período razoavelmente curto.

(*) A expressão "escolar sespiano" foi cunhada por Zanetti (1993), no intuito de ilustrar o modelo preconizado pela Fundação SESP que incorporava a lógica programática do Incremental em uma clientela definida, que eram os escolares.

Com o intuito de introduzir a discussão sobre modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil, destacaremos algumas tendências e perspectivas atuais, que podem ser observadas em alguns municípios do País.

4.2. O período após o surgimento do SUS: algumas experiências em curso no Brasil

Em um levantamento de experiências municipais em saúde bucal no Brasil, Cordón (Cordón, 1996, 1997, 1998) descreveu os principais avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal no Brasil numa perspectiva crítica. A partir de visitas sistematizadas de observação em 25 municípios em vários estados do Brasil, foram discutidas as principais dificuldades, avanços e retrocessos na implementação de sistemas de saúde bucal.

Dentre as categorias analisadas pelo autor, destacam-se os avanços e dificuldades com relação à qualidade de vida, indicadores de saúde bucal, planejamento participativo, integralidade, universalidade e controle social, entre outros, nos municípios pesquisados. Verificou-se que existem realidades muito díspares entre as diversas experiências analisadas. Alguns municípios apresentaram avanços em algumas categorias e dificuldades em outras e, de uma forma geral, apesar de ser possível classificar os municípios em melhor situação, não foi possível estabelecer uma relação direta entre os modelos existentes em cada um deles e o seu sucesso/fracasso (Cordón, 1996). De uma maneira geral não foi possível observar, dentre as experiências analisadas, uma “maximização do benefício social, especialmente no atendimento às demandas sociais nem a satisfação coletiva em termos de felicidade pela qualidade de vida” (Cordón, 1998).

De todo modo, apesar da dificuldade de se ter um quadro geral da situação brasileira, até mesmo em função de sua grande heterogeneidade e dimensão territorial, alguns municípios já apresentam modelos consolidados que têm sido objeto de estudo por parte de universidades e têm servido como base para outras experiências. Entre estes, destaca-se o município de Diadema, pertencente à grande São Paulo (SP) que

completou, em 1997, 10 anos de seu novo sistema de saúde bucal, com resultados bastante significativos (Diadema, 1997).

Entre 1972, quando se deu início a assistência odontológica no município, até 1986, a prática odontológica era pouco impactante, na medida em que reproduzia uma abordagem meramente curativa, que apenas atenuava os sintomas da cárie nos indivíduos tratados. A partir de 1987, foram introduzidas mudanças significativas no modelo assistencial de saúde bucal, em diversos níveis, entre eles, os espaços de trabalho, os recursos humanos, mudanças para um enfoque mais coletivo, organização da demanda e estruturação de um sistema de informações em saúde bucal.

Uma das principais mudanças foi, sem dúvida, com relação aos espaços de trabalho. Tradicionalmente localizados nas escolas, os consultórios foram transferidos para as Unidades Básicas de Saúde, proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e gerando uma assistência mais universal. Além disso, foram paulatinamente ampliados estes espaços, aumentando a capacidade do sistema (Diadema, 1997).

Evidentemente a experiência de Diadema não é a única e talvez, também, não seja a que tenha apresentado melhores resultados, tendo sido relatada aqui a título de exemplo. Há várias outras iniciativas espalhadas pelo Brasil e, apenas para se manter nas experiências que são divulgadas em Congressos e matérias de revistas especializadas, podem ser citados os municípios de Santos (SP), Embu (SP), Curitiba (PR), Belo Horizonte (MG), Ipatinga (MG), Betim (MG), entre outros, que desenvolveram sistemas de saúde bucal mais inovadores e resolutivos.

4.3. Principais tendências percebidas hoje nos sistemas municipais de saúde bucal.

Apesar de ainda não se perceber hoje, no Brasil, um sistema que tenha se estabelecido como hegemônico (como o foi o escolar sesspiano), podem ser destacadas algumas tendências que, apesar de ainda não totalmente disseminadas pelo Brasil, chamaram a atenção e se replicaram em diversos locais. Entre estas tendências destacam-se o

Sistema Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês) e os modelos estruturados com base no núcleo familiar (Saúde da Família).

4.2.1. O Programa Inversão da Atenção

Surgido em fins dos anos 1980 e início dos anos 1990 a partir de elaborações teóricas de Carlos Alfredo Loureiro e Flávio Oliveira (Loureiro, 1995), professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), o Programa Inversão da Atenção (PIA) alcançou um sucesso considerável em alguns municípios de Minas Gerais, entre os mais significativos, João Monlevade e Timóteo (Loureiro, 1995).

Na verdade, o grande mérito deste sistema foi ter resgatado uma matriz programática sob as novas bases que se apresentavam (em síntese, os princípios do SUS, pelo menos do ponto de vista do discurso). Do ponto de vista conceitual, incorporou os avanços da Odontologia Integral adaptando seu marco teórico a uma estrutura organizativa baseada no SUS⁹. Sua principal característica é o controle epidemiológico da doença cárie, obtido a partir de tecnologias preventivas mais modernas, em sua maioria originadas do preventivismo escandinavo.

O princípio básico do PIA é a mudança do enfoque de “cura” da cárie para o de “controle”. Assim, são definidas três fases dentro do programa, interrelacionadas e retroalimentadas por um sistema de informação eficiente. A primeira fase, a *estabilização*, tem por objetivo reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não-invasivas, para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão. A segunda fase compõe a *reabilitação* onde se dá o restabelecimento da estética e função perdidas pelas seqüelas da doença. Numa terceira fase se dá o *declínio*, onde a doença e a lesão estão sob controle e onde, supostamente, trabalha-se com a população sobre os fatores condicionantes, introduzindo a noção e métodos de autocuidado (Matos, 1993; Werneck, 1994; Loureiro, 1995).

⁽⁹⁾ De fato, ao serem consultados os documentos da Estação Saúde, empresa criadora do PIA, estas categorias são observadas. Contudo, em algumas experiências nas quais o PIA foi implantado, verifica-se uma mera reprodução dos modelos assistenciais dirigidos a escolares.

O modelo da Inversão da Atenção se constitui na estratégia de uma empresa de consultoria situada em Belo Horizonte (MG), a Estação Saúde. Os idealizadores deste modelo, em seu início, sofreram severas críticas por parte de alguns autores que os acusavam de mercantilizar a odontologia e vender “pacotes prontos” para alguns municípios que tinham o intuito de reorganizar seus sistemas de saúde bucal, mas não dispunham do conhecimento e da tecnologia necessárias (Cordón, 1996). Sem querer entrar no mérito das conseqüências éticas de como se operacionalizaram a implementação destes modelos, o fato é que o Sistema Inversão da Atenção, proposto pela Estação Saúde, se espalhou por muitos municípios do País. Alguns deles, mesmo sem haver a assessoria formal da empresa, implantaram modelos baseados no Inversão da Atenção (Peres, 1995).

De fato, não há muita novidade no PIA. Seu marco teórico referencial em muito se assemelha a outras elaborações teóricas surgidas anteriormente, como a Odontologia Integral, no sentido de que são mantidas as mesmas críticas ao modelo vigente e resgata a necessidade de uma abordagem promocional no combate às doenças bucais. Do ponto de vista da lógica programática, incorpora conceitos do planejamento estratégico situacional (PES)* - embora isto não esteja explícito -, territorialização, busca da universalidade da atenção e trabalha com tecnologias preventivas de alto conteúdo controlador e tecnológico-dependentes, como o uso massificado de selantes, por exemplo (Sá, 1992; Matos, 1993; Werneck, 1994; Loureiro, 1995; Peres, 1995).

De certa forma, portanto, pode-se dizer que o sucesso do PIA tem as mesmas razões do sucesso que teve o Sistema Incremental durante décadas, ou seja, se apresenta como um modelo estruturado, com uma matriz organizativa definida, normatização de atividades, treinamento de recursos humanos, além de uma base teórica sólida, embora seus princípios não constituam uma unanimidade. Levando-se em consideração que a imensa maioria dos municípios brasileiros não dispõe de alternativas técnicas para a implementação de sistemas municipais de saúde bucal, a assimilação deste modelo por parte de alguns municípios se constituiu numa alternativa mais confortável e comodista.

(*) Ver nota anterior

Trata-se, portanto, de um reflexo do que foi a trajetória histórica da estruturação de modelos assistenciais em saúde bucal de abrangência municipal no Brasil, a qual nunca se constituiu a partir de uma identidade própria, oriunda dos anseios populares e da consciência de mudança dos trabalhadores de saúde bucal.

4.2.2. Atenção precoce em Odontologia (Odontologia para Bebês)

A assistência odontológica a crianças menores de 6 anos sempre se constituiu num problema no Brasil em virtude da prática consolidada de se manter como grupo prioritário os escolares de 6 a 14 anos. Esta exclusão da população abaixo de 6 anos se justificava em virtude do conhecimento predominante a respeito do desenvolvimento da doença cárie, como também por critérios operacionais (era mais prático atender somente escolares de primeiro grau). A idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não guardava nenhuma relação com a dentição permanente originou o raciocínio de que não havia necessidade de se tratar (pelo menos no nível da Saúde Pública) a dentição decídua. Este princípio se corporificou em uma norma bastante conhecida de tratar apenas os dentes permanentes em programas de atenção a escolares (em geral, os molares).

Com o desenvolvimento da cariologia e sua incorporação na prática em alguns sistemas de saúde bucal no Brasil (sempre com algum atraso, é verdade), se disseminou o princípio do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa*, ressaltando a importância de seu controle o mais precocemente possível.

A reboque destes conhecimentos surge a atenção precoce em Odontologia, resgatando a necessidade de inclusão da clientela de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal. Uma das experiências mais marcantes desta nova vertente ficou conhecida como “Odontologia para Bebês” e teve, como grande propulsor, o Prof. Luís Reinaldo de

(*) A bem da verdade, ainda não se tem um consenso sobre a natureza infecciosa da cárie dentária. Considerando que os microrganismos envolvidos no processo albergam a cavidade bucal naturalmente, apenas alterando suas proporções em função de uma dieta rica em açúcar, a cárie possui mais características de uma doença de caráter comportamental e dietético do que infecciosa. Não por acaso, dentro da estrutura da Organização Mundial da Saúde, a Saúde Bucal está no Departamento de Doenças Não-Transmissíveis.

Figueiredo Walter, com a implantação da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná (Walter et al., 1991).

Surgida em 1985, a bebê-clínica da UEL foi implantada com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie na população de 0 a 30 meses. Embora não se constituísse numa experiência nova a nível mundial, uma vez que alguns sistemas de atenção precoce já haviam sido desenvolvidos nos Estados Unidos e Japão entre as décadas de 1970 e 1980, a iniciativa da UEL deu a partida para uma nova concepção de atenção odontológica.

Além dos resultados significativos na redução da prevalência e severidade da cárie, um dos grandes méritos do programa foi ter introduzido uma nova mentalidade nos profissionais e nos usuários, na medida em que estes passaram a procurar o serviço para atividades preventivas com uma maior frequência.

Com o sucesso da bebê-clínica da UEL, a experiência foi estendida para o serviço público, tendo o município de Cambé (PR) implementado a primeira experiência neste sentido e também apresentado bons resultados. Em seguida foi sendo implantada em todo o município de Londrina, nas suas 25 unidades de saúde, e recentemente, tem se estendido para todo o Estado do Paraná dentro do Projeto Protegendo a Vida (Temponi & Drumond, 1997).

Do ponto de vista técnico e operacional, portanto, é inegável a contribuição que as experiências de atenção precoce têm dado para a redução na prevalência das doenças bucais, em particular a cárie dentária.

Entretanto, o que se tem percebido recentemente é uma expansão exagerada da instalação de clínicas de bebês em vários municípios do Brasil, implantadas de forma acrítica e desvinculada de ações de saúde bucal mais globais. Em recente estudo realizado com seis experiências de clínicas de bebês em serviço público e universidades do Brasil, Temponi e Drumond (1997) concluíram que a maior parte dos programas não estão inseridos em projetos globais de saúde que busquem desenvolver políticas com estratégia integrada de fatores de risco comum a nível

municipal, estadual ou federal. Além disso, a suposta intersetorialidade (integração com equipe multidisciplinar) contribui somente como meio de divulgação e acesso da população alvo ao programa.

Em outra pesquisa recente, realizada em 40 municípios de 8 estados brasileiros, Oliveira et al. (1998) avaliaram os projetos de saúde bucal destes municípios e encontraram que apenas 37,5% puderam ser classificados como projetos voltados para a atenção/assistência à saúde bucal do município de uma forma geral. Cerca de 30% dos projetos, divulgados como sendo "o projeto de saúde bucal da cidade", eram descrições de programas específicos e isolados, relativos a assistência a uma clientela restrita. Dentre estes, a grande maioria era formada por projetos de atenção precoce, prevendo a instalação de clínica (s) de bebês.

O que se pode observar é que esse é um fenômeno crescente e um número cada vez maior de municípios está implantando clínicas de bebês como sinônimo de assistência odontológica. O risco da disseminação deste tipo de prática é a repetição de um mesmo erro grave do passado, quando o foco da atenção era centrado em escolares, deixando o restante da população sem assistência, perpetuando um modelo excludente. Sob a justificativa da atenção precoce e deslumbrados com o sucesso deste tipo de prática, alguns municípios estão estabelecendo sistemas tão excludentes quanto os do passado incremental.

A atenção precoce é uma conquista da Odontologia e a sua inserção nos modelos assistenciais de saúde bucal é uma estratégia fundamental para a prevenção das doenças e representa a incorporação de um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, numa perspectiva de promoção de saúde. Entretanto, a implementação deste tipo de prática dentro dos serviços deve obedecer à lógica da integralidade das ações, da universalidade no acesso aos serviços e da equidade. A disseminação de uma técnica preventiva apenas, dirigida a uma população restrita, sem se constituir numa estratégia componente de um todo que envolva toda a população a ser assistida, corre o risco de gerar modelos excludentes, pouco resolutivos e ineficientes (Bellini, 1991; Rede Cedros, 1992).

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

4.2.3. A Odontologia com base no núcleo familiar

Conforme discutimos no capítulo 2, a idéia de se estruturar modelos de assistência à saúde a partir da família também não é nova, surgindo, no início da década de 1970, a figura do médico de família, proposto como alternativa para a “humanização da medicina” e indo de encontro ao especialismo reinante na formação médica. Tratava-se, na verdade, de uma estratégia de readequação da educação médica, proposta pela OMS e INAMPS entre outras instituições, e não propriamente um modelo assistencial (Paim, citado por Trad & Bastos, 1998).

A participação da saúde bucal nas atividades do PSF tem sido proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba (PR). A partir daí, vários municípios têm tentado viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal nos Programas de Saúde da Família, tendo em vista que não é prevista, nas diretrizes do Programa, a participação da Odontologia. Essa participação é, portanto, “acrescentada” ao PSF e se dá de várias maneiras, desde o treinamento dos agentes comunitários (ACS), no sentido de se incluírem instruções relativas à saúde bucal em suas atividades, até a inclusão do Cirurgião-Dentista (CD) na equipe do PSF*.

Ainda não há dados disponíveis sobre a proporção de programas que trabalham com atividades de saúde bucal, mas sabe-se que esta é uma prática em expansão, a julgar pela quantidade considerável de relatos de experiências de saúde bucal no contexto da saúde familiar em encontros recentes de saúde bucal coletiva, como os ENATESPOs (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) desde 1997. Também não é possível, até mesmo pelo curto período de tempo, analisar os resultados destas ações.

(*) Em 25 de outubro foi anunciada, pelo Ministro da Saúde José Serra, a inclusão do CD na equipe de Saúde da Família para o ano que vem (2001).

O que deve ser destacado, a partir do que foi discutido até aqui, é que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da Odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório. É importante que as experiências de introdução da saúde bucal no PSF não apenas transfiram linearmente o espaço de trabalho do CD, mas que produzam um ganho no sentido do reordenamento da prática odontológica, de uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais.

No capítulo 5 discutiremos a experiência de Curitiba na implantação da saúde bucal no PSF, num programa em funcionamento desde 1995, onde aprofundaremos um pouco mais a questão da saúde bucal no PSF.

Em suma, uma questão importante que deve ser ressaltada sempre que se discute a intervenção odontológica no plano coletivo e no individual é o seu impacto na melhoria das condições de saúde bucal das coletividades. Sabe-se que a assistência odontológica, que possui traços idênticos em sua prática pública e privada, tem contribuído muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal das populações. Em um estudo instigante, Nadanovsky & Sheiham (1995) encontraram que a contribuição dos serviços odontológicos na redução de cárie em crianças de 12 anos em vários países industrializados foi de apenas 3%, enquanto que os aspectos socioeconômicos contribuíram entre 35 e 50%*. Certamente a realidade há de ser a mesma na maioria dos países da América Latina e provavelmente no Brasil e diversos estudos têm mostrado que onde há dentista há mais doença.

Há que se levar em conta, no entanto, que esta prática odontológica que tão pouco contribuiu é a que todos nós conhecemos: iatrogênico-mutiladora, dentistocêntrica, biologicista, individualista, centrada na técnica e pouco resolutiva. Os modelos assistenciais em saúde bucal que ora se estruturam no País devem começar a trabalhar

(*) A categoria "serviços odontológicos" foi avaliada a partir da relação dentista-habitante, considerando que este é um dado indireto que reflete, de algum modo, o poder da assistência odontológica. É, de fato, um indicador que pode perder sensibilidade quando se consideram serviços com perfis diferentes, entretanto o número de países pesquisados pode ter diluído este viés.

exatamente a partir deste ponto: um reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde-doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que aponta para esta mudança de concepção. A defesa do SUS como um sistema de saúde para todos os brasileiros é, portanto, a base desta estratégia.

Capítulo 5



EXPERIÊNCIAS DE ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM MODELOS PÚBLICOS DE SAÚDE BUCAL

*O presente não devolve o troco do
passado. Sofrimento não é
amargura, tristeza não é pecado.
Lugar de ser feliz não é
supermercado.*

Zeca Baleiro

Com vimos, o Brasil experimentou, nos últimos 50 anos, diversas fórmulas de organização de serviços públicos na área odontológica. A emergência da Saúde Bucal Coletiva e do Sistema Único de Saúde, como proposta organizativa da assistência a partir dos anos 1990, tem influenciado significativamente nos rumos e nas tendências assumidas pelos modelos assistenciais em saúde bucal desde então. Descreveremos, em seguida, três experiências de serviços públicos de saúde bucal que foram analisadas sob a ótica da organização da demanda.

5.1. Um modelo tradicional ainda em curso: o caso de Araçatuba - SP

Araçatuba, município da região noroeste de São Paulo, distante 533 Km da capital, possui uma população, estimada para 2000, de 171.420 habitantes. Ocupa uma área total de 1.330 Km², com uma área urbana de pouco mais de 60 Km² e uma densidade

demográfica de 122 habitantes / Km² (FIBGE, 2000b). A cidade foi inaugurada em 2 de dezembro de 1908 e desenvolveu-se a partir de uma vila surgida no início do século XX. No dia de sua inauguração era apenas uma parada de trem da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil. Assim como a maioria das cidades da região noroeste paulista, Araçatuba teve seu surgimento vinculado à agricultura cafeeira, à construção da estrada de ferro e ao fluxo migratório no sentido do interior (Barros, 2000).

As cinco primeiras décadas foram marcadas por uma atividade econômica voltada, essencialmente, para a cultura de café e algodão, para, em seguida, serem substituídas pela pecuária. Atualmente ainda é forte a atividade agropecuária, sendo também desenvolvida a cultura de cana-de-açúcar e também sua industrialização (Barros, 2000). A atividade econômica mais forte, do ponto de vista do emprego, é o setor de serviços, responsável por mais de 70% das ocupações (SES-SP, 1997).

Com relação a alguns indicadores de desenvolvimento humano, Araçatuba apresentou, segundo dados do IBGE de 1991, um IDH⁹ de 0,797, ficando, assim, no grupo de Médio Desenvolvimento Humano. Conforme pode ser visto na Figura 5.1, sua posição em 1991 com relação ao Brasil e ao Estado de São Paulo é bastante privilegiada: ocupa a 28^a posição, sendo que 27 (5%) municípios estão em situação melhor e 544 (94%) municípios estão em situação igual ou pior (PNUD Brasil, 1998).

No que diz respeito à educação, o município conta, segundo dados de 1991, com pouco mais de 10% da população de 15 anos ou mais que não é alfabetizada. Quase 98% dos habitantes têm acesso à água tratada e mais de 92% à rede de esgoto. A mortalidade infantil está em declínio e apresentou um valor de 19,7 em 1998, abaixo da média nacional de 35,6 (veja no anexo “B” outros indicadores importantes para os municípios pesquisados) (SES-SP, 1997; Ministério da Saúde, 2000b).

⁹ O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) foi idealizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em 1990. É um índice composto pelas variáveis *longevidade*, *renda* e *educação* e varia de 0 a 1. Um IDH de 0,800 a 1,000 indica alto desenvolvimento humano; de 0,500 a 0,799 indica médio desenvolvimento e abaixo de 0,500 significa baixo desenvolvimento humano (PNUD Brasil, 1998)

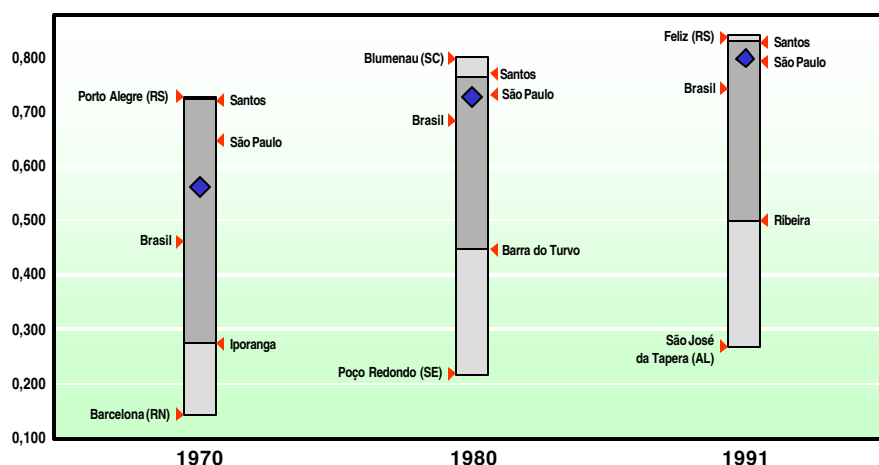


Figura 5.1 - Situação de Araçatuba em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1970, 1980 e 1991. O losango em azul indica Araçatuba, a faixa cinza-escuro, os valores mínimo e máximo para São Paulo e faixa cinza-clara, os valores mínimo e máximo para o Brasil. Fonte: PNUD Brasil, 1998.

5.1.1. O Sistema de Atenção à Saúde

A assistência à saúde em Araçatuba é municipalizada, na modalidade Plena do Sistema Municipal desde 1998. O valor do PAB fixo anual é de quase 1,7 milhão, o que dá um gasto de pouco mais de 7 reais por habitante/ano em assistência básica, segundo dados de 1999. Ao todo, a despesa realizada em saúde *per capita*, para o ano de 1995 foi de R\$ 31,29 (SES-SP, 1997; Ministério da Saúde, 2000b).

Araçatuba é sede da Direção Regional de Saúde (DIR) VI, que engloba 43 municípios da região noroeste do Estado. Com relação à rede física ambulatorial, o município conta com, ao todo, 46 unidades entre Postos, Centros de Saúde e Unidades não-especificadas, sendo que a maioria (52,2%) pertence ao município. A rede hospitalar é toda composta por prestadores filantrópicos, com uma proporção de leitos por 10.000 habitantes de 3,4 (um pouco acima da média nacional, 3,0 leitos/10.000 hab) (Ministério da Saúde, 2000b).

5.1.2. A Saúde Bucal

Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal

No início da década de 1970, quando estava sendo planejada a fluoretação das águas de abastecimento público do município, foi realizado um levantamento epidemiológico para posterior avaliação dos benefícios da medida. O levantamento foi conduzido pelo Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (FOA-UNESP) por solicitação do Departamento de Águas e Esgotos de Araçatuba (DAEA). Foi observada uma alta prevalência de cárie na população infantil, com um CPO-D aos 12 anos de 9,8 (Saliba et al., 1981).

Em anos seguintes outros levantamentos foram realizados. Em 1993 foi feita uma avaliação do resultado de 21 anos de fluoretação das águas através de um levantamento epidemiológico, que mostrou um CPO-D aos 12 anos de 4,6, uma redução, portanto de 53% (Arcieri et al., 1998). O mais recente levantamento, realizado em 1999, de dados ainda não publicados, mostrou um CPO-D médio aos 12 anos de 2,3, um valor abaixo da meta da OMS para o ano 2000 e que representa uma redução de 50% em relação a 1993 e de 79% em 27 anos (Figura 5.2) (Moimaz, 2000)*.

Ainda não se tem dados disponíveis a respeito da população adulta e de condição periodontal do município. Contudo, tendo-se como base os dados relativos à DIR VI do Levantamento das Condições de Saúde Bucal do Estado de São Paulo de 1998, percebe-se uma situação ainda bastante próxima da realidade brasileira, discutida no capítulo 3. Na faixa etária de 35 a 44 anos a situação está um pouco melhor que a de 1986: de um CPO-D igual a 19, cerca de 68% são de dentes obturados. Na faixa de 65 a 74 anos, no entanto, dos 25 dentes atacados pela cárie, 86% foram extraídos (USP-FSP/SES-SP, 1999).

(*) MOIMAZ, S.A.S. Comunicação pessoal. Araçatuba, 2000.

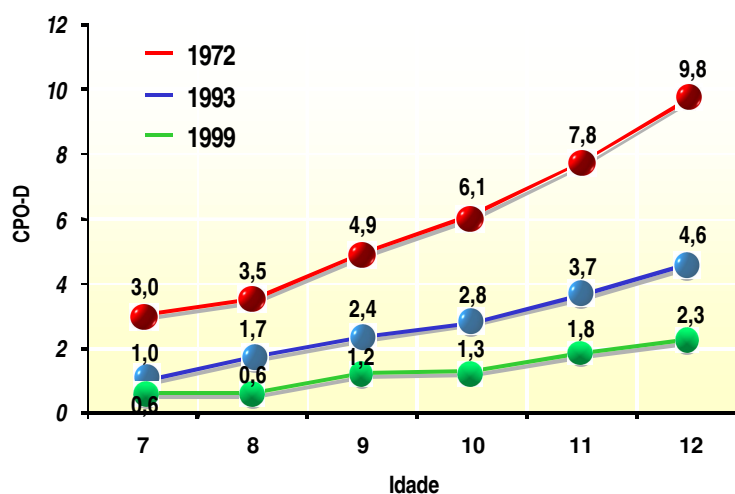


Figura 5.2 - Prevalência de cárie dentária (CPO-D) de acordo com a idade entre 1972 e 1999 no município de Araçatuba. Fonte: Saliba et al., 1981; Arcieri et al., 1998; Moimaz, 2000.

O modelo de Atenção à Saúde Bucal

A assistência odontológica pública dá-se início em Araçatuba no ano de 1965, com a implantação de uma atividade de integração docência-assistencial pela FOA-UNESP, o Serviço Odontológico Rural (SOR). Nesta época ainda não havia nenhum sistema municipal de prestação de serviços odontológicos e foi, então, firmado um convênio entre a FOA e a Prefeitura Municipal. A primeira experiência aconteceu no bairro rural de Vicentinópolis, pertencente ao município de Araçatuba. Em seguida o serviço foi expandido para outros bairros rurais, como Santo Antônio do Aracanguá, Major Prado, Engenheiro Taveira, Água Limpa e Prata (UNESP, 1997).

Sete anos depois de implantado o SOR, foi criado o Serviço Odontológico Urbano (SOU), com a expansão da assistência odontológica a diversas entidades de Araçatuba, além de um consultório instalado no Departamento de Odontologia Social (UNESP, 1997).

Além dos serviços odontológicos prestados pela FOA, na forma de articulação ensino-serviço, foi implantado um sistema de atendimento a escolares por iniciativa do governo estadual, o Dentário Escolar. Tratava-se de um modelo assistencial para

escolares baseado no sistema incremental que havia sido implantado em várias cidades do Estado. Além disso, paulatinamente foi sendo montada uma rede de assistência básica municipal, onde a assistência odontológica foi sendo incorporada.

Em 1989, já sob a vigência do SUS, foi elaborado, pelo Prof. Sozigenes Victor Benfatti, então coordenador da Divisão Odontológica e pelo Dr. José Alberto C. Guerreiro, o Programa de Saúde Bucal do Município de Araçatuba, onde estão explicitadas as diretrizes básicas para o funcionamento da assistência odontológica no nível municipal. Este programa, salvo algumas pequenas modificações é o que está sendo posto em prática até hoje (Araçatuba, 1987; Mendes & Martins, 1999). Também neste mesmo ano, o Dentário Escolar é municipalizado, ficando sob a responsabilidade da prefeitura o seu gerenciamento e manutenção, enquanto que o pagamento dos dentistas ainda continuava a ser feito pelo Estado.

Desse modo, a odontologia dentro da Secretaria de Saúde e Higiene Pública (SSHP) está estruturada em dois subsistemas: o Serviço Odontológico Municipal e o Dentário Escolar. Ambos os serviços estão vinculados à diretoria de odontologia que, junto com a diretoria médica, compõe os dois grandes eixos que, dentro do fluxograma da secretaria, estão diretamente ligados ao secretário municipal.

Do ponto de vista dos recursos físicos e humanos, a rede de serviços odontológicos de Araçatuba conta, hoje, com 63 dentistas, dos quais 20 ainda são remanescentes do Dentário Escolar e são remunerados pelo Estado. Os 63 dentistas estão distribuídos nas Unidades de Atendimento Odontológico (UAO) e nas escolas, sendo 38 dentistas em 14 UAOs e 25 dentistas em 20 escolas (veja mapa na Figura 5.3). De acordo com Sozigenes Benfatti (2000)*, coordenador da Divisão Odontológica da SSHP, nos últimos dois anos a rede passou por grandes ampliações na estrutura física das unidades, tanto na parte médica quanto odontológica, sem no entanto, haver aumento no quadro de recursos humanos.

(*) BENFATTI, S.V. Entrevista concedida ao autor. Araçatuba, 2000.

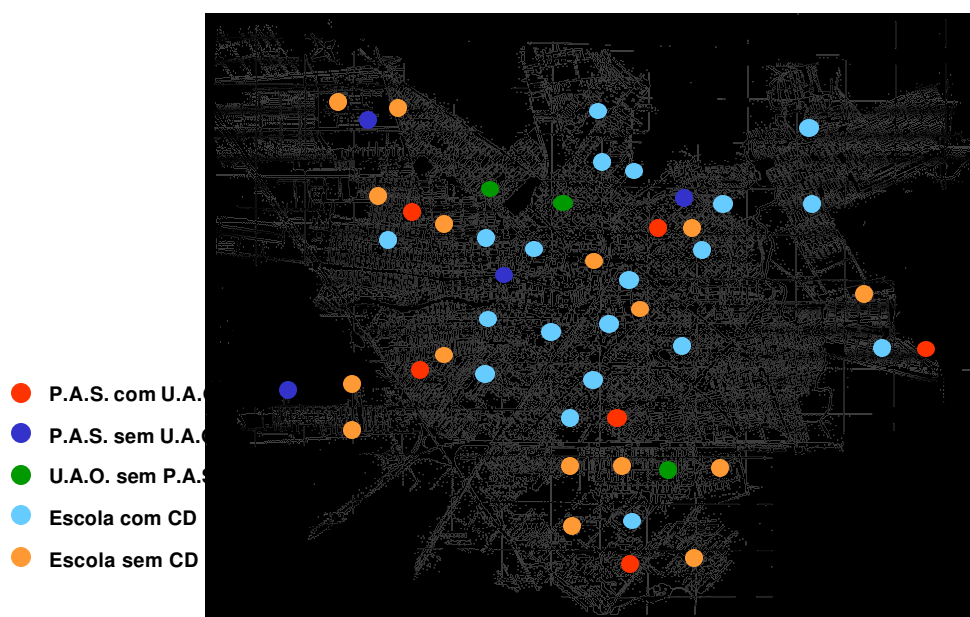


Figura 5.3 - Distribuição da rede de assistência à saúde bucal no município de Araçatuba em 1999. Fonte: Prefeitura Municipal de Araçatuba - Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública.

Completando a rede de assistência à saúde bucal, existe ainda uma Unidade de Atendimento Odontológico para Bebês, que foi inaugurada em 1990. Com relação à atenção secundária, o sistema conta com uma unidade em que são referenciados os casos de endodontia e a FOA, que mantém convênio com a secretaria e que funciona como prestador do SUS.

A FOA mantém, ainda um serviço de atendimento às gestantes, com uma clínica nas dependências do Departamento de Odontologia Infantil e Social, que foi implantada há cerca de dois anos. A clínica é conveniada com a prefeitura a partir dos termos gerais do convênio entre a FOA e a SSHP.

O fluxo dos pacientes para a clínica de gestantes é feito a partir de encaminhamentos dos programas de pré-natal da rede básica. Em função da demanda muito alta, considerando que é apenas uma clínica para toda a rede básica, optou-se por trabalhar com as unidades próximas à Faculdade e, nas outras, é feito um trabalho *in loco*, através de estagiários, com atividades educativas e preventivas. Assim, todas as

gestantes que procuram pelo serviço passam por atividades de educação em saúde e prioriza-se, para o atendimento, as que são encaminhadas pelas unidades mais próximas da Faculdade.

Ao fim da gestação, as mães são, então, encaminhadas com os seus bebês, para a clínica do bebê da FOA ou do município. Para Moimaz (2000)*, a articulação com a rede básica inicialmente foi muito difícil, uma vez que as gestantes procuravam o serviço apenas no último mês para garantir o atendimento após o parto. Uma maior articulação junto com os ginecologistas da rede foi feita no sentido de motivar para uma maior participação. Hoje está sendo proposto que, se a gestante procurar o serviço até o terceiro mês de gestação, terá atendimento garantido após seis meses. Ainda assim, considera-se como um dos “nós críticos” do sistema a pouca articulação que existe da odontologia com as outras áreas (a área médica principalmente).

A Clínica do Bebê da FOA surgiu há cerca de seis anos e trabalha com atendimento eminentemente preventivo. Os casos que necessitam de tratamento curativo são encaminhados para a Clínica do Bebê do município. O critério para que os bebês sejam atendidos é estarem no primeiro ano de vida, desse modo, crianças de dois e três anos não entram no sistema. Para Cunha (2000)† ainda não existe uma articulação adequada com a clínica de gestantes e a peculiaridade do trabalho é que está muito voltado para a pesquisa. Ainda não há dados avaliativos concretos a respeito do impacto das ações da bebê-clínica e espera-se que os trabalhos de pesquisa realizados pela Pós-Graduação apontem para isso.

A Clínica do Bebê da rede municipal, segundo Benfatti (2000)‡, foi uma das primeiras experiências deste tipo a serem incorporadas na rede básica, no Brasil. Atende à toda população do município através do sistema de livre demanda, ou seja, toda a população que procura o serviço (mães e seus respectivos bebês). Não há critérios para determinar quais serão atendidos ou não e nem limites de idade para os bebês serem atendidos. Para os profissionais da rede, a clínica tem uma boa aceitabilidade da

(*) Moimaz, S.A.S. Entrevista concedida ao autor. Araçatuba, 2000.

(†) Cunha, R.F. Entrevista concedida ao autor. Araçatuba, 2000.

(‡) Benfatti, S.V. op. cit.

população, sendo que as mães sempre retornam para a manutenção do tratamento preventivo que segue, em linhas gerais, a filosofia de trabalho proposta pelas experiências pioneiras de odontologia para bebês.

A Clínica do Bebê fica no bairro de Santana e a escolha do local não teve critérios epidemiológicos nem demográficos. Uma unidade de saúde que estava desativada foi reformada e adaptada para abrigar a clínica. Segundo os profissionais, a clínica recebe pacientes de praticamente todo município.

A organização da demanda na rede básica e nas Escolas

Dentro da rede básica (as Unidades de Atendimento Odontológico), é priorizada a clientela de 3 a 18 anos e as gestantes. O sistema de captação é do tipo demanda livre e, para a faixa etária priorizada, trabalha-se com a estratégia de TC (Tratamento Completado). O agendamento é feito por ordem de chegada e não há critérios estabelecidos para se priorizar os que terão continuidade no tratamento. Os pacientes são agendados, em média, uma vez por semana, mas há uma recomendação de que seja agendado em intervalos menores, para que a conclusão do tratamento se dê de forma mais rápida.

Para a população adulta (acima de 18 anos, não-gestantes) é oferecido tratamento de urgência e emergência no Pronto-Socorro Municipal. Eventualmente, quando essa clientela procura o serviço na rede básica, é orientada para procurar o Pronto-Socorro ou, dependendo do caso, pode receber o tratamento emergencial, particularmente nos casos de dor.

A justificativa para a priorização do tratamento completado às crianças e adolescentes e o tratamento apenas emergencial para os adultos é a dificuldade em se trabalhar com a população adulta, do ponto de vista da adesão ao sistema de tratamento. Conforme argumenta Benfatti (2000):

“Pela nossa experiência de trabalho no setor público, temos notado que os sistemas que priorizam o adulto deixam muito a desejar. Por uma razão muito simples: o adulto procura o profissional para resolver o problema da dor. Resolvendo o problema da dor, ele não comparece mais ao tratamento. Então fica uma bola de

neve em que se agenda e não se conclui. Priorizando da forma como fazemos, fica mais barato e se resolve o problema do paciente”.

Além do fato de não ter nenhuma base epidemiológica, uma vez que não há dados disponíveis, trata-se, evidentemente, de uma justificativa baseada na “culpabilidade das vítimas”. A questão do retorno e da assiduidade ao tratamento (não só dos adultos, mas de qualquer outra idade) se constitui numa dificuldade que deveria ser encarada pelo serviço como um problema de sua alçada e não da população. O fato da procura se dar em função da dor é uma representação que foi criada na população pela própria prática odontológica, ou seja, durante anos o alívio da dor foi a única forma de atendimento oferecido à população. Não há como mudar a lógica da prática e esperar que ela seja assimilada de imediato pelas pessoas.

Há diversas experiências de modelos de saúde bucal (veja adiante neste capítulo) que conseguiram estabelecer vínculo com os pacientes de modo que a procura passou a se dar, na maior parte das vezes, para a realização de atividades preventivas e de controle.

Botazzo et al. (1995) pesquisaram a atenção odontológica ao adulto no Estado de São Paulo e encontraram uma grande maioria de municípios que mantêm uma lógica semelhante. Para os autores, as práticas de exclusão de determinados grupos e priorização de outros, configurando-se mais como “exclusivização” do que priorização da população infantil e gestante, são características dos modelos tradicionais implantados pela Fundação SESP e Departamento de Assistência ao Escolar, entre outros. Tais modelos, como vimos no capítulo 4, tiveram sua importância histórica e hoje, no contexto do SUS, com base na universalidade da atenção, devem ser revistos. Prosseguem os autores:

“A universalização contém a idéia de cobertura, e a equidade, a idéia de disponibilidade de serviços e ações, seja em qualidade ou quantidade, aos grupos com déficits sociais agravados, e esta penetração é epidérmica e localizada. (...) Pôde ser demonstrado que tanto a universalização do acesso quanto a equidade no cuidado odontológico, são ainda práticas pouco efetivas”.

Considerando a realidade epidemiológica de Araçatuba, é pouco provável que os “déficits” estejam na população infantil, uma vez que os dados mostram uma baixa

prevalência de doença. É provável que a maior parte das necessidades esteja localizada na população adulta que ainda tem um reservatório de necessidades acumuladas, a julgar pelos dados relativos ao Estado e à região.

De todo modo, não se trata de escolher que grupo priorizar apenas pelo raciocínio epidemiológico ou, de outra maneira, pela lógica da dívida assistencial. Conforme nos alerta Zanetti (2000):

“O entendimento de maior ou menor equidade não deve ser pautado na existência de maior ou menor dívida assistencial. Se esse fosse o critério válido, seria mais equitativo atender os adultos. Entretanto, tal como num ‘cobertor curto’ (...) a dívida assistencial varia com a opção de oferta e cria uma situação dinâmica, circular e perpétua: é só começar a atender os adultos em detrimento das crianças que elas rapidamente voltarão a ser prioridade. (...) O desafio de se estender a cobertura aos adultos não está em retirar recursos e conquistas das crianças; ao contrário, está sim em maximizar eficientemente o sucesso preventivo-promocional junto às primeiras, para assim liberar recursos assistenciais curativos a elas destinados, gerando o excedente assistencial curativo, o qual poderá ser utilizado nas estratégias de universalização da cobertura junto aos adultos”.

Desse modo, a lógica deve ser pautada pela análise da capacidade operativa aliada ao dado epidemiológico. Ao analisarmos a rede de serviços odontológicos de Araçatuba, percebe-se que a sua média de equipes odontológicas do SUS por 10.000 habitantes é de 13,1, cinco vezes mais que a média nacional (2,6) e mais que o dobro da média dos outros municípios que são objeto deste trabalho (veja anexo “B”). Como veremos adiante neste capítulo, nestes municípios a atenção ao adulto se dá da mesma forma que na população infantil, evidentemente, com suas peculiaridades locais.

Um fato relevante que se deve considerar no processo de priorização de Araçatuba é que o foco no adolescente e no adulto se dá na rede básica, porém ainda existe o atendimento nas escolas, em que o atendimento é literalmente exclusivo para as crianças, ou seja, numa parte da rede se prioriza e na outra se exclusiviza. Analisando os recursos humanos que são disponibilizados para o atendimento aos escolares e à população em geral que demanda os serviços (na verdade crianças, adolescentes e gestantes), verifica-se que a proporção dentista/usuário nas escolas é de 1:1.207 enquanto que na rede básica essa proporção é de 1:3.605. Levando-se em consideração que as menores necessidades estão localizadas na população escolar, trata-se de uma

distorção incompreensível[†]. Além disso, quando se examina a produção anual dos dentistas das escolas e dos dentistas da rede básica, percebe-se que, à exceção dos procedimentos coletivos, a maior produtividade se encontra na rede básica (veja Tabela 5.1). Considerando o valor proporcional, ou seja, os procedimentos por dentista, a vantagem se mantém (Figura 5.4). É reconhecido pela própria coordenação que a assistência odontológica nas escolas apresenta ociosidade maior que a rede municipal, em função das menores necessidades e da limitação da faixa etária. Segundo Benfatti (2000)[†], já se tentou um remanejamento dos dentistas das escolas para a rede básica, mas houve uma resistência muito grande dos profissionais e não foi possível tal medida.

Tabela 5.1 - Procedimentos odontológicos realizados no município de Araçatuba no ano de 1999 segundo a unidade de atendimento. Araçatuba, 1999.

PROCEDIMENTO	U.A.O. MUNICIPAL	DENTÁRIO ESCOLAR	F.O.A.	TOTAL
Consultas	42.421	7.550	1.060	49.971
Procedimentos Coletivos	106.169*	109.429	-	215.598
Medidas Preventivas	31.753	12.477	2.282	44.230
Tratamentos Endodônticos	3.061	321	25	3.382
Extrações	7.121	1.649	14	8.770
Restaurações	29.500	5.479	476	34.979
Atendimento de Urgência	11.226	914	24	12.140
Outros Procedimentos	12.799	3.792	453	16.591
Tratamentos Completados	-	-	-	7.009
Total	244.050	141.611	4.334	389.995

Fonte Prefeitura Municipal de Araçatuba - Secretaria de Saúde e Higiene Pública, 2000.

* Computados os PCs realizados nas U.A.O. e nas Escolas sem dentista (7.553 + 98.616)

(-): Dado não disponível

^(*) A proporção dentista/usuário nas escolas foi obtida pela divisão do número de indivíduos em idade escolar pelo total de dentistas lotados nas escolas. Na rede básica, a proporção foi obtida pela divisão da população total pelos dentistas lotados na rede básica. Fontes: FIBGE, 2000b, Mendes & Martins, 1999.

^(†) Benfatti, S.V. op. cit.

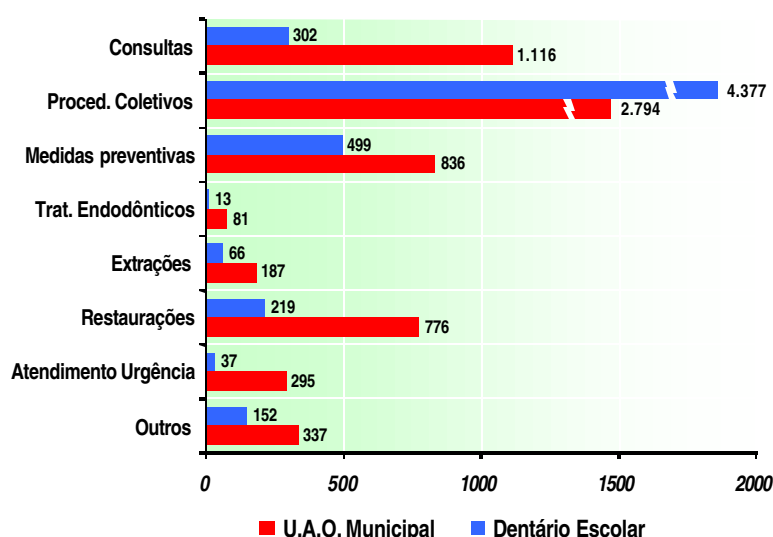


Figura 5.4 - Relação entre procedimentos realizados em 1999 e número de CDs nas U.A.O. Municipais e Escolas. Araçatuba, 1999.

Do ponto de vista dos resultados, à semelhança de outros estudos realizados que analisaram serviços odontológicos escolares, não se verificam diferenças, com relação à prevalência de cárie, nas escolas com assistência odontológica. No levantamento realizado no ano passado, foi possível se desagregar os dados com relação ao tipo de escola (com ou sem a presença de dentista). Percebe-se, pela Figura 5.5, que praticamente não há diferença nas médias de CPO-D aos 12 anos. Na análise estatística realizada nesta idade (ANOVA) não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

Tomando a idade de 12 anos como exemplo, nem a modificação na proporção cariados/obturados que, no mais das vezes, aparecia como efeito da assistência odontológica escolar, pôde ser observada.

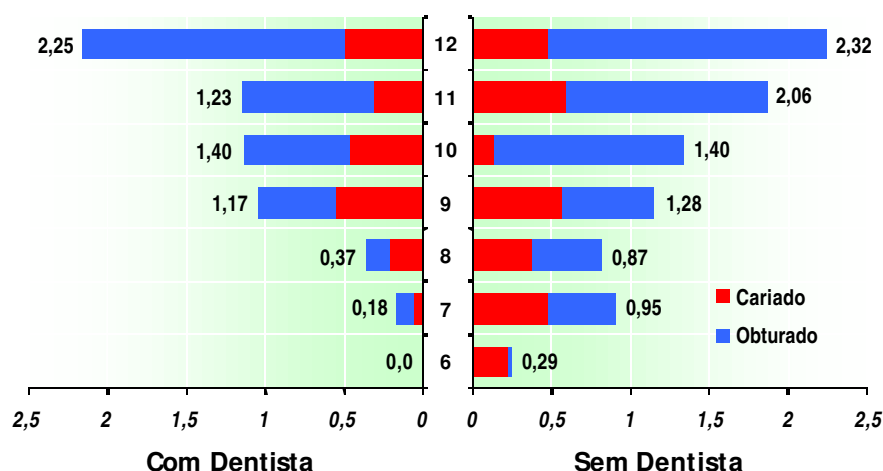


Figura 5.5 - Prevalência de cárie dentária (CPO-D) em 1999 no município de Araçatuba, de acordo com a idade em Escolas com e sem Dentista. Fonte: Moimaz, 2000.

Contudo, quando se analisa a distribuição do índice CPO-D aos 12 anos nos dois tipos de escola, percebe-se um maior percentual de crianças com CPO-D = 0 nas escolas *Sem Dentista* do que nas escolas *Com Dentista* (36% e 16,7% respectivamente) (Figura 5.6). Embora não seja possível uma análise estatística mais aprofundada neste nível em função da amostra, é curioso perceber que ter assistência odontológica na escola pode se constituir num risco à saúde bucal.

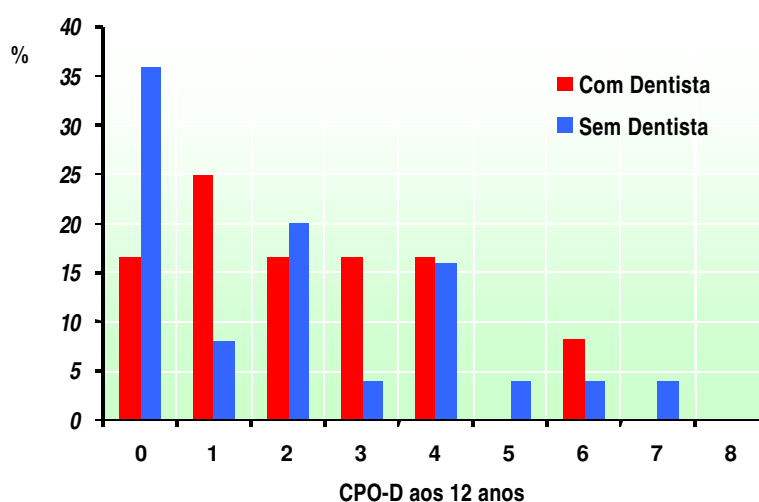


Figura 5.6 - Distribuição do CPO-D aos 12 anos no município de Araçatuba em Escolas com e sem Dentista. Fonte: Moimaz, 2000.

Algumas considerações sobre o modelo de saúde bucal de Araçatuba

As desvantagens e distorções dos modelos escolares de atenção odontológica foram bem pontuadas no capítulo anterior, de modo que não as repetiremos aqui. De qualquer maneira, é importante salientar que a escola pode (em verdade deve) ser utilizada pelos serviços de saúde bucal como espaço de prática, do ponto de vista das atividades educativas e preventivas. Trata-se de uma estratégia consolidada na maior parte do País, com ótimos resultados do ponto de vista da redução nos índices de doenças bucais. Contudo, a escola, enquanto espaço de assistência curativa, além de reproduzir um modelo superado, que tem provado não impactar positivamente nos níveis de doença da população infantil, corre em direção contrária às estratégias de implementação do Sistema Único de Saúde, ferindo os princípios da universalidade, eqüidade e integralidade. No primeiro caso, pelo fato de restringir o atendimento a apenas uma fração da população, embora sob a justificativa de ser clientela priorizada, o que, no caso de Araçatuba, não tem base epidemiológica consistente. No segundo caso, pelo fato de ignorar os diferenciais da população do ponto de vista de suas reais demandas por saúde bucal, tratando quase que exclusivamente uma determinada parcela da população considerando apenas critérios operacionais e não tendo, como base, a justiça social. Finalmente, a assistência integral fica comprometida na medida em que o sistema dentário escolar, por se constituir numa estrutura paralela ao sistema público municipal, praticamente inviabiliza qualquer tipo de ação intersetorial. Como decorrência deste princípio, a estruturação de uma rede hierarquizada fica emperrada por conter elementos que trabalham sob uma outra lógica organizativa.

A manutenção deste tipo de assistência odontológica, dentro do modelo de saúde bucal, pode ser encarada a partir de uma perspectiva comodista, na medida em que não há interesse em se modificar o *status quo*. Embora os esforços da coordenação no sentido de reverter esse quadro sejam louváveis, se mostram insuficientes.

Com relação ao enfoque na gestante enquanto grupo prioritário na rede básica, trata-se, também, de uma lógica organizativa sem base epidemiológica, uma vez que as gestantes, a rigor, não se constituem em um grupo populacional. São, em verdade,

mulheres, talvez pobres, talvez ricas, talvez educadas, talvez analfabetas, mas mulheres cidadãs. O recorte é feito como se as mulheres, em estando grávidas, se transformassem em outros seres diferentes, com demandas específicas e como se sua situação de saúde não fosse resultado de toda uma vida. A justificativa usual é que a gestante passa por uma fase em que está mais receptiva às ações educativas e, portanto, existe uma preocupação que o futuro bebê possa ter uma mãe mais educada do ponto de vista da saúde bucal e uma boca menos infectada. A mãe, desse modo, é vista não como um cidadão que tem direito à assistência à saúde, mas como o repositório de um ser privilegiado que terá garantida sua assistência.

Com relação à assistência aos bebês, através da bebê-clínica (tanto a municipal quanto a da FOA-UNESP), esta se mostra, conforme discutimos no capítulo 4, mais como o reflexo de um “modismo” em que não se tem nenhuma articulação com a rede básica nem o estabelecimento de critérios para seu funcionamento. A localização da clínica não obedeceu aos princípios da equidade e a introdução da atenção precoce (de uma forma geral uma medida acertada) acabou reproduzindo um modelo excludente, reforçando a atividade isolacionista das práticas de saúde bucal.

Sobre as estratégias de priorização tradicionais no setor público, na área de odontologia, Botazzo et al. (1995) comentam que o povo, a população, enfim, os que devem ser assistidos em suas carências, continuam sendo discriminados na medida de sua existência no tempo: as chances de atendimento são maiores se ainda não se viveu muito. Ainda para estes autores, antigas políticas odontológicas ainda sobrevivem dentro do SUS a despeito das sofisticações técnico-profiláticas disponíveis:

“Um ‘modus’ odontológico continua penetrando o SUS, e esse ‘modus’, elege a criança e a gestante como clientela preferencial, mesmo quando se lamenta que não é isto o almejado. Uma ideologia puericultora, ancorada no interno na profissão, emerge em arranjos programáticos nos sistemas locais e regionais, sem relação aparente com a filiação partidária ou ideológica dos administradores. Na expressão odontológica, sua ideologia é suficiente: mesmo quando se promete o ‘resgate da cidadania’ (saúde bucal para todos), a criança surge priorizada. É que não se pode atender todo o povo, que se atenda, ao menos, os ‘filhos do povo’”.

Evidentemente, os autores, quando apontam a justificativa de não atender “todo povo, mas pelo menos os filhos do povo”, acrescentam uma dose de ironia à lógica

tradicional de organizar a demanda com estratégias de priorização estabelecidas sem critério algum. Afinal, o princípio da equidade pressupõe o estabelecimento de prioridades (é uma consequência natural de uma assistência equitativa), contudo tais prioridades devem ter uma justificativa de ordem epidemiológica e social, o que, historicamente, não tem ocorrido nos modelos assistenciais de saúde bucal.

Desse modo, concretamente ainda se mantém, em Araçatuba, um modelo que, a despeito da qualidade do atendimento (do ponto de vista técnico, diga-se) e da boa estrutura disponível, tem sido posto em cheque já há algum tempo, o que dificulta o estabelecimento de uma assistência odontológica com base no princípio da universalidade e da equidade. A persistência de um modelo excludente (embora seja garantido tratamento de urgência) à clientela adulta, impõe um traço conservador e arcaico ao modelo assistencial em saúde bucal na medida em que as bases de seu planejamento não são pautadas em critérios epidemiológicos e sociais.

5.2. A mudança do enfoque no escolar e na livre demanda: o modelo de Belo Horizonte - MG

O município de Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais, foi criado em 12 de dezembro de 1897, para ser a capital do Estado. Foi, portanto, uma cidade planejada para ser uma capital moderna e, em seu projeto urbanístico, havia a previsão de três setores: a área urbana, a suburbana e a rural. A lógica da divisão nestes setores estava ligada à forma segregada do processo de ocupação da cidade, ou seja, na zona urbana, com traçado moderno, os chamados cidadãos de primeira categoria (empresários, proprietários, clero, políticos) e seus respectivos aparelhos sociais de suporte. Na zona suburbana, de traçado mais flexível e passível de expansão, os cidadãos ditos comuns. A zona rural, enfim, seria reservada para o cinturão verde da cidade (Campos, 1998).

O processo de expansão, a partir das zonas suburbana e rural se deu de forma desordenada, pela falta de uma política de ocupação do solo e de habitação. Aliada à

ausência de uma política agrária que fixasse o homem no campo, um grande fluxo migratório teve início estimulado, também, pelo processo de industrialização. A taxa de crescimento, que chegava a 7% ao ano, provocou um crescimento da cidade às expensas de um processo de encortiçamento e de favelização (Campos, 1998).

Hoje, Belo Horizonte conta com uma população estimada para 2000 de 2.091.371 habitantes somente no município, numa área de 331 Km². Incluindo-se a região metropolitana, composta por mais 30 municípios conurbados, esse número chega a 3,8 milhões (FIBGE, 2000b).

Com relação a alguns indicadores sociais, Belo Horizonte ocupa o 95º lugar entre os municípios brasileiros pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o 8º considerando as capitais, com o valor de 0,796 (que fica no estrato de Médio Desenvolvimento). Conforme se vê na Figura 5.7, a cidade está situada acima da média brasileira e do Estado de Minas Gerais e subiu relativamente sua posição em 1991 (PNUD, 1998).

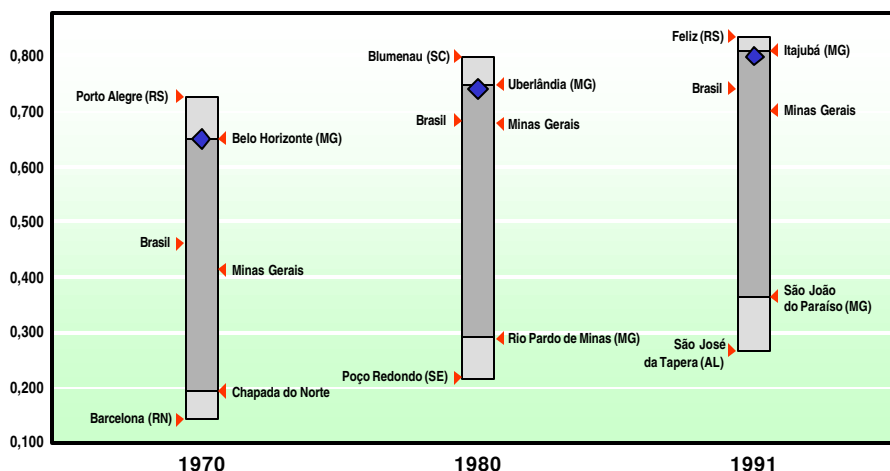


Figura 5.7 - Situação de Belo Horizonte em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1970, 1980 e 1991. O losango em azul indica Belo Horizonte, a faixa cinza-escuro, os valores mínimo e máximo para Minas Gerais e faixa cinza-claro, os valores mínimo e máximo para o Brasil. Fonte: PNUD Brasil, 1998.

Com relação à Mortalidade Infantil, Belo Horizonte apresenta um Coeficiente declinante como na maioria dos municípios brasileiros e um valor de 30,37 em 1998, contra uma média nacional de 36,1 (Ministério da Saúde, 2000).

5.2.1. O Sistema de Atenção à Saúde

A assistência à saúde em Belo Horizonte em nível municipal, teve início em 1948 com a criação do Departamento de Assistência à Saúde, o qual tinha um papel muito limitado na prestação de serviços de saúde aos cidadãos. Era restrito a assistência médico-hospitalar e odontológica aos doentes de pobreza comprovada, aos funcionários e associados. Tinha também alguma atuação em ações de saúde pública, como controle de endemias e assistência social. Tratava-se, portanto, de uma ação eminentemente assistencial e de ordem caritativa (Velooso & Matos, 1998).

As limitações no atendimento e a característica excludente da assistência prestada pela previdência social, causavam grande insatisfação na população que se via obrigada a procurar outros meios de obter assistência, como alguns postos precários mantidos por associações de bairro. Posteriormente, foram estabelecidas articulações entre o Estado, a Igreja e algumas associações no sentido de ampliar um pouco a cobertura que, apesar disso ainda se mantinha precária (Velooso, 1995).

Em 1983 a Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social criada em 1967 passa a se chamar apenas Secretaria Municipal de Saúde que, após a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no ano seguinte, incorporou uma maior quantidade de recursos humanos e de serviços. À essa expansão, foi associada uma maior profissionalização do recursos humanos da rede em termos gerenciais, com a criação dos cargos de gerência nos níveis local e central (Velooso & Matos, 1998).

Um recorte histórico importante dentro da evolução das políticas públicas em saúde no município de Belo Horizonte ocorre em 1993, quando da eleição de uma frente de esquerda para a prefeitura. A estratégia principal se deu através da intensificação do processo de municipalização das ações de saúde pois até então a Secretaria Municipal de Saúde vinha atuando apenas como prestadora de serviços, à semelhança de boa

parte dos municípios brasileiros que ainda não tinham optado por nenhuma das modalidades de gestão municipal. Foi considerado como estratégico para o município assumir a gestão da saúde, no sentido de incorporar um modelo que considerasse a idéia de equidade e universalidade do SUS, conforme destaca Campos (1998):

“O direito à saúde ficava sempre subordinado ao valor do lucro. O próprio modelo assistencial destacava o eixo curativo como principal, privilegiando os interesses do complexo médico-hospitalar-farmacêutico. Somente assumindo a gestão, podia-se orientar o insuficiente financiamento segundo o princípio da equidade.”
(Campos, 1998).

Já em 1994, o município assumiu a gestão semiplena, passando a receber os repasses federais fundo a fundo, com todos os serviços sendo transferidos para a gestão municipal sob o controle do Conselho Municipal de Saúde. Foi a primeira grande metrópole brasileira a assumir a municipalização após a publicação da NOB01/93, estando entre os 24 municípios que optaram por esta modalidade de gestão durante a vigência desta Norma.

Com a municipalização, foi possível viabilizar um projeto local compatível com o modelo proposto pelo SUS. O Sistema Municipal de Saúde, então criado, foi pensado a partir de três pontos principais de atuação: (a) aumentar o patamar de 8,7% de aporte de recursos do tesouro, que existia até 1992, para, no mínimo, 10%; (b) aumentar a arrecadação própria como prestador, o que de fato aconteceu, passando de 432 mil reais por mês em 1992 para 2,2 milhões em 1996, o que corresponde a um aumento de mais de 500% neste período; (c) opção pela gestão semiplena (Campos, 1998).

O processo de distritalização, vale dizer, já estava em curso desde 1989, quando grupos da secretaria municipal, oriundos do movimento sanitário, passaram a discutir estratégias de implantação do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Este processo contou com assessoria internacional e foram criados os primeiros distritos sanitários já nessa época. A municipalização, então, dinamizou a consolidação da estratégia dos distritos que foi pensada como base na proposta de territorialização da OPAS (ver capítulo 2). A criação dos distritos se deu sob uma lógica em que, num mesmo espaço administrativo, se concentravam os setores de educação, saúde, cultura, esportes e assistência social, de modo a articular de forma mais integrada as

políticas públicas (Veloso & Matos, 1998). Na época, consolidou-se a divisão do município de Belo Horizonte em 9 distritos sanitários, o que se mantém até hoje.

Inicialmente a divisão era meramente administrativa, com as Unidades de Saúde estabelecendo uma relação com os distritos apenas do ponto de vista da gerência dos serviços. Na sequência do processo de territorialização foram definidas regiões de responsabilidade das Unidades, de modo a delimitar a atuação destas unidades a partir de uma realidade sócio-sanitária específica. Neste processo foram envolvidas as equipes de modo a construir e estabelecer as *áreas de abrangência* de cada Unidade (Figura 5.8).

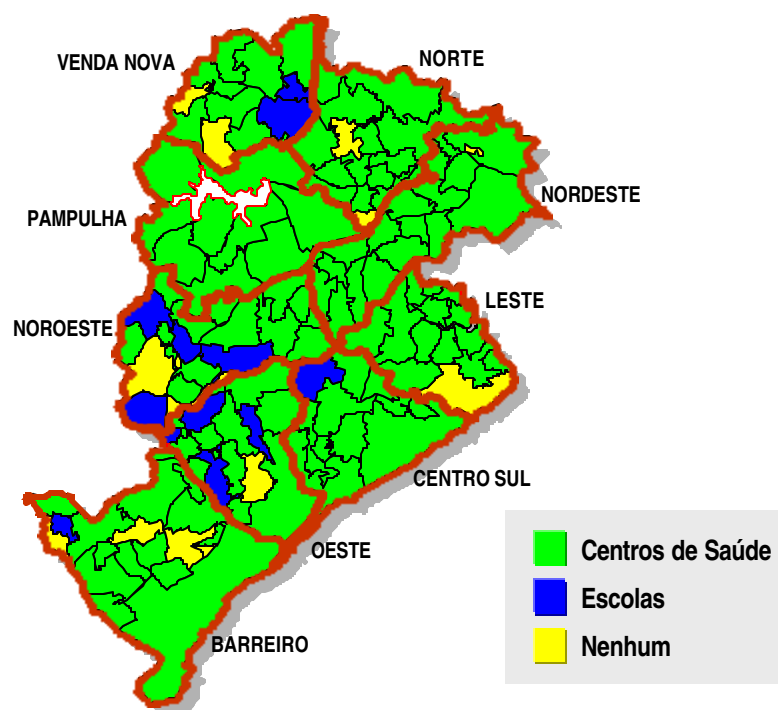


Figura 5.8 - Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte, com respectivas áreas de abrangência e localização de consultórios odontológicos. Fonte: SMS-BH (Ferreira, 2000)

Todo este processo trouxe ganhos para a equipe na medida em que havia um maior envolvimento desta no planejamento das ações que eram específicas para a realidade de cada distrito e de cada área de abrangência. Além disso foi introduzido o conceito de risco e de grupos sociais em áreas de risco, que necessitavam de uma atuação mais presente, o que poderia contribuir, desse modo, para uma atenção com maior equidade (Velooso & Matos, 1998).

Este movimento de territorialização, que se deu principalmente entre 1989 e 1993, teve grande relevância na estruturação dos distritos. Contudo, mesmo considerando os avanços que aconteceram no plano teórico, ainda se mantinha uma estrutura que reproduzia a prática médica individual, sem reconhecer as diferenças nas condições de vida da população atendida e sem as levar em conta no planejamento das ações. Conforme destacam Velooso & Matos (1998):

“Naquele momento inicial de construção dos Distritos, a visão de um sistema incluindo seus diversos níveis e toda a sua complexidade existia teoricamente (...). Os mecanismos de referência e contra-referência não existiam formalmente, o que colocava sobre o paciente o ônus de abrir as portas em cada instância, desresponsabilizando o serviço e, por consequência, o Estado, pela continuidade do tratamento.” (Velooso & Matos, 1998)

Um outro problema a desafiar a construção de um modelo territorializado era a fragilidade nos sistemas de informação, em geral mal estruturados, centralizados e com margem de erro consideráveis em suas informações. Desse modo, a Epidemiologia ainda era pouco utilizada em ações de planejamento e um redirecionamento maior da área ocorreu a partir de 1992 com um maior investimento na capacitação de recursos humanos. A partir daí alguns distritos já passaram a trabalhar com critérios de risco e melhorar suas bases de dados.

Com relação ao controle social, o Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1991, o que gerou um estímulo maior para que a participação da comunidade também acontecesse nos níveis distrital e local de modo que, já em 1992, foram criados dois Conselhos Distritais e várias comissões locais (Velooso & Matos, 1998).

Na parte relativa à Atenção Básica, uma estratégia importante proposta a partir de 1993 foi a implantação do *Acolhimento*. O princípio fundamental do acolhimento é romper com uma prática de oferta limitada de tecnologias, a qual provocava restrições ao acesso dos usuários ao sistema. Em síntese, significava “abrir as portas” das unidades para a população, de modo que todas as pessoas que procurassem a unidade tivessem atendimento de alguma forma e não tivessem que retornar porque “acabaram-se as fichas”.

O Acolhimento foi proposto em Belo Horizonte a partir de uma assessoria prestada pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). A proposta básica desta estratégia consiste na mudança do processo de trabalho em saúde “de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, restabelecendo, no cotidiano, o princípio da universalidade” (Malta et al., 1998). A idéia é que o sistema seja “usuário-centrado” e não “médico-centrado”, como é rotineiramente concebido. O fluxo de entrada na rede de serviços não se processa no sentido unidirecional, agendando para o médico todos os pacientes que chegam. Dentro desta lógica, toda a equipe participa do atendimento, marcando para a consulta médica, somente os casos que realmente necessitam. Assim “toda a equipe participa da resolução do problema, colocando em prática outros ‘saberes’ existentes, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção” (Malta et al., 1998).

A experiência piloto de implantação do Acolhimento ocorreu no Distrito Sanitário Leste (DISAL), começando com uma série de discussões com a equipe local, através de oficinas de trabalho. Em seguida foi expandido para outros distritos, particularmente do Barreiro e Oeste. Contudo, a implantação nos distritos de uma forma geral, teve uma relação direta com a capacidade de envolvimento da gerência.

5.2.2. A Saúde Bucal

Perfil Epidemiológico de saúde bucal

Até 1993, o único dado disponível a respeito da realidade epidemiológica em saúde bucal de Belo Horizonte era proveniente do Levantamento Nacional realizado em

1986 pelo Ministério da Saúde⁹. Das 16 capitais selecionadas para a amostra, Belo Horizonte e São Paulo foram os representantes da região Sudeste (Brasil, 1988b; Werneck et al., 1995).

Em 1994 foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico, considerando a população usuária do SUS e os resultados já apontaram para um declínio em relação a 1986. Em 1996 nova análise foi feita em cerca de 33 mil indivíduos, sendo percebida mais uma redução. A Figura 5.9, a seguir, ilustra o declínio da cárie em dentes permanentes na população infantil, entre 1986 e 1996.

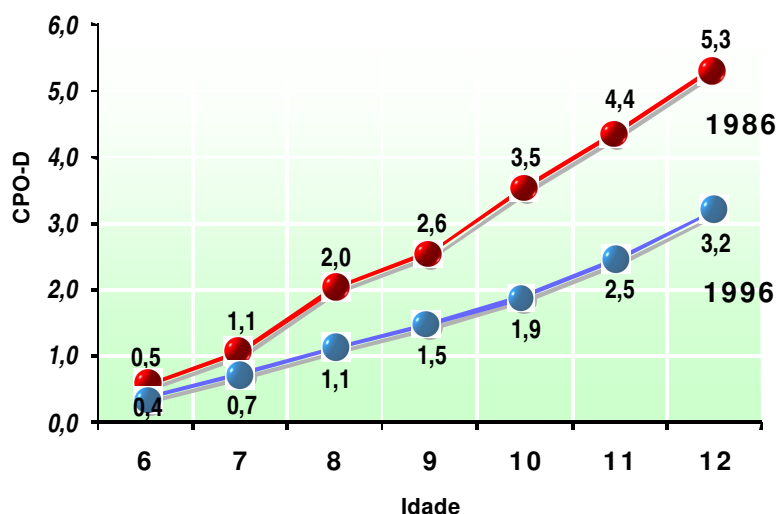


Figura 5.9 - Evolução do CPO-D de acordo com a idade em Belo Horizonte, entre 1986 e 1996.

Fonte: Brasil, 1988, Ferreira et al., 1998.

O declínio também está ocorrendo, embora em menor proporção, entre os adultos, como se vê na Figura 5.10. Um outro dado importante do primeiro inquérito realizado em 1994, foi a constatação que as necessidades de tratamento estavam mais concentradas na população fora da idade escolar e que era priorizada através do

⁹ É importante ressaltar que existiam dados da realidade epidemiológica de Belo Horizonte produzidos pelas universidades e também pela Fundação SESP, no entanto se restringiam a levantamentos em escolas sem base populacional. Ainda assim, há que se considerar a limitação do dado de 1986 para as capitais, como discutido no capítulo 3.

Sistema Incremental. Aos quatro anos uma criança apresentava 3,5 dentes decíduos cariados contra somente 1,5 dentes permanentes de uma criança de 12 anos (Ferreira et al., 1998).

Através da análise dos dados dos Sistema de Informações para 1998, percebe-se que, dentro população usuária do SUS, o ataque de cárie dentária não se dá de maneira uniforme dentro dos vários Distritos Sanitários (Figura 5.11).

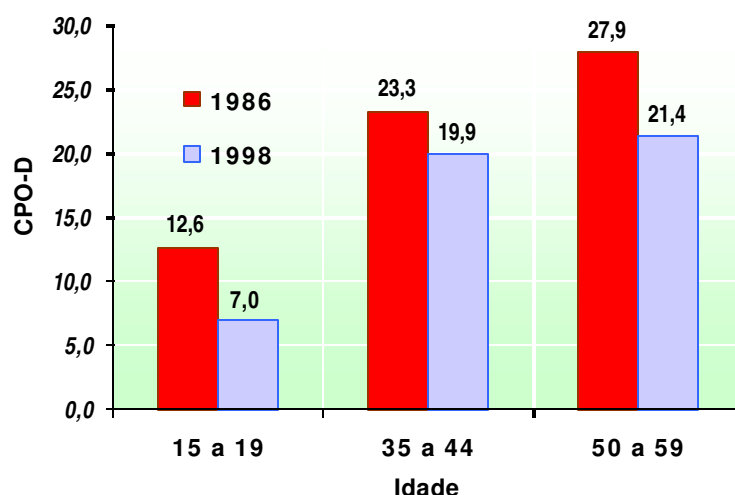


Figura 5.10 - Evolução do CPO-D de acordo com a idade em Belo Horizonte, entre 1986 e 1998.

Fonte: Brasil, 1988; Sistema de Informação da SMS-BH, 1998.

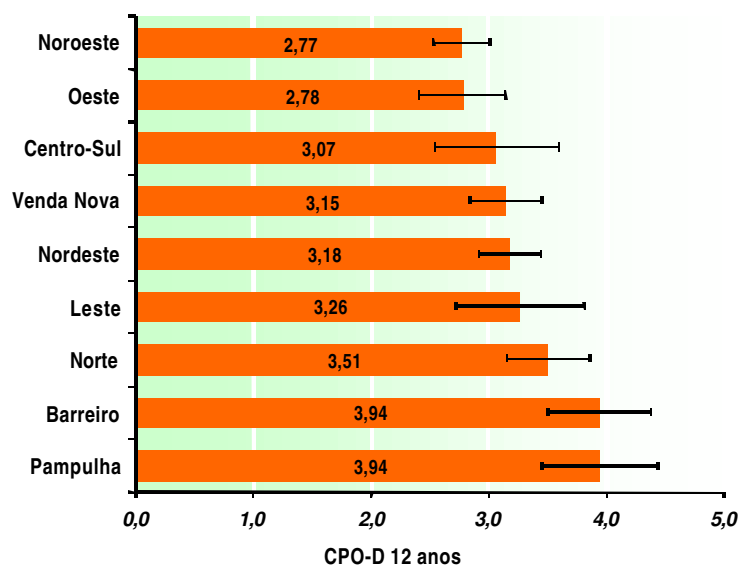


Figura 5.11 - Médias de CPO-D aos 12 anos e intervalos de confiança (95%) nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte, 1998. Fonte: Sistema de Informação da SMS-BH, 1998.

Com relação à doença periodontal, 68% dos indivíduos de 6 a 15 anos apresentavam todos os sextantes sadios, com uma baixa frequência de tratamento complexo (3,3%). À semelhança de outros dados de doença periodontal baseado no CPITN, o percentual de sextantes excluídos aumenta com a idade em função do edentulismo (veja capítulo 3). Os dados de fluorose do levantamento mostraram uma prevalência entre 16 e 25 anos de 13,5% (Ferreira et al., 1998).

O modelo de Atenção à Saúde Bucal

Belo Horizonte, à semelhança de boa parte das cidades brasileiras que implantaram sistemas públicos de saúde bucal, trabalhou inicialmente a partir do atendimento a escolares como grupo prioritário.

Contudo, o primeiro serviço odontológico da Prefeitura Municipal surge em 1953 com a criação do Departamento de Assistência à Saúde (DAS). À essa época, não havia, ainda, nenhuma definição de modelo assistencial o qual se resumia a atendimentos de urgência em Postos de Saúde da Prefeitura. A Secretaria Estadual de Saúde mantinha um serviço de atendimento a escolares, com prioridade para as crianças e adultos carentes (Werneck, 1994).

Já nesta época surge a experiência pioneira do Sistema Incremental de Aimorés (MG) e em 1955 é instituída a aplicação tópica de fluoreto de sódio 2%, feita por auxiliares. Forma-se, então, a base para a posterior implantação da assistência odontológica da Prefeitura. A Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social (com a incorporação do DAS) é criada em 1967 e um ano depois é implantado o serviço de assistência odontológica a escolares que tinha como base o Sistema Incremental tipo Aimorés, sendo desenvolvido em 10 escolas e no Hospital Odilon Behrens (Werneck, 1994; Castro et al., 1997).

Neste mesmo período foi promulgada uma lei federal determinando que todos os municípios com mais de 50 mil habitantes assumissem a responsabilidade pela Educação. Foram, então, construídas 80 novas escolas municipais, todas com estrutura física em que constava a presença de consultório odontológico. Assim, em 1972, dentro

de uma estrutura totalmente nova e profissionais recém-contratados, tem início o programa incremental para escolares (Werneck, 1994; Ferreira et al., 1998).

Em fins dos anos 1970 já se percebe claramente a existência de duas modalidades de atenção odontológica: a que era prestada nas unidades de saúde e a realizada nas escolas. Segundo Cabrera, citado por Werneck (1994), não havia, no entanto, nenhuma política definida de recursos humanos nem o estabelecimento de um modelo assistencial:

“...a alocação dos profissionais se dá segundo seus desejos e suas aptidões pessoais: quem gosta de odontopediatria vai para as escolas; quem não gosta, vai para a unidade de saúde. (...) Não há, também uma definição quanto ao modelo assistencial, notadamente nas Unidades de Saúde, onde são executadas, rotineiramente, extrações e drenagens de abscessos e onde não existe um serviço de agendamento.” (Werneck, 1994).

A partir da experiência do Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) de Brasília e da expansão das idéias de simplificação em odontologia na América Latina, é estabelecido, também neste período, um convênio entre a Prefeitura e o Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (DO-PUCMG). O objetivo da parceria era implementar um programa para escolares nos moldes do PISE, uma vez que o DO-PUCMG detinha grande experiência na construção de modelos simplificados e na formação de pessoal auxiliar. O programa é, então, desenvolvido em uma escola e depois expandido para várias outras em que não havia o Sistema Incremental. Dessa forma, dois subsistemas passaram a funcionar ao mesmo tempo nas escolas, o simplificado e o incremental tradicional (Werneck, 1994; Castro et al., 1997).

A produtividade do sistema simplificado era visivelmente maior e o custo muito mais baixo (cerca de 5 vezes menor), além do sistema de trabalho ser diferenciado, com a utilização de pessoal auxiliar. A coexistência destas duas formas de atendimento gerou uma certa competição entre eles e, a despeito do aumento na produtividade, a introdução do sistema simplificado não resultou em avanços na discussão sobre a prática odontológica realizada nas escolas, como ressalta Werneck (1994):

“...o que se percebe, é que este programa de odontologia simplificada, apesar de seu potencial de crescimento, e das possibilidades de transformação da prática que traz embutidas em sua proposta, ao que tudo indica, não provoca, na SMS-PBH, a discussão que realmente questione a prática em Saúde Bucal ali existente. (...) O programa gera uma grande polêmica entre os profissionais e, uma discreta discussão inicial, contida em sua proposição teórica, da prática odontológica sob os princípios da simplificação. Mas, uma discussão que gira, apenas, em torno de sua racionalidade técnica: organização/cobertura/produção/custos.”

Em 1982, com a mudança na linha política da Prefeitura, o programa é extinto. Consolida-se, então a dicotomia entre os dois sistemas de prestação de assistência odontológica: é criado o Departamento de Saúde Escolar (DSES) e o Departamento de Ações Básicas (DABS), ficando, ao primeiro, a responsabilidade pela odontologia nas escolas e o segundo pela assistência à saúde bucal nos Postos de Saúde. Nas escolas é priorizada a faixa etária de 6 a 12 anos e na rede pública é feito o atendimento aos adultos, basicamente restrito a extrações e controle emergencial da dor (Werneck, 1994; Castro et al., 1997).

Um recorte importante ocorre em 1989, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde Bucal (PAISB), já sob a égide do Movimento da Reforma Sanitária e que busca um aumento na cobertura e propõe um modelo mais universal e, portanto, menos excludente. Entre os objetivos do Programa estavam a expansão da atenção secundária, aumento da cobertura, avanço nas propostas de democratização do sistema e o investimento em educação continuada. A idéia era se articular ao movimento de territorialização e criação de distritos sanitários que estavam em curso no âmbito da Secretaria Municipal. Para Werneck (1994), não há registros da implantação do PAISB e como se deu sua operacionalização, entretanto teve o grande mérito de introduzir a discussão das idéias emergentes a respeito da reformulação dos modelos assistenciais. Além disso, também neste período ocorre a fusão do DSES com o DABS, dando início a um processo de integração. Um outro fato importante foi a criação, a partir da aprovação da Lei Orgânica Municipal, das *Referências Técnicas em Odontologia*^(*) e o início das primeiras oficinas de trabalho que discutiram efetivamente

(*) As Referências Técnicas são profissionais capacitados que existem, um em cada distrito, para estabelecer uma interlocução com o nível central e encaminhar as questões específicas do planejamento da área odontológica nos distritos sanitários.

o planejamento em saúde bucal no nível dos distritos (Werneck, 1994; Castro et al., 1997; Santos, 1999⁹).

O novo modelo de saúde bucal a partir de 1993

Em meados de 1992, durante a campanha para prefeito de Belo Horizonte, o núcleo de saúde do Partido dos Trabalhadores (PT) estava preparando uma proposta para a saúde e, neste sentido, foram convidados alguns profissionais para elaborarem uma proposta relativa à saúde bucal. Os professores Rubens de Menezes Santos e Renato César Ferreira da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMG), juntamente com os professores Marcos Azeredo Furquim Werneck e Simone Dutra Lucas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), elaboraram um primeiro diagnóstico da situação e estabeleceram as primeiras propostas para a reformulação do modelo de assistência à saúde bucal. Entre as propostas colocadas no projeto, estabelecidas como diretrizes básicas para o programa de governo do Partido dos Trabalhadores constava: (a) a inclusão da saúde bucal nos direitos de cidadania; (b) a garantia universal à saúde bucal com direito à atenção integral à saúde; (c) participação da população organizada, através dos Conselhos de Saúde, na definição do modelo assistencial; (d) controle sobre a prática de interesse público mesmo que esta seja de iniciativa privada, pelo poder público; (e) implantação de um sistema de vigilância e monitoramento do teor de flúor utilizado pela população e sua ampla divulgação; (f) reorientação do modelo assistencial, tendo a promoção de saúde bucal como estratégia de organização e com bases epidemiológicas como elemento de transformação; (g) redefinição da equipe de saúde bucal com resgate do papel dos profissionais e ampliação do quadro de pessoal auxiliar e (g) adequação tecnológica da rede pública de assistência nas questões de equipamento, espaço físico, biossegurança etc. (Werneck et al., 1995). Em síntese, tratava-se de uma proposta de implementação efetiva de um modelo baseado no ideário do SUS.

Com a vitória do Partido dos Trabalhadores na eleição para prefeito em 1992, assume a secretaria de saúde o médico psiquiatra César Campos que incorpora o projeto

⁹ SANTOS, R.M. Entrevista concedida ao autor. Belo Horizonte, 1999.

proposto na política de saúde do município. O professor Rubens Santos foi convidado para a coordenação juntamente com o professor Renato César Ferreira. Foi dado início ao processo de implantação do projeto, cuja lógica não era de ser um “projeto de saúde bucal” dentro do município, mas a inclusão de uma nova estratégia de atenção à saúde bucal tendo como princípio o processo de reformulação da assistência à saúde de uma maneira geral. Como relembra Santos (1999)*:

“O grande ‘tchan’ do negócio foi bem esse: nós não sentamos para fazer um projeto de odontologia para a secretaria de saúde, mas sim para fazer um projeto de saúde onde tinha, dentro dele, ações de odontologia. E a estrutura que existia dentro da secretaria naquele momento favoreceu este processo.”

O processo de distritalização já estava razoavelmente consolidado e as ações na área de odontologia foram, então, pensadas para serem conduzidas também dentro deste princípio. Como os distritos tinham uma lógica hierárquica semelhante ao nível central, existiam coordenadores de distritos e, subordinados a estes, as referências técnicas em odontologia, citadas anteriormente.

Do ponto de vista do impacto que o novo projeto teria no modelo de prestação de serviços, embora se considere que as propostas de mudança eram muito claras, houve uma contribuição significativa do processo que havia sido dado início desde 1989. Conforme avalia Werneck (2000)†

*“Eu não diria que tivemos um **corte** quando o Patrus [Ananias, prefeito de 1993 a 1996] entra e começa esse trabalho. Acho que tivemos um **novo impulso**. Isso porque, de 91 para cá, o que se tinha era um processo que não teria condições de andar mais rápido antes da entrada do Patrus, uma vez que era um processo ainda muito centralizado” [grifos nossos].*

De qualquer maneira, existiam muitos desafios a serem enfrentados, particularmente a reformulação de um modelo essencialmente excludente. A grande questão colocada era tentar reverter o quadro de assistência predominantemente centrado em escolares, no intuito de estabelecer um modelo mais universal. Cerca de 80% dos recursos

(*) SANTOS, R.M. op. cit.

(†) WERNECK, M.A.F. Entrevista concedida ao autor, 2000.

humanos estava lotado nas escolas e o restante (20%) nas unidades de saúde. Isto gerava algumas distorções, pelo fato de se ter um dentista lotado na secretaria de saúde, prestando serviço na secretaria de educação, numa área física da educação municipal ou estadual. As ações de saúde coletiva que haviam sido implantadas nesta época nas escolas era o PC-I (Procedimentos Coletivos I)*, porém com uma cobertura muito baixa, pouco mais de 10% da população de referência (Santos, 1999)†.

A partir de 1994, é proposta, pela coordenação de saúde bucal da SMS-BH, a remoção de todos os dentistas lotados em escolas para os centros de saúde, uma medida que foi cercada de polêmicas. Uma forte resistência foi colocada pelos profissionais lotados nas escolas, apoiados pelo Sindicato dos Odontologistas de Minas Gerais (SOMGE) e pela Associação dos Atendentes e Técnicos de Odontologia (AATO). Várias manifestações contrárias à proposta surgiram por parte dos pais dos alunos de rede pública de ensino e de diretores de escolas tais como passeatas, atos públicos e abaixo-assinados. Alguns vereadores também entraram no processo combatendo a proposta, que julgavam improcedente, infundada e inconseqüente. Aspin et al. (1997), destacam os argumentos que eram colocados na época pelas partes em conflito (Secretaria Municipal de Saúde e profissionais, pais de alunos, algumas associações e vereadores). Para os oponentes à medida, a transferência dos consultórios odontológicos das escolas para a rede pública era injustificada pelo seguinte:

“1- O acesso dos escolares aos Centros de Saúde seria difícil, prejudicando assim a Atenção Odontológica aos mesmos:

‘Existem três vezes mais escolas que os Centros de Saúde e por isso os alunos mais carentes terão que andar distâncias mais longas para fazer o tratamento dentário.’ (José Brasil- Vereador do PDT. - Diário da Tarde 16/05/95).

2- Não havia ocorrido discussões iniciais a respeito do parecer dos docentes, discentes e demais membros da comunidade escolar com relação às novas medidas a serem tomadas:

(*) A partir de 1º de janeiro de 1992, com a publicação da portaria MS-198 de 23/12/1991, são incluídos, na Tabela do SIA-SUS, os “Procedimentos Coletivos”, subdivididos em PC-I, PC-II e PC-III. O PC-I incluía procedimentos de baixa complexidade tais como exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluorados e higiene bucal supervisionada (Brasil, 1991)

(†) SANTOS, R.M. op. cit.

‘... a consulta às comunidades não foi feita já que 98% das escolas declaram querer a manutenção dos consultórios dentários nas suas sedes, onde os alunos seriam melhor atendidos.’ (*Osman Miranda-Vereador do PMN. - Estado de Minas 14/09/95*).

3- *Não havia sido realizada uma construção da proposta juntamente com os trabalhadores em Saúde Bucal:*

‘Tudo que se faz no Brasil é de cima para baixo, sem discussão com o trabalhador. Costumam vir dos tecnocratas determinadas imposições.’ (*Amarílio Vasconcelos- Presidente do SOMGE - Jrnal do SOMGE - maio. 95*).

4- *Preocupação com a precariedade de alguns Centros de Saúde, em termos de infra-estrutura, não estando, estes, habilitados a receberem mais demanda, correndo-se o risco das crianças ficarem desassistidas.*

5- *O trabalho odontológico preventivo e pedagógico que vinha sendo realizado nas Escolas pudesse vir a se perder:*

‘...tirando os gabinetes de dentro das escolas, as crianças não irão procurar os dentistas nos Postos para prevenção, mas somente quando o dente estiver perdido.’ (*Osman Miranda - Vereador do PMN - Hoje em Dia - 31/03/95*).

6- *O constante contato com a equipe odontológica facilita o relacionamento profissional/paciente, reduzindo o medo do tratamento dentário e auxiliando na criação de hábitos de higiene oral:*

‘O aluno sente prazer com os cuidados que recebe dos dentistas. Eles se sentem gente e isso é muito importante para o ser humano. (...) Os benefícios dos gabinetes dentários nas escolas não são apenas o tratamento, mas a prevenção contra as cáries e as orientações que as crianças recebem sobre higiene e Saúde Bucal.’ (*Iara Alves Carneiro - Diretora da Escola Estadual Britaldo Soares Ferreira. Diário da Tarde 05/10/95*).

7- *Havia necessidade de se integrar cada vez mais Saúde e Educação:*

‘Um desrespeito, um contra-senso, uma irresponsabilidade’. ‘...um equívoco, um atraso total.’ ‘Não se pode divorciar saúde da educação’. (*Amarílio de Vasconcelos - Presidente do SOMGE - Diário da Tarde - 16/05/95*).’’

Por outro lado, embora a maioria dos oponentes estivessem ligados às escolas, a Secretaria Municipal de Educação não se posicionou contrária à proposta, destacando que a visão que confere à escola atividades não restritas à educação são características da escola tradicional. Além disso, ainda segundo a Secretaria, os novos prédios escolares não prevêm mais a construção de espaços destinados à instalação de consultórios odontológicos (Aspin et al., 1997).

Do outro lado da disputa, os argumentos colocados pela Secretaria Municipal de Saúde para a proposta de remanejamento era fundamentada em cinco aspectos básicos, os quais foram explicitados ao Conselho Municipal de Saúde, aqui resgatados por Aspin et al. (1997):

*“1) **Constitucional** - De acordo com a Lei 8080 e 8142, art.196 e 198, a Saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado.*

O atendimento odontológico da Prefeitura de Belo Horizonte, tradicionalmente, priorizava apenas a população escolar de 06 a 14 anos, lotadas em Escolas Municipais que dispunham de consultório odontológico.

Além disso, a restrição das ações clínico-individuais aos consultórios escolares contrariava o artigo 141, parágrafo único, item 5 da Lei Orgânica Municipal, que diz sobre o acesso igualitário, com boa qualidade, do cidadão ao serviço de saúde e também o artigo 143, item 6, sobre a necessidade da distribuição dos serviços e ações de saúde seguirem o critério de contingente populacional e da demanda por Distrito Sanitário.

*2) **Epidemiológico** - Faz alusão ao baixo índice de necessidade de tratamento clínico-restaurador na faixa etária de 06 a 14 anos. Cerca de 45% dessa população não necessita de tratamento clínico restaurador e os 55% restantes apresentam uma demanda de um a dois dentes para restaurar. Nas faixas etárias abaixo de 06 anos, a demanda restauradora é maior, em torno de três dentes para restaurar.*

Surge então, a necessidade de se estender as Ações Odontológicas, principalmente de promoção de saúde, às faixas etárias menores e à inclusão de trabalhos preventivos com gestantes.

*3) **Administrativo** - Em face da possibilidade de melhor e maior oferta de serviços e de controle, uma vez que o contingente de pessoas que entram no Sistema via Centro de Saúde é cerca de 300% maior que aquele que entra na Escola. Além disso, somam-se a essa questão a capacidade de um melhor gerenciamento de recursos humanos e dos serviços, nos Centros de Saúde; bem como a infraestrutura mais apropriada desses locais.*

*4) **Assistência** - Segundo dados da SMS, em Belo Horizonte, para cada cinco mil habitantes, existe apenas um dentista; enquanto nas Escolas a relação é de um dentista para quinhentos alunos. Cerca de 75% de todos os consultórios odontológicos de Belo Horizonte estão concentrados nas Escolas.*

Os Centros de Saúde apresentam uma maior capacidade de universalização da Atenção, devido a possibilidade desses abrangerem a população institucionalizada e não-institucionalizada nas ações de cunho curativista, como também aquelas atividades de controle coletivo da doença cárie (preventivas).

*5) **Proposta institucional para Saúde** - Visando ao cumprimento dos preceitos Constitucionais a SMS se organizou em Distritos Sanitários, sendo os Centros de Saúde, sua Unidade Básica de Referência, responsáveis por determinadas áreas de abrangência, nas quais as Escolas também estão incluídas.” [grifos no original]*

Desse modo, as justificativas da SMS-BH tinham amparo legal e se fundamentavam em uma lógica ao mesmo tempo técnica e administrativa. Mesmo com toda a polêmica criada em torno da medida, o processo de remanejamento prosseguiu, com o aval do Conselho Municipal de Saúde e da Prefeitura. Foram adotados alguns critérios para a mudança dos serviços das escolas para os centros de saúde, entre eles: (a) o Centro de Saúde deveria possuir área física e equipamentos apropriados para receber os profissionais da Odontologia; (b) realização do inquérito epidemiológico; (c) a Escola, cujo dentista fosse remanejado, deveria estar próxima ao Centro de Saúde; (d) seria considerada a relação profissional/habitante; (e) discussão da proposta com a comunidade escolar e (f) manutenção dos procedimentos coletivos nas Escolas. (Aspin et al., 1997).

Contudo, o remanejamento não aconteceu de forma homogênea em todos os distritos, considerando suas realidades específicas. Para Aspin et al. (1997), alguns fatores podem ser considerados como facilitadores do processo, tais como o perfil do gerente, os aspectos geográficos, a adequada comunicação entre os atores sociais envolvidos no processo e o controle social. Entre os fatores dificultadores podiam ser destacados a questão cultural, o perfil do profissional inserido no Serviço Público, a deficiente manutenção técnica dos equipamentos, o isolamento do dentista em sua prática, a resistência das diretorias das escolas, a inadequada comunicação entre os atores sociais envolvidos no processo, o tempo político de administração, a resistência dos dentistas da rede municipal e a falta de recursos humanos de nível técnico.

O processo de condução política do remanejamento se tensiona mais ainda a partir de maio de 1995, quando um abaixo-assinado conduzido por vereadores contrários à medida, contendo quase 27 mil assinaturas, é entregue ao Prefeito. Como negociação entre a Prefeitura e a Câmara de Vereadores com vistas à aprovação do orçamento participativo, o processo sofre uma interrupção em meados de 1995 (Aspin et al., 1997). Entretanto, todo o remanejamento que já havia sido implantado foi mantido e hoje a situação praticamente se inverteu, com cerca de 70% dos dentistas lotados nas

Unidades de Saúde e o restante em Escolas (veja nas Figuras 5.12 e 5.8) (Santos, 1999[¶]; Ferreira, 2000[†]).

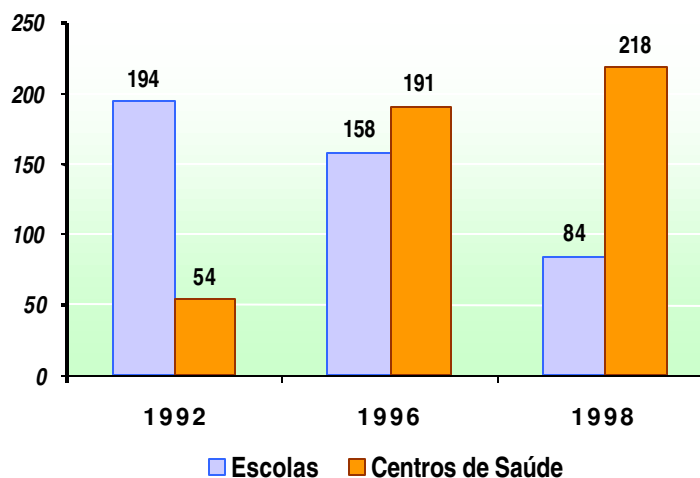


Figura 5.12 - Distribuição de consultórios odontológicos destinados à atenção básica em Escolas e Centros de Saúde, em 1992, 1996 e 1998 em Belo Horizonte. Fonte: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000.

A estratégia de inversão do modelo é atualmente avaliada como positiva, apesar dos percalços durante a sua fase de implantação. O consenso era de que o modelo vigente centrado na atenção escolar era incompatível com a proposta de organização da atenção baseada na concepção dos distritos. Uma vez estruturada como fazendo parte da rede de serviços, as ações de saúde bucal puderam seguir os princípios do modelo de saúde proposto (Werneck, 2000[‡]; Santos, 2000[§]).

Uma questão importante dentro do processo de remanejamento era o risco de se mudar apenas o espaço de trabalho, sem mudar a lógica de atendimento do sistema. Não teria sentido mudar o dentista da escola para a unidade de saúde se neste novo espaço a prática permanecesse a mesma. Para Werneck (2000)^{**}, a questão maior não é

[¶] SANTOS, R.M. op. cit.

[†] FERREIRA, R.C. Entrevista concedida ao autor, 2000.

[‡] WERNECK, M.A.F. op. cit.

[§] SANTOS, M.A.F. op. cit

^{**} WERNECK, M.A.F. op. cit

a do “espaço” em si, mas a prática que deve ser redirecionada no sentido do novo modelo, particularmente na questão da ampliação do acesso:

“Pode-se até manter a escola como espaço de prática não só do ponto de vista de uma atuação coletiva, mas como unidade de atendimento mesmo, como foi feito em Curitiba. Lá se deixou que os consultórios permanecessem na escola, mas só que lá foi literalmente quebrado o ‘muro’ que separava a escola da população e ela [a população] passou a ter acesso a aquele serviço. Então para mim, o espaço não é a questão fundamental, mas sim o processo de trabalho, no sentido da responsabilização”.

Neste sentido, uma outra estratégia importante foi o processo de capacitação de todos os profissionais da rede, tanto dentistas quanto auxiliares, que ocorreu praticamente durante todo o primeiro ano de implantação do novo modelo. A capacitação tinha caráter técnico, no sentido de introduzir conceitos atualizados a respeito da abordagem das doenças bucais no plano coletivo, e também caráter político, no sentido de que era discutido, entre todos os profissionais da ponta, qual era a lógica da proposta de modelo que estava sendo colocada. Conforme destaca Santos (1999)*:

“O objetivo básico era trabalhar em duas frentes: conhecer a realidade epidemiológica e conhecer a rede de serviços. (...) A capacitação foi pensada para trabalhar o que era SUS, ou seja, qual era a política da saúde dentro do município, o que se estava querendo enquanto política de saúde, como a odontologia iria entrar nesse processo e como, especificamente, a odontologia iria trabalhar, enfim, o novo modelo”.

Assim se trabalhou a questão epidemiológica a partir da avaliação da cárie, doença periodontal, má-oclusão, fluorose e lesão de mucosa, através de um levantamento de linha base (Santos, 1996). O processo de capacitação ocorreu dentro dos nove distritos e, durante o primeiro ano, todos os recursos humanos da rede, entre dentistas e auxiliares (cerca de 800 pessoas) passaram pelo processo (Santos, 1999)†.

Outro investimento muito forte foi feito na recuperação dos equipamentos. Foram comprados novos equipamentos e vários existentes foram recuperados. Nas unidades de saúde foram instalados módulos de três cadeiras, para trabalho com ACDs e THDs. Uma grande dificuldade enfrentada, contudo, foi exatamente a contratação de

(*) SANTOS, R.M. op. cit.

(†) SANTOS, R.M. op. cit

auxiliares para trabalhar dentro da nova proposta. Foi aberto concurso público, mas não haviam candidatos. A SMS-BH então optou por viabilizar processos de formação de auxiliares através de convênio entre a Prefeitura e a PUCMG. Além disso, os próprios auxiliares que estavam na rede necessitavam passar por um processo de requalificação, em função dos desvios de função que ocorriam dentro da estrutura dos serviços. Foram formadas duas turmas de THDs que foram treinadas em serviço, tendo os próprios CDs da rede como instrutores. Hoje a SMS-BH não financia mais a formação de auxiliares, mas a PUCMG mantém um curso de formação de THDs que, de certa forma, mantém um fluxo razoável de profissionais no mercado.

Foi estabelecido, também um sistema de informações em que os dados de saúde bucal eram gerados dentro da própria rede. Ao ser atendido, o usuário tem sua ficha clínica preenchida e é também registrado seus dados epidemiológicos em uma ficha coletiva. Desse modo, o sistema é constantemente alimentado, podendo se estabelecer um sistema de vigilância e uma avaliação constante em cada distrito e em cada área de abrangência.

A organização da demanda no modelo atual

O Sistema Municipal de Assistência Odontológica está estruturado a partir do fluxograma ilustrado na Figura 5.13, contemplando os vários níveis de complexidade da atenção, desde a atenção básica até um serviço de atendimento a usuários com necessidades especiais.

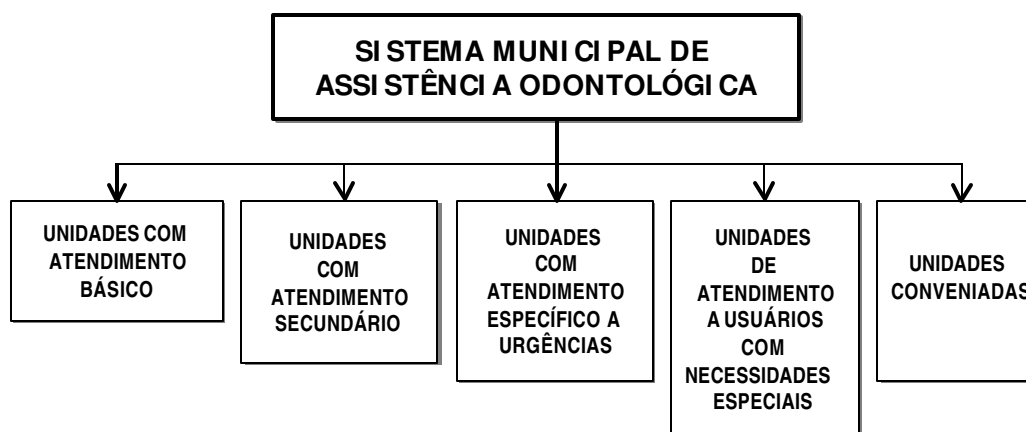


Figura 5.13 - Constituição do Sistema Municipal de Assistência à Saúde Bucal. Fonte: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000.

A Atenção Básica

A organização do sistema se dá em duas etapas, as quais são seguidas e planejadas a nível local, ou seja, embora exista este norteamento geral a partir do nível central, as decisões são tomadas localmente, de acordo com suas realidades específicas.

1. Primeira Fase: conhecendo e intervindo nos problemas: É feito o reconhecimento da população da área de abrangência e são definidos os grupos prioritários. As estratégias para inclusão e manutenção do vínculo dos usuários ao serviço são estabelecidas de acordo com a realidade de cada área de abrangência e os recursos disponíveis. Nesta fase também é organizado o programa coletivo de saúde bucal através do cadastramento dos participantes e desenvolvimento da escovação orientada e fluoroterapia e também o inquérito epidemiológico.

2. Segunda fase: planejando e desenvolvendo as atividades cirúrgico restauradoras:

Uma vez definidas as formas de priorização, os participantes são encaminhados para tratamento cirúrgico-restaurador, tendo como base uma avaliação feita a partir dos critérios detalhados no Quadro 5.1. A ordem de prioridades com base nesta avaliação é feita pela ordem: 3, 2, 1, 5, 4 e 0 (Belo Horizonte, 1998a).

Quadro 5.1 - Classificação conforme necessidade de tratamento.

Código	Características
0	Pacientes que aparentemente não apresentam dentes permanentes e temporários cariados com cavidade que necessitem de alguma restauração
1	Pacientes que apresentam até 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração
2	Pacientes que apresentam mais de 3 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando de restauração
3	Pacientes que apresentam sintomatologia de dor aguda e/ou sinal evidente de maior gravidade na evolução da doença. Incluir nesse código o 1 ou o 2
4	Pacientes que apresentam situação de saúde bucal onde a indicação da exodontia dos elementos apresenta-se como solução mais apropriada (aplica-se especialmente a pacientes adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese aparece como solução mais indicada)
5	Pacientes que aparentemente apresentam a cárie dentária sob controle, mas onde a doença periodontal se apresenta como maior problema

Fonte: Belo Horizonte, 1998a

Uma vez que o Programa de Promoção de Saúde Bucal constitui-se na porta de entrada do sistema, essa codificação é realizada no escovário. Em seguida, de acordo com a necessidade detectada, o usuário é encaminhado ao tratamento cirúrgico-restaurador, onde a estratégia básica é a adequação do meio bucal⁹.

Desta forma, de acordo com a realidade local, são estabelecidas formas de priorização baseadas no risco social e, uma vez que ocorre a entrada do usuário no sistema, o encaminhamento para o tratamento de adequação se baseia nos critérios biológicos destacados no Quadro anterior.

Na ponta do Sistema, ou seja, nas unidades de saúde, as estratégias são adaptadas de acordo com a realidade local. No Centro de Saúde Jardim Montanhês, por exemplo, em função da capacidade operativa do sistema, foi possível expandir o atendimento, para a população infantil, além da área de abrangência. Em outros lugares isso não é possível e o principal critério para entrada do usuário no sistema é fazer parte da sua

⁹ A adequação do meio bucal se constitui numa estratégia que tem como princípio, reduzir, primeiramente, os níveis de infecção, através do fechamento de cavidades e fluoroterapia intensiva para, em seguida, proceder aos procedimentos restauradores. Nota-se aqui uma certa influência do Programa Inversão da Atenção, que adotava esta tecnologia em seus programas (embora a adequação do meio não seja invenção do PIA). Segundo Werneck (2000), entretanto, o modelo da SMS-BH tinha uma característica própria.

área. Desse modo, as principais estratégias de priorização do ponto de vista mais geral, e que determina o acesso do usuário ao serviço, é a idade e a área de abrangência. No caso específico do C.S. Jardim Montanhês, os critérios biológicos para inclusão dos usuários no tratamento cirúrgico-restaurador nem são levados em conta, para o caso da clientela até 20 anos, ou seja, todos que passam pelo escovário são cadastrados no sistema de promoção de saúde bucal, são examinados com relação ao inquérito epidemiológico e já encaminhados para o tratamento. Isso é possível em função da capacidade de atendimento da unidade e das demandas para esta faixa etária, de modo que as normas sugeridas pelo nível central são muitas vezes revistas localmente, como destaca Cilene Olinda*, dentista do Centro de Saúde Jardim Montanhês:

“A gente, às vezes ‘burla’ um pouco as normas da secretaria. (...) Esses critérios biológicos, a gente não usa aqui não. O nosso critério é, por exemplo, hoje aqui chegou uma criança com um dente nascendo e o outro não tinha caído. Daí já marcamos ele para tirar aquele dente, independente de outros critérios. Ou então, tem um menino com dor de dente, daí já marco a extração e por aí vai”.

De qualquer maneira, mesmo não seguindo as normas propostas pelo nível central, há uma preocupação em proporcionar atendimento imediato às necessidades mais urgentes.

A clientela é atendida a partir da livre demanda e também existe uma articulação com as escolas que fazem parte da área de abrangência. Em geral se faz trabalho preventivo nas escolas e se verificam as necessidades, fazendo em seguida o encaminhamento para as unidades. Contudo, apesar de ser estimulada a busca ativa pela clientela dos escolares, às vezes isso gerava problemas em função da pouca aceitabilidade. Em alguns casos, se estabelecia como prioridade a clientela escolar de 0 a 14 anos, fazendo o agendamento na própria escola e deixando um menor percentual para a demanda espontânea. O que aconteceu em alguns casos, como o Centro de Saúde Paulo VI, foi que, das crianças agendadas na escola, um percentual muito pequeno comparecia à unidade para realizar o tratamento. Por outro lado, a livre demanda crescia e

(*) OLINDA, C.M. Entrevista concedida ao autor, 2000.

estrangulava o atendimento e, paradoxalmente, a equipe ficava ociosa em função das faltas dos escolares (Rodrigues, 2000)*.

Estes obstáculos foram percebidos no C.S. Paulo VI e uma das estratégias colocadas para a superação do problema foi incorporar, na saúde bucal, a estratégia do acolhimento, onde a questão da livre demanda pôde ser melhor equacionada. Isto, entretanto resolveu em parte o problema do ponto de vista da satisfação do usuário, uma vez que o atendimento acontecia através do processo de escuta, entretanto a resolução, em geral, ficava comprometida. Ou seja, o acesso, no que diz respeito à recepção acontecia, contudo a resolução do problema, que, em geral, é a expectativa maior do usuário, não ocorria de imediato.

No C.S. Paulo VI, houve essa preocupação em discutir estes problemas de acesso ao serviço dentro da equipe e contextualizá-los dentro da perspectiva do planejamento local. No C.S. Jardim Montanhês, onde o problema também ocorria, a solução foi um pouco mais pragmática, conforme detalha Olinda (2000)†:

“A gente abre inscrição [para a escola] e vem quem quer. A Secretaria [de Saúde] até preconizava para que a gente fosse lá e marcasse, mas isso não dá certo, a gente chegou à conclusão que não dá certo. Pela secretaria a gente teria que agendar na escola mas a gente ‘fura’ um pouco esse processo. Às vezes a gente vai lá e oferece ‘olha, tem uma vaga para você’, mas se o sujeito não quer ele não vem. No começo a gente marcava e tinha um grande número de faltas e as pessoas reclamavam. Daí hoje a gente faz o contrário, avisamos aos professores e diretores, mandamos cartas para as mães, colocando os dias em que as inscrições estão abertas e daí o pai vem e inscreve, se ele quiser”.

Na verdade, para Pimentel & Dias (1999), o que ocorre é que existe uma incongruência entre o que é necessidade para o profissional e o que é necessidade para o paciente. Em estudo realizado junto à população do C.S. Paulo VI, na tentativa de encontrar respostas para a não procura pelo serviço, os autores afirmam:

“O caráter onipotente do saber médico, muitas vezes, reconhece e define o problema do outro sob o seu ponto de vista, deixando de contextualizar e compreender os referenciais de vida do paciente.”

(*) RODRIGUES, E.T. Entrevista concedida ao autor, 2000

(†) OLINDA, C.M. op. cit.

Muitas vezes, tomamos decisões amparados pela legitimidade científica, esquecendo-nos de que o cotidiano das pessoas, suas dores, expectativas e valores, são, em última instância o referencial nas definições de prioridades na vida.”

A procura pelo serviço de saúde, portanto, é influenciada por inúmeros outros fatores, de ordem socioeconômica e cultural. Em geral a procura se dá quando a autopercepção dos problemas é maior e esta percepção é tanto maior quanto mais alta é a escala social. Isso ocorre não só pelo fato de que o limiar do incômodo é mais sutil, uma vez que as prioridades mais básicas de sobrevivência já estão garantidas, mas também porque a capacidade de resolução do problema é facilitada devido às melhores condições socioeconômicas (Pimentel & Dias, 1999).

Uma outra questão importante observada na prática local diz respeito ao retorno dos pacientes para avaliações periódicas e manutenção do tratamento. Um dos grandes mitos que usualmente se coloca dentro da organização dos serviços públicos de saúde bucal é que não é possível se estabelecer estratégias que envolvam acompanhamento do paciente porque “não se tem controle do paciente do serviço público”. Essa assertiva, recorrentemente, aparece como justificativa para a manutenção de ações de caráter eminentemente reparador que muitas vezes acabam se tornando iatrogênicas. A prática dentro da maioria dos serviços de saúde nos mostra que, em geral, opta-se por uma restauração, mesmo sabendo que seria possível uma intervenção não-invasiva, justificada pela “impossibilidade” do retorno do paciente.

No caso do C.S. Jardim Montanhês, verifica-se que a taxa de retorno é bastante positiva, sendo relatados pelos profissionais casos de pacientes que começaram a freqüentar a unidade ainda criança e continuam freqüentando até a idade adulta. Além disso, boa parte da clientela procura o serviço apenas para avaliações periódicas, sem necessidades aparentes de tratamento curativo. Um estudo feito no Centro de Saúde Paulo VI, no Distrito Sanitário Nordeste, encontrou que 27,6% das pessoas que procuraram o serviço no primeiro semestre de 1998 não apresentavam demanda por intervenção restauradora, o fizeram apenas para “fazer revisão” ou “dar uma geral” (Pimentel & Dias, 1999).

No caso da clientela adulta, no C.S. Jardim Montanhês, ainda continua existindo, como referência para priorização, a área de abrangência da unidade, em função da sua capacidade. Uma outra estratégia de trabalhar a clientela dos adultos é através dos programas existentes nas unidades, introduzindo a atenção à saúde bucal nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes etc. Contudo, os próprios grupos ainda estavam muito desarticulados, impedindo algum tipo de intervenção na área de saúde bucal nestes usuários. Para Olinda (2000)*, isto tem acontecido em alguns casos, em função da atividade personalista de alguns programas, ou seja, o desenvolvimento de determinados programas dentro das unidades ocorriam pelo esforço pessoal de alguns profissionais e quando estes se desligavam, o programa acabava.

A estratégia de restringir o atendimento aos usuários da área de abrangência nem sempre é compreendido e, em geral, gera problemas junto à população. No C.S. Jardim Montanhês, o atendimento à clientela adulta foi uma conquista da população, que exigiu a garantia do atendimento através do Conselho de Saúde. Em função da operacionalidade do sistema, decidiu-se que somente 30% das vagas poderiam ser destinadas aos usuários que não pertencessem à área de abrangência. Em alguns casos, o usuário era “remetido” de volta à unidade à qual ele pertence, uma medida geralmente não compreendida, como destaca Olinda (2000)*:

“Então o que ela [a gerência] quer é isso: que as pessoas venham aqui e a gente mande um bilhete devolvendo para o posto e cada posto se organiza para atender a sua população. A intenção é essa. (...) Só que o paciente quer ser atendido onde quer e, às vezes tem problemas porque a área de abrangência é mal delimitada. Por exemplo, a população daqui da Pedro II, pertinho daqui, tem que ser atendida lá no fim do mundo. Então, o atendimento do adulto ainda está meio ‘capenga’, mas, na minha opinião, estamos avançando”.

A Atenção Secundária

A questão do atendimento em nível secundário na SMS-BH foi amplamente discutida em abril de 1996, durante a V Conferência Municipal de Saúde. No Capítulo V: modelo assistencial e relações intersetoriais, item B: saúde bucal, era destacado no tópico 20 (Ferreira, 2000):

(*) OLINDA, C.M. op. cit.

“Garantir a integralidade da atenção odontológica (atenção básica, secundária, urgência e outras necessárias) respeitando a necessidade da população e baseada em parâmetros epidemiológicos.”

Após a municipalização, cresceu o sistema de atenção secundária, ampliando o número de unidades e a complexidade das ações, composto hoje por serviços de endodontia, cirurgia, ortodontia, odontopediatria e periodontia dispostos em várias clínicas, sendo que a policlínica Centro-Sul concentra a maior parte dos serviços especializados (Figura 5.14).

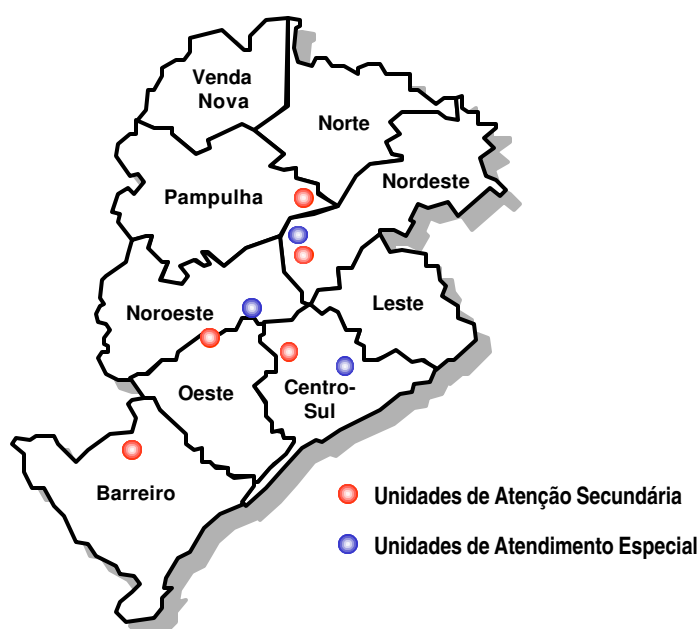


Figura 5.14 - Distribuição dos consultórios instalados em unidades de atenção secundária e de atendimento a pacientes especiais, 1998. Fonte: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000.

O encaminhamento é sempre feito a partir da unidade básica, que referencia o tratamento às clínicas de atenção secundária, de acordo com algumas normas estabelecidas em nível central (Belo Horizonte, 1998b):

- *“Todo o encaminhamento deverá ter sua origem na unidade básica de saúde.*
- *O cirurgião-dentista, a partir da história clínica do paciente, se achar conveniente e necessário, deverá solicitar avaliação médica. Neste caso, anexar relatórios e resultados de exames na guia de encaminhamento.*

- *Uma determinada clínica de atenção secundária não deve encaminhar diretamente para outra, e sim para a rede básica, que agendará **primeira** consulta em outra especialidade necessária.*
- *Todos os retornos, com exceção dos da ortodontia devem ser agendados via central.*
- ***Todos** os encaminhamentos (principalmente aqueles que foram considerados inadequados), devem ter a contra-referência formal para a unidade básica, por ser esta unidade onde deve-se estabelecer o vínculo usuário/sistema de saúde.”*
[grifos do original]

A grande dificuldade no estabelecimento de uma atenção secundária, como parte de uma rede hierarquizada com adequado sistema de referência e contra-referência é a natural confusão entre o sistema de atenção secundária e uma clínica de especialidades. O processo de construção de uma rede de atenção secundária, em função das condições nas quais o sistema é concebido, geralmente se dá a partir de incorporação de especialistas que estão sendo subutilizados na rede básica em um conjunto de unidades que passam a funcionar como referência. Para Ferreira (2000)*, é comum o especialista tentar introduzir a sua lógica de prática privada e o seu conceito de atenção secundária para o serviço:

“Tomando como exemplo a periodontia, eles [os periodontistas] não entendem a lógica da atenção secundária, eles entendem a lógica da especialidade. E na lógica da especialidade, eles têm que ensinar o paciente a escovar o dente, ninguém mais. O auxiliar não faz isso para eles. É, do ponto de vista da corporação, o mais complicado”.

Na ponta, tem-se verificado que o sistema funciona a contento em alguns distritos e em algumas unidades, na dependência, muitas vezes, da forma como os profissionais conduzem as ações localmente. No C.S. Jardim Montanhês, todos os pacientes com necessidades de maior complexidade são referenciados e a contra-referência no mais das vezes funciona. Contudo, segundo Ferreira (2000), a contra-referência ainda é o grande complicador da atenção secundária e o processo de consolidação do sistema ainda está em curso.

(*) FERREIRA, R.C. Entrevista concedida ao autor, 2000.

Algumas considerações sobre o modelo de Saúde Bucal de Belo Horizonte

Sem dúvida o grande desafio na implantação de modelos com base nos princípios do Sistema Único de Saúde é o rompimento com fórmulas consolidadas durante anos ou décadas em que foram perpetuadas práticas excludentes. A experiência de Belo Horizonte mostra a capacidade de avançar neste rompimento quando o momento político define esta possibilidade.

O que pode ser constatado é que qualquer mudança no modelo de assistência pública de saúde bucal só tem possibilidades amplas de alcançar os objetivos desejados se houver clara vontade política de mudança e de reformulação e também se as ações odontológicas estiverem articuladas com as estratégias de atuação da saúde no plano mais geral.

O modelo de Belo Horizonte aponta para uma ampliação do acesso aos serviços, contribuindo, dessa forma, para a consolidação de um modelo mais universal. Esta inversão no eixo da assistência gera mudanças que trazem conseqüências no plano dos recursos humanos, na dinâmica dos serviços e também no processo de trabalho. Parece estar claro que não se trata apenas de mudar o eixo da assistência e o espaço das ações, mas introduzir uma nova concepção de trabalho, baseado na idéia de promoção da saúde. A estratégia de territorialização, à qual foi incorporado o modelo de saúde bucal, avançou no sentido de uma assistência mais eqüitativa, na medida em que redirecionou os serviços e ampliou sua capacidade tendo como base as características epidemiológicas e territoriais. Além disso, o estímulo ao planejamento local confere autonomia aos distritos, o que reafirma a proposta de descentralização, reforçando o poder e a participação local.

Trata-se, contudo, de um processo lento, ainda cercado de falhas e de percalços em seu estabelecimento. Ainda é preciso avançar nas estratégias de busca ativa e de adequação da demanda organizada, aprofundando as discussões a respeito do acesso aos serviços, abandonando a idéia de que basta apenas oferecer um serviço tecnicamente compatível com os números apresentados pelos dados epidemiológicos.

As dimensões culturais e socioeconômicas do conceito de acessibilidade ainda precisam ser incorporadas no cotidiano dos serviços de uma maneira tal que situações anacrônicas de ociosidade da rede aliada à demanda excessiva não sejam interpretadas como um problema da população que não procura os serviços.

Do ponto de vista da integralidade, a ampliação da complexidade das ações se constitui num avanço em relação às práticas eminentemente curativo-reparadoras e restritas a ações básicas. A estruturação de um sistema com proposta de hierarquização e com uma assistência secundária em processo de consolidação trazem ganhos à perspectiva de uma atenção mais integral. A mudança na concepção da doença e na sua abordagem, introduzindo de maneira articulada as práticas de promoção de saúde, também reforçam a idéia de integralidade proposta no modelo. O aumento na cobertura das atividades de promoção da saúde é bastante positivo, como pode ser destacado na Figura 5.15. Entretanto, uma maior articulação com outras áreas da assistência à saúde ainda se mostra incipiente. Apesar da integração das ações de saúde bucal no processo de territorialização e sua participação como um componente do sistema, suas ações ainda se mantêm numa lógica essencialmente individualizada. A articulação com outros programas e grupos existentes nas unidades de saúde, que poderia ser uma possibilidade de uma ação mais integral, embora reconhecendo as limitações de tais programas, ainda se mostra em processo de consolidação, na dependência de iniciativas individuais. Este, aliás, é um outro aspecto muito comum na implantação de modelos que propõem mudanças no processo de trabalho: os avanços ocorrem de forma heterogênea e, no mais das vezes, com um traço personalista. De qualquer modo, a estratégia de capacitação da rede contemplando os aspectos políticos da proposta pode ser considerada uma tentativa adequada de avançar na resolução deste problema. Deve-se, contudo, ter a preocupação de que este processo deva ter continuidade e o engajamento da equipe deva ser constantemente reforçado.

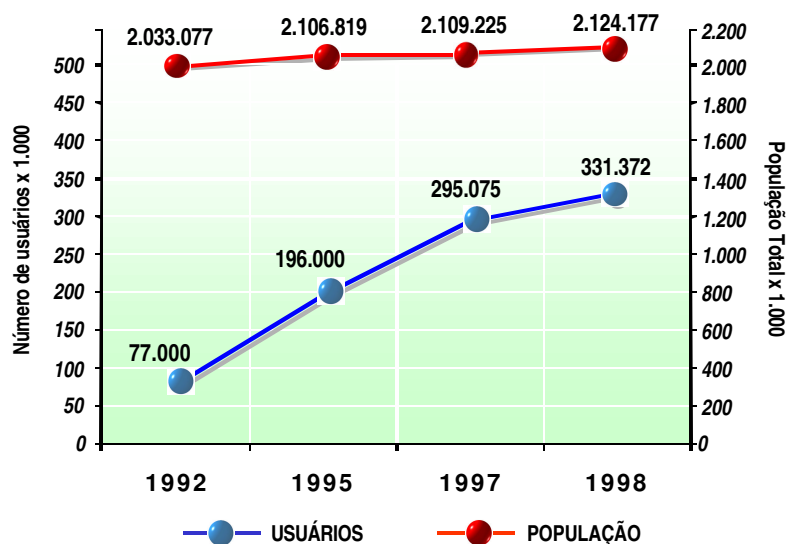


Figura 5.15 - Evolução do número de usuários participantes de programa de promoção de saúde bucal em serviços municipalizados de saúde e da população total. Belo Horizonte, 1992 a 1998.

Fontes: PBH/SMSA/DCAS/SAA/CO, citado por Ferreira, 2000, IBGE, 2000.

Uma outra questão importante é que as decisões técnicas estabelecidas em nível central ainda apresentam grandes dificuldades de serem assimiladas pelos profissionais da ponta em função de um certo descompasso entre as concepções. Para o nível central são limitações dos recursos humanos da rede e das referências técnicas e, para o profissionais da ponta, algumas medidas são inaplicáveis em determinadas realidades. O Sistema de Informações, apesar de contar com uma base de dados muito grande e diversificada e permitir análises com alto grau de desagregação, chegando até à área de abrangência, ainda apresenta problemas com relação ao fluxo de informações e a utilização adequada de seus dados para as ações de planejamento. Ainda se percebe no sistema o que Tasca et al. (1993) chama de *vazio de retroalimentação*, ou seja a falta de retorno adequado das informações ao nível local. Isto torna difícil o envolvimento e a sensibilização dos profissionais, na medida em que eles ainda não sabem a razão do preenchimento dos mapas de inquérito epidemiológico e como isso pode ter influência em sua prática diária. Em muitos casos, as referências técnicas que,

em tese, deveriam fazer esta interlocução junto aos profissionais, têm dificuldade de assimilar a linguagem dos gráficos e tabelas gerada pelo sistema (Ferreira, 2000)*.

Do ponto de vista das perspectivas de consolidação do modelo, parece estar claro que o grande avanço alcançado na gestão 1993-96 não apresentou a mesma magnitude a partir da nova gestão. Apesar do traço político ser semelhante e de ter havido, inicialmente, uma manutenção das equipes de coordenação, a administração municipal entrou em choque por diversas vezes com a área da saúde, particularmente no episódio da epidemia de dengue em Belo Horizonte no ano de 1998. Com relação ao projeto de saúde bucal, especificamente, o processo de avanço das mudanças passou, e está passando, por uma fase de estagnação, como opina Werneck (2000)†:

“Eu acho que se consegue definir claramente [a proposta de 1993-96] como um processo de mudança em curso, com muitas dificuldades, com equívocos, mas que estava colocado. O que eu vejo, a partir deste momento de ruptura do Célio [de Castro, atual prefeito] com o pessoal do PT é realmente a quebra desse rumo e uma retomada meio desnorteadada, sem planejamento, dos rumos que a Secretaria iria tomar. Meio que apagando incêndio aqui, uma proposta de cartão SUS ali... tentando o tempo inteiro denegrir o construído em vez de estar tentando reformular e valorizar. Na Odontologia não se mexeu muito, mas também não se incentivou. Desaparece a mola que impulsionava. Fica num patamar estagnado e aí se começa a ter problemas com recursos, assistência técnica, falta de material e um desânimo crescente das equipes. (...) A secretaria foi sendo desmantelada, as pessoas foram perdendo espaço e perdendo estímulo”.

Ferreira (2000) concorda com Werneck, destacando que a preocupação do setor de saúde bucal hoje é tentar manter os avanços que foram conseguidos e aprimorar alguns sistemas de gerenciamento, particularmente a atenção secundária e o Sistema de Informações.

Enfim, ainda existem grandes desafios a serem enfrentados para a consolidação do modelo de saúde bucal de Belo Horizonte. O que deve ser considerado, contudo, é que os avanços conseguidos até agora apontam para um modelo mais condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde, contribuindo para sua consolidação enquanto modelo assistencial para a área de saúde bucal.

(*) Idem

(†) Werneck, M.A.F. op. cit.

5.3. A Família como objeto da assistência: a experiência de Curitiba - PR

A cidade de Curitiba, capital do Estado do Paraná, é a sede da Região Metropolitana de Curitiba, composta de 25 municípios ao todo. A população total do município, estimada para 2000, segundo dados do IBGE, é de 1.613.462 habitantes, o que corresponde a cerca de 60% da população da Região Metropolitana. A área total é de 432,42 Km², o que resulta em uma densidade demográfica de pouco mais de 3.700 habitantes / Km² (FIBGE, 2000b; Paranacidade, 2000).

À semelhança de outras grandes concentrações urbanas do Brasil, a região metropolitana cresce a uma taxa de 5,8% ao ano, enquanto que Curitiba, o município-sede, cresce somente 1,8% ao ano. Este processo de inchaço da região se dá às expensas de um grande fluxo migratório que, nos últimos dez anos, foi responsável por cerca de 35% das populações circunvizinhas. O que gera, de um lado, danos ao meio-ambiente, poluição, deterioração social, crescimento da violência e morbimortalidade por causas evitáveis e, de outro, uma distribuição heterogênea da miséria (Moysés & Baracho, 1998).

De todo modo, Curitiba tem sido reconhecida nacional e internacionalmente como modelo de cidade saudável, do ponto de vista da implementação de políticas públicas voltadas para o meio ambiente e para a qualidade de vida. Seus indicadores sociais, considerando a realidade brasileira, são bastante favoráveis. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o município é de 0,819 segundo dados do censo de 1991, um valor considerado como de Alto Desenvolvimento Humano, de acordo com o PNUD. Dentre os municípios brasileiros, este valor confere a Curitiba o 18º lugar e o terceiro entre as capitais, ficando atrás de Florianópolis (0,833) e Porto Alegre (0,825). De uma forma geral, conforme pode ser visto na Figura 5.16, o município de Curitiba e o Estado do Paraná apresentam valores mais altos que a média brasileira, principalmente a partir de 1980. (PNUD, 1998).

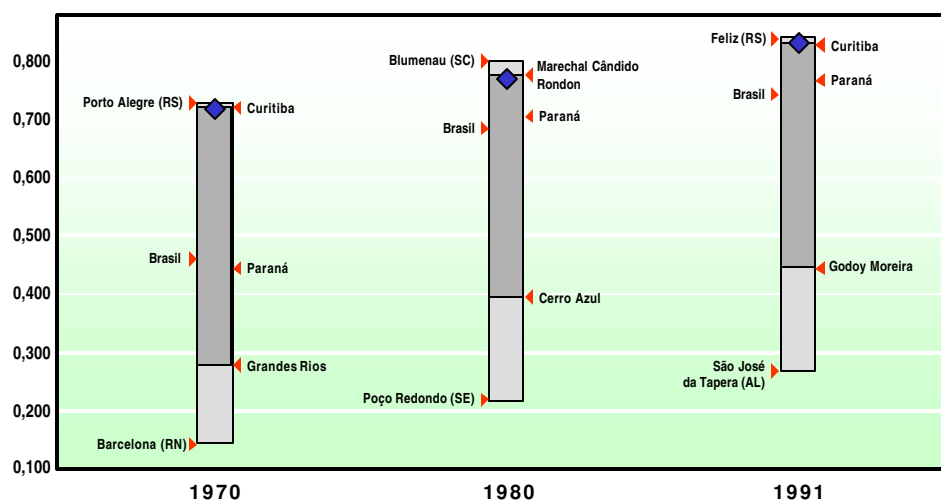


Figura 5.16 - Situação de Curitiba com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 1970, 1980 e 1991. O losango em azul indica Curitiba, a faixa cinza-escuro, os valores mínimo e máximo para o Estado do Paraná e faixa cinza-claro, os valores mínimo e máximo para o Brasil.

Fonte: PNUD Brasil, 1998.

Com relação a outros indicadores, como a Mortalidade Infantil, o município de Curitiba também apresenta valores declinantes e abaixo da média nacional. Em 1998 o Coeficiente de Mortalidade Infantil era de 22,5, contra uma média nacional de 35,6 e a Taxa de Mortalidade Materna era 37,9, enquanto que a média brasileira era de 59,1 (Ministério da Saúde, 1998, 2000; Paranacidade, 2000). O anexo “B” contém outros indicadores importantes a respeito deste município.

5.3.1. O Sistema de Atenção à Saúde

Um marco para o início das ações de Saúde Pública no município é 1963, com a inauguração do Centro de Treinamento Tarumã. No ano seguinte foi criado o Departamento de Bem-Estar Social e, dentro deste, a Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária. Foi idealizado o Plano Municipal de Saúde com priorização para as ações de promoção e educação em saúde (Serra, 1998).

Até o ano de 1974 existiam, na rede municipal, cinco unidades de saúde e a assistência era estruturada a partir de grupos de risco (gestantes, lactentes, crianças e idosos). No final da década de 1970, influenciada pelo discurso da Atenção Primária em Saúde e

da Conferência de Alma-Ata, o Setor Saúde do Departamento de Desenvolvimento Social se propõe a implantar uma rede de unidades básicas. A década seguinte é marcada pela preocupação com a expansão da rede e, conseqüentemente da cobertura. Um Plano Setorial foi elaborado em 1984 especificamente para dar cabo desta estratégia (Serra, 1998).

Contudo, diferentemente de outras experiências de atenção primária, houve uma preocupação em criar uma rede de maior qualidade, apesar de estar prioritariamente dirigida à população de baixa renda. Já nessa época se estabeleceu uma estrutura organizada a partir de área de abrangência e os serviços tomaram a forma de Programas (da mulher, da criança, diabéticos, hipertensos etc.). As idéias do Movimento Sanitário no plano nacional tomam forma em Curitiba já em 1983, quando uma articulação com a Secretaria Estadual, dentro do contexto das Ações Integradas de Saúde, estabelece, como diretrizes, a melhoria da qualidade da assistência, um maior acesso aos serviços e a participação da população nas decisões (Silva Jr., 1998).

Em 1986 é criada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como parte de uma reforma administrativa. Desse modo a área da saúde deixa de ser integrante do Departamento de Desenvolvimento Social e passa a melhor gerenciar a rede de serviços que crescia. No final dos anos 1980 já existiam 53 centros de saúde e 34 clínicas odontológicas dentro da estrutura dos serviços de saúde (Serra, 1998).

Em 1991, após a I Conferência Municipal de Saúde e a criação do Conselho Municipal de Saúde, a SMS dá início a um processo de discussão e reavaliação da forma de atuação da rede. A idéia era incorporar os princípios do SUS, recém regulamentado pela Lei Orgânica e partia-se de um diagnóstico que apontava que a rede, apesar de seu crescimento, ainda trabalhava com um modelo que, de um lado, acumulava demandas e, de outro, gerava ociosidade. (Serra, 1998; Silva Jr., 1998).

No final deste mesmo ano, é dado início a uma reforma administrativa no âmbito da Prefeitura e a descentralização administrativa acaba amparando as propostas de descentralização da saúde, que intentava estruturar um modelo de distritos sanitários nos moldes da proposta de SILOS da OPAS. Foram criadas as Regionais de Saúde com

os respectivos gerentes regionais. O processo de distritalização foi viabilizado por intermédio da realização de oficinas de trabalho, que discutiram algumas experiências nacionais de implantação da proposta de distritos. Definiu-se também o trabalho por área de abrangência e estabelecidas instâncias de poder nas Unidades de Saúde com a criação das Autoridades Sanitárias Locais (ASL), que eram os próprios gerentes das unidades e que passaram a discutir localmente os rumos da assistência em sua área de trabalho (Serra, 1998; Silva Jr., 1998). Foram estabelecidos, inicialmente, sete distritos sanitários sendo mais tarde o distrito de Pinheirinho subdividido, ficando com a estrutura atual de oito distritos sanitários (Figura 5.17).

Os eixos principais da nova estratégia se pautavam na distritalização e na vigilância à saúde. Durante a II Conferência Municipal de Saúde, em 1994, as discussões ocorridas no âmbito das regionais de saúde resultaram em sete diretrizes fundamentais para o enfrentamento dos problemas de saúde da cidade, explicitadas no Plano Municipal de Saúde de 1994: (a) gestão plena dos serviços e ações de saúde do SUS/Curitiba; (b) descentralização e regionalização; (c) vigilância à saúde da população; (d) controle social; (e) busca permanente da qualidade; (f) política de informação e comunicação e (g) política de recursos humanos. Foram estabelecidas também as estratégias que seriam necessárias para a consolidação destas diretrizes, entre elas um maior desenvolvimento gerencial, elaboração e aplicação de indicadores avaliativos, ênfase na saúde da família e atuação intersetorial (Serra, 1998, Silva Jr., 1998).

Neste sentido, ganha corpo a discussão sobre a proposta de “cidades saudáveis” com a realização, em dezembro 1994 do “Fórum Saudecidade”. Na ocasião, um painel internacional discutiu experiências de cidades saudáveis na Argentina e no Canadá (NESCO, 1995). A idéia de cidade saudável é consolidada em Curitiba e viabilizada a partir de uma ampla articulação intersetorial, no sentido de serem implementadas políticas públicas voltadas para o bem-estar (Moysés & Baracho, 1998). Para Silva Jr. (1998), essa posição aproxima o grupo de Curitiba dos princípios da Carta de Ottawa e do Movimento das Cidades Saudáveis da OMS, nos quais há ênfase da saúde como política central de governo e a articulação intersetorial como estratégia principal de atuação.

Este enfoque se corporificou nos mais de 20 projetos que hoje são desenvolvidos na SMS de Curitiba voltados para a área de infra-estrutura, patrimônio histórico, revitalização urbana e também para a área social, englobando problemas educacionais, de saúde e de atendimento a grupos populacionais de risco (Serra, 1998).

O Programa Saúde da Família em Curitiba

Em 1995 a SMS implantou o Programa Saúde da Família (PSF) visando direcionar sua atenção no território, no domicílio e no núcleo familiar. Este foi, contudo, o início “oficial”, uma vez que algumas experiências anteriores já tinham sido implementadas, como em 1992 na Unidade de Saúde Pompéia. No ano seguinte a mesma experiência foi tentada na U.S. São José, com o apoio de um médico geral comunitário de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que, permanecendo cerca de um ano no local, auxiliou na capacitação da equipe e na organização do serviço. Em 1994 foi estabelecida uma articulação com o Departamento de Medicina de Família da Universidade de Toronto, no Canadá, por intermédio do Hospital Cajuru, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em que se discutiu a proposta do modelo de PSF para Curitiba (Curitiba, 1999b). A partir desse apoio foi desenvolvido um programa de educação continuada com as equipes do PSF, com aulas ministradas por professores canadenses (Aguilar, 1998; Serra, 1998).

Com o lançamento do Programa, em 1995, o PSF foi instalado em cinco Unidades de Saúde: São José, Palmeiras, Dom Bosco, Jardim da Ordem e Pompéia. No ano seguinte, mais 19 unidades são incorporadas, perfazendo 24 equipes (Curitiba, 1999b).

Uma característica marcante do PSF em Curitiba é que, diferentemente de outras experiências de implantação do Programa, neste caso ele foi assumido inteiramente pela Prefeitura, uma vez que, de acordo com as prioridades do Ministério da Saúde, o município de Curitiba não estava incluído. Só depois de algum tempo do Programa instalado é que chegou apoio federal e, para Baracho, citado por Serra (1998), o que definiu a implantação e a qualificação do Programa em Curitiba foi o fato dele se apresentar como uma proposta de governo e não apenas da área da saúde.

Para SMS, o PSF faz parte de uma estratégia de construção de um modelo assistencial, que consolide e aprimore o SUS e seus princípios de descentralização, municipalização, integralidade das ações e qualidade dos cuidados. Em seus objetivos, destaca-se: (a) divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão; (b) promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário; (c) proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população na unidade ambulatorial e, quando indicado, no domicílio; (d) humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade; (e) organizar o acesso ao Sistema de Saúde; (f) ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento e (g) incentivar a participação da população no controle do Sistema de Saúde (Curitiba, 1999b).

Até meados de 1999, a abrangência do PSF era de 315 mil habitantes, cerca de 20% da população total, com 44 equipes distribuídas em 30 Unidades de Saúde em quase todos os distritos (Figura 5.17).

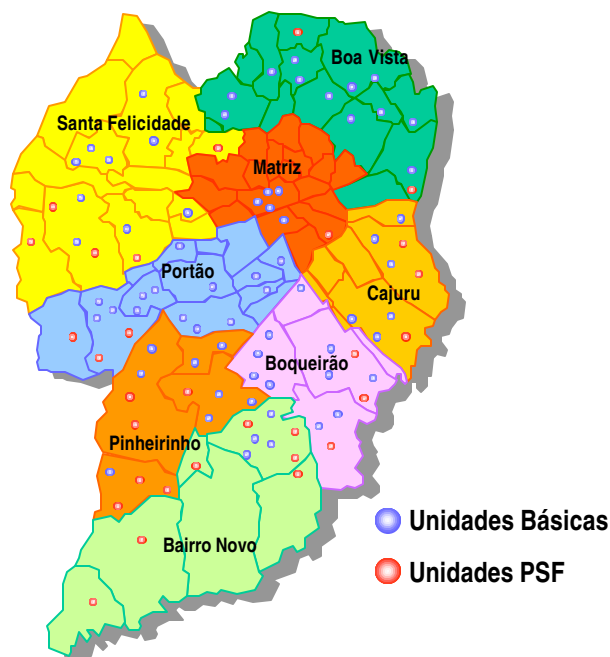


Figura 5.17 - Distribuição das Unidades Básicas e Unidades de Saúde da Família nos distritos sanitários do município de Curitiba em agosto de 1999. Fonte: Curitiba, 1999b.

Neste mesmo ano, em novembro, a experiência de Curitiba em PSF é premiada pelo Ministério da Saúde com o “Prêmio Saúde Brasil - O Retrato da Saúde da Família”, na categoria “excelência”. A partir de junho de 2000 já são 66 equipes em 37 unidades*.

A implantação das Unidades de Saúde da Família (USF) dentro do território do município se deu em função das necessidades de uma ação mais presente no domicílio. Nas áreas centrais, como no distrito sanitário Matriz e suas circunvizinhanças, não foram implantadas USFs em função de suas características socioeconômicas.

A USF trabalha com território definido e se responsabiliza por ele, através do cadastramento das famílias e identificação de micro-áreas de risco. Cada equipe tem sob sua responsabilidade uma área geográfica com cerca de 800 a 1.000 famílias, com as variações sendo ocasionadas por determinadas características como acesso geográfico e situação de risco. Em algumas USF as equipes atendem toda a área de abrangência, desde que estejam dentro da proporcionalidade proposta pelo Programa. Em alguns casos, a população da área de abrangência excede o número de famílias que podem ser cobertas pela equipe e, nestes casos, são priorizadas as áreas de maior risco social e o restante é atendido como demanda da própria U.S. Em geral são vinculadas de 2 a 4 equipes a uma mesma U.S. que conta com uma Autoridade Sanitária Local na gerência (Curitiba, 1999b).

Os princípios e a filosofia de trabalho do PSF foram estabelecidos a partir da adaptação dos princípios básicos da Medicina Familiar do *Canadian College of Physicians*, discutidos durante a experiência de capacitação realizada pelos docentes do Departamento de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade de Toronto. São eles (Curitiba, 1999b):

“1. O profissional de Saúde da Família tem habilidade clínica:

- compreendendo, valorizando e envolvendo o paciente na abordagem de seus problemas de saúde;*
- contextualizando-se na realidade do paciente;*

(*) MOYSÉS, S.J. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 2000.

- *‘especializando-se’ nos problemas de saúde mais comuns de sua população;*
- *atendendo, oportunamente, situações menos frequentes, mas que impõem risco de vida;*
- *baseando sua prática na melhor evidência clínica epidemiológica.*

2. O profissional de Saúde da Família é fonte de recursos para uma população definida:

- *considerando sua população como de risco;*
- *advogando pelos seus usuários nas políticas de saúde;*
- *buscando e avaliando novas informações técnico-científicas e do território de forma crítica, selecionando as de relevância para uma prática reflexiva;*
- *registrando suas ações e mantendo o sistema de informação atualizado, de forma a subsidiar o planejamento e as avaliações periódicas;*
- *registrando os dados da família através de ferramentas apropriadas (folha de rosto de identificação e genograma) para a promoção de saúde;*
- *responsabilizando-se com o sistema de saúde, quanto ao manejo de recursos e necessidades de referência.*

3. A Saúde da Família é uma disciplina baseada na comunidade:

- *os problemas clínicos não são pré-selecionados, visto que a Unidade de Saúde é porta de entrada do sistema. Normalmente os problemas encontram-se em estágios indiferenciados, e a equipe deve desenvolver a competência de trabalhar com as incertezas, sob a estratégia de ‘olhar e esperar’;*
- *a frequência dos problemas é relativa e compatível com o perfil epidemiológico local*
- *as equipes desenvolvem cuidados em diferentes contextos: casa, Unidade de Saúde, equipamentos sociais e outros, na perspectiva de fazê-lo no trabalho e no hospital;*
- *fazendo parte de uma rede de serviços próprios de saúde e intersetoriais;*
- *coordenando o cuidado ao indivíduo, família e comunidade.*

4. A relação equipe-paciente é alvo central na Saúde da Família:

- *estabelecendo uma relação de confiança e troca de saberes em detrimento das atitudes de ‘EU’ e ‘PODER’;*
- *comprometendo-se com o usuário em primeiro lugar;*
- *mantendo a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo da vida;*
- *acompanhando a evolução dos problemas de saúde;*
- *estabelecendo uma relação de escuta ativa com a família e o usuário visto que a relação é terapêutica”.*

Entre 1995 e 1999 foram capacitados diversos profissionais dos níveis superior e médio, tanto por intermédio do Curso Básico em Saúde da Família quanto pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, com o apoio da Universidade Federal do Paraná.

Tem sido colocado pela coordenação do Programa que uma série de resultados podem ser elencados, entre eles uma maior resolutividade na atenção clínica e uma maior legitimidade da Unidade de Saúde pela comunidade. Também em função das características do modelo em estabelecer vínculos entre equipe e comunidade, verifica-se uma maior satisfação da equipe e da comunidade e uma melhoria nos indicadores de saúde (Curitiba, 1999b).

5.3.2. A Saúde Bucal

Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal

Como pode ser observado na Figura 5.18, entre 1981 e 1997 o CPO-D aos 12 anos caiu de 10,1 para 1,8, uma redução de 82% em 16 anos. A distribuição dos componentes também mudou sensivelmente; em 1981 quase todo o CPO-D (81%) era relativo ao componente cariado e em 1997 a situação quase se inverte com 65% do índice sendo composto por dentes obturados.

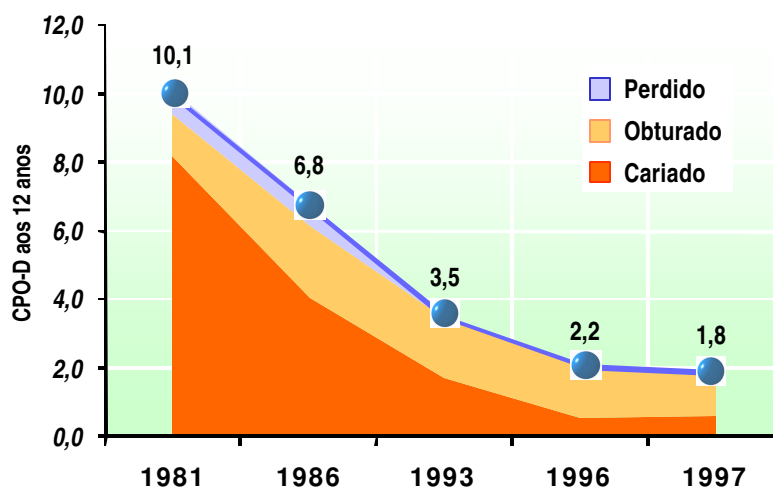


Figura 5.18 - Evolução do CPO-D aos 12 anos no município de Curitiba. Fonte: Brasil, 1988b, Curitiba, 1997.

Com relação aos “livres de cárie” (CPO-D = 0) aos 12 anos, em 1986, segundo dados do Levantamento Epidemiológico Nacional relativo a Curitiba, não havia nenhuma criança com CPO = 0, ou seja, zero por cento de livres de cárie^e. Em 1997, 24,2% das crianças de 12 anos não apresentaram nenhum dente permanente atacado pela cárie. Aos 6 anos de idade, o percentual de livres de cárie é de 38,5 para este mesmo ano (Brasil, 1988b; Curitiba, 1997).

A análise dos dados de 1993, desagregados para as regionais de saúde da cidade, mostra visíveis disparidades. As regiões com melhores padrões de qualidade de vida, como as áreas centrais e bairros de classe média, apresentam médias menores. Conforme se observa na Figura 5.19, o pior resultado é encontrado na regional Pinheirinho (na época ainda não estava subdividida), onde as condições de vida são mais precárias (Camargo & Moysés, 1996).

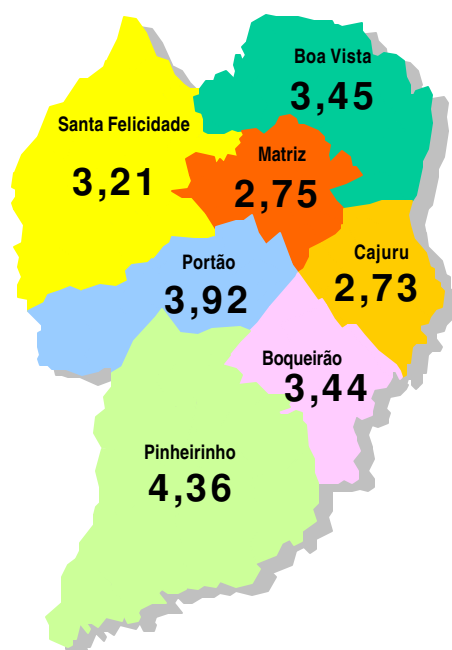


Figura 5.19 - Médias de CPO-D aos 12 anos de acordo com as regionais de saúde do município de Curitiba, no ano de 1993. Fonte: Camargo & Moysés, 1996.

^(e) Novamente aqui é importante destacar a limitação do Levantamento Nacional de 1986 com relação à fidedignidade dos dados por capital (veja capítulo 3). Considerando que Curitiba tem água fluoretada há mais de quatro décadas, é provável que este dado esteja superestimado.

Não há dados disponíveis atualizados a respeito da situação da população adulta. Os dados de 1986, do Levantamento Nacional refletem de modo muito semelhante o perfil nacional, discutido no capítulo 3. No que diz respeito à doença periodontal, também não se tem dados disponíveis obtidos de levantamentos epidemiológicos. Uma estimativa foi feita a partir de dados dos serviços e se observou que cerca de um quarto da população adulta tem periodonto saudável, de acordo com os critérios do CPITN, e pouco mais da metade (51%) apresenta cálculo (Curitiba, 1997).

O modelo de Atenção à Saúde Bucal

A Odontologia no serviço público de Curitiba teve início em 1966, com a instalação de três consultórios odontológicos em escolas municipais, quando também foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico. Em 1979 já eram 13 consultórios instalados e nesta época é incorporado o discurso de Alma-Ata de Atenção Primária à Saúde, como discutido anteriormente. A Divisão de Odontologia nesta época era vinculada à Diretoria de Saúde, por sua vez ligada ao Departamento de Bem-Estar Social (Camargo & Moysés, 1996).

Os consultórios odontológicos que estavam instalados em escolas e também em Centros Sociais Urbanos e Núcleos comunitários, trabalhavam sob a lógica organizativa do Sistema Incremental tipo FSESP, mas sem a participação de pessoal auxiliar. A clientela-alvo eram os alunos das escolas municipais e o tratamento era feito em dentes permanentes. À semelhança do modelo de Belo Horizonte, Curitiba também sofreu a influência do modelo do PISE e implantou, mais tarde, sistemas simplificados de atendimento já com participação de pessoal auxiliar. É também implantada uma campanha de aplicação tópica de flúor (Camargo & Moysés, 1996; Serra, 1998).

A partir de 1983, já sob a égide do Plano Setorial que previa o estabelecimento de áreas de abrangência para as unidades de saúde, num sistema hierarquizado, surge a necessidade de integração do serviço de odontologia com a rede de serviços de saúde. Neste sentido, é pensada a expansão da cobertura através de clínicas odontológicas comunitárias, junto aos Centros de Saúde, atendendo à clientela de não-escolares e os

fora da faixa de 6 a 9 anos. Até 1985 a rede se expandiu do ponto de vista dos recursos físicos e humanos chegando a oito clínicas odontológicas em funcionamento (Camargo & Moysés, 1996).

Com a reforma administrativa de 1986 e a criação da Secretaria Municipal de Saúde, a Divisão de Odontologia ficou vinculada ao Departamento de Assistência à Saúde. O serviço foi ampliado de modo a atender uma maior faixa da população e foram criados os programas para atendimento de pré-escolares, gestantes, um programa comunitário para atendimento de grupos vulneráveis e o atendimento aos adultos (acima de 14 anos) que eram agendados junto às Associações de Moradores. Entre 1986 e 1988 ocorre uma grande expansão da rede básica, chegando a 29 clínicas odontológicas, com atuação nos três turnos, priorizando adultos para o turno da noite e já se trabalhava com uma definição de área de abrangência. Em 1989 já eram 34 clínicas odontológicas e em 1991, um convênio entre a Prefeitura, o Ministério da Saúde e o INAMPS possibilitou a ampliação e reforma de várias unidades e também a criação de Unidades 24 horas (Camargo & Moysés, 1996).

Em 1992, com as mudanças estruturais dentro da SMS, deixa de existir a Coordenação de Odontologia. A nova divisão não se baseia na lógica de especialidades e os dentistas do nível central ficam, então, inseridos em todos os níveis da administração, sem que haja necessidade de existir um local específico para a odontologia. Essa mudança provocou impactos no setor de odontologia pela perda de sua referência “física”. De acordo com Camargo, citado por Serra (1998):

“Isso [a mudança] refletiu-se nos Núcleos Regionais de Saúde, onde, por falta de uma ligação maior com o nível central, uma diretriz mais clara, o trabalho odontológico desenvolveu-se de forma isolada, cada um ‘tocando à sua maneira’. Essa situação foi percebida e o grupo instituído para estudar e reformular a questão partiu do princípio de que cada Regional deveria trabalhar dentro de sua própria realidade, mas a SMS daria os parâmetros que seriam exigidos em termos de odontologia”.

A reforma administrativa de 1992 na área da Saúde consolidou o modelo de gerência local, conferindo poder de decisão às unidades e às Autoridades Sanitárias Locais e integrou os Centros de Saúde com as Clínicas Odontológicas. A idéia era

operacionalizar a estratégia de Vigilância à Saúde, integrando as equipes de Epidemiologia, Saúde Ambiental e Apoio Técnico, através de uma série de oficinas de trabalho que teve a participação da OPAS (Serra, 1998).

Do ponto de vista das conseqüências para a assistência odontológica dessa nova forma de atuação, Gevaerd (1999)* considera que os ganhos são maiores do que as eventuais desvantagens. Contudo, pondera que a odontologia perdeu um espaço de discussão do modelo e enfrentou dificuldades de implantar uma política municipal de saúde bucal:

“Acho que, no âmbito da odontologia (...) deveria haver um espaço dentro da secretaria que fosse um espaço aglutinador das experiências, um espaço ‘pensante’. Na verdade não só para a odontologia, mas para todas as áreas. Seria um espaço de reflexão e um espaço não-programático. Um espaço de ‘animação crítica’ do modelo, vamos dizer assim. Porque, o que aconteceu aqui? Com a descentralização, ocorreu que as unidades seguiram cada uma o seu caminho. (...) Ou seja, se criou uma heterogeneidade que eu pessoalmente acho ruim não no sentido de que não se deva fazer a adequação a realidade local, pois este é o ‘mote’ da descentralização, mas no sentido de não se ter uma política municipal de saúde bucal mínima que possa ser avaliada”.

Hoje o espaço “pensante” existe dentro da SMS, na forma de uma assessoria, sem ingerência operacional sobre o Sistema, um espaço “virtual”, no dizer de Gevaerd (1999)†.

A atenção à Saúde Bucal nas Unidades de Saúde dentro de um novo contexto - o projeto de 1995

Das discussões travadas a partir de 1992, foi sendo gestado, dentro da SMS, um projeto conduzido pelo Grupo de Operacionalização da Política de Saúde Bucal, cuja proposta tinha como base a capacidade de “absorver as diversidades e potencializar as experiências das equipes de saúde, estimulando práticas acessíveis, resolutivas e impactantes”. O Grupo era composto por representantes dos sete núcleos regionais de saúde e de diversas instâncias do nível central, que se reuniram periodicamente ao longo do ano de 1995 e traçaram, como primeira estratégia, estabelecer um diagnóstico

(*) GEVAERD, S.P. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 1999.

(†) Idem

situacional, o que foi feito a partir da aplicação de questionários nas Unidades de Saúde (Camargo & Moysés, 1996).

A idéia central do projeto era incluir as ações de saúde bucal na estratégia de Vigilância à Saúde e compor um modelo de atenção que proporcionasse maior cobertura e efetividade, que introduzisse uma nova prática centrada na ação coletiva e de promoção de saúde. Após discussões com as equipes locais, o Projeto de Saúde Bucal para o município foi implementado, tendo como *imagem objetivo*, a “ênfase na Epidemiologia, buscando impacto, controle e redução de índices para as doenças da placa (cárie, doença periodontal e suas seqüelas)” (Curitiba, 1995).

O projeto foi organizado em três vertentes (veja diagrama na Figura 5.20 a seguir): (a) a atenção a problemas de enfrentamento ocasional; (b) a atenção a problemas de enfrentamento contínuo e (c) as ações de educação em saúde.

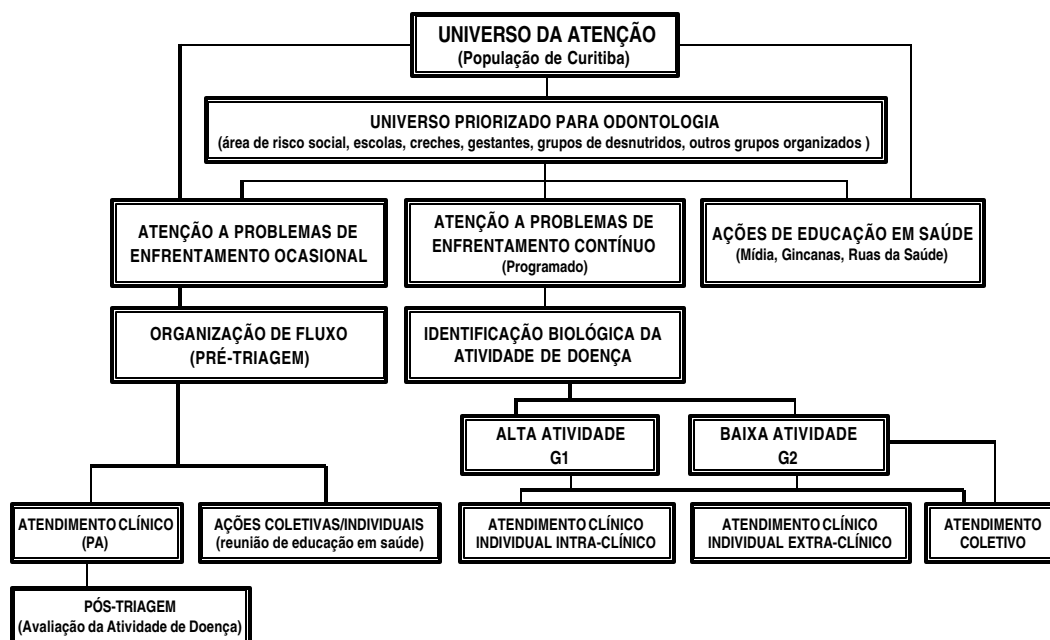


Figura 5.20 - Esquema mostrando o fluxo da demanda no modelo de Saúde Bucal em Curitiba.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Projeto de Saúde Bucal, 1995.

Na *Atenção a Problemas de Enfrentamento Ocasional* estão incluídas as atividades clínicas dirigidas à livre demanda, trabalhando, basicamente, no Pronto Atendimento (PA) e nas ações coletivas e individuais, que são definidas em uma pré-triagem que ocorre na Unidade. A pré-triagem é feita antes de começar o atendimento em cada turno e é realizada por THDs ou pelos próprios dentistas da Unidade e visa priorizar, para o atendimento clínico, os casos mais graves, particularmente onde há presença de dor ou quadros agudos. Feita a triagem, dependendo do caso, os pacientes podem ser encaminhados para o THD (que tem agenda própria) ou para o dentista.

De acordo com a realidade local e com a capacidade da equipe, esse fluxo é organizado, mas em geral segue essa lógica. Na U.S. Atenas, por exemplo, são fixadas três vagas para o atendimento programado e de quatro a cinco para o PA em cada turno. Todos os pacientes que chegam à unidade passam por uma atividade de educação em saúde realizada por uma THD, onde é, também, explicitada a lógica de funcionamento do atendimento. As vagas do PA são preenchidas tendo como base os critérios de necessidade e também o de “persistência”, ou seja, se um paciente procura a unidade mais de duas vezes e não é atendido porque não foi priorizado na pré-triagem, ele é atendido na próxima visita. Segundo Luciana Silveira, dentista da Unidade, a introdução desse critério, apesar de não estar explícito no projeto, é uma forma de valorizar o paciente que procura a unidade e de minimizar o incômodo e a frustração de não ter sido atendido. Muito embora, alguma forma de atendimento sempre seja dada, independente de o paciente ter sido encaminhado para o PA, composta basicamente de ações preventivas realizadas por pessoal auxiliar (Silveira, 1999)*.

Após a passagem no PA, os pacientes se submetem a uma Pós-Triagem, onde são classificados com relação à atividade de doença (cárie e doença periodontal). Caso seja detectada alta atividade, passam a fazer parte do grupo priorizado e, a depender do caso, são encaminhados à atenção programada.

(*) SILVEIRA, L.C. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 1999.

No que diz respeito à classificação, os pacientes são divididos em dois grupos com relação à atividade: no G1, grupo de Alta Atividade de Doença, são enquadrados os indivíduos com presença de cárie ativa ou mancha branca ativa e/ou 20% do periodonto comprometido por doença periodontal. No G2, grupo de Baixa Atividade, são incluídos os pacientes com cárie crônica paralisada, manchas brancas cicatrizadas, ausência de doença periodontal ou com menos de 20% de comprometimento do periodonto e aqueles reabilitados sem novas lesões cariosas (Curitiba, 1995).

O Atendimento Programado faz parte da segunda vertente do programa que é a *Atenção aos Problemas de Enfrentamento Contínuo*. Neste caso, a clientela é priorizada a partir do risco social e biológico e os grupos em geral são formados por populações de áreas de risco, alunos de escolas e creches, gestantes e lactentes e pacientes captados no pronto-atendimento. No mais das vezes a priorização é feita tendo como base as escolas que fazem parte da área de abrangência da unidade. No caso da U.S. Atenas, existe uma articulação com duas escolas e cinco creches. Numa das escolas, a “Prof. Ulisses Falcão Vieira”, uma THD, que é lotada na Unidade, tem uma sala de atendimento na própria escola. Nesta sala são organizadas as atividades preventivas junto aos alunos e também são feitos alguns atendimentos como escariação e colocação de ionômero em dentes decíduos e também os exames onde são triados os alunos com alguma necessidade que deverão ser encaminhados para a Unidade para, então, fazerem parte do Atendimento Programado. A articulação com os grupos dentro das unidades como hipertensos, diabéticos e gestantes e também os pacientes que vêm do PA também funciona dentro da U.S. Atenas. Contudo, em função da grande demanda pelo Atendimento Programado, em alguns casos os pacientes do PA que poderiam ser agendados para o Programado acabam optando por ficar indo sempre no PA a ter que ficar na “fila”.

Para as dentistas da U.S. Atenas é sempre difícil dizer um “não” ao paciente e avaliam que a população usuária que demanda à Unidade é sempre maior que sua capacidade, um problema que poderia ser equacionado por um aumento no contingente de recursos humanos e também pela introdução do turno noturno.

Um grande problema ainda presente na rede básica é a demanda por tratamento complexo, particularmente endodontia. Existe uma articulação com unidades de referência da Prefeitura e com as Faculdades de Odontologia, entretanto o número de vagas colocado é sempre inferior aos encaminhamentos que são feitos pelas UBS, o que gera longas filas de espera para tratamento endodôntico. O encaminhamento é feito por intermédio de uma Central de Marcação que, segundo depoimentos dos dentistas, é muito difícil de ser realizado como destaca Frenkel (1999)*:

“Nós temos que ligar para a Central e daí eles dão as vagas. Daí você tem que ligar às cinco horas da tarde. Se você ligar às cinco para às cinco, ela não marca e daí se você liga às cinco dá ocupado e, se você liga às cinco e cinco, ela já preencheu todas as vagas”.

A idéia é que o paciente já saia encaminhado da unidade, com dia marcado para a consulta através da Central de Marcação, mas isso dificilmente acontece e, em alguns casos, o paciente é encaminhado diretamente para os postos de atenção secundária por conta e risco, “aventurando” uma vaga. A falta de uma adequada atenção secundária em endodontia acaba também trazendo problemas para o atendimento na rede básica pois os pacientes têm que retornar com frequência para a troca do curativo, enquanto aguardam a vaga para o tratamento de canal. Contudo, com todas as dificuldades da “referência”, quando esta acontece, a “contra-referência” ocorre na maioria das vezes sem muitos problemas, ou seja, quase sempre o paciente retorna para completar o tratamento na UBS.

Estes problemas, entre diversos outros que foram detectados na operacionalização do projeto, foram discutidos em um seminário de avaliação, realizado em maio de 1998, que tinha como objetivo analisar a Política de Saúde Bucal da SMS implantada a partir de 1996. Foram, inicialmente, realizadas três avaliações para servir como subsídio para as discussões. A primeira avaliação foi feita no SISO (Sistema Informatizado de Saúde Oral), com dados sistematizados pelo Centro de Informação em Saúde e pelo Centro de Epidemiologia. Para a segunda avaliação foi aplicado um questionário às equipes de Saúde Bucal, com questões relativas a diversos aspectos da Política de Saúde Bucal e, finalmente, uma terceira avaliação foi realizada a partir de uma pesquisa sobre a

(*) FRENKEL, B. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 1999.

satisfação dos usuários das Clínicas Odontológicas, obtida pela aplicação de um questionário a 600 pessoas abordadas nas imediações das Unidades de Saúde (Curitiba, 1998).

Após uma análise crítica dos dados obtidos pelas avaliações por um grupo de profissionais dos diversos distritos sanitários e setores da SMS, foram elencados alguns pontos a serem colocados na pauta de discussões do Seminário de Avaliação: (a) aspectos gerais da Política de Saúde Bucal; (b) Sistema de Informações em Saúde Oral (SISO); (c) recursos humanos; (d) avaliação; (e) Pronto Atendimento e triagem; (f) Atenção Programada e (g) estrutura física, equipamentos e recursos materiais.

Com relação ao primeiro ponto, *os aspectos gerais da política*, constatou-se que, de uma forma geral, há um desconhecimento da política de saúde bucal por parte dos profissionais, tanto do ponto de vista conceitual, quanto de sua operacionalização. O enfoque do programa foi considerado muito restrito, uma vez que é dado destaque apenas às doenças da placa e verificou-se ainda muita dificuldade em implementar algumas estratégias, como a conciliação entre o PA e o programado. Detectou-se, também, que a implantação ocorreu de forma heterogênea entre os distritos e que não houve discussão entre eles. Ainda sobre este aspecto, foi percebida uma supervalorização do Pronto-Atendimento e, neste sentido, surge a necessidade de se desenvolver novas metodologias para as atividades de educação em saúde.

Entre as propostas colocadas para o enfrentamento destas questões, destacam-se: (a) o reforço nas bases conceituais para compreender as reais demandas da Política; (b) a formação de grupo de apoio para avaliar e acompanhar a implantação da Política; (c) avanço nos aspectos de diagnóstico integral (d) ampliação das discussões sobre metodologias de promoção da saúde e (d) sistematização do processo de trabalho no sentido da conciliação entre PA e programado.

Quanto aos *recursos humanos*, foi destacada a desmotivação em algumas equipes e a necessidade de capacitação técnica. Foi colocada também a falta de recursos humanos e uma preocupação com saúde ocupacional e desvio de função. Foi proposto, então, um maior investimento em treinamento, particularmente nos aspectos relativos aos

princípios do SUS e às relações humanas; uma avaliação criteriosa do perfil dos profissionais para desenvolver propostas específicas (PSF, 24 horas, nível administrativo) e uma busca por maior integração com outras áreas das unidades de saúde.

Com relação ao *PA* e a *triagem* foram levantadas as seguintes questões: (a) pressão da demanda sobre a equipe, gerando estresse; (b) dificuldade de administrar situações em que pacientes, após triagem são dispensados, devido a priorização dos casos a serem atendidos (a dificuldade de “dizer não” referida anteriormente, pela equipe da U.S. Atenas); (c) falta de resolutividade do PA; (d) dificuldade de encaminhar para serviços especializados; (e) falta de articulação com a área de influência; (f) dificuldade do profissional em dividir o tempo entre o PA e o programado. Entre as propostas para a superação dos problemas, destaca-se o reconhecimento de que a demanda será sempre reprimida e há que se administrar a pressão. Entretanto, dentre as estratégias para a resolução, a maioria passa pela implantação do *acolhimento*, inclusive propondo-o como substituição à triagem. A idéia básica é limitar o horário e não o número de pessoas e, pela implantação do acolhimento, humanizar o atendimento, respeitando a necessidade sentida do usuário, contrabalançando com a necessidade real e a capacidade do serviço.

Com relação à *Atenção Programada*, surgiu novamente a dificuldade da atenção secundária e também a dificuldade em trabalhar com os critérios de alta e baixa atividade de doença. Destacou-se ainda o pouco acesso a pacientes iniciais e a não utilização de levantamento epidemiológico para planejamento das ações. Entre as propostas colocadas, destaca-se: (a) a revisão dos conceitos de atividade de doença e necessidade de tratamento (b) aumentar a oferta de serviço especializado bem como respeitar os critérios para encaminhamento; (c) formar grupos de estudo para trabalhar o protocolo de saúde bucal e (d) capacitar toda a rede com calibração de todos os profissionais (Curitiba, 1998).

Para Gevaerd (1999)*, o processo de avaliação foi bastante proveitoso e o projeto passou por uma atualização necessária. Considera que o problema principal foi a dificuldade de impor um norteamto geral dentro de um sistema atomizado:

“Este projeto foi lançado a nível geral e quando chegou na ponta foi entendido de muitas maneiras. E, conseqüentemente, praticado de muitas maneiras, o que fez com que isso fosse colocado claramente em sua avaliação. É claro que ele tem pontos positivos, avançou, colocou coisas novas, mas ocorreram problemas por culpa da estrutura. E o grande problema que aconteceu, que é comum no setor público, foi o problema da comunicação. Quer dizer, seja numa secretaria pequena ou grande como a nossa, se fala uma coisa aqui e ninguém te garante que ele vai chegar igual lá na ponta”.

Após as discussões durante o processo de avaliação foi elaborado o documento “Diretrizes básicas para a saúde bucal na SMS”, onde diversos protocolos foram estabelecidos a partir das sugestões colocadas na avaliação (Curitiba, 1999d).

A estratégia atual para a atenção na rede básica, portanto, é a implantação do acolhimento, que tem as mesmas características do acolhimento implantado em Betim, Belo Horizonte e Campinas entre outros, mas que em Curitiba está sendo chamado de *Acolhimento Solidário: a saúde de braços abertos*. Os objetivos básicos, à semelhança de outras experiências com a mesma proposta, é ampliar o acesso e humanizar o atendimento ao público que comparece aos serviços de saúde da SMS (Curitiba, 1999a).

Na área de Saúde Bucal, toda a equipe está sendo treinada para trabalhar nesta nova lógica, a partir de um manual desenvolvido para orientar as ações de odontologia na rede de serviços (Curitiba, 1999c). Até o momento da obtenção dos dados da presente pesquisa, toda a equipe estava participando de treinamento para a implantação do acolhimento solidário.

A partir de 1998 a Prefeitura de Curitiba implementou o *Projeto Cárie Zero*, no sentido de incorporar a saúde bucal dentro da lógica das políticas públicas saudáveis. A idéia do Cárie Zero não é de compor mais um projeto de saúde bucal substitutivo, pelo

(*) GEVAERD, S.P. op. cit.

contrário, procura dinamizar as ações de saúde bucal do setor público a partir de uma visão interinstitucional. São quatro as linhas de atuação do projeto (Serra, 1998):

Rede Cárie Zero: Constituída de profissionais com atuação pública ou privada, tem por objetivo oferecer apoio técnico e metodológico, informações e processos de captação voltados para o desenvolvimento de prática odontológica que enfatize o controle das doenças bucais e a manutenção da saúde.

Organização do Sistema de Atenção em Saúde Bucal: Essa linha prevê a integração setorial dos profissionais públicos e privados em ampla parceria entre as Unidades de Saúde da Prefeitura, faculdades de odontologia, associações de classe, institutos de assistência, outras instituições e clínicas privadas.

Programa de Educação Continuada à Comunidade: Visa desenvolver estratégias que motivem a população para mudanças de atitude e para o autocuidado em Saúde Bucal.

Programa de Educação e Atenção do Paciente Especial: O programa está voltado para o desenvolvimento de ações educativas e de atenção especial em Saúde Bucal, baseadas no conceito de prevenção/promoção de saúde com a finalidade de implantar um sistema de atendimento integral voltado ao controle da doença e à manutenção da saúde à pessoa portadora de deficiência atendida pelas escolas e outras entidades da Cidade de Curitiba.

Para Gevaerd (1999)*, a estratégia do Cárie Zero de ampliar as parcerias com outras instituições parte da premissa que o público não necessariamente significa estatal pois “o público tem que trabalhar com a questão da cidade”.

A Saúde Bucal no Programa Saúde da Família

Uma característica importante dentro da estruturação do Programa Saúde da Família em Curitiba é que sua proposta surgiu antes mesmo do PSF ser colocado como modelo reorientador pelo Ministério da Saúde. Uma vez que, desde o início da década

(*) GEVAERD, S.P. op. cit.

de 1980 o município já vinha trabalhando na perspectiva de um modelo baseado na idéia de vigilância à saúde, sempre com a participação da saúde bucal, como uma tendência natural, as equipes de saúde da família já foram pensadas, desde o início, com a participação da equipe de saúde bucal (CDs, THDs e ACDs).

Neste sentido, a inserção da saúde bucal no PSF, hoje colocada como um processo de disputa política e corporativa dentro do Ministério da Saúde, se deu, em Curitiba, de forma mais natural, como destaca Moysés (2000):

“O processo político-institucional foi desenvolvido de modo tranquilo ‘sem estranhamentos’, já que a saúde bucal coletiva na SMS sempre teve um peso relativo considerável, contando com uma extensa rede básica de clínicas e muitos programas e ações integrados aos demais setores da SMS. No caso curitibano, ‘estranho’ seria a saúde bucal não participar do programa, tendo em vista uma longa história de participação da saúde bucal nos vários movimentos institucionais e arranjos programáticos da SMS”.

Gevaerd (1999) concorda com Moysés e acrescenta:

“A partir de 83 a gente passou a trabalhar a questão da saúde. A partir daí houve uma integração progressiva, uma incorporação, pela política de saúde, da odontologia. Então, quando veio o PSF, que é uma estratégia que originalmente só trabalha com médico e enfermeiro, aqui não dava porque não se entendia voltar a fazer saúde sem odontologia. O PSF aqui foi uma consequência do modelo de saúde vigente e por isso a odontologia entrou”.

Hoje, a saúde bucal está em todas as 66 equipes de saúde, que são compostas por médicos, enfermeiros, agentes de saúde, dentistas e auxiliares (THDs e ACDs). A atuação da saúde bucal junto às equipes do PSF se dá através da utilização do cadastro familiar comum, o que permite as visitas domiciliares compartilhadas. No âmbito do domicílio, a ênfase maior é dada às ações educativas e preventivas, além de uma atenção curativa, dentro das possibilidades da equipe, para as pessoas com dificuldade de locomoção, idosos e pessoas que, de alguma forma, não possam se deslocar até a Unidade de Saúde.

A saúde bucal participa de toda a fase de cadastramento das famílias e mapeamento de micro-áreas de risco e também das discussões sobre planejamento das ações. Dependendo do local, podem ser estabelecidas equipes de coordenação para micro-

áreas específicas dentro da área de abrangência da unidade. Na Unidade de Saúde da Família de Tarumã, por exemplo, foi feita essa subdivisão e as equipes possuem um mapa específico de sua área de atuação.

Nas USF, os dentistas atuam, durante uma parte do tempo fazendo a “retaguarda” curativa, atendendo aos pacientes que foram agendados durante as visitas domiciliares e também aos que procuram a Unidade no Pronto Atendimento. Na USF Tarumã, tenta-se manter uma divisão equitativa entre estas duas atividades, ou seja, os dentistas passam metade do tempo “em campo” e a outra metade na unidade fazendo atendimento clínico (Gehr, 1999)*.

Esta divisão de atividades ainda é um ponto que está sendo discutido dentro da SMS. A idéia é que o tempo ocupado pelo dentista nas visitas não comprometa o atendimento na unidade a ponto de provocar uma maior pressão da demanda no Pronto Atendimento. O que ocorreu no início é que foi dedicado muito tempo do dentista para as atividades de campo, deixando-o, muitas vezes ocioso e tendo que fazer outras atividades burocráticas, que, em tese, não faziam parte do seu trabalho. Para Gevaerd (1999)†, quando a saúde bucal foi incorporada no PSF não se tinha muito idéia deste tipo de protocolo e, como se tinha como base o modelo médico, foi este que prevaleceu:

“A odontologia “entrou” no PSF, sem questionar exatamente as funções. Então houve uma ocupação da odontologia nestas outras funções [burocráticas]. O problema também é que não havia referencial para se basear, daí eles foram no referencial médico. Então na nossa ótica hoje, estas distorções apareceram e outras como essa do dentista ficar visitando todo mundo, sempre, o que, na minha opinião é um problema que deve ser discutido”.

Gevaerd não concorda com a divisão “meio a meio”, pois acha que acaba gerando distorções, do tipo ter um dentista fazendo atividades burocráticas enquanto se precisa deste recurso humano em atividades clínicas na unidade de saúde. Segundo ele, estão sendo feitos estudos no sentido de rever esta divisão, provavelmente para um esquema em que o dentista tenha um quarto do tempo dedicado às visitas e o restante

(*) GEHR, J.L. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 1999.

(†) GEVAERD, S.P. op. cit

fazendo atendimento clínico. Desta forma se evitaria que o dentista fosse sub-utilizado dentro da equipe, como justifica Gevaerd (1999):

“Esta mentalidade de que a integração do dentista com a equipe tinha que se dar desta forma não é verdade. Até mesmo do ponto de vista profissional, técnico. Ou seja, se ele quer conhecer a área, conhecer território, não precisa ficar o ano inteiro na área visitando gente. Para isso tem o auxiliar, tem o agente comunitário”.

Moysés (2000) concorda que a utilização de profissionais de nível superior apenas em atividades de educação em saúde se configura numa distorção do modelo que deve ser avaliada, sob pena de comprometer a relação custo-benefício do sistema. O importante é que as atividades de saúde bucal estejam contempladas nas ações realizadas pelo programa e que estes protocolos a respeito da utilização racional dos recursos humanos sejam aperfeiçoados com o amadurecimento do modelo.

De qualquer maneira, a despeito da normatização distributiva do tempo, as USF organizam seu esquema de trabalho de acordo com a realidade local. Na USF São Domingos, os três dentistas dividiam seu trabalho de maneira a ter sempre dois na unidade fazendo atendimento clínico e um terceiro em atividade de campo, que poderia ser visita domiciliar ou alguma outra atividade como em escolas, por exemplo. Na parte da manhã os dentistas que faziam atendimento clínico trabalhavam no pronto atendimento e à tarde no atendimento programado. O estabelecimento desta divisão foi baseado no fluxo de pacientes e nas necessidades de atendimento junto aos domicílios das micro-áreas (Santos, 1999)*.

É consenso, entretanto, que a atuação do CD não deve se restringir às atividades clínicas na USF, ou seja apenas fazendo a “retaguarda” curativa. Para Simone Menezes, dentista que trabalhou no PSF, o principal ganho da atividade de visitação do CD é o vínculo e a responsabilização que se estabelece em sua prática. A própria atividade clínica individual é modificada quando se tem uma prática estabelecida nestas bases, como destaca Menezes (1999)†:

(*) SANTOS, Z.F.D.G. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 1999.

(†) MENEZES, S.M. Entrevista concedida ao autor. Curitiba, 1999.

“Eu só vim entender porque uma família que eu estava tratando há um ano não conseguia sair da atividade de doença quando fui na casa dela. Porque daí eu consegui ver como é que ela vive, onde é que ela escova, que não tem condições, que escova no tanque, que é muito frio, que não tem água encanada... que às vezes tem que pegar no tanque só que é da vizinha... que a criança fica mais com a vizinha do que com a mãe... Mas eu só consegui saber disso vendo, porque naquela minha anamnese ali na cadeira eu não consigo fazer isso”.

Desse modo, é provável que a questão da divisão do tempo de trabalho do dentista entre o “campo e a clínica” seja um aspecto de uma magnitude que a normatização não tem o alcance de captar. O essencial talvez não seja a divisão rígida de tempo entre uma atividade e outra, mas procurar o encontro possível entre as duas de modo a proporcionar uma atenção, ao mesmo tempo, com maior vínculo e responsabilização e também com grau de resolutividade adequado.

A lógica organizativa dos distritos sanitários e o funcionamento regionalizado, tendo as unidades como instâncias autônomas de planejamento foi mantida pelo PSF. Isto quer dizer que, em cada unidade, com sua respectiva área de abrangência, são definidos, localmente, os critérios de risco para o estabelecimento de micro-áreas e para as ações que devem ser priorizadas. No caso da USF Tarumã se decidiu priorizar a faixa etária de 0 a 6 anos, considerando a realidade crítica desta faixa dentro das micro-áreas. O critério fundamental para o estabelecimento destas micro-áreas é o risco social e, em princípio, não há maiores preocupações em aplicar indicadores específicos de saúde bucal dentro destes critérios. Uma vez definida a área, ela é priorizada para uma maior atenção por parte da equipe e recebe atendimento integral.

Em algumas situações, em que a área de abrangência é bastante homogênea, não se trabalha com micro-áreas de risco. Em determinadas unidades de PSF nas quais se percebeu este tipo de característica, se optou por uma divisão apenas em áreas de responsabilidade para cada profissional. As ações realizadas nestas áreas, em função da homogeneidade da área de abrangência como um todo, são também homogêneas, ou seja, seguem um mesmo padrão. Contrariamente, em outras USF com áreas de abrangência heterogêneas, opta-se pela sua subdivisão em micro-áreas e pela discriminação positiva. Esta discriminação se corporifica numa maior atenção com

relação às visitas e, no caso específico da assistência odontológica clínica, em uma priorização para o agendamento no atendimento programado.

Uma questão importante na fase de planejamento, particularmente no estabelecimento de áreas prioritárias, é a participação dos Conselhos Locais. Neste sentido, entende-se que a implantação do PSF em algumas áreas funciona como dinamizadora da participação da população nos rumos do Sistema de Saúde. Em algumas localidades a USF foi implantada a partir de reivindicações da população local.

Com relação à atenção secundária dentro do PSF, a articulação se dá da mesma forma que na rede básica. Casos que exigem intervenção mais complexa são encaminhados do domicílio para a USF e desta para as unidades de referência. De uma forma geral, contudo, grande parte dos problemas demandados têm sua resolução estabelecida no âmbito do domicílio/unidade de saúde.

Algumas considerações sobre o modelo de Saúde Bucal de Curitiba

Uma peculiaridade importante que deve ser ressaltada a respeito do modelo de saúde em Curitiba é a quase ausência de interrupções no andamento dos projetos que foram implementados desde o início dos anos 1980. Apesar de, neste íterim, administrações municipais de cortes ideológicos distintos terem passado pela Prefeitura, em nenhum momento se “destruiu” um projeto para se começar outro, prática muito comum em muitos municípios brasileiros. Desse modo, as inovações ocorridas se deram mais no sentido de aperfeiçoar experiências anteriores.

A estrutura proposta pelo projeto implantado em 1995, para a assistência à saúde bucal na rede básica, visava introduzir uma prática baseada nos princípios da vigilância à saúde, em consonância com o processo de territorialização em curso dentro do sistema de saúde. Teve a característica inovadora de trabalhar com critérios para priorização ao atendimento com base na atividade de doença, enquanto que a estrutura como um todo trabalhava a partir do risco social.

Contudo, apresentou dificuldades em sua implementação efetiva dentro da rede, em função da pouca assimilação de seus princípios pelos profissionais na ponta. De

qualquer maneira, o processo de avaliação, ocorrido dentro da própria rede de serviços, com participação dos profissionais de nível local e de gerência, se constitui em um fator positivo, que aponta para possibilidades de amadurecimento do sistema. A implantação do *acolhimento solidário* parece se constituir numa alternativa que decerto contornará algumas deficiências na abordagem da demanda dentro da rede básica, na medida em que diminui a pressão da demanda, humaniza o atendimento e gera maior vínculo entre o usuário e o profissional.

Com relação ao Programa Saúde da Família, alguns desafios ainda são apontados pelas equipes para a consolidação da saúde bucal no PSF e do próprio Programa como um todo. O processo de implantação ocorreu de forma desigual, de modo que nas cinco primeiras unidades, nas quais o PSF foi implantado em 1995, houve um maior cuidado na formação das equipes, no processo de capacitação e no ordenamento do programa. No ano seguinte, a expansão para 19 unidades e 24 equipes se deu de forma menos criteriosa, sem uma preocupação maior com o processo seletivo e com uma conotação política mais forte em função do sucesso das iniciativas anteriores (Menezes, 1999; Santos, 1999)*. Para Gevaerd, este “descompasso” na implantação de fato ocorreu e teve uma relação com a lógica de funcionamento da SMS:

“A forma inicial foi uma forma ‘desfocada’, muito elaborada e fora dos padrões administrativos normais da Secretaria. Foi ‘boa demais’ e esse não é o padrão da Secretaria. A segunda foi abaixo do padrão e daí teria que se ter alguma coisa intermediária entre o ‘ideal’ e o ‘possível’”.

Este descompasso nas fases de implantação do programa em certa medida gerou experiências diferenciadas nas várias unidades de PSF. Em algumas delas todo o processo ocorreu dentro das diretrizes previstas, com diagnóstico e mapeamento das áreas de risco, responsabilização e envolvimento das equipes em um modelo com base na vigilância à saúde. Em outras, a implantação ocorreu de forma menos articulada, sendo que, em algumas USF, as equipes nem chegam a ir até o domicílio, se limitando a realizar algumas atividades em coletivos restritos como escolas e creches, o que é, em suma, uma distorção de princípios.

(*) MENEZES, S.M. op. cit.; SANTOS, Z.F.D.G. op. cit.

Neste sentido, o perfil do profissional tem sido apontado como um fator determinante no sucesso das práticas do PSF. Ainda existem muitos profissionais que trabalham no programa sem o perfil adequado e o papel das Autoridades Sanitárias Locais (ASL) tem sido muito limitado no sentido de administrar estas distorções. Até mesmo porque a questão do perfil inadequado também é um problema entre as ASL, uma vez que muitas delas não fizeram treinamento em PSF e têm que gerenciar unidades com esta prática.

Na questão dos recursos humanos, persiste, como em boa parte das experiências de PSF (veja capítulo 2), o problema da diferenciação salarial entre os dentistas do PSF e os da rede básica. Segundo Moysés (2000)⁹, “no passado, houve a suspeita de que muitos profissionais estavam ‘migrando’ para o PSF apenas pelo salário diferenciado, embora com a obrigação de jornada de oito horas”. Contudo, justifica que “conflito e disputa de interesses fazem parte da dialética de implantação do PSF”. Este é, contudo, um problema inerente ao PSF, que, a despeito da experiência positiva, em seu sentido mais geral, em Curitiba, se configura, no fim das contas, como um programa paralelo.

Uma questão da qual se ressentem os profissionais que trabalham no PSF é a ausência de critérios avaliativos do impacto das ações de saúde bucal de âmbito familiar no perfil epidemiológico. Alguns estudos estão sendo realizados, mas até o momento da coleta dos dados desta pesquisa ainda não se dispunha de resultados conclusivos. Sabe-se que se trata de um projeto caro, considerando as outras atividades da área de saúde e de saúde bucal, particularmente com relação aos recursos humanos, mas ainda não se tem uma idéia concreta da relação custo-benefício. Ganhos perceptíveis (talvez imensuráveis) se verificam na prática dos profissionais que realmente se engajam no programa, uma vez que um maior vínculo é estabelecido e o depoimento de Menezes, citado anteriormente é, certamente um reflexo disso. É referido pelas equipes, uma maior adesão dos usuários ao programa e um menor número de faltas após a implantação do PSF em algumas unidades, contudo isto ainda não está adequadamente documentado.

⁹ MOYSÉS, S.J. op. cit.

Do ponto de vista do avanço do modelo com relação a uma prática mais universal e eqüitativa, é de fato, difícil se avaliar do ponto de vista quantitativo. De qualquer maneira, como ressalta Moysés (2000):

“Evidências não conclusivas apontam para uma cobertura de área melhor organizada, tendo em vista o cadastramento dos moradores, bem como a priorização de áreas/famílias de risco social. Este dois aspectos fazem supor que esteja melhorando a questão da universalidade e da equidade.

Não obstante, uma perspectiva crítica poderia também apontar para ‘gargalos’ de cobertura, visto que o modelo é inelástico, tem limites de extensão, é relativamente caro para a massa salarial média da SMS e tem potencial para induzir a distorções ‘preventivistas’ e alocação irreal de profissionais de nível superior apenas para atividades de educação em saúde”.

Quanto à integralidade, embora também ainda não se tenha como comprovar empiricamente, o fato de se trabalhar com equipe de saúde, reforçando a integração entre os profissionais e com enfoque na saúde, como componente da qualidade de vida, “a prática do PSF pode ser, legitimamente, considerada como portadora de virtudes para aprofundar a integralidade” (Moysés, 2000).

Capítulo 6



À GUIA DE CONCLUSÃO

*Quem nunca errou nunca
experimentou nada novo.*

Albert Einstein

A obra que ilustra a capa deste trabalho é o quadro “*o mês da vindima*”, do pintor surrealista belga René Magritte. Pintado em 1959, expressa uma característica peculiar do artista, que é a capacidade de ver as coisas comuns de outro modo, instigando o observador a repensar sua forma de ver o mundo. A janela, ao mesmo tempo em que aproxima, distancia, é uma interface de observação e não de interação física, corporal. As janelas são feitas para observar o mundo e não para entrar nele; para isso existem as portas. No quadro, a visão de mundo do suposto morador da casa e, portanto, dono da janela, é de uma regularidade angustiante. Seu mundo é, assim, o das coisas regulares e padronizadas e a sua interação com ele se dá na perspectiva de uma janela.

Eugênio Vilaça Mendes, em seu livro “*Distrito Sanitário*”, escrito em 1993, ao discutir os conceitos-chave da abordagem da assistência à saúde a partir dos distritos sanitários, destaca a interface entre território e problema:

“O que significa, para um médico que se dirige diariamente para seu lugar de trabalho, passando sempre pelas mesmas ruas, de automóvel, aquele território visto à distância, impenetrável, senão uma paisagem? Para este médico convencional, o território é o seu percurso de viagem visto de dentro do automóvel”.

A visão tradicional, pois, da assistência à saúde, tem sido a de um distanciamento do seu objeto, um alheamento em relação aos problemas no sentido de transformá-los em

uma paisagem da qual faz parte sua rotina diária. Tem sido a de estruturar a sua interface com o mundo como uma janela, cuja imagem é a de uma realidade estandardizada, homogênea, limpa e livre de conflitos. Romper com essa lógica, de fato, não tem sido fácil.

Este trabalho objetivou discutir, à luz de algumas experiências municipais de organização da demanda por serviços odontológicos, a incorporação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, as quais apontam para a estruturação de um modelo assistencial com base na universalidade e na integralidade da atenção e na equidade no acesso aos serviços. O título deste capítulo, propositadamente “à guisa de conclusão”, deixa claro que não se propõe aqui emitir assertivas de caráter conclusivo. Nem poderia, a julgar pela complexidade do tema e das limitações impostas pelo método.

A análise das três experiências distintas, entretanto, nos permite algumas considerações que emergem da descrição das estratégias organizativas em cada uma delas. Uma primeira delas está relacionada à percepção clara que devemos ter a respeito de nossas convicções a respeito do Sistema Único de Saúde. Como amplamente discutido ao longo do trabalho, o SUS se coloca como uma política pública que aponta para um modelo de Estado cuja função primordial não está em compor um espaço de transações econômico-financeiras, mas de ter uma ação concreta no sentido de contribuir para uma sociedade menos desigual. É pois o pressuposto de um Estado-providência, redutor de iniquidades e que garanta os direitos sociais e a cidadania plena.

Desse modo, a despeito das leis, no mais das vezes, serem a expressão dos valores societários, o estabelecimento de uma política como a do SUS só se efetivará, de fato, se nossa convicção sobre qual Estado queremos, se corporificar em ações concretas dentro das instituições públicas. Vale dizer, a cidadania é construída no cotidiano de nossas práticas.

Um segundo ponto de reflexão é se realmente temos possibilidades de estabelecer um modelo com base no ideário do SUS. Esta é uma dificuldade que vem sendo

enfrentada por todos os setores da área da saúde e, no caso específico da saúde bucal, o grande obstáculo tem sido o de lutar contra seus próprios demônios (tomando emprestada uma expressão de Morin). A lógica da corporação, no mais das vezes, subverte o princípio maior do serviço de saúde que é... servir. Assim, ultrapassar a barreira corporativista e abrir espaços para uma prática voltada para a qualidade de vida é a grande tarefa da Saúde Bucal Coletiva neste fim de século. Podemos ver que isso é possível e, apesar de ainda serem mantidos modelos de prática centrados em estratégias organizativas já superadas, existem alternativas técnicas condizentes com o estabelecimento de um modelo que resgate a função social do ofício da odontologia.

Um outro ponto importante é que a implementação de modelos públicos de saúde bucal com base no SUS é carregada de desafios não só pela dificuldade de romper com práticas arraigadas no seio da profissão e das instituições, mas também pela característica isolacionista que a Odontologia tem assumido, historicamente, dentro dos serviços de saúde. Ainda persiste uma dificuldade muito grande em romper com a lógica do “gabinete dentário” nas práticas odontológicas e percebemos que a prática liberal e isolada tem sido meramente transferida para a esfera pública. O que podemos apreender, a partir das discussões colocadas ao longo deste trabalho, é que as iniciativas que, minimamente, apontaram para modelos mais universais e eqüitativos o fizeram como parte de uma estratégia ampla, não restrita ao setor odontológico, que aliou vontade política e capacidade técnica. Foram, e estão sendo, resultados de mudanças não só na lógica organizativa dos serviços mas na própria prática odontológica, introduzindo uma perspectiva de maior vínculo e responsabilização.

É esse, portanto, o desafio. Trata-se, enfim, de ver o mundo por uma nova lente, quem sabe uma nova janela. Ou, talvez, não uma janela, mas uma ausência total de paredes.

Referências Bibliográficas

1. ABRASCO. Outra vez a cesta básica. *Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*. v. 16, 1998. Editorial.
2. ADAY, L.A., ANDERSEN, R.M. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, v. 19, n. 12, suppl, p. 4-27, 1981.
3. AGUIAR, D.S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998. 160p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
4. ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. 2ed. Salvador - Rio de Janeiro - São Paulo: APCE/ABRASCO, 1997. 205p.
5. ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. *Saúde em Debate*, v. 24, n. 54, p.6-21, 2000.
6. ANDREAZZI, M.F.S. *O seguro saúde privado no Brasil*. Rio de Janeiro, 1991. 265p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
7. ANDREAZZI, M.F.S., TURA, L.F.R. *Financiamento e gestão do setor saúde*. novos modelos. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999. 225p.
8. ARAÇATUBA. Prefeitura Municipal. Departamento de Saúde e Higiene Pública. *Programa de saúde bucal do município de Araçatuba - SP*. Araçatuba: 1989. 28p.
9. ARCIERI, R.M., SALIBA, C.A., SALIBA, N.A., MOIMAZ, S.A.S., SUNDENFELD, M.L.M. Redução da cárie dentária em escolares de Araçatuba, SP, após 21 anos de fluoretação da água de abastecimento público. *Rev. Fluminense de Saúde Coletiva*, n. 3, p.41-8, 1998.
10. ASPIN, C.A., SILVA, R.L.F., LACERDA, V.R.. *Processo de remanejamento de recursos humanos odontológicos das escolas públicas para os centros de saúde: uma visão dos gestores dos níveis central e distrital da Secretaria Municipal de Saúde de Belo-Horizonte*. Belo Horizonte, 1997. 42p. (Monografia apresentada à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais para obtenção do título de especialista em Odontologia em Saúde Coletiva).
11. BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.1, n.1, p.5-17, 1996.
12. BARROS, A.I.L.A. *Araçatuba: história da cidade*. Capturado em 21 out. 2000. On line. Disponível na Internet <http://www.terra.com.br/cidades/ata>
13. BELARDINELLI, V.H. Clínica particular, necessidade e possibilidade de fazê-la crescer V: análise da demanda. *Odont. Mod.*, v. 14, n. 4, p. 39-49, 1987.
14. BELLINI, H.T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. *Biblioteca da ABOPREV*, n. 3, p.1-7, 1991.
15. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Orientações sobre o desenvolvimento da atenção odontológica na rede básica*. Belo Horizonte, 1998a. 5p.
16. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Processo de reorganização da atenção secundária na odontologia*. Belo Horizonte, 1998b. 9p.

17. BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 2ed. São Paulo: Ática, 1998. 71p.
18. BIREME. *Biblioteca virtual em saúde*. Capturado em 28 out. 2000. On line. Disponível na Internet <http://www.bireme.br>
19. BOTAZZO, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. *Saúde Atual*, n.1, 14-23, 1991.
20. BOTAZZO, C., BORTOLINI, S.R., CARVALHO, V.M. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos Sistemas Locais de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 10, p. 43-53, 1995.
21. BOTAZZO, C. *Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru: EDUSC, 1999. 237p.
22. BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição (1988)*. Brasília, 1988a. 292p.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*. 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1988b. 137p. Série C, Estudos e Projetos, v.4.
24. BRASIL. Lei 8.080/90. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 de setembro de 1990a.
25. BRASIL. Lei 8.142/90. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 de dezembro de 1990b.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Saúde bucal: panorama internacional*. Brasília: 1990c. 285p.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. *Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1990d, 60p.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990e. 20p.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS N° 198 de 23/12/1991. Tabela de procedimentos. Anexo 1 - Grupo Atendimento Odontológico. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 de dezembro de 1991.
30. BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Câmara da Reforma do Estado, 1995. 112p.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 de novembro de 1996.
32. BRASIL, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família - PSF*. Capturado em 12 mai. 2000a. On line. Disponível na Internet <http://www.saude.gov.br>.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família*. Capturado em 11 jul. 2000b. Ministério da Saúde. On line. Disponível na Internet <http://www.saude.gov.br/psf>.
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c. 65p.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000d. 19p.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. In: _____. *Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000e. 44p.

37. BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário de experiências internacionais em Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000f. 80p.
38. BUENO, W.S., MERHY, E.E. *Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?* Capturado em 18 ago. 1997. Conferência Nacional de Saúde On Line. Disponível na Internet [http:// www.datasus.gov.br/cns/cns.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm)
39. CAMARGO, A.L., MOYSÉS, S.J. A saúde bucal no município de Curitiba. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.13, p. 54-65, 1996.
40. CAMPOS, C.R. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., REIS, A.T., SANTOS, A.F., MERHY, E.E. *Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 287 - 306.
41. CAMPOS, G.W.S. Desafios para novos modelos de gestão. *Tema/RADIS*, n.15, p.23, 1997a.
42. CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997b. 220p.
43. CARVALHEIRO, J.R. Os desafios para a saúde. *Estudos Avançados*. v.13, n.35, p.7-20, 1999.
44. CARVALHO, A.I. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n.1, p.23-5, 1998.
45. CARVALHO, A.I., GOULART, F.A.A (Orgs.). *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 1998. 3v., v.1.
46. CARVALHO, C.L., LOUREIRO, C.A. A inserção da odontologia na saúde escolar. *Cad. odont.*, v.1, n.1, p.43-57, 1997.
47. CASTRO, H.M.M.S., WERNECK, M.A.F., FELISALE, R.M. *A organização dos serviços de saúde bucal na secretaria municipal de saúde da prefeitura de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: UFMG, 1997. 65p. (Mimeogr.).
48. CÉSAR, C.L.G., NARVAI, P.C., GATTÁS, V.L., FIGUEIREDO, G.M. "Medo do dentista" e demanda aos serviços odontológicos em municípios da zona oeste da região metropolitana de São Paulo. *Odontologia e Sociedade*, v.1, n.1/2, p.39-44, 1999.
49. CHAVES, M.M. *Odontologia Sanitaria*. Washington: Oficina Sanitaria Pan-americana, 1962. 599p. (Publicaciones Cientificas, n. 63)
50. CHAVES, M. M. *Odontologia social*. 3 ed São Paulo: Artes Médicas, 1986, 448p.
51. COHN, A., ELIAS, P. E. *A saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996. 117p.
52. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE . Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.381-9.
53. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1. *Relatório final*. Brasília, 1986. 8p.
54. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2. *Relatório final*. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB, 1993. 28p.
55. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 85p.
56. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Cirurgiões Dentistas no Brasil*. Capturado em 14 out. 1999. On line. Disponível na Internet [http:// www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br).

57. CORDÓN, J.A. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da Odontologia no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 13, p. 36-53, 1996.
58. CORDÓN, J.A. Avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal no Brasil: considerações críticas. In: ENATESPO, 13/ Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, 2, 1997, Cuiabá. *Anais...* Cuiabá, 1997. não pag.
59. CORDÓN, J.A. *A Inserção da Odontologia no SUS: avanços e dificuldades*. Brasília, 1998a. 196p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
60. CORTES, S.M.V. Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n.1, p.5-17, 1998.
61. CUNHA, J.P.P., CUNHA R.E. Sistema Único de Saúde - princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L.M. (Org). *Cadernos de Saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 11-26.
62. CUNHA, E.S. *História da odontologia no Brasil (1500-1900)*. 2ed. Rio de Janeiro Científica, 1952. 288p.
63. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de saúde bucal*. Curitiba: 1995. 24 p.
64. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Cárie Zero. *Perfil epidemiológico da saúde bucal em Curitiba*. Curitiba: 1997. 8p.
65. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Seminário de Saúde Bucal*. Curitiba: 1998. 12p.
66. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento solidário*. Curitiba: 1999a. 5p.
67. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Programas Especiais. *Programa de Saúde da Família em Curitiba*. Curitiba: 1999b. 15p.
68. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de práticas de odontologia: a saúde de braços abertos*. Curitiba: 1999c. 30p.
69. CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Diretrizes básicas para a saúde bucal na SMS*. Curitiba 1999d. 21p.
70. DALLARI, S.G. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 133p.
71. DIADEMA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *A abordagem da saúde e das doenças bucais em Diadema SP: 10 anos de uma experiência inovadora*. Diadema: 1997. 10p.
72. DODGE, R.E.F. *A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça*. Capturado em 05 ago. 1998. Conferência Nacional de Saúde On Line. Disponível na Internet <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>
73. ELIAS, P.E. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. *Estudos Avançados*. v.13, n.35, 1999. p.125-37.
74. FALCÃO, D., GAZIR, A. Opas defende o fim da saúde universal gratuita. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 14 dez. 1998. Caderno Cotidiano, p. C4.
75. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. *Int.Dent.J.*, v. 32, n 1. p. 74-7, 1982.

76. FERREIRA, A.G. O processo de municipalização da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v., v.2. p.267-79.
77. FERREIRA, R.C. *A experiência de Belo Horizonte na construção de uma nova prática sanitária*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2000. 42p. (Mimeog.).
78. FERREIRA, R.C., SANTOS, R.M., CAVALCANTE, C.A. Saúde bucal - planejando a promoção através de indicadores epidemiológicos. In: CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., REIS, A.T., SANTOS, A.F., MERHY, E.E. *Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 287 - 306.
79. FRANCO, T., MEHRY, E.E. *PSF: contradições e novos desafios*. Capturado em 08 nov. 1999. Conferência Nacional de Saúde On line. Disponível na Internet <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>.
80. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 1998: acesso e utilização de serviços de saúde*. Capturado em 22 jul. 2000a. Disponível na Internet <http://www.ibge.gov.br>
81. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA 97. *Recontagem populacional de 1996*. On line. Capturado em 12 abr. 2000b. Disponível na Internet <http://www.sidra.ibge.gov.br/>
82. GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 203p.
83. GIOVANELLA, L., TEIXEIRA, S.F. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 177-98.
84. GOUVEIA, R., DA PALMA, J.J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. In: GOUVEIA, Roberto. *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000. p. 21-30.
85. GUIBU, F. Desempregado arranca próprio dente com alicate. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 27 jul. 2000. Caderno Cotidiano. p.C5.
86. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Política Social. Coordenação Geral de Políticas Setoriais. *Empregos de nível superior por tipo de ocupação, segundo as grandes regiões e classificação da esfera administrativa da entidade mantenedora 1982/1987/1992*. Brasília: IPEA, 1999.
87. JORGE, E. Um pacto pela saúde. In: GOUVEIA, Roberto. *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000. p. 31-5.
88. JUNQUEIRA, L.P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, A.M. (Org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: HUCITEC / ABRASCO, 1997. p.173-204.
89. KADT, E., TASCA, R. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor saúde*. São Paulo-Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1993. 107p.
90. KAY, E.J. How often should we go to the dentist? *BMJ* v.319, n.24, p.204-5, 1999.
91. KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. 4ed. São Paulo: Perspectiva, 1996. 257p.
92. LAURELL, A.C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. 244p.

93. LEI Orgânica da Saúde: vetos e justificativas do Presidente Collor. *Saúde em Debate*, n.30, p. 15-20, 1990.
94. LIMA, C.R.M. Reforma do Estado e política de saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. *Saúde em Debate*, n.49/50, p.34-43, 1995/1996.
95. LOUREIRO, C.A. *Inversão da atenção*: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p. (Mimeogr.)
96. LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *PHYSIS*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
97. MALTA, D.C., FERREIRA, L.M., REIS, A.T., MEHRY, E.E. Acolhimento - uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., REIS, A.T., SANTOS, A.F., MERHY, E.E. *Sistema único de saúde em Belo Horizonte*: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-42.
98. MARCENES, W., BÖNECKER, M.J.S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: BUISCHI, Yvonne de Paula. *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000. cap. 4, p.74-98.
99. MATOS, D.L. *Análise do programa "Promoção de Saúde Bucal" implantado em escolares da região leste de Belo Horizonte*. Belo Horizonte, 1993. 50p. (Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de especialista em Odontologia em Saúde Coletiva).
100. MATOS, D.L. *Projeto Bambuí*: um estudo com base populacional do uso de serviços odontológicos. Belo Horizonte, 2000. 58p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
101. MENDES, A.P.R., MARTINS, J.F. *Prestação de serviços de saúde bucal no município de Araçatuba-SP*. Araçatuba, 1999. 8p. (Trabalho de conclusão de disciplina do Cursos de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Araçatuba)
102. MENDES, E.V. *A evolução histórica da prática médica*: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984. 124p.
103. MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: _____. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 19-91.
104. MENDES, E.V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e outro olhar sobre o nível local. In: _____. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.
105. MERHY, E.E. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde. *Saúde em Debate*, n.30, p.8-9, 1990.
106. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 3ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1994. 269p.
107. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *IDB98 Brasil*: indicadores e dados básicos para a saúde. Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), 1998. 8p.
108. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Área Técnica de Saúde Bucal. *Distribuição dos CDs pertencentes ao SUS*. Capturado em 3 set. 2000a. On line. Disponível na Internet <http://www.saude.gov.br/programas/bucal/principal.htm>

109. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. DATASUS. *Caderno de Informações de Saúde*. Capturado em 09 nov. 2000b. On line. Disponível na Internet <http://www.datasus.gov.br>
110. MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 344p.
111. MOYSÉS, S.J., BARACHO, J.C.G. Curitiba! Uma cidade saudável. In: MENDES, E.V. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. cap. 14, p. 337-359.
112. MUELLER, C.D., SCHUR, C.L., PARAMONE, C. Access to dental care in the United States: estimates from a 1994 survey. *J Am. Dent. Ass.*, v. 129, p. 429-37, 1998.
113. NADANOVSKY, P., SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Comm. Den. Oral Epidemiol.* v. 23, p. 331-9, 1995.
114. NARVAI, P.C. *Saúde bucal: assistência ou atenção?* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1992. 10p. (Mimeogr.)
115. NARVAI, P.C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.
116. NARVAI, P.C. *Avaliação de ações de saúde bucal*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1996. 28p. (Mimeogr.)
117. NARVAI, P.C. Recursos humanos para a promoção de saúde bucal. In: KRIGER, Leo (Org.). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 447-64.
118. NARVAI, P.C. *Mais dentistas?* Capturado em 1º out. 2000. Jornal do Site Odonto. Disponível na Internet <http://www.jornaldosite.com.br/materias/artcapel.htm>
119. NARVAI, P.C., FRAZÃO, P., CASTELLANOS, R.A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade*. v.1, n. 1/2, p.25-29, 1999
120. NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. Saúdecidade. *Revista Espaço para a Saúde*. v. 4, n. 4, p. 5-33, 1995.
121. OLIVEIRA JR., M. Financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L.M. (Org.). *Cadernos de Saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 45-78.
122. OLIVEIRA, A.G.R.C. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal - 1ª etapa - Cárie Dental , 1996: Relatório Paralelo*. Angelonline. Capturado em 17 set. 1998. Disponível na Internet <http://www.angelonline.cjb.net>
123. OLIVEIRA, A.G.R.C., ARCIERI, R.M., UNFER, B., COSTA, I.C.C., MORAES, E., SALIBA, N.A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, v. 2, n.1, p. 9-14, 1999.
124. OLIVEIRA, A.G.R.C., SOUZA, E.C.F. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA SOCIAL/UFRN. *Odontologia preventiva e social* - textos selecionados. Natal: EDUFRN, 1997, cap. 8. p. 114-121.
125. OLIVEIRA, A.G.R.C., TERRERI, A.L.M., GARCIA, W.G. *Os municípios e seus projetos de saúde bucal: carta de intenções ou mera formalidade?* In: ENATESPO, 14/ Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, 3, 1998, Fortaleza. *Anais...* Fortaleza, 1998. não pag.
126. ORTIZ, A.R., IAMASHITA, C.E., BAYTISTA, E., LEITE, G.L., KEHRIG, R.T., COELHO, S.M.K.T. *A proposta de reforma do aparelho de Estado e suas possíveis implicações no SUS*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1996. (Série Monográfica n. 5).

127. PAIM, J.S. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.45-59.
128. PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.1, n.1, p. 18-20, 1996.
129. PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, cap. 20, p. 473-87.
130. PARANACIDADE. *Municípios do Paraná: Curitiba*. Capturado em 18 out. 2000. On line. Disponível na Internet <http://www.paranacidade.org.br/base>.
131. PENCHANSKY, R., THOMAS, W. The concept of access. *Med. Care*, v. 19, n.2, 127-140. 1981.
132. PERES, M.A.A. *A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso município de Ipatinga, MG, Brasil 1989-1994*. São Paulo, 1995. 184p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
133. PIMENTEL, M.C., DIAS, C.T. *Avaliação do serviço de saúde bucal do Centro de Saúde Paulo VI sob o ponto de vista da população: uma reflexão para o planejamento*. Belo Horizonte, 1999. 54p. (Monografia apresentada ao Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva).
134. PINTO, V.G. *A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil*. Brasília, 1992. 217p. Tese (Doutoramento) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
135. PINTO, V.G. *Estudo epidemiológico sobre prevalência de cárie dental em crianças de 3 a 14 anos: Brasil, 1993*. Brasília: SESI-DN, 1996a. 53p.
136. PINTO, V.G. Projeto de levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal não tem consistência. *APCD Jrmal*. nov/dez, 1996b. p.15.
137. PINTO, V.G. *Saúde bucal Coletiva* São Paulo: Santos, 2000. 541 p.
138. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD BRASIL (Org.). *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*. Brasília: PNUD, 1998. CD-ROM.
139. RAMOS, C.L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, Catalina. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.329-43.
140. REDE CEDROS. *O que fazer nos municípios?* Rio de Janeiro: CEDROS, 1992. 15p. (Cadernos de Saúde Bucal 1)
141. REQUENA, M. Focalizando la equidad. *Cuad. Med. Soc.*, v.38, n.1, p.3-5, 1997.
142. REVISTA ABO NACIONAL. *Oásis brasileiros*. v. 5, n. 3, p. 141-44, 1997..
143. REZENDE, C.A.P. *A reforma do Estado brasileiro e o SUS*. Capturado em 13 mar. 1998a. Conferência Nacional de Saúde On Line. Disponível na Internet <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>
144. REZENDE, C.A.P. Modelo de atenção à saúde: a teoria e a prática na gestão municipal. In: CAMPOS, Francisco Eduardo, OLIVEIRA Jr., Mozart, TONON, Lúcia Maria (orgs). *Cadernos de Saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998b. p 27-35.
145. ROMANO, C.S. O processo de municipalização da saúde no Brasil: considerações sobre uma política gradualista. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA Jr., M., TONON, L.M. (Org.). *Cadernos de Saúde 1*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p 1-9.

146. SÁ, E.M.O. *Avaliação de impacto de um programa de saúde bucal da redução da cárie dentária*. Belo Horizonte, 1992. 48p. (Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva).
147. SALIBA, N.A., SALIBA, O., VIEIRA, S.M., REY, C.R., ARCIERI, R.M., AYRES, J.P.S. Estado de saúde oral dos escolares da cidade de Araçatuba, estado de São Paulo, antes da introdução do flúor no sistema público de abastecimento de água. *Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.* v.35, n.2, p.156-9. 1981.
148. SANTOS, R.M. *Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: um estudo de prevalência*. Belo Horizonte, 1996. 156p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.
149. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). *Perfil Municipal de Saúde*. Capturado em 12 jun. 1997. On Line. Disponível na Internet <http://www.saude.sp.gov.br>.
150. SERRA, C.G. *A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba*. Rio de Janeiro, 1998. 130p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
151. SHEIHAM, A. Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations? *The Lancet*, v. 27, Aug. p.442-4, 1977.
152. SHEIHAM, A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. *Comm Dent Oral Epidemiol.* v. 25, p. 104-12, 1997.
153. SHEIHAM, A. (asheiham@ucl.uk). *Six-monthly examinations*. 18 ago. 1998. Enviado às 08h02min. Mensagem para: Dental-Public-Health@list.pitt.edu
154. SILVA JR., A.G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.
155. TASCA, R., GREGO, C., DI VILLAROSA, F.N. Sistemas de informação em saúde para os distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. cap 7. p. 267-310.
156. TEIXEIRA, S.M.F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.91-112.
157. TEMPONI, A., DRUMOND, R.S.P. *Programas de saúde bucal para bebês: uma análise de relatos de pesquisa*. In: ENATESPO, 13/ Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, 2, 1997, Cuiabá. *Anais...* Cuiabá, 1997. não pag.
158. TERRERI, A.L.M. *A contribuição dos sistemas de informações em saúde na reorganização do modelo municipal de saúde bucal*. Araçatuba, 1999. 99p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
159. TOMAZI, Z.T. *O que todo cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro*. São Paulo: Global Editora, 1986. (Cadernos de Educação Política).
160. TRAD, L.A.B., BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública.* v. 14, n. 2, p. 429-35, 1998.
161. TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cad. Saúde Públ.*, v.13, n.2, p.325-30, 1997.

162. TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo Atlas: 1987. 175p.
163. UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 1993. cap 5. p.221-36.
164. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999. 121p. (Mimeogr.)
165. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba. Departamento de Odontologia Social. *Serviço extra-mural odontológico - SEMO*. Araçatuba FOA-UNESP, 1997. 3p. (Mimeogr.)
166. VELLOSO, B.G. *Distrito sanitário e território: construindo a descentralização no município de Belo Horizonte/MG*. Rio de Janeiro, 1995. 175p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.
167. VELLOSO, B.G., MATOS, S.G. A complexa construção do SUS-Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., REIS, A.T., SANTOS, A.F., MERHY, E.E. *Sistema único de saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 83 - 102.
168. VIANA, A.L.A., DAL POZ, M.R. *PSF: uma instrumento de reforma do SUS?* Capturado em 15 set. 1999. Saúde & Movimento. On line. Disponível na Internet <http://www.abrasco.org.br/revistas/saudemovimento/artigo5.zip>
169. WALDMAN, E.A., SILVA, L.J., MONTEIRO, C.A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reprodução da cólera. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 8, n. 3, p.5-47. 2000
170. WALTER, L.R.F., GARBERLINI, M.L., GUTIERREZ, M.C. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. *Divulgação em saúde para o debate*. n. 6, p. 65-8, 1991.
171. WERNECK, M.A.F. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança*. Niterói, 1994. 125p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense.
172. WERNECK, M.A.F. A reforma sanitária no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia Curricular para formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na Rede Básica do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2v., v.2. p.247-60.
173. WERNECK, M.A.F., FERREIRA, R.C., SANTOS, R.M., LUCAS, S.D. Diretrizes para a construção de uma política de assistência odontológica visando uma administração popular para a prefeitura de Belo Horizonte. *Rev CROMG*, v. 1, n.2, p.87-90, 1995.
174. WHO ORAL HEALTH. Country/Area Profile Programme. Department of Noncommunicable Diseases Surveillance/Oral Health. WHO Collaborating Centre. *Caries for 12-year-olds by country/area*. Capturado em 12 jun. 1999. Disponível na Internet <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>.
175. WORLD BANK. *World development report 1997: the state in a changing world*. Washington: World Bank, 1997.
176. ZANETTI, C.H.G. *As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80*. Rio de Janeiro, 1993. 122p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

177. ZANETTI, C.H.G., LIMA, M.A.U., RAMOS, L., COSTA, M.A.B.T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 13, p. 18-35, 1996.
178. ZANETTI, C.H.G. *Saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) - proposição e programação*. Capturado em 5 jul. 2000. Disponível na Internet <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>.

Anexos



Anexo A. Roteiros das entrevistas



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 Curso de Pós-Graduação em Odontologia
 Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

A organização da demanda em sistemas públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Pesquisa com vistas a elaboração de tese de doutoramento

Autor: **Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**

Orientadora: **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**

Roteiro para entrevista: **Coordenador de Saúde Bucal**

Município: **Curitiba**

Identificação:

Nome, função dentro da SMSC e há quanto tempo está no cargo

Estrutura:

- Atual estágio de descentralização da SMSC
- Como está inserida a [coordenação da] saúde bucal dentro da SMSC (organograma)
- Qual a estrutura da Saúde Bucal da SMSC: recursos humanos e físicos

Organização dos serviços:

- Como se deu o processo de reorganização da atenção em saúde bucal na SMSC
- Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos na SMSC
- Como se deu a inserção das ações de saúde bucal dentro do Programa Saúde da Família (PSF) com relação aos recursos humanos, forma de atuação destes recursos e grau de complexidade
- Qual a cobertura da saúde bucal, nos planos coletivo e individual
- Existem (se sim, quais são) grupos priorizados e como se dá a captação desta clientela
- Quais os critérios utilizados para a determinação dos grupos ou ações priorizadas
- Como é feita a triagem dos pacientes no Pronto Atendimento e na Atenção Programada
- Qual a articulação da rede básica com o PSF
- Mudanças ocorridas no acesso e cobertura após a implantação do PSF
- Como os problemas de acesso têm sido resolvidos (do ponto de vista físico, cultural etc.)
- Dificuldades atuais por que passa a saúde bucal na SMSC com relação ao acesso e à cobertura
- Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)

Visão do agente institucional:

- Em que medida o modelo de saúde bucal da SMSC é universal, integral e equânime
- Que outras ações poderiam ser feitas no sentido de aumentar o impacto das ações de saúde bucal da SMSC



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Curso de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

A organização da demanda em sistemas públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Pesquisa com vistas a elaboração de tese de doutoramento

Autor: **Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**

Orientadora: **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**

Roteiro para entrevista: **Profissional de Saúde (CD) da Rede** Município: **Curitiba**

Identificação:

Nome, função dentro da rede e há quanto tempo está no serviço

Rotina de atendimento:

- Quantidade de pacientes
- Tipo de trabalho (nível de complexidade)
- Clientela atendida e critérios de triagem
- Fluxo de pacientes (sistema de referência)
- Articulação com outras áreas da Unidade
- Articulação com PSF (se Unidade do PSF)

Visão do agente institucional:

- Quais as principais dificuldades do serviço
- O que poderia ser feito para melhorar a cobertura e o acesso da população aos serviços de saúde bucal



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 Curso de Pós-Graduação em Odontologia
 Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

A organização da demanda em sistemas públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Pesquisa com vistas a elaboração de tese de doutoramento

Autor: **Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**

Orientadora: **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**

Roteiro para entrevista: **Coordenador de Saúde Bucal**

Município: **Belo Horizonte**

Identificação:

Nome, função dentro da SMS-BH e há quanto tempo está no cargo

Estrutura:

- Atual estágio de descentralização da SMS-BH
- Como está inserida a [coordenação da] saúde bucal dentro da SMS-BH (organograma)
- Qual a estrutura da Saúde Bucal da SMS-BH: recursos humanos e físicos

Organização dos serviços:

- Como se deu o processo de reorganização da atenção em saúde bucal na SMS-BH
- Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos na SMS-BH
- Como se deu a inserção das ações de saúde bucal dentro do Programa Saúde da Família (PSF) com relação aos recursos humanos, forma de atuação destes recursos e grau de complexidade
- Qual a cobertura da saúde bucal, nos planos coletivo e individual
- Existem (se sim, quais são) grupos priorizados e como se dá a captação desta clientela
- Quais os critérios utilizados para a determinação dos grupos ou ações priorizadas
- Como é feita a triagem dos pacientes no Pronto Atendimento e na Atenção Programada
- Qual a articulação da rede básica com o PSF
- Mudanças ocorridas no acesso e cobertura após a implantação do PSF
- Como os problemas de acesso têm sido resolvidos (do ponto de vista físico, cultural etc.)
- Dificuldades atuais por que passa a saúde bucal na SMS-BH com relação ao acesso e à cobertura
- Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)

Visão do agente institucional:

- Em que medida o modelo de saúde bucal da SMS-BH é universal, integral e equânime
- Que outras ações poderiam ser feitas no sentido de aumentar o impacto das ações de saúde bucal da SMS-BH



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Curso de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

A organização da demanda em sistemas públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Pesquisa com vistas a elaboração de tese de doutoramento

Autor: **Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**

Orientadora: **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**

Roteiro para entrevista: **Profissional de Saúde (CD) da Rede** Município: **Belo Horizonte**

Identificação:

Nome, função dentro da rede e há quanto tempo está no serviço

Rotina de atendimento:

- Quantidade de pacientes
- Tipo de trabalho (nível de complexidade)
- Clientela atendida e critérios de triagem
- Fluxo de pacientes (sistema de referência)
- Articulação com outras áreas da Unidade
- Articulação com PSF (se Unidade do PSF)

Visão do agente institucional:

- Quais as principais dificuldades do serviço
- O que poderia ser feito para melhorar a cobertura e o acesso da população aos serviços de saúde bucal



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
 Curso de Pós-Graduação em Odontologia
 Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

A organização da demanda em sistemas públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Pesquisa com vistas a elaboração de tese de doutoramento

Autor: **Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**

Orientadora: **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**

Roteiro para entrevista: **Coordenador de Saúde Bucal** Município: **Araçatuba**

Identificação:

Nome, função dentro da SMS-ATA e há quanto tempo está no cargo

Estrutura:

- Atual estágio de descentralização da SMS-ATA
- Como está inserida a [coordenação da] saúde bucal dentro da SMS-ATA (organograma)
- Qual a estrutura da Saúde Bucal da SMS-ATA: recursos humanos e físicos

Organização dos serviços:

- Qual a atual estratégia de organização da demanda por serviços odontológicos na SMS-ATA
- Qual a cobertura da saúde bucal, nos planos coletivo e individual
- Existem (se sim, quais são) grupos priorizados e como se dá a captação desta clientela
- Quais os critérios utilizados para a determinação dos grupos ou ações priorizadas
- Como é feita (se existe) a triagem dos pacientes
- Como se articulam os diferentes níveis de complexidade (hierarquização, referência e contra-referência)
- Como é feito o atendimento odontológico nas escolas
- Qual a articulação entre a assistência na rede básica e nas escolas
- Como os problemas de acesso têm sido resolvidos (do ponto de vista físico, cultural etc.)
- Dificuldades atuais por que passa a saúde bucal na SMS-ATA com relação ao acesso e à cobertura

Visão do agente:

- Em que medida o modelo de saúde bucal da SMS-ATA é universal, integral e equânime
- Que outras ações poderiam ser feitas no sentido de aumentar o impacto das ações de saúde bucal da SMS-ATA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

CAMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Curso de Pós-Graduação em Odontologia
Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social

A organização da demanda em sistemas públicos de saúde bucal: uma contribuição ao estudo da universalidade, da equidade e da integralidade em Saúde Bucal Coletiva

Pesquisa com vistas a elaboração de tese de doutoramento

Autor: **Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira**

Orientadora: **Profa. Dra. Nemre Adas Saliba**

Roteiro para entrevista: **Profissional de Saúde (CD) da Rede** Município: **Araçatuba**

Identificação:

Nome, função dentro da rede e há quanto tempo está no serviço

Rotina de atendimento:

- Quantidade de pacientes
- Tipo de trabalho (nível de complexidade)
- Clientela atendida e critérios de triagem
- Fluxo de pacientes (sistema de referência)
- Articulação com outras áreas da Unidade

Visão do ator:

- Quais as principais dificuldades do serviço
- O que poderia ser feito para melhorar a cobertura e o acesso da população aos serviços de saúde bucal

Anexo B

Alguns indicadores selecionados para os municípios pesquisados e para o Brasil.

INDICADORES	Araçatuba	Belo Horizonte	Curitiba	Brasil
DEMOGRÁFICOS				
População residente (estimativa 2000)	171.420	2.154.161	1.618.279	161.790.311
Taxa estimada de crescimento anual (%)	1,3	0,7	2,3	1,4
Taxa de Alfabetização (1991)	88,3	89,0	91,2	75,1
SANEAMENTO (% MORADORES)				
Abastecimento de Água (canalização interna)	95,8	94,7	96,3	71,2
Instalação Sanitária - só do domicílio	95,9	93,0	92,7	79,3
Com rede geral	84,4	80,8	57,0	30,7
Com fossa	11,4	7,8	31,3	41,7
Coleta de Lixo	91,8	85,1	97,3	60,3
REDE AMBULATORIAL				
Unidades por tipo de prestador (%)				
Municipais	52,2	5,8	4,5	68,1
Estaduais	15,2	4,9	4,5	3,6
Ministério da Saúde	0,0	-	-	0,4
Privados			79,2	20,6
Outros	32,6	89,3	11,8	7,3
Consultórios médicos (Nº /10.000 hab)	5,6	8,6	10,7	6,7
Equipes odontológicas (Nº /10.000 hab)	13,1	4,0	5,7	2,6
REDE HOSPITALAR				
Leitos por 10.000 hab (dez/1999)	3,4	5,0	3,8	3,0
ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL				
Atendimento Básico (Valor Aprov. %)				
PACS/PSF	0,0	0,0	0,1	3,1
Odontologia Básica	5,3	2,2	2,1	4,3
Atendimento Não-Básico (Valor Aprov. %)	85,2	86,8	90,1	76,8
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR				
% população internada	10,0	11,3	10,3	7,3
Mortalidade Hospitalar (%)	4,8	3,8	3,1	2,6
Morbidade Hospitalar (%)				
Gravidez parto e puerpério	14,5	19,9	20,3	25,7
Doenças do aparelho circulatório	10,4	11,3	9,9	28,8
Doenças do aparelho respiratório	9,8	13,4	9,4	16,5
Doenças do aparelho digestivo	10,7	7,8	9,7	8,4
MORTALIDADE				
Mortalidade Proporcional (%)				
Doenças Infeciosas	5,6	5,8	4,0	6,2
Neoplasias	16,4	15,6	17,8	14,0
Doenças do aparelho circulatório	33,0	33,2	34,2	32,4
Doenças do aparelho respiratório	12,2	13,9	12,0	11,6
Afecções perinatais	2,7	3,9	2,5	4,6
Causas externas	12,3	12,8	12,2	14,9
Óbitos por 1.000 hab (1998)	7,1	6,3	5,9	5,7
% óbitos por causas mal-definidas	12,8	3,1	1,1	14,9
Coefficiente de Mortalidade Infantil (1998)*	19,7	30,4	22,5	35,6
ATENÇÃO BÁSICA (PSF - 1999)				
População Atendida	-	-	79.644	8.560.695
% População Coberta	-	-	5,0	5,2
Média Mensal de Visitas	-	-	0,3	0,9
ORÇAMENTO PÚBLICO				
Despesa Total com Saúde / Habitante (R\$)	-	-	148,2	-
Despesa Própria com Saúde / Habitante (R\$)	-	-	24,3	-
Transferências por habitante (R\$)	-	-	123,9	-

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria Executiva - DATASUS. Caderno de Informações de Saúde, 2000

(-): Dado não disponível

(*) Estimativa de Mortalidade Infantil por Microrregião e Municípios. Não considera dados do SIM/SINASC

RONCALLI, Angelo Giuseppe. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva*. Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Resumo

Este trabalho objetivou discutir, à luz de algumas experiências municipais de organização da demanda por serviços odontológicos, a incorporação das diretrizes do Sistema Único de Saúde, as quais apontam para a estruturação de um modelo assistencial com base na universalidade e na integralidade da atenção e na equidade no acesso aos serviços. A análise foi feita em três experiências distintas, em Araçatuba (SP), Belo Horizonte (MG) e Curitiba (PR), tendo como base a análise documental e entrevistas com informantes-chave. Em Araçatuba ainda é mantido um modelo de corte tradicional, com um sistema de assistência a escolares e uma rede básica com prioridade para a faixa etária de 0 a 18 anos e de gestantes. Apesar de contar com uma rede de serviços que permitiria ampla cobertura, ainda mantém, para a população adulta, somente atendimento emergencial. Em Belo Horizonte, alguns avanços foram obtidos a partir do início dos anos 1990, com uma reestruturação dos serviços com base numa rede regionalizada e hierarquizada e uma inversão no modelo assistencial, antes centrado na assistência a escolares. O município de Curitiba implantou, a partir de 1995, um modelo de Saúde da Família com ações de Saúde Bucal e vem mantendo, desde a década de 1980, a proposta de um modelo territorializado. O que pudemos apreender, a partir das discussões colocadas ao longo deste trabalho, é que as iniciativas que, minimamente, apontaram para modelos mais universais e equitativos o fizeram como parte de uma estratégia ampla, não restrita ao setor odontológico, que aliou vontade política e capacidade técnica.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde Bucal, Saúde Pública, Saúde Bucal, SUS (BR), Avaliação de Ações de Saúde Pública.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. *The organization of demand for public oral health services: universality, equity and integrality in Public Health Dentistry*. Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Abstract

The aim of this work was to analyse some experiences of organization of demand for oral health in municipal health care models. The center of discussion was the incorporation of National Health System principles, i.e., universality and integrality of care and the equity in access of health services by the oral health care system. The study was carried out in three different municipalities: Araçatuba (SP), Belo Horizonte (MG) and Curitiba (PR). The method used was the analyse of papers and interview with staff. Araçatuba maintain a traditional model yet, with a school-based oral health care system and another system where the priority is children and adolescent (0-18 years old) and pregnant. Despite of its structure of services, the adult population receive only emergencial treatment. Belo Horizonte has changed oral health services at early 1990's, implanting sanitary district system and an inversion of oral health care system, that was school-based. Curitiba implanted, at 1995, a Family Health Care Service, where oral health care has been included. Besides, since 1980's has been maintained a sanitary district system. After discussion of the results, we concluded that the municipalities where, at the least, implanted universal oral health care systems, worked with a global strategy, not restricted to oral health, and combined political involvement with technical capacity.

Key Words: Dental Health Services, Public Health, Oral Health, SUS (BR), Evaluation of Public Health Interventions.

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Araçatuba, SP, 18 de dezembro de 2000.

ANGELO GIUSEPPE RONCALLI

Para obter a cópia em formato eletrônico, contacte **roncalli@zaz.com.br**