

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva - NESC
Mestrado em Saúde Pública -

**ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO NÍVEL
MUNICIPAL**

CARACTERIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.

Autor: Petrônio J. L. Martelli

Orientador: Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho

Recife, 2001

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva - NESC
Mestrado em Saúde Pública -

**ANÁLISE DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO NÍVEL
MUNICIPAL**
CARACTERIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL.

PETRÔNIO J. L. MARTELLI

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública junto ao Departamento de Saúde Coletiva-Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do profº Dr.º Eduardo M. Freese de Carvalho.

Recife, 2001

AGRADECIMENTOS

A **Hercílio Martelli e Izomar**, meus pais, que mesmo na longingüa Alfenas, me deram o norte na vida e sempre estão rezando para que tudo sai a bom termo.

A **Carla e Giovani**, esposa e filho que em vários momentos foram privados do meu convívio, e compreenderam a necessidade de tais atitudes.

A **Eduardo M. Freese de Carvalho**, meu orientador, que pactuou comigo o desafio de construir esta dissertação, mesmo lhe sendo um objeto até então desconhecido, mas que com a sua experiência soube me conduzir no caminho correto.

A **Débora, Mégine, Paulo Lira, Daise, Nilda, Dete, Sara, Janice, Cássia, Gustavo** funcionários do NESC, que eu sempre perturbei, para poder atingir este objetivo maior.

A **Cecile, Heleny, Zulma**, e colegas do NESC, cujos comentários ajudaram a engrandecer tal dissertação.

A **Faculdade de Odontologia de Caruaru**, representada na pessoa de Maria do Carmo Ferreira Andrade, pela compreensão nos momentos de cruzamento das atividades docentes e de pesquisa, e pelo constante estímulo.

A **Judith d'Andrada** e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, que entrevistei ou colhi informações, sempre disponíveis e colaboradores.

A **Paulo Capel Narvai**, companheiro e padrinho, que pelo exemplo me ensinou o gosto por políticas públicas de saúde bucal.

A **Ângelo Roncalli**, pelo fornecimento de produções acadêmicas.

A **Domício, Kátia, Fábio Lessa, Sidney** pelo apoio no trato com os dados quantitativos.

Aos colegas de turma **Reneide (também secretária de saúde de Camaragibe), Marina, Tereza Maciel, Eduardo, Fernando, Eronildo, Valquíria, Mércia, Edilene, Cristina, Gisele**, por compartilhar momentos de angústia, aonde o apoio nunca faltou.

Aos meus irmãos **Hercílio Martelli Júnior e Mariá**, que mesmo distantes, são exemplos de força de vontade.

A **Romul, Silvana, Izabela, Edinha** e demais familiares do Recife que me acolheram, incentivaram e estiveram sempre disponíveis.

Aos meus **professores**, não só do mestrado, mas principalmente aquele da educação básica, que souberam burilar meu intelecto.

À Giovani Gramsci meu filho e

Carla S. C. Mendonça minha esposa.

À Hercílio Martelli e

Izomar de L. Martelli

Meus pais.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	x
LISTA DE TABELAS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
LISTA DE QUADROS	xiv
RESUMO	xv
ABSTRACT	xvi
CAPÍTULO 1	17
1-1 Breve comentário sobre o Paradigma Flexneriano-Giesiano.....	17
1-2 Livre Demanda Odontológica na Esfera Pública.....	19
1-3 Modelos tradicionais de Programação em odontologia na esfera pública no Brasil.....	26
1-4 Políticas e estratégias de saúde bucal.....	36
1-5 Construindo modelos assistenciais baseados na saúde bucal coletiva.....	62
1-6 Marco teórico referencial.....	77
CAPÍTULO 2	83

2-1-Objetivos gerais e específicos.....	83
2-2-Material e método.....	84
2-2-1- <u>Tipo de estudo</u>	84
2-2-2- <u>Área de estudo</u>	85
2-2-2-A-Escolha do município.....	85
2-2-2-B-Characterização do município.....	86
2-2-3 - <u>Atores</u>	90
2-2-4 - <u>Coleta dos dados/informações</u>	90
CAPÍTULO 3 -RESULTADOS	96
3.1- Formação da rede de serviços assistenciais odontológicos administrados pela SMS.....	96
3.2- Apresentação dos dados de produção dos serviços assistenciais odontológicos municipais.....	121
3.3- Apresentação dos dados epidemiológicos da doença cárie no município de Camaragibe.....	128
CAPÍTULO 4- DISCUSSÃO	131
CAPÍTULO 5-CONCLUSÃO	142

-BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E REFERÊNCIAS.....146

-ANEXO (ROTEIRO DE ENTREVISTA).....161

LISTA DE ABREVIATURAS

ABO- Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD-Auxiliar de consultório Dentário
AIS – Ações Integradas de saúde
ASB- Agente de saúde bucal
BR - Brasil
CAP'S - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPES – Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior.
CD – Cirurgião Dentista
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Pública
CEF-Caixa Econômica Federal.
CEMEC-Centro de Especialidades Médicas de Camaragibe
CIMS-Comissão interinstitucional municipal de saúde.
CIPLAN-Comissão interinstitucional de planejamento
CIS-Comissão interestintucional de saúde.
CNS-Conferência nacional de saúde.
COMPESA – Companhia Pernambucana de Saneamento
CPO-D- Dentes Cariados Perdidos e Obturados
CPqAM- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CREMEPE- Conselho regional de Medicina de Pernambuco
CS- Centro de Saúde
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIRES- Diretoria Regional de Saúde
ERSA-Escritório Regional de saúde
EUA – Estados Unidos da América
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FAS-Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FFA- Flúor, Fosfato, Acidulado
FOP- Faculdade de Odontologia de Pernambuco
FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GTE-Grupo de trabalho eleitoral do Partido dos Trabalhadores

IAP'S – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional Previdência Social

LOS-Lei orgânica da saúde

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MEC-Ministério da educação e cultura.

MG – Minas Gerais

MPAS-Ministério da previdência e assistência social

MS – Ministério da Saúde

NE – Nordeste

NESC –Departamento de Saúde Coletiva

NO - Norte

NOB – Norma Operacional Básica

OMS-Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PACS--Programa de agentes comunitários de saúde

PC – Procedimento Coletivo

PC do B- Partido Comunista do Brasil

PE - Pernambuco

PEC – Projeto de Emenda Constitucional

PIA—Programa de inversão da atenção

PMDB—Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNAD-Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PPA-Plano de pronta ação

PPS- Partido popular socialista.

PRESBEM-Programa de Prevenção em Saúde Bucal para os escolares do Município de Camaragibe

PSB-Partido Socialista Brasileiro

PSC-Programa de saúde da comunidade

PSF—Programa de saúde da família

PSM – Plena de Sistema Municipal
POI—Programação de orçamentação integrada
PT-Partido dos Trabalhadores
PUC – Pontífice Universidade Católica
SB – Saúde Bucal
SBC – Saúde Bucal Coletiva
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SESP - Serviços Especiais de Saúde Pública
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB- Sistema de Informação de Atenção Básica
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social
SM – Salário Mínimo
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SP – São Paulo
SPA- Serviço de Pronto-Atendimento
SUCAM- Superintendência de campanhas
SUS – Sistema Único de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
THD-Técnico em Higiene Dental
UNESP – Universidade do Estado de São Paulo
UNIMED – União de Médicos
USF-Unidade de Saúde da Família
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição por idade do CPO-D, nos escolares, da rede de ensino de Camaragibe.....p.128

Tabela 2: Distribuição percentual do CPO-D=0 nos escolares da rede de ensino de Camaragibe.....p.129

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Relação entre a quantidade de restaurações e de exodontias realizadas pelas unidades assistenciais da SMS de Camaragibe, por ano.....p.123

Gráfico 2: Total de procedimentos clínicos odontológicos individuais e de primeiras consultas odontológicas ano, realizadas nos estabelecimentos de saúde da SMS de Camaragibe em relação a sua população residente.....p.126

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: População escolar coberta pelo PRESBEM por ano.....p.121

Quadro 2: Números de restaurações, exodontias e a relação entre as mesmas por estabelecimentos de saúde da SMS de Camaragibe por ano.....p.122

Quadro 3: Números de procedimentos clínicos em relação as primeiras consultas dos estabelecimentos de saúde da SMS de Camaragibe porp.125

Quadro 4: CPO-D mínimo e máximo, mediana, moda, quartil da experiência de cárie aos 12 anos de idade nos escolares da rede de Camaragibe.....p.129

Quadro 5: Equação dos resultados, percentual de redução e teste de significância nos escolares de 12 anos da rede de ensino de Camaragibe.....p.130

Quadro 6: Média dos componentes CPO-D segundo idade em escolares no Brasil em 1996p.130

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo de caso exploratório, que busca descrever a atenção em saúde bucal no município de Camaragibe,

caracterizando a construção do modelo assistencial, identificando as características do atual modelo e as possíveis contradições com o modelo anterior na instância municipal.

Para conseguir tal intento utilizou-se na abordagem dois componentes, um de natureza qualitativa e outro quantitativo, para análise dos levantamentos epidemiológicos da doença cárie no município, dos seus dados de produção dos serviços, da estruturação da sua rede assistencial.

Conclue-se que Camaragibe fez a opção por um modelo assistencial sintonizado com as principais diretrizes do SUS, apesar do mesmo ainda estar sendo construído, mas que já lhe proporciona bons resultados (CPO-D AOS 12 anos de 1,98 em 1998). E também que o seu modelo anterior a 1993, apresentava baixo impacto epidemiológico.

ABSTRACT

This is a descriptive study of an exploratory case which describes the buccal health assistance in the city of Camaragibe by showing the construction of a health assistance model and by identifying the characteristics of the model in use and the possible contradictions between this model and the model which was previously adopted in the city.

Two approaches were put into practice to reach its aim , one was qualitative and the other quantitative. They were used to make the analysis of the epidemiological information on cavities in the city, of data on assistance, and the structure of the city's medical assistance network.

Our conclusion was that Camaragibe opted for an assistance model which is in accordance with the main regulations of the SUS. In spite of the fact that it is still under construction, it has already brought good results(CPO-D. At 12 years, 1.98 in 1998). We also concluded that the model in use before 1993 brought a low level of epidemiological impact.

CAPÍTULO 1

“(...) a saúde é um bem privado, salvo quando a oferta destes serviços, não é rentável, momento quando intervêm o Bem Público, via Estado, tal qual um Deus ex-maquina. Tudo iria bem neste mundo privado se não existissem os pobres: mas infelizmente, eles estão por toda a parte.” Michel Perreault, Prof. PHD da Universidade de Montreal- Canadá.

1-1 Breve comentário sobre o Paradigma Flexneriano-Giesiano

Para entendermos o atual paradigma¹ da odontologia, temos que nos reportar ao relatório Gies de 1926, onde o mesmo aborda a educação dental nos Estados Unidos e Canadá, “passando do modelo pouco sistematizado para uma reorganização da prática odontológica, orientada desde as Faculdades de Odontologia, o modelo biologicista e curativista”. (Cordón, 1998a: 10). Ou seja migrou-se progressivamente de um modelo baseado no senso comum para outro ancorado na cientificidade.

No entender de Cordón (1998a) o modelo giesiano, que buscava maior autonomia para a odontologia frente a medicina, no início de sua formatação seguia os conceitos ideológicos do paradigma de Flexner condutor das práticas médicas, vindo à posteriori assumir posturas mais positivistas,

¹ Kuhn(1970) apud Almeida Filho(1992: 91-2) na sua obra “A Estrutura das Revoluções Científicas” identifica 3 sentidos para o termo paradigma, para este contexto específico, o sentido utilizado será o de paradigma como ferramenta de abstração, como instrumento para o pensamento.”Segundo kuhn, o paradigma é um objeto para posterior articulação e especificação”, um produto instrumento de abstração sempre inacabado. O paradigma, neste caso, tem as seguintes implicações: Primeiro, trata-se de uma construção destinada à organização do raciocínio, constituindo um enquadre, uma moldura (aliás uma melhor tradução para *frame*, do original em inglês). Esta metáfora é muito interessante, porque a moldura circunda, delimita, contém e destaca o quadro, porém não se confunde com ele, equivalente ao modo como o paradigma se situa em relação ao quadro “teórico”. Segundo, o paradigma é uma fonte de construções lógicas destinada à produção sistematizada de explicações, firmando as regras elementares da sua sintaxe. Terreno fértil para o processo do raciocínio, o paradigma é a matriz privilegiada dos quadros teóricos. Terceiro, o paradigma é essencialmente um conjunto de questões, pois histórica e conceitualmente forma-se a partir (e em torno) de perguntas.”

monopolistas, biologicista e mecanicistas que as contidas no paradigma flexneriano, tudo dentro da estratégia para assegurar tal autonomia.

Ainda segundo Cordón (1998a) com o triunfo das teses de Gies em 1935 e a criação do conselho de educação dental nos Estados Unidos da América do Norte, que viria a dar sustentação a prática que se delineava e se realizava; veio de encontro à aspiração corporativista dos odontólogos de se firmarem como categoria e não mais uma **simples especialidade médica**, mesmo que para conseguir tal intento tenha tido que segmentar a boca do todo humano e muito mais; da coletividade.

E conclue Cordon (1998a), o paradigma giesiano que veio estabelecer as bases da **odontologia científica**, permitiu portanto um sobrepreço dos procedimentos odontológicos que cada vez mais se sofisticam, abandonando progressivamente o empirismo original, possibilitando também a expansão de uma indústria odontológica de insumos e equipamentos. Além de tornar mais distante a prática liberal de mercado em relação a odontologia patrocinada pelo Estado, tanto pelo aspecto custo como pela visão individualista clínica de resolução do processo saúde-doença.

1-2 Livre demanda odontológica na esfera pública.

No Brasil ao nível da esfera pública, segundo Zanetti et al. (1996) o primeiro tipo de atendimento prestado caracterizou-se pela livre demanda² e tipicamente flexneriano.

“Mesmo sendo de livre demanda ele promoveu alguma organização dos serviços, entretanto tal organização não se fez na lógica da programação; mas sim, naquela típica do mercado, mediante uma transposição simples e automática desta lógica para o espaço de realização dos serviços públicos na esfera pública. Entretanto, na esfera pública há dificuldades adicionais. Isto resultou no surgimento de uma prática empobrecida, realizada por serviços de má-qualidade, constituindo-se em algo similar a um mercado de segunda linha”. (Zanetti et al, 1996: 21).

Ainda segundo Zanetti et al (1996) a organização dos serviços sanitário-bucal para atendimento em livre demanda surge no Brasil já na década de 20 tanto nas primeiras instituições previdenciárias como nas instituições da tradicional saúde pública.

Na esfera pública das instituições previdenciárias o atendimento em livre demanda se inicia na década de 20 com as Caixas de Aposentadoria e Pensões-CAP's e sobreviverá hegemônica até 1988 quando o Instituto Nacional da Assistência Médica Previdenciária (INAMPS) deixa de ser prestador direto de cuidados odontológicos para ser paulatinamente incorporado as secretarias estaduais de saúde³. Ou seja a livre demanda flexneriana-giesiana perpassou as

² Também será em alguns momentos usado como unitermo demanda espontânea. Que significarão ausência de atenção programática.

³ Administrativamente deu-se com a chegada do sanitarista Hésio Cordeiro a presidência do INAMPS. “... o departamento de odontologia foi desarticulado, diretor destituído e as coordenadorias regionais de odontologia extintas. Reduzida a condição de coordenadoria, a odontologia, junto a toda administração superior do INAMPS, foi transferida para Brasília. Foi um

mudanças ocorridas nas instituições previdenciárias da década de 30 quando foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). A unificação dos distintos IAPs no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1967, com a criação do Ministério da Previdência em 1974, ou mesmo depois quando o INPS sofreu sua profunda reestruturação em 1977, com a criação do Sistema Nacional da Assistência e Previdência Social (SINPAS) o qual continha, entre outras instituições especializadas, o INAMPS e o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) para atenção médico-odontológico. (Zanetti, 1993; Braga & Paula, 1986; Oliveira & Teixeira, 1985; Pinto, 1977;).

A atenção previdenciária sanitário-bucal de livre demanda vem se somar a outros benefícios como assistência médica, auxílio funeral, pecúlio, aposentadoria, entre outros, dentro da maquinação do Estado brasileiro de criar mecanismos de proteção social ao trabalhador e que segundo Oliveira & Teixeira (1985) não foram criados para todos os trabalhadores e seus dependentes, mas para aqueles considerados mais importantes e estratégicos para o processo acelerado e tardio do crescimento e desenvolvimento econômico. Visto que quando das CAP's e IAP's as categorias estratégicas tinham as melhores ofertas de benefícios. E quando da criação do INPS em 1967 houve a unificação do IAP's copiando-se os melhores modelos de prestação de serviços e estende-os as categorias profissionais menos importantes, mas aí com a deliberada intenção de dar sustentabilidade a governos ditatoriais.

Malloy (1986) chega a afirmar que neste contexto, as ordens sociais mais baixas, em geral pagaram um alto preço por benefícios garantidos apenas a uma minoria de privilegiados. Somente a partir de 1967, com a unificação dos sistemas previdenciários, segundo o autor, as desigualdades mais flagrantes intra-sistemas foram eliminadas.

Zanetti (1993: 35) discorre sobre a qualidade dos procedimentos odontológicos ofertados pela assistência previdenciária e suas conseqüências.

momento de ruptura definitiva com a gestão corporativa e não programática anterior..." (Zanetti, 1994).

“Mesmo orientado para atender os segmentos produtivos mais estratégicos ao processo muito tardio de industrialização, foi esse padrão em nada preocupado com bem-estar social (do tipo "mal estar social") que respondeu às demandas sanitário-bucais de "reintegração cívica" da mão-de-obra industrial , uma vez que, para as populações envolvidas com as atividades do setor terciário da economia, esse mesmo padrão contribuiu para aumentar os problemas pois, além das aptidões necessárias ao esforço produtivo, a apresentação física do vendedor ou prestador dos serviços (toma-se aqui a questão estética), sempre foi muito valorizada. Para essas demandas as estruturas públicas de proteção sanitário bucal nunca deram respostas satisfatórias, mesmo muito mais tarde, quando a partir de 1975, o atendimento restaurador de baixíssima qualidade passou a integrar o ‘pacote’ de assistência médico-odontológica previdenciária para os beneficiários adultos. Sendo assim, por razões de precisão conceitual, pode-se destacar que a proteção sanitário-bucal previdenciária reduziu-se a uma medíocre assistência odontológica de baixíssima qualidade técnica e científica”.

Na esfera da saúde pública tradicional na década de 20 já aparecem sinais da livre demanda enquanto lógica de atendimento sanitário bucal, tiveram importância menor em relação à assistência previdenciária, mas aconteceram promovidas por secretarias estaduais, municipais e/ou autarquias federais do Ministério da Saúde (MS), além de entidades filantrópicas, principalmente nos grandes centros urbanos nas décadas de 20, 30, 40 afirma Zanetti (1996).

Também afirma Zanetti (1996: 22) que “apesar de marginal, atualmente esta lógica sobrevive em algumas instituições da saúde pública, geralmente em secretarias municipais de pequeno porte, em especial nos serviços de pronto atendimento. A livre demanda também existe nas policlínicas municipais como legado da história lógica de produção imposta pelas instituições previdenciárias quando estas últimas operavam os instrumentos de pagamento por produção. São centenas de municípios que, mesmo no limiar do novo século, ainda não adotaram qualquer lógica científica de programação em saúde; e

algumas vezes, chegam até mesmo a considerar como *privilégio* a mera existência de cirurgiões dentistas (CD's) trabalhando nos serviços públicos municipais. Em tal padrão de atenção à saúde, a racionalidade operacional é tipicamente previdenciária, apesar de ser realizada em instituição da saúde pública”.

A odontologia flexneriana-giesiana também adentrou as escolas, segundo Werneck (1994: 47) “em Minas Gerais (MG) em meados da década de 30, e, em 1938 comprovadamente já havia CD's dentro das escolas” atendendo dentro da lógica de livre demanda, típica de mercado, sem definir formas de acesso, instrumentos de programação, detalhes de execução, controle e avaliação . Ou seja, simplesmente se lotava CD's nas escolas para atender uma maior demanda possível.

Zanetti et al (1996:22) avaliam que“(...) tal contato com o espaço coletivo irá gerar um primeiro tensionamento e mudança da lógica de livre demanda típica de mercado para algum tipo de programação”.

Dentre as formas de atendimento à livre demanda/demanda espontânea Campos (1994: 83) destaca o pronto-atendimento:“(...) é útil não atribuímos todas as limitações do modelo de pronto atendimento – centrado na atuação do tipo *queixa-conduta* - ao saber e a prática clínica. O modelo pronto-atendimento não encontra respaldo técnico que o justifique mesmo dentro dos cânones clínicos. Este tipo de atenção resulta de uma corruptela do ideal clínico, objetivando a extensão do atendimento a milhões de pessoas de baixa renda, de forma a, ao mesmo tempo, assegurar altas taxas de rendimento econômico aos empresários de saúde e legitimidade política aos governantes(...)”

“O segredo desta forma organizativa de produzir serviços – o pronto-atendimento – é sua capacidade de combinar uma altíssima produtividade com baixos investimentos, garantindo uma certa eficácia no alívio imediato do sofrimento individual (dor, febre etc.) e na resolução de um certo padrão de urgências (pequenas fraturas, ferimentos, crises hipertensivas etc.). Ou seja, é

uma alternativa capaz de dar conta apenas daqueles problemas passíveis de uma identificação imediata e de um controle através de combinações tecnológicas de baixa complexidade “.(Campos, 1994: 83)

“Nada, no entanto, nos autorizaria a identificar e muito menos a responsabilizar apenas o saber clínico pela legitimação deste padrão de atendimento, uma vez este modelo está longe de conseguir utilizar todo o arsenal de noções e de técnicas acumuladas pela própria clínica “.(Campos, 1994:83)

Campos (1994) continua: “A demanda espontânea que depende, em longa medida, do juízo e da consciência de cada indivíduo – poderia e deveria ser trabalhada por qualquer Sistema de Saúde que pretenda atingir um mínimo de legitimidade social e técnica”.

A centralidade na *demand espontânea*, segundo Paim (1999a: 477) não é exclusivo do setor privado, tal modelo está presente nos serviços públicos, enquanto não se organizam para atender às necessidades de uma população definida.

“(...) esta demanda (a espontânea) também traduz as aspirações por novos padrões de direitos sociais: o direito à vida saudável, ao alívio da dor, a uma velhice ativa e prazerosa etc... E o desenvolvimento desta nova consciência tem uma dinâmica que nenhum diagnóstico epidemiológico é capaz de conter; que nenhum Conselho Popular é capaz de representar completamente, a não ser quando a Instituição Pública for capaz de criar mecanismos para captar estas *reivindicações* e desejos, expressão do movimento de milhões de pessoas que procuram conforto e ajuda, o que o mercado tão bem aprendeu a respeitar e legitimar”.(Campos, 1994)

E conclui: “O desafio gerencial dos Sistemas Públicos, em consequência, não é negar legitimidade a esta demanda aparentemente espontânea, mas sim conseguir, por via do seu reconhecimento, elevar os padrões de consciência sanitária, garantindo a insubstituível expressão individual

das aspirações das pessoas, sem deixar de trabalhar criticamente as noções e comportamentos considerados equivocados do ponto de vista da clínica e da epidemiologia e, ao mesmo tempo agregando ações sanitárias consideradas necessárias do ponto de vista destes saberes”.(Campos, 1994)

Schraiber (1993: 227) como Campos também faz reflexões sobre o pronto-atendimento: “Poder-se ia, em uma primeira aproximação, pensar que pronto-atendimento e ações programáticas seriam irremediavelmente antagônicas, não só nos meios utilizados para apreender e intervir em problemas de saúde, mas também como proposição de organização da assistência as necessidades. Sem dúvida há tensão entre estas duas formas de atuação,mas, partindo-se do conceito de que as ações programáticas justamente ampliam suas possibilidades de atuação mediante a integração de modalidades e momentos diversos de apreensão e intervenção, tendo a capacidade potencial de redirecionar objetivos e conteúdos, pretende-se, apresentar uma reflexão sobre o pronto-atendimento como uma forma de trabalho médico também passível de responder, nos seus limites, à racionalidade do controle da saúde e da doença em populações.”

Schraiber, (1993: 118) também enfoca o que apreende por ação programática⁴: “As práticas sanitárias, que tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença ao nível coletivo, têm estruturado ações, dentro de uma perspectiva de planejamento, denominadas de *ações programáticas*. Embora este último termo tenha ganhado diversos significados, seja por referência à sua articulação com o planejamento em saúde, seja pela definição de conceitos e proposição de certas técnicas e ações com as quais opera, entende-se, aqui, por *ação programática* (ou programa de saúde) tão somente um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades, que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano

⁴ Será utilizado como unitermo de ação programática, programação, ou programação científica para Zanetti (1996).

coletivo. Como características importantes desta ação programática destacam-se o *controle* na realização de suas atividades e a *verificação de seus efeitos* sobre o coletivo.”

1-3 Modelos tradicionais de programação em odontologia, na esfera pública, no Brasil.

A programação científica na odontologia vai surgir na década de 50 na visão de Cordón (1998a) devido a necessidade de modificações no paradigma da odontologia científica que por suas características estruturais se tornou altamente seletiva e por tanto inalcançável para a maioria da população. Necessitava-se ajustar as novas demandas do mercado e da sociedade de consumo, a nível privado; no público, as mudanças estariam ligadas para o

aumento da produtividade, expansão da cobertura e uma visão funcional da odontologia em saúde pública, ligada aos processos preventivos com flúor sistêmico e tópico.

Narvai (1994:79) corrobora a visão de Cordón afirmando que “(...) a ‘proibição’ do acesso ao consultório odontológico privado à maioria dos cidadãos brasileiros produziu, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, uma discreta mas significativa ruptura na produção de serviços odontológicos no Brasil. “

Continua Narvai “o início dos anos cinqüenta vê surgir uma modalidade estatal de produção de serviços odontológicos. A odontologia de mercado continua absolutamente majoritária, mas já não é a única modalidade assistencial neste segmento no setor saúde”.

E conclue “as primeiras atividades odontológicas desenvolvidas pelo setor estatal de saúde no Brasil, com base em programas, datam mais precisamente de 1952 (...) com o então Serviços especiais de saúde pública (SESP) (...)”

A programação científica em saúde bucal virá dos esforços dispendidos pela primeira geração de Cirurgiões Dentistas (CD's) sanitaristas brasileiros agregados na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), principalmente no SESP criado em 1942 como esforço de guerra e mantido por um acordo de cooperação técnica entre os governos do Brasil e Estados Unidos da América, sendo que a seção de odontologia surgiu a posteriori, em 1951, com os primeiros programas de odontologia sanitária desenvolvidos no país.(Zanetti, 1993).

O modelo de programação implementado pelo SESP foi o Sistema Incremental Tradicional de Aimorés (MG), baseava-se na experiência americana para atender escolares em regiões de bolsões de pobreza no seu território.

Zanetti et al (1996: 23) afirmam que tal “modelo tornou-se paradigma de programação: o *paradigma hegemônico de programação pública* que denominou de *Odontologia Científica Escolar Sespiana* ou resumidamente programação Sespiana”.

Narvai (1994:79-80) concorda com Zanetti quanto a origem das “(...) primeiras atividades odontológicas desenvolvidas pelo setor estatal de saúde no Brasil, com base em programas”. Mas se atém a descreve-los como : “(...) os primeiros programas de *odontologia sanitária*⁵ que foram desenvolvidos no país”. E não como Zanetti et al que afirmam ser tal modelo paradigma de programação.

Segundo Zanetti et al (1996: 23) tal paradigma sobreviveu no Brasil por mais de 30 anos e influenciou as programações escolares levadas a cabo pelos mais diferentes serviços públicos, principalmente pelo SESP nos estados do norte e nordeste. Além de ser a matriz que gerou no seu molde os tipos Intensivo, Fundação SESP, Cândido Cabral, Pontífice Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Simplificado.

O sistema incremental⁶ na visão de Pinto (1994: 44) consistia resumidamente em estabelecer uma população alvo constituída de alunos na faixa etária de 6 a 14 anos em escolas públicas aonde oferecia-se a faixa etária iniciante um tratamento restaurador das suas necessidades acumuladas, para nos anos seguintes fazer apenas a manutenção, ou seja restaurar apenas novas necessidades. E assim repetindo todos os anos com tratamento completado para a faixa etária iniciante e manutenção para os que passaram pelo primeiro ciclo.

⁵ Para Chaves, (1960) apud Narvai(1994:30) “odontologia sanitária é a disciplina de saúde pública responsável pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral (...) abrangendo dentes e outras estruturas da cavidade oral sob a responsabilidade do dentista, [no âmbito] da comunidade. O indivíduo que a pratica dentista sanitaria, é um especialista da saúde pública. É um sanitaria especializado numa disciplina da saúde pública, a odontologia sanitária...[devendo] ser capaz de manter sempre a justa proporção de seu programa, em relação com o programa geral da saúde pública. Em outras palavras , deve contribuir para que o programa de saúde pública de sua comunidade seja balanceado, isto é, para que as atividades desenvolvidas nas várias áreas da saúde pública guardem proporção com a importância relativa dos problemas”.

⁶ Será usado aqui a denominação sistema incremental, como uma redução ao nome do Sistema Incremental Tradicional de Aimorés(MG), um dos primeiros a serem implementados.

As críticas a tal modelo são várias como:

1. Derivado de uma experiência americana para bolsões de pobreza e transposto para a sociedade brasileira da década de 50, que em si era quase um bolsão de pobreza como um todo. (Zanetti, 1993)
2. Problemas escolares como repetência, evasão, limitação de vagas, movimentos paredistas.
3. Práticas preventivas e promocionais acontecendo marginalmente numa visão individualista e *dentalocêntrica*.⁷
4. Vinculação de CD em escola deixando-o sem qualquer monitoramento ou acompanhamento de seu trabalho pelos mecanismos de controle social praticados no setor saúde.
5. Exclusivização de uma determinada faixa etária, deixando as demais desassistidas.

Sob a luz dos conhecimentos atuais pode-se afirmar que o sistema incremental mesmo não tendo a pretensão da universalidade se estruturou sob restritas racionalidades nas esferas pública, epidemiológica, programática e política. Mas cuja contestação à época não foi suficiente para mudar a natureza intrínseca da sua racionalidade, mas para tão apenas desenvolvê-lo, aperfeiçoá-lo, sem rupturas axiomáticas. (Zanetti et al, 1996).

Narvai (1994: 80) completa Zanetti et al (1996) quando afirma que, “as concepções de prática odontológica explicitadas nos documentos que

⁷ Visão exclusiva do dente, esquecendo que o homem é um todo biopsíquico social.

nortearam o desenvolvimento das ações do sistema incremental jamais questionaram o **modelo** de prática odontológica hegemônico no país e suas implicações para a organização dos serviços de saúde e a formação de recursos humanos. O discurso 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”.

Dentre as tentativas de superação do modelo SESPIANO existiu a do modelo de atenção simplificado que embora não o tenha superado, deixou suas marcas na simplificação dos equipamentos, das rotinas, dos instrumentos etc... Desenvolveu a odontologia tradicional na busca do aumento da produtividade e da diminuição dos custos. Constituiu-se no SESP simplificado mais barato e de maior cobertura, voltado para a mesma população de escolares, historicamente mal assistida. Trouxe na perspectiva da administração e da programação, a lógica fordista e taylorista para uma clínica tradicionalmente artesã. (Zanetti et al, 1996).

Mendes & Marcos apud Narvai (1994: 54) definem assim a odontologia simplificada: “uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição de passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E que, ao tornar-se mais produtiva, torna viável os programas de extensão de cobertura.”

Afirmam, ainda que: “esse enfoque de odontologia simplificada que parece ser o mais enconstrado até o momento, é na realidade, extremamente limitado, vez que não questiona o modelo de prática hegemônico, a odontologia científica ou flexneriana. Dessa forma, essa odontologia simplificada não pretende uma mudança qualitativa da prática profissional. Tão só, erige-se como um apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar destinada

às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial recursos humanos e equipamentos. Mantém-se intacta e, mais que isso, respeita-se a incolumidade da odontologia flexneriana e dirige-se todo esforço criativo no sentido da estruturação de uma proposta que incida, exclusivamente, sobre a simplificação, aumentando sua produtividade, sem prejuízo da qualidade.”

Cordón (1998a) *contrariamente* vê na odontologia simplificada uma *essência revolucionária* por entrar em contradição com os interesses mercantis e corporativos das classes dominantes e também crítica, à odontologia científica ou cientificista giesiana.

Segundo Pinto (2000) a odontologia simplificada surgiu, na América Latina e no Brasil no bojo dos princípios racionalizadores da medicina

comunitária⁸ com a intencionalidade de organizar a atenção odontológica na forma de cuidados primários de saúde.

Campos (1994, 44) afirma-nos que“(…) se por um lado é verdade que a extensão de serviços de saúde no Brasil ocorreu através de uma incorporação distorcida de tecnologia, determinada pelo predomínio da medicina curativa com enfoque individual, do hospital sobre o ambulatório e a saúde pública, e principalmente pelo viés medicalizante da prática médica, por outro lado não é menos correta a crítica que tem sido feita as propostas de

⁸ ...”surgiu nos Estados Unidos no princípio do século XX preconizando a *participação ativa e consciente da população na busca da saúde pública*, buscando trabalhar e responder aos problemas gerados pela íntima relação entre saúde e pobreza. Foi retomado na década de 60 pelos governos Kennedy e Johnson, com outro enfoque, com a criação de programas comunitários buscando *envolver a população no planejamento e administração de projetos de caráter social utilizando-a em ações subprofissionais ou de baixa qualificação técnica*. Na década de 70, a medicina comunitária podia ser traduzida pela implantação de políticas que possibilitassem a ampliação da cobertura das ações de saúde, com o objetivo de responder às demandas dos segmentos mais pobres da população, os quais se encontravam excluídos do consumo destes serviços e que, de alguma forma, começavam a manifestar sua insatisfação. Embora pregassem a democratização da saúde ao buscarem, pela participação comunitária, *aproveitar o trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias e valorizar a organização autônoma da comunidade como possibilidade de buscar melhorias sociais*, na verdade tratavam-se de políticas marginais ao modelo hegemônico da chamada *medicina científica*” (Pinto, 2000).

simplificação da tecnologia a ser utilizada nos países dependentes. Propostas estas que imaginam que o enfrentamento de problemas de saúde dos pobres poderia ser efetivado simplesmente, com geniais tecnologias alternativas, que terminam por racionalizar (no sentido psicanalítico) o descaso com que é tratada a promoção da saúde da maioria da população, sempre que as medidas a serem adotadas impliquem limitação da exploração do trabalho ou reorientação dos investimentos estatais antes destinados ao financiamento da iniciativa privada”.

Outra tentativa de superação do modelo Sespiano, veio com a odontologia integral que deu maior ênfase a prevenção, aplicação do conceito de risco, de influência escandinava, mas não chegando a romper com o modelo SESPIANO por ancorar-se nos demais elementos de sua programação como população-alvo, forma de acesso, espaço de realização das práticas. (Zanetti et al, 1996).

Para Narvai (1994: 60)” Há muitas e dispares concepções de odontologia *integral*⁹. As mais difundidas, contudo, são as de Chaves e de Mendes & Marcos. A de Chaves diz: a odontologia preventiva,¹⁰ tomando prevenção no sentido amplo que lhe atribui Leavell e Clarck, passa a ser sinônimo de odontologia integral. Por sua vez o autor Marcos conceitua a odontologia integral como: *uma nova concepção da odontologia(...) quando incorpora o saber e o fazer ao nível do interesse da coletividade, a qual traz certa incompatibilidade com o modelo de prática então dominante no sistema capitalista.*”

Narvai critica a redução feita “por muitos adeptos da odontologia preventiva a um tipo de *programa de saúde* compreendido como um conjunto de ações de promoção e proteção específica, segundo a lógica de Leavell & Clarck,

⁹ A definição de Chaves encontra-se em Chaves, M.M. Manual de odontologia sanitária. Tomo I. São Paulo. Massao Ohno Ed., 1960.391p. E a de Marcos em Marcos, B. Pontos de Epidemiologia. Belo Horizonte, Associação Brasileira de Odontologia- Seção Minas Gerais (ABO-MG),1984, 390p.

¹⁰ “A odontologia preventiva é filha dileta da medicina preventiva, nos termos que foi sistematizada por Leavell&Clark no já clássico ‘Preventive medicine for the doctor in his community.’ Há até, neste livro, um capítulo específico sobre saúde bucal.(Narvai,1994:38).

tidas como sendo bastantes por si mesmas para resolver os problemas, não implicando portanto qualquer articulação intersetorial ou com outras ações no interior do próprio setor saúde. Tais ações, tidas como de “prevenção primária” na concepção de Leavell & Clark, vem sendo planejadas e executadas em ‘réplicas’..., como se programas de saúde não fossem construções históricas, impossíveis portanto de replicação, por qualquer sujeito, em qualquer tempo e lugar (...) (1994: 98)

Cordón (1998a:18) fazendo eco a preocupação de Narvai (1994: 48) inclusive chega a nos alertar para a “indústria odontológica de venda de pacotes administrativo-gerenciais-operacionais principalmente no início da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Com venda de assessoria aos municípios carentes de quadros técnicos para levar adiante as propostas tecno-burocráticas do governo central, são conduzidos a apagar a histórica possibilidade de construir o projeto popular”.

Nas resoluções da 10^a Conferência Nacional de Saúde (1998: 82) também aparece a seguinte recomendação: “O MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem discutir amplamente, ao nível dos Conselhos de Saúde, as necessidades de assessoria técnica no campo da saúde bucal, de forma a que seja garantido o respeito aos princípios do SUS e seja evitada a contratação de pacotes preventivistas e mercantilistas”.

Narvai continua argumentando que “essa concepção de *programa* não tem nada rigorosamente a ver com ‘programas de saúde’, tal como proposta atualmente no âmbito da saúde pública/coletiva. Na verdade a noção de *programa* com a qual trabalha a odontologia preventiva, centrada na produção-consumo em âmbito privado de cuidados **odontológicos** individuais, não passa de uma espécie de ‘roteiro terapêutico’.Assim, o consumidor é sempre considerado individualizadamente, esgotando-se portanto em cada pessoa, e o produtor, sempre um dentista e/ou seus auxiliares”(1994: 100).

Em sintonia com o ambiente geral criado pelo advento e difusão das idéias apresentadas na Assembléia Mundial de Saúde de Alma Ata de 1978 “(...)”, os representantes das elites técnicas da burocracia subsetorial estimulados pelas agências internacionais, buscaram desfazer a idéia da impossibilidade da participação da Odontologia nos programas de Saúde Pública. Nessa época ressaltou-se que a proteção sanitário-bucal tem um papel definido a cumprir dentro dos programas de atenção primária à saúde, não apenas como um subprograma isolado; mas, como atividades articuladas dentro de um programa geral de atenção primária”.(Zanetti,1993: 69).

A REDE CEDROS (O que fazer...,1992) adapta da seguinte maneira o conceito de atenção primária para saúde bucal emanado de Alma Ata: “Atenção primária consiste num conjunto de atividades que conseguiram resolver a maior parte dos problemas de saúde bucal de uma determinada população com utilização de recursos humanos de menor especialização mediante emprego de tecnologias compatíveis com a situação econômica e aceitos socialmente pela comunidade”.

A Assembléia Mundial de Saúde de Alma Ata, influenciará no Brasil a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), sediada em Brasília, no ano de 1980. Discute-se a participação da odontologia nos serviços básicos de saúde e caracteriza-se o atual modelo de prática e assistência odontológica em linhas gerais segundo Narvai (1994: 82-3) como:

- “Ineficácia - na medida em que não responde à resolução ou redução, em níveis significativos, dos problemas de saúde bucal da população;

- Ineficiência - uma vez que é de alto custo e baixíssimo rendimento;

- Descoordenação - decorrente da multiplicidade de órgãos que atuam superpostamente tanto á nível normativo quanto operacional;
- Má distribuição - uma vez que as unidades prestadoras de serviços se localizam nos pólos de desenvolvimento, ou em torno deles, deixando ao abandono as áreas rurais ou marginalizadas dos grandes centros, que, assim, são obrigados a buscar sistemas alternativos de atenção;
- Baixa cobertura - na medida em que não consegue dar assistência nem à demanda expontânea, quanto mais àquela que é a mais significativa e que não chega a ser efetiva;
- Alta complexidade - uma vez que faz uso de uma tecnologia complexa e sofisticada;
- Enfoque curativo - em razão do abandono a que relega o emprego de métodos preventivos hoje disponíveis e já sobejamente comprovados como de enorme eficácia e eficiência;
- Caráter mercantilista - na medida em que faz da saúde um bem de troca sujeito as leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também no da pública, que o estimula mediante mecanismos de compra de seus serviços;
- Caráter monopolista - que se traduz na resistência à transferência de conhecimentos e a sua utilização por parte de outros tipos de recursos humanos, que não o profissional de nível superior, numa opção que fere o princípio de divisão do trabalho já reconhecido e utilizado largamente por outros setores das ciências médicas;
- Inadequação do preparo dos recursos humanos - que a nível superior são formados de maneira desvinculada das reais necessidades do país,

precocemente direcionados para especialidades e totalmente dissociados das características dos serviços onde deverão atuar e que, a nível auxiliar e técnico, insiste na utilização de mecanismos formais de preparação já superados por procedimentos comprovadamente mais ágeis e de menor custo como o treinamento ou preparação em serviço.

Finalmente caracteriza-se o modelo odontológico atual pela dependência externa na medida em que baseia seus modelos de atuação, orienta a formação de seus recursos humanos e emprega uma tecnologia com insumos e equipamentos importados, cujas condições em nada reproduzem os existentes em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento, reforçando assim todo um contexto de dependência econômica e cultural que entrava e desestimula a criatividade na busca de soluções ajustadas as características de nosso país”.

1-4 Políticas e estratégias de saúde bucal.

“A partir dos anos sessenta, e sobretudo após a fusão dos IAP's dando origem ao INPS em 1967, a expansão da assistência odontológica foi crescente no setor estatal (...)”(Narvai, 1994:80).

Sobre tal expansão Zanetti ¹¹, (1993: 34) comenta; mesmo que em formação desde os anos 20, foi nos anos do milagre econômico, de forma

11 Segundo artigo publicado na RGO, 1977 p.25 apud Zanetti (1993: 34): “em 1975 a Previdência Social contava com 1.484 serviços próprios, na área odontológica, 2.200 credenciados e 1.162 através de convênio firmados com sindicatos. Em 1976 esses números passaram para 1.561 próprios, 4.272 credenciados e 1.194 com convênios. Daí o Ministro da Previdência afirmou ser fato "que atesta a nossa determinação de melhorar os atendimentos odontológicos [...]. Determinei também ao FUNRURAL e à LBA que ampliem seus atendimentos odontológicos de modo a prestar melhor assistência aos seus beneficiários [...]. Em conseqüência, deverá ser ampliado o programa básico de atendimento odontológico, com a diversificação dos procedimentos através da implantação de programa incremental, atendimento do excepcional, programa de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de câncer bucal, de acordo com as possibilidades e recursos da Previdência Social”

altamente centralizada, que foram realizados inúmeros credenciamentos e convênios para compra de serviços de terceiros, em detrimento da expansão dos serviços próprios, dando-se um grande salto quantitativo de expansão da cobertura assistencial odontológica previdenciária. O modelo adotado foi gerencialmente incontrolável, pois a sua implementação deu-se ao nível de mercado sem o devido aporte institucional público para coordenação e fiscalização das atividades.

Oliveira & Teixeira (1985: 207-9) também destacam características, dos anos do milagre econômico que irão influenciar as políticas de saúde doravante formuladas inclusas aí as de saúde bucal: “A primeira característica marcante deste período é portanto a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural. A política de concessão de assistência é assumida como um direito ‘consensual’ .”

“A segunda característica deste período é então a orientação da política nacional de saúde para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo”.

“Isto posto, podemos resumir a terceira característica deste período: a intervenção estatal na área da saúde, optando pela prática médica curativa e individual veiculada por intermédio da previdência social, propiciou a criação de um complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação do capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos”.

Mendes (1993: 31) nos diz que :” o final dos anos 70 coincide com o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista¹²”.

¹² Para Campos (1997) tal modelo representa a opção do Estado brasileiro para fornecimento de assistência médica a trabalhadores urbanos e industriais via previdência, aonde com forte influência da medicina liberal, se optou pela compra de serviços a rede privada, notadamente a

“Tendo como pano de fundo uma crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência social, o modelo apresenta fortes inadequações à realidade sanitária nacional :

a)A prática médica dominante, a flexneriana, baseada nos aspectos curativo-reabilitadores, não era capaz de alterar os perfis de morbimortalidade;

b)Os custos crescentes deste modelo inviabilizavam sua expansão;

c)A ausência de critérios para a compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com uma ação racionalizadora da rede privada;

d)O modelo dual gerava superposições, descoordenações e ausência de controle.

Serra (2000: 02) acrescenta: “a assistência odontológica previdenciária viveu, da mesma forma que a médica, todas as transformações impostas pelo projeto universalizante privatista da década de 70 – a expansão da cobertura via o plano de pronta ação (PPA), a ampliação dos convênios com o setor privado, a formação de odontologias de grupo, a industrialização de equipamentos odontológicos sofisticados e a mercantilização do setor – sustentados com recursos do Fundo de apoio ao desenvolvimento social/Caixa Econômica Federal (FAS/CEF)”.

Agregue-se a tudo isto a crescente insatisfação de usuários, de prestadores de serviços e de trabalhadores de saúde e a gradativa perda de qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente pela previdência social.

Pinto (1992) destaca que a partir de 1985 o INAMPS iniciou o aumento gradativo nos repasses financeiros para órgãos públicos, com prioridade

partir de 1964 e principalmente no nível hospitalar, chegando na década de 90 a representar 76% da oferta de leitos no Brasil.

para a atenção odontológica escolar, buscando dessa forma um maior equilíbrio de gastos entre prestadores públicos e privados.

“Com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e descentralizado de saúde (SUDS), pela primeira vez um conjunto de secretarias municipais de saúde implementaram programas do tipo incremental, estendendo a cobertura já prestada pelos programas das secretarias estaduais (educação e saúde). A quase totalidade desses programas tiveram como população alvo os escolares da rede pública de ensino de 07 a 12 anos de idade. Esta opção programática manifestou-se espontaneamente na diversidade dos municípios brasileiros, mesmo com o fato da pequena participação das instituições federais no fomento das medidas.(...) Visto que a partir de 1983, preocupavam-se basicamente com um programa nacional de fluoretação d’água”.(Zanetti, 1993: 80)

Paim (1999b: 491) explicita mais pormenorizadamente tal expansão: “Em 1984, o Programa das Ações Integradas de Saúde, mediante portaria interministerial envolvendo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Ministério da previdência e assistência social (MPAS) e o Ministério da saúde (MS), é redefinido como *estratégia* de articulação programática-funcional entre tais ministérios e os governos estaduais e municipais. Nesse sentido foram assinados convênios com estados (termos aditivos) e com municípios (termos de adesão), tendo como elementos de negociação a existência de planos de saúde e a instalação de comissões interstitucionais de saúde (...)”

“A estratégia das AIS foi defendida como caminho para a descentralização¹³ e para o reforço das ações de saúde nos municípios, tornando-se parte do Programa de Governo do Presidente Tancredo Neves. Portanto, mesmo esgotado o regime autoritário em 1985, a chamada “Nova República” expande consideravelmente os convênios com estados e municípios

¹³ Para Teixeira apud Paim (1999b: 489)”... descentralização de acordo com a literatura técnica francesa, implica o deslocamento do poder, da gestão, das atribuições e das decisões para os níveis mais periféricos do sistema ou da organização”.

para a implantação das AIS. No ano seguinte, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), com cerca de 5000 participantes, sendo metade de representantes da sociedade civil, consolida as bases doutrinárias para a Reforma Sanitária Brasileira, destacando-se a criação de um Sistema Único de Saúde, universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral. (Paim, 1999:491)

“A realização da VIII Conferência Nacional, em março de 1986, corresponde no plano jurídico e institucional, ao momento de síntese da proposta de uma ampla reformulação do Sistema Nacional de Saúde

Para Arouca (1988) a reformulação do sistema nacional de saúde no Brasil passa pela proposta da reforma sanitária brasileira que “(...) representou por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro lado a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema”

Continua Arouca: (...) uma situação sanitária apresenta-se do ponto de vista conceitual como uma totalidade, que envolve sujeitos, interesses, campos de luta, políticas de capital, com expressões simbólicas, e com a sustentação de valores que garantam uma certa ordem ou com a construção de projetos alternativos de mudança”.

“Uma reforma, enquanto um conjunto de políticas articuladas, que incidindo sobre a atual situação sanitária, transforme o quadro da dinâmica da saúde/doença, levando-a a níveis compatíveis com o nosso desenvolvimento e a atual possibilidade técnica-científica”.

“Esta transformação é possível a partir de uma consciência sanitária ampliada de setores sociais interessados que, juntando força política, materializam políticas de transformação institucional, garantidas por processo de participação popular e também participam de lutas políticas para ampliar

transformações em outros setores sociais, que por sua vez determinam novas condições sanitárias (salário, habitação, saneamento, terra, alimentação, educação, transporte, lazer, meio ambiente)”.

E conclui Arouca: (...) a Reforma Sanitária Brasileira constitui uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária.

Pinto (2000: 03) sintonizado com Arouca explana: “A espera por um desenvolvimento global que reduza as diferenças entre os homens, que atenda as necessidades básicas da maioria e que solucione indiretamente os problemas de saúde geral e bucal, constitui uma posição passiva e cômoda que favorece a manutenção do *status quo*, contrapondo-se a idéia mestra de que cada trabalhador do setor odontológico deve transformar-se em um ator realmente participante nesse processo de desenvolvimento. Identificar as verdadeiras causas que impedem a obtenção de bons níveis de saúde por parte da população e agir para sua superação é, enfim, a missão maior da odontologia ou da saúde bucal coletiva”.

Paim (1999a:474) concordando com Arouca e também com Pinto chama a atenção para as intervenções setoriais: “(...) Se a reforma sanitária não for entendida simplesmente como uma reforma setorial, mas como um processo social e político, no qual os diferentes grupos da sociedade se manifestam através do apoio, omissão ou rejeição, torna-se possível reconhecer seus avanços, estagnações ou retrocessos em conjunturas distintas. Cabe também examinar um conjunto de medidas que, mesmo não se constituindo em intervenções amplas e profundas, como as propostas pela Reforma Sanitária Brasileira, poderiam reduzir a magnitude de certos problemas de saúde e contribuir para a reorganização do sistema de saúde”.

“Nessa perspectiva, as intervenções indicadas seriam ordenadas e hierarquizadas considerando-se o grau de complexidade dos problemas a que se referem. Existem, portanto medidas técnicas, administrativas, políticas, culturais e

econômicas capazes de ser adotadas em uma dada conjuntura, enquanto outras, mais significativas, que implicassem mudanças na estrutura social, poderiam ser projetadas para outros momentos históricos”.(Paim, 1999a: 474)

Na visão do Ministério da Saúde (Brasil, 1990a: 06): “A reforma sanitária não se reduz à reformulação do Sistema de Saúde, mas diz respeito a todo um processo histórico e político de transformação da situação existente, visando a superação dos problemas relativos ao estado de saúde da população. Este processo passa pela incorporação da saúde no âmbito dos movimentos sociais, e se desdobra no plano institucional, na produção e reprodução de conhecimentos”.

E continua: “Isso significa que devem ocorrer, de forma complementar, avanços tanto de ordem social mais geral, quanto de ordem teórica, metodológica e técnica no âmbito do setor”.

Em 1986, realiza-se também em Brasília, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal que retifica as linhas gerais da VIII CNS, e avança na especificidade do campo da saúde bucal, nas propostas para consolidação dos princípios norteadores da reforma sanitária brasileira.

O autor e neste momento também gerente, Cordeiro (1991: 79) em consonância com Paim, assim resume este período: “Os limites dados pelas AIS haviam sido expandidos com a decisão da previdência social de torna-las base estratégica para a ação no campo da saúde. As AIS se tornaram, portanto, a expressão da política de saúde do INAMPS e, como tal, tornaram-se o conjunto de diretrizes que orientaram a nova estrutura organizativa, imprimiram o sentido da descentralização, estabeleceram as bases técnicas, econômicas e jurídicas do relacionamento com o setor privado e ordenaram todas as decisões que enlaçavam o INAMPS às outras instituições de saúde através dos órgãos colegiados (CIPLAN, CIS e a CIMS). As diversas reformulações de orçamento traduziram a nova política, revelando a tendência da ampliação do gasto no setor

público, principalmente nas Secretarias estaduais e municipais de Saúde, além da rede própria do INAMPS”.

“Enquanto se processavam os entendimentos políticos para a implantação da Reforma no período pós-conferência, o MS recuava para sua prática campanhista enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do INAMPS, garantia a expansão das AIS para mais de 2000 municípios brasileiros. À medida que a Assembléia Nacional Constituinte elaborava a nova constituição, o MPAS/INAMPS, juntamente com algumas secretarias estaduais de saúde, formularam a proposta de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS, entendido como *estratégia-ponte* para a instalação do SUS durante a construção do arcabouço legal para a Reforma Sanitária, apoiava-se em convênios entre os governos federal, estadual e municipal e apresentava certos avanços, pois superava a compra de serviços no interior do setor público (os repasses de recursos eram feitos com base na programação-orçamentação integrada POI) e criava os conselhos estaduais e municipais de saúde, paritários e deliberativos.”(Cordeiro,1991; Paim, 1999b)

“A implantação do SUDS, respaldado por decreto presidencial, desconcentrou¹⁴ recursos e descentralizou parte do processo decisório para o âmbito dos estados, política denominada *estadualização*, sobretudo no que se refere ao esvaziamento programado do INAMPS, que mediante a fusão de suas estruturas administrativas nos estados com as das secretarias estaduais de saúde e, posteriormente, com a extinção de suas superintendências e substituição por escritórios regionais. Além disso, o SUDS possibilitou o desencadeamento de mais dois processos no sentido da descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização”.(Paim, 1999b:492)

¹⁴ Para Teixeira apud Paim(1999b:489)”... desconcentração , presente nos textos anglo-saxônicos, corresponde à transferência de ações, atividades, responsabilidades, serviços e recursos do centro para a periferia do sistema ou da organização”.

“No primeiro caso, tratou-se incorporar os municípios na prestação de serviços, no planejamento e parcialmente, na gestão de saúde por intermédio de convênios com as secretarias estaduais de saúde. Este processo sofreu alguns avanços e muitos retrocessos num contexto político bastante conturbado diante das negociações e pressões em torno do texto final elaborado pela Constituinte e das sucessivas campanhas eleitorais ocorridas em 1988(municipais), em 1989 (presidenciais e do congresso nacional) e em 1990(estaduais).”(Paim, 1999b: 492)

“No caso da distritalização, tática empreendida com o apoio de algumas secretarias estaduais de saúde (SES), buscou-se a adoção de modelos assistenciais alternativos voltados para uma população definida em um território-processo. Tratava-se portanto, de formas organizativas e gerenciais que permitissem a reorientação do sistema de saúde no horizonte da Reforma Sanitária, através da redefinição das práticas de saúde com vistas a novos modelos de atenção.(...)”(Paim, 1999b:492)

Campos (1997:92) nos diz que, “(...) a principal mudança no modelo assistencial brasileiro, durante a década de 80, foi o crescimento dos serviços públicos municipais, particularmente por meio do incremento da atenção básica. Com a implantação do SUDS em 1987, reforçou-se uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de Atenção Integrada à Saúde (AIS) em 1983, de aumento dos repasses financeiros do governo da União - por intermédio do INAMPS – para custeio e investimentos nos sistemas municipais e estaduais “.

“Em 1981, os estados e municípios receberam 5,13% do total de gastos executados pelo Inamps; a partir de 1987, verificou-se uma tendência de o referido percentual estabilizar-se em algo próximo a 16%.(Campos, 1997:92)”

Mas segundo Mendes (1993) na década de 80 o projeto neoliberal para a saúde já havia se consolidado em três subsistemas¹⁵ o de alta tecnologia, o de atenção médica supletiva, e o público. Fato que trouxe o fortalecimento do subsistema privado (com baixa regulação pelo Estado), bem como para a perda de qualidade do subsistema público.

Continua Mendes (1993) que a política neoliberal levou os setores organizados da sociedade que vocalizavam as mazelas do subsistema público a migrarem para o subsistema privado, fato que ajudou ainda mais a perda de qualidade por parte do subsistema público. Ou seja o subsistema público oferecia programas marginais, com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas.

O próximo passo é o Sistema Único de Saúde (SUS) forjado nas Conferências Nacionais de Saúde inscrito no texto constitucional de 1988 e regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90,“(...) inegavelmente sua criação representou um grande avanço social e político: seu arcabouço jurídico-institucional definiu novas atribuições para os níveis de governo federal, estadual e municipal; criou novos espaços para a participação da comunidade e entidades da sociedade civil; estabeleceu novas relações entre as esferas administrativas de governo e instituições do setor. Apesar destes avanços não se conseguiu ainda mudar significativamente a relação entre os serviços e os usuários, nem a resolutividade dos serviços que permanecem sendo fonte de constantes atritos, tensões e argumentos para aqueles que desejam decretar a falência do SUS e sua substituição por serviços privados contratados...” (Zanetti et al, 1996; Cordeiro, 1991).

O Ministério da Saúde explicita no documento Brasil (1990a: 06) o seu entendimento sobre esta conjuntura: “A construção do SUS, como parte do processo da Reforma sanitária, viabiliza os pressupostos estabelecidos na

¹⁵ “O percurso da odontologia consegue acompanhar os saltos políticos, econômicos e sociais que experimenta a formação econômico social brasileira, muitas vezes com maior ou menor informação e determinação porque ainda é conservadora e não está próximo dos centros de poder e de definição das políticas sociais, dentre elas as de saúde”. (Cordon, 1998a:20)

Constituição, resgatando a plena condição de cidadania nas questões relativas à área da saúde, seu gerenciamento, controle e implantação de um **modelo assistencial** “.

As diretrizes gerais do SUS consolidadas pela constituição de 1988 e as leis 8080/90 e 8142/90 serão:

- “mudar o *modelo de gestão*¹⁶ do sistema de saúde, descentralizando-a e dando autonomia gerencial e financeira para cada esfera do governo, em um sistema hierarquizado, superando, pela primeira vez na história do país, os limites da gestão da saúde atrelada ao sistema previdenciário;
- universalizar e garantir um atendimento à saúde de boa qualidade ao conjunto da população brasileira, gratuitamente, como responsabilidade do Estado, tendo como complementar o setor privado filantrópico e lucrativo de prestação de serviços de saúde;
- modificar o *modelo de atenção*¹⁷ à saúde, superando a dicotomia entre os procedimentos coletivos e preventivos, a cargo do Ministério da Saúde (MS), e os procedimentos individuais e curativos sob responsabilidade do INAMPS/Ministério da Previdência Social, garantindo a integridade das ações sobre os indivíduos e o ambiente, rompendo com um sistema organizado pela demanda e passando progressivamente a um modelo que tivesse por base a organização territorial e a clientela adscrita;

¹⁶ “O uso dos termos administração, gerência ou gestão merece um esclarecimento. Na tradição francesa e inglesa, a palavra **management**, normalmente traduzida para o português como gerência, refere-se a gestão privada e a palavra **admistration** (traduzida como administração) tende a significar a gestão pública. No inglês norte-americano, de grande influência na terminologia administrativa brasileira, a palavra **management** é usada quase indistintamente como administration. O termo **gestão** englobaria, na tradição européia, os conceitos de administração e gerência (Mota apud Cecílio 1997:294). No Brasil, até por desgaste deste últimos dois termos, tem-se adotado a palavra **gestão**. Nesta medida, usam-se a três palavras como sinônimas, definição que é adotada neste trabalho”.

¹⁷ Segundo Cecílio (1994:58)...” É o conceito que estabelece intermediações entre técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária, em diálogo com certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde, de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos, sobre o viver saudável”.

- democratizar as informações e garantir a participação da população na definição das prioridades da política de saúde, no acompanhamento de sua execução e na fiscalização do sistema em cada uma das esferas do governo”. (Campos et al., 1998)

Diretrizes estas de difícil execução para um sistema desgastado junto a população que o vê como sinônimo de fraudes e não se mobiliza na sua defesa.

Sofrendo oposição do governo Collor que edita a Norma Operacional Básica do SUS (NOB 01/91) que deveria regulamentar as leis 8080/90 e 8142/90 descaracterizando os principais objetivos do SUS como mudanças no modelo de gestão e financiamento do sistema e na organização do modelo de atenção à saúde. Acrescente-se a isso o garroteando do repasse de recursos para o sistema que em 89 era de 44 dólares por habitante ano passando para 40 em 1992. (Campos et al., 1998; Mendes et al., 1997).

Vale aqui o destaque de Gerschman (1995) sobre a sinuosa trajetória transcorrida entre a aprovação das diretrizes gerais do SUS pela constituição de 1988 e sua regulamentação, sendo que para tal intento foi aprovada a Lei Federal 8080 de 19/09/90 ou Lei Orgânica da Saúde (LOS), “(...) graças à articulação das forças políticas em prol da reforma sanitária . Mas logo depois de sua aprovação foi vetada pelo Presidente da República, mais precisamente nos tópicos referentes à participação social (conferências e conselhos), à formulação de um Plano de Carreira, cargos e salários para o pessoal do SUS, à transferência automática dos recursos da saúde para os Estados e Municípios e por último nos artigos referidos à reestruturação do Ministério da Saúde no que diz respeito à extinção e descentralização do INAMPS, da Superintendência de Campanhas (SUCAM) e FSESP.

A supressão de tais vetos se deu com o congresso aprovando um projeto de lei, em 28/12/90 que veio a ser a Lei de número 8142 que”(...) dispôs

sobre a realização das Conferências e Conselhos de saúde e sobre as transferências automáticas para Estados e Municípios, tornando obrigatório: a criação dos conselhos Estaduais/Municipais de saúde e Fundos de Saúde; a programação e orçamentação; o relatório da gestão local; a programação orçamentária de 10%; e a formação de uma comissão para a elaboração de planos de carreira, cargos e salários.”(Gershman, 1995:138).

Ainda segundo Gershman (1995), a resposta Presidencial veio em Janeiro de 1991 com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) N° 1, do Ministério da Saúde, equivalente a um decreto de Poder Executivo, definindo os critérios de repasse dos recursos para Estados e Municípios . De caráter anticonstitucional veio a criar um complexo sistema de financiamento com base na produção dos serviços e com igualdade de pagamento para os diferentes prestadores, na prática mantinha o INAMPS como o principal gestor dos recursos e a forma tradicional de pagamentos.

Segundo Campos (1997:101-2), esta forma tradicional de pagamento que consistia em remunerar cada município pelo volume de procedimentos individuais realizados, adotando um sistema muito semelhante ao já utilizado para o pagamento de hospitais e clínicas privadas e ainda dependentes de negociação e acordos políticos, trouxe para o setor público municipal elementos da lógica de mercado. Assim, o dirigente local que pretende obter um maior volume de recursos terá de adotar uma racionalidade semelhante à que preside os hospitais privados quando se relacionam com o SUS. Incentivar a produção de atos mais bem remunerados, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou não contemplados na lista dos rentáveis – como quase todas as ações de âmbito coletivo, por exemplo. O modelo mais rentável será o do pronto - atendimento centrado em grande número de consultas com escassa utilização de procedimentos mais complexos.

Em 07/02/92 é editada a NOB N° 2 aonde o Governo Federal acuado por denúncias de corrupção em amplos setores, incluindo o Ministério da

Saúde; recua e segundo Gershman (1995) agrega o critério populacional para o repasse de recursos, além de estabelecer a sistemática de repasse automático de recursos para os municípios que cumprissem as exigências constitucionais.

Tamanha resistência para implantar uma nova forma de repasse dos recursos para os municípios é explicado por Lucchese (1996: 111); “O repasse direto e automático de recursos, por meio dos fundos de saúde e a partir de critérios claros e transparentes, rompe com a relação de tutela e com as práticas clientelísticas e centralizadoras que marcaram a trajetória da política de saúde. Rompe também com a modalidade de financiamento de *compra* (Ministério da Saúde) e *venda* (estados e municípios) de serviços, conhecida por suas distorções freqüentemente divulgadas pela imprensa (superfaturamento, fraudes, etc.) o que contraria interesses não desprezíveis estabelecidos na arena político setorial”

Em 1993 é editada a NOB 01/93 que buscava um “(...) caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na constituição federal e nas leis que a regulamentavam. Assim, a NOB 01/93 criou diferentes fases para habilitação dos municípios segundo o tipo de gestão que cada um optasse, cumprindo os pré-requisitos da lei 8142/90”. (Campos et al., 1998:63).

Corroborando com Campos, Paim (1999b: 494), nos diz que “ a NOB-93 instituiu diferentes condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena) para permitir a transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços para uma fase de municipalização plena prevista pela legislação em vigor. Esta norma embora avançasse no sentido da descentralização, permaneceu ainda distante do que dispõe a legislação, especialmente no que tange ao redirecionamento do modelo de atenção”.

Ainda no ano de 1993, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, que reafirma os compromissos da I e atualiza suas propostas e críticas para o agora já implantado sistema único de saúde.

“Não obstante esse arcabouço jurídico-normativo, pode-se identificar a emergência de pelo menos quatro concepções sobre o SUS: a) o *SUS democrático*, desenhado pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira; b) o *SUS legal*, juridicamente estabelecido pela Constituição Federal, pelas constituições estaduais, leis orgânicas municipais, leis 8.080/90 e 8142/90, decretos, portarias, resoluções etc; c) o *SUS real*, refém dos desígnios da chamada “área econômica”, do clientelismo e da inércia burocrática que, a cada momento, amplia os espaços do mercado para o seguro-saúde e os chamados “planos de saúde”; d) *SUS para pobre*, centrado numa medicina simplificada para gente simples, mediante “focalização”, tal como recomendam certos organismos internacionais, para mitigar os efeitos perversos das políticas de ajuste macroeconômico”.(Paim, 1999b: 494).

Quanto ao financiamento do sistema federal de saúde à partir de 1993 os recursos da saúde, advindos do orçamento da seguridade social, foram direcionados à previdência passando à saúde a depender de dinheiro emprestado. Quadro este “(...) acrescido do agravamento das questões sociais - deterioração das condições de vida, desemprego, baixos salários e concentração na distribuição de renda, aliadas ao aumento da população e ao surgimento de doenças velhas e novas epidemias, evidencia ainda mais, a crise na saúde”. (Mendes et al., 1997:04)

Quanto à descentralização da política de saúde, no ano e meio transcorrido da aprovação da Constituição até a assunção do Governo Collor, se deu com enormes dificuldades. Caracterizando-se“(…) pelo repasse aos Estados e Municípios dos serviços de saúde como previsto na proposta da reforma sanitária, aprovada na VIII Conferência Nacional de saúde, que teve prosseguimento através do Decreto que criou o SUDS, em 1987, e que foi

legislada posteriormente na Constituição Nacional, sob o nome de SUS.”(Gershman,1995:137)

“De maneira geral, as unidades eram repassadas sem haver nos Estados e Municípios as condições gerenciais e/ou financeiras para sustenta-las. Os recursos eram repassados da esfera federal para as instâncias descentralizadas através de transferências negociadas por convênio, o que favorecia aqueles estados e municípios que, pelo tamanho e/ou poder de negociação política, tinham melhores condições de barganha com o governo federal. Pôde-se ver que, nas instâncias descentralizadas em que existiu por parte de governadores e prefeitos um compromisso político com a proposta, houve avanços na implementação.”(Gershman,1995:137)

Teixeira et al (1998: 09) avaliam que: “(...) Antes do SUS e especificamente antes da implementação da NOB 001/93, não se poderia considerar que os municípios brasileiros tivessem *sistemas municipais*. Os municípios tinham serviços de saúde municipais, porém não tinham capacidade de gestão do conjunto das instituições e unidades de prestação de serviços de saúde localizadas em seus territórios”.

A partir de 1995 segundo Vianna&Dal Poz (1998) começa a se expandir pelo país, uma iniciativa do Ministério da Saúde, visando reverter o modelo assistencial que vinha se operando dentro do SUS. Tal estratégia é a criação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), cuja origem se dará em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal programa começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo.

Em novembro de 1996 é editado a NOB 01/1996 visando acelerar o ritmo da descentralização prevendo mudanças nas formas de repasses financeiros, buscando resgatar parte dos princípios legais de transferência regular e automática fundo a fundo, mudanças nas modalidades de gestão do SUS. Cria

o Piso Assistencial Básico (PAB) a todos municípios habilitados na gestão plena da atenção básica rompendo pelo menos para a atenção básica o pagamento por produção, dando-se o repasse direto do fundo federal para o municipal, isto é, um valor *per capita* que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, deverá financiar a atenção básica da saúde. Cria também gestão plena para Estados e municípios que passam a responsabilizar-se não só pela assistência como pelo conjunto das demais ações descentralizadas da vigilância sanitária e da Fundação Nacional de Saúde. (Campos et al., 1998)

Vianna & Piola (1999: 21) descrevem mais pormenorizadamente, estas duas formas de gestão descentralizada : “(...)os municípios recebem do governo federal um valor mensal determinado e passam a ser responsáveis pela atenção ambulatorial e hospitalar integral ou apenas pelo componente de atenção primária de seus cidadãos. O município enquadrado na *gestão plena da atenção básica* recebe mensalmente recursos federais correspondentes ao PAB, constituído por um valor *per capita* nacional (R\$10,00 por habitante/ano) multiplicado pelo número de habitantes do município. Não há exigência formal de contrapartida de recursos locais, mas os municípios devem informar ao MS o quanto despendem com recursos próprios.”

“O PAB deve financiar as seguintes ações de atenção primária:

- pronto-atendimento
- consultas médicas em especialidades básicas, clínica-médica, gineco-obstetrícia e pediatria.
- Atendimento odontológico básico (procedimentos preventivos individuais e coletivos, dentística e cirurgia odontológicas básicas);
- Atendimento básico por outro profissional de nível superior e médio;

- Atendimento domiciliar por membros da equipe de saúde da família;
- Vacinação;
- Atividades educativas e comunitárias;
- Planejamento familiar e assistência pré-natal;
- Assistência ao parto domiciliar por médico do PSF;
- Pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Atividades de agentes comunitários de saúde;
- Orientação nutricional e alimentar, ambulatorial e comunitária;

O valor fixo do PAB pode aumentar se o município tiver acesso aos *incentivos* que visam estimular e ampliar ações específicas de atenção básica a saúde. Foram definidos incentivos para 6 atividades¹⁸:

- PACS(R\$2.200,00 por agente/ano)
- PSF (R\$28.000,00 por equipe/ano)
- Assistência farmacêutica básica.
- Ações básicas de vigilância sanitária;

¹⁸ Em 28/12/2000 o Ministério da Saúde assina portaria estendendo tal incentivo para a composição de equipes de saúde bucal da família. Sendo R\$5.000,00 para a compra de instrumentais e equipamentos e R\$12.000,00 ano para equipes com CD e ACD e de R\$16.000,00 ano para equipes com CD-ACD-THD.

- Ações básicas de vigilância epidemiológica;
- Programa de combate as carências nutricionais.

O município habilitado para a *gestão plena do sistema municipal* também recebe recursos globais, de forma regular e automática, correspondendo ao Teto Financeiro Global, além dos incentivos já referidos. O montante inicial transferido corresponde à média dos gastos com serviços ambulatoriais e hospitalares dos últimos anos. Também nesse caso, deve informar o quanto despendeu com saúde com recursos próprios, mas, da mesma forma que na *gestão plena da atenção básica*, não há exigência de contrapartida local”, concluem Vianna & Piola (1999:21)

“(…) observa-se uma preocupação desta norma (NOB-96) em estabelecer as bases para que o SUS venha a ser transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias. Além de favorecer as ações intersetoriais, propõe “ a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem recebe) e, de outro, a intervenção ambiental para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde”. (...) (Paim, 1999b:496)

Já Bueno & Merhy (1997 apud Silva et al 1999: 41) diferentemente de Paim são críticos a NOB96 “(...) apesar de ser um importante instrumento na operacionalização do sistema, apresenta alguns equívocos no seu processo de construção que poderão retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania, fere a autonomia de gestão dos municípios ao assumir claramente posição pelos modelos de ação programática e vigilância à saúde,

privilegiando no financiamento, os municípios que desenvolvem os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde”.

“Além disso, possui nítida consonância com o espírito neo-liberal do governo que a edita, ao estabelecer ‘cestas básicas’ de procedimento, reservando nichos de mercado aos interesses econômicos e estimulando os municípios que aceitem sua lógica de financiamento, priorizadora de intervenções periféricas, de terem um sistema de pobres para pobres, alijando o espaço público do seu papel de gestor integral e delegando ao mercado, Deus idolatrado, a tarefa de regular o acesso a serviços e ações de maior complexidade. É, portanto, uma mal disfarçada subversão aos princípios de universalidade, integralidade da atenção e construção da participação cidadã, pois reforça a ênfase na prática de consumidores, ao mesmo tempo que abre espaços perigosos para a retomada de ações geradoras de exclusão”.(Silva et al, 1999:41)

Campos et al,(1998:68) avaliam que o “SUS em relação à descentralização, como da democratização do processo de tomada de decisão é um exemplo bem sucedido de reforma do Estado na área social, mas persistem os garrotes do financiamento visto que o Projeto de Emenda Constitucional (PEC-169)¹⁹ que o regularizaria (...)” *depois de longa tramitação, foi aprovado pelo Congresso em agosto de 2000, trazendo no seu texto a obrigatoriedade da União prover mais recursos para a saúde, já no presente exercício fiscal.*

Pinto & Teixeira (2000: 06) avaliando as questões centrais colocadas pela reforma do Estado e da reorientação das políticas sociais

¹⁹ Adaptação a construção original do autor, visto que a PEC-169 de autoria original dos Deputados Valdir Pires (PT-BA) e Eduardo Jorge (PT-SP) e encampadas pelo MS foram aprovadas em agosto de 2000, estabelecendo: 1) União-a) No ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde será o do exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo 5%. B) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. 2) No caso dos Estados e do Distrito Federal, 12% do produto da arrecadação de impostos e dos recursos na forma da lei, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos

vaticinam que : “A resposta à questão *o que o Estado deve fazer* é dada na área de saúde, como uma redução/transformação do seu papel. Não mais o *Estado providência*, responsável pelo financiamento, gestão, organização e prestação direta de serviços. No novo discurso, opera-se paulatinamente (a depender da viabilidade política) a redução e redefinição dessas funções. Não é possível financiar *tudo*, isto é, *uma atenção integral à saúde*, na qual a *integralidade* assume perigosamente dimensões incompatíveis com a redução do volume de recursos públicos destinados ao setor”.

“Isso se torna mais evidente ao se considerar a tendência à medicalização do cuidado à saúde. Os custos cada vez mais elevados da assistência médico-hospitalar operam como limite à universalização e forçam uma *reinterpretação* técnica das necessidades e problemas de saúde da população, abrindo-se espaço, inclusive, para correntes de pensamento historicamente subalternas, como é o caso da *medicina social, medicina da família, saúde comunitária e até saúde coletiva*”.

E concluem: “Assim revaloriza-se, no âmbito das políticas sociais e de saúde em particular, um conjunto de princípios e diretrizes que historicamente vinculadas às chamadas *propostas alternativas* ao modelo médico assistencial hegemônico, entre elas a descentralização da gestão do(s) sistema(s) de saúde, palavra-valise que pode conotar a desresponsabilização das instâncias *centrais* do aparelho de Estado, através da delegação de funções e competências aos níveis *periféricos* ou até a organização *não estatais* – o que, no limite acaba confundindo a descentralização com *privatização* de funções públicas com relação às questões sociais”.

Soares in (Andreazzi & Tura, 1999:29-30) analisando uma restrição generalizada das políticas sociais afirma que: “(...) a submissão de determinados princípios, como *equidade e universalidade*, às chamadas ‘restrições econômicas’. Esses princípios têm sido sistematicamente desqualificados como

municípios. 3) No caso dos municípios 15% do produto da arrecadação de impostos e tributos na

‘utópicos’ ou ‘irrealizáveis’. Esta postura costuma reduzir as prioridades e políticas sociais a algo tópico e residual, priorizando as chamadas ‘inovações gerenciais’, quase sempre associadas a estratégias do tipo ‘auto-ajuda’, que vêm assumindo diversas denominações como solidariedade, participação comunitária, etc. Estas estratégias *sempre* resultam em redução da oferta de serviços e benefícios públicos. É claro que isto é justificado em nome das ‘possibilidades’ econômicas, as quais na realidade, são também produtos de políticas deliberadas, cujas pretensas conseqüências benéficas são sempre postergadas para um futuro remoto. Antes a ordem era ‘deixar crescer o bolo’ para depois reparti-lo. Hoje é preciso primeiro estabilizar, depois crescer e finalmente, Deus sabe quando, distribuir os frutos desse crescimento”.

Cecílio (1997) afirma que: “Reconstruir ou reformar uma estrutura sanitária, um modelo de serviço não é tarefa fácil em qualquer espaço político-social, especialmente no Brasil, onde o Estado permanece voltado para o passado, intervencionista, incompetente de gerir os espaços que tem ocupado; que abriga um corporativismo funcional, ainda mais forte na área da saúde, agasalha elites, convive com horizontes de desenvolvimento econômico cada vez mais estreitos por uma globalização dos mercados, onde falta desempenho, porque não existe motivação política e social, tanto dos dirigentes como dos trabalhadores da saúde; porque é incompetente de recompor um corpo de técnicos capazes de avaliar e atuar de forma estratégica na consecução de recursos e mais do que isso, não tem base social que apóie as propostas, por melhor preparadas que sejam”.

Campos (1997) complementa Cecílio : “(...) pode-se considerar a gestão do SUS como um fator estratégico à reforma sanitária desde que e apenas se a entendermos como um instrumento de exercício do poder, e se estivermos dispostos a reverter o centralismo autoritário do poder do Estado-- ,sempre, no Brasil, exercido segundo interesses privados e em detrimento do bem estar público-, e a fazer com que o jogo da democracia seja utilizado para

estimular a criatividade, o empenho transformador dos sujeitos sociais envolvidos com a produção dos serviços e com a promoção da saúde, superando sua alienação, derrotando a tradição conservadora da medicina [ou odontologia] ocidental sem comprometer o acesso de todos às benesses que o desenvolvimento tecnológico e científico colocou à disposição da humanidade”.

“Desta maneira, advoga-se a idéia de que soluções que tem se apresentado para enfrentar a crise não tem sido competentes, seja aquelas que se pautam pela privatização ampla dos serviços em torno exclusivamente do trabalho médico – com as Uniões de médicos (UNIMED’s) – sejam aquelas que se pautam pela estatização dos serviços em torno das ações coletivas de saúde. Porque, do ponto de vista do modelo, são variantes dos projetos liberal-privatista²⁰, não conseguindo alterar realmente o modelo de atenção” (Cecílio, 1997:118-119).

No Brasil para Paim (1999a: 477-8) “(...) convivem de forma contraditória ou complementar os modelos médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitaria. O primeiro é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde da totalidade da população e o modelo sanitaria; corresponde à saúde pública tradicional, e tem enfrentado os problemas de saúde da população através da realização de *campanhas* (vacinação, combate às epidemias, reidratação oral etc.) e de *programas especiais* (controle da tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, DST/AIDS etc.). Usualmente, essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em riscos de adoecer ou morrer. Geralmente deixam de se preocupar com os problemas do sistema de serviços de saúde e com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Configuram um **modelo assistencial** que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a

²⁰ Sobre modelo liberal-privatista ver (Campos, 1997).

participação da comunidade nem a descentralização na organização dos serviços”.

O modelo médico assistencial privatista para Paim (1999a:477) é o hegemônico no Brasil. Voltado para a *demanda espontânea*²¹ tende a atender os indivíduos na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, que procuram os serviços de saúde por *livre iniciativa*. Reforça atitude dos indivíduos de só procurarem serviços de saúde na doença. As instituições de saúde ofertarão serviços pressionados pela pressão espontânea e desordenada da demanda, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis de consumo de serviços médicos.

Conclui Paim: “(...)é, portanto, predominantemente curativo, tende a prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população”.

Já o modelo assistencial sanitário, para Paim (1999a: 478) baseado em *campanhas sanitárias*, geralmente temporárias, com grande mobilização de recursos e com uma administração centralizada. Tem sido considerado um mal necessário para enfrentamento de problemas de saúde que a rede de serviços não conseguiu resolver através das atividades usuais. Ou ancorado em *programas* (conjunto de recursos e de atividades, visando a objetivos bem definidos); com administração única e vertical, atravessando estabelecimentos e serviços de saúde de forma individualizada e fragmentada. Mais permanente que as campanhas, e se geridos verticalmente propiciam conflitos na ponta do sistema pelas dificuldades de integração com outras atividades dos serviços de saúde.

²¹ Na assistência odontológica, o atendimento em livre demanda ou demanda espontânea, continua presente não só na rede privada, como na pública, sendo hegemônica para os grupos populacionais, com exceção de escolares e talvez gestantes.

A oferta de serviços odontológicos historicamente tem tido características do *modelo médico-assistencial privatista*, quando privilegia o atendimento para a procura em livre demanda/demanda espontânea, caracterizando-se por procedimentos que visam o alívio imediato da dor e/ou reparação estética provocada por alguma patologia, principalmente a cárie. Cessando-se o quadro motivador da procura, o paciente via de regra não é incorporado para cuidados promovedores de sua saúde bucal.

Também se organiza segundo as características do *modelo assistencial sanitaria* quando imprime um caráter *campanhista* como o verificado nas tradicionais semanas dos bons dentes, ou dos dentes saudáveis aonde se realiza algum tipo de procedimento preventivo ou também nas de cunho mutilador, como no extinto projeto Rondon, requerendo para isto uma grande mobilização de recursos e manutenção de uma estrutura administrativa centralizada.

Opera também na forma de *programa*, com administração única e vertical, atravessando os diferentes serviços de saúde, muitas vezes tendo dificuldade de integração com outras atividades dos serviços de saúde. São os programas de saúde bucal ou odontológicos, que geralmente trabalham com uma faixa etária delimitada (via de regra escolares), mesclando na sua oferta procedimentos clínicos de cunho curativo ou preventivo individuais, ou procedimentos preventivos coletivos.

1-5 CONSTRUINDO MODELOS ASSISTENCIAIS BASEADOS NA SAÚDE BUCAL COLETIVA (SBC)

Visando concretizar os princípios e diretrizes para a saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, reconhecendo-se as especificidades da saúde bucal e consciente das críticas ao modelo odontológico hegemônico, apresentadas, vem-se construindo o conceito de Saúde Bucal Coletiva que, segundo Zanetti et al (1996:28) “(...) a SBC enquanto paradigma de programação deve ser entendida como a odontologia integral exposta as exigências e aos desafios do SUS. Isto porque as mudanças do modelo de programação que ocorreram na SBC são imediatamente herdeiras das soluções descortinadas pela

Odontologia integral com influência Escandinava, num processo de busca de organicidade ao SUS, de realização dos princípios (complexos na operacionalização), em especial os da universalização, da equidade, da territorialização, da integralidade e do controle social”.

“À expressão ‘saúde bucal’ acrescentou-se, durante os anos oitenta no Brasil, o termo ‘coletiva’. Passou-se a falar, sobretudo no Estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento da *saúde coletiva*, em ‘saúde bucal coletiva’ e não numa possível ‘odontologia coletiva’. Isso não ocorreu por acaso, nem por razões fonéticas. Falar em ‘odontologia’ coletiva significaria continuar preso a noção de ‘odontologia’. E era exatamente isso que se procurava evitar. Mesmo reconhecendo o significado e a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações a serem desenvolvidas que, mantendo o vínculo com a ‘saúde bucal’ extrapolasse os estreitos limites do meramente assistencial, vale dizer daquilo que normalmente é tido como ‘odontológico’. Por isso não poderia ser a mesma coisa falar em ‘odontologia coletiva’ ou ‘saúde bucal coletiva’. Assim, foi sendo afirmada gradativamente a expressão ‘saúde bucal coletiva’ para afirmar uma prática sanitária que reivindicava origem distinta das ‘odontologias’, bem como outras articulações e compromissos” (Narvai, 1994:70).

Botazzo (1989:7) completa Narvai (...) “deve ser considerado que conteúdos odontológicos devem ser assumidos e incorporados por outras práticas de saúde. Isto não significa a descaracterização da odontologia enquanto prática de saúde específica. Significa apenas aproximar-se das outras práticas, significa ‘perder-se’ no turbilhão do movimento sanitário para encontrar-se revitalizada e fertilizada por outros saberes e reaparecer não mais como odontologia mas como parte da saúde coletiva, no interior da qual deve ser operacionalizada a modernidade da sua prática”.

Botazzo (1992), apud Narvai (1994: 75) “(...) vê a SBC como um *conceito em permanente construção* e vê como fatores importantes para a consolidação do seu referencial teórico-metodológico:

1. *A politização dos agentes etiológicos* visto que os agravos biológicos à saúde são condicionados pelos distintos modos de viver;
2. *Vinculação ao campo das práticas coletivas em saúde* reconhecimento dos vários saberes que apontam ao mesmo objeto, não mais através de intervenções compartimentadas, mas sim pela consciente e mútua cooperação no trabalho dos vários agentes de saúde conduzindo a interdisciplinariedade das práticas;
3. *Ações de natureza coletiva* – A saúde bucal coletiva é inseparável das ações que organiza junto ao coletivo e com o coletivo, mais do que aquelas que organiza sobre o coletivo. Devem ser entendidas não como intervenções em massa, ou seja que abrange grande número de indivíduos mas com características como:
 - a) apoiam-se na atividade grupal, tendo no grupo de orientação e discussão variante do grupo operativo, a modalidade mais eficiente de atuação;
 - b) interagem nos espaços socialmente reconhecidos, isto é, nos espaços com existência social, o que equivale dizer nas organizações e instituições (escolas, creches, associações, sindicatos, casas paroquiais etc.)
 - c) são o campo por excelência da desmonopolização do saber ou da democratização do conhecimento e, simultaneamente, da destecnificação do cuidado;

d) são, por fim - e por tudo isso - o campo privilegiado onde uma certa cidadania encontra espaço para ser exercida no desenvolvimento da relação entre os trabalhadores da saúde, tomados como produtores coletivos, e os cidadãos-usuários, na direção da participação popular e do controle social do SUS”.

As condições conjunturais que, gestaram a formulação do paradigma da Saúde Bucal Coletiva (SBC) vem do esgotamento do milagre econômico brasileiro já na segunda metade da década de 70 passando a dificultar a opção de compra de serviços odontológicos a iniciativa privada em detrimento da expansão da rede própria. Adentrando a primeira metade da década de 80 com as ações integradas de saúde (AIS) com a criação e desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o país. Lógica de expansão dos programas municipais e estaduais continua a acontecer no SUDS, mas sem romper com a matriz da programação sepiana. (Narvai, 1994; Mendes, 1993; Oliveira & Teixeira, 1985)

A saúde bucal coletiva, estratégia em construção centrada nos princípios do SUS, com ênfase no paradigma da promoção da saúde chega ao fim do século dominando a intimidade das doenças mais freqüentes como cárie e doença periodontal, bem como as medidas técnicas coletivas adequadas para preveni-las e cura-las.(Zanetti et al, 1996)

“A SBC tem a tarefa de implementar um modelo de programação enfatizando o preventivo e o promocional no sentido de modificar a situação epidemiológica, a forma de atenção e ainda resgatar a saúde bucal como condição de cidadania. A própria trajetória histórica da programação em saúde bucal aponta esta tendência uma vez que há exemplos de aumento da resolutividade quando se muda o enfoque das ações, e quando as mesmas passam a ser pensadas em termos de impacto epidemiológico”. (Zanetti et al 1996: 32-33)

“Aumentar a resolutividade da prática requer mudanças tanto no modelo de atenção quanto no modelo de programação, no sentido de reforçar as estratégias preventivas de alto impacto e incorporar com destaque o promocional, orientando o atendimento curativo numa postura de *retaguarda* programática viabilizada de forma a reforçar as estratégias preventivo-promocionais”. (Zanetti et al, 1996)

“Na prática, a SBC reuniu as soluções gerenciais que surgiram ao longo da história da simplificação, da ênfase na prevenção e do processo de desmonopolização. Ainda promoveu também algumas mudanças recentes e radicais na forma de se entender a ação curativa desenvolvida na clínica odontológica”(Zanetti et al, 1996:28-9).

“O resultado da reunião das soluções na busca das respostas aos desafios político-sanitários do SUS, foi a produção de uma série de opções programáticas que, em alguns aspectos, romperam com o modelo de programação Sespiano. Vale destacar porém que , ainda não se obteve um modelo mais completo e estruturado capaz de reunir todas as conquistas acumuladas numa única solução de corte novo”.(Zanetti et al 1996:28).

Oliveira et al (1999: 11) corrobora com Zanetti et al (1996: 28) quando afirma: “Apesar de ainda não se perceber hoje, no Brasil, um sistema que tenha se estabelecido como hegemônico (como foi o escolar sespiano), podem ser destacadas algumas tendências que, apesar de ainda não totalmente disseminadas pelo Brasil, chamaram a atenção e se replicaram em vários locais”.

Zanetti et al, (1996:29) afirma que: “Considerando que simplificação, desmonopolização e atenção segundo critérios de risco são legados dos paradigmas anteriores, nas experiências da SBC, quatro linhas de ação programática se destacam, e às vezes se complementam(I) programação centrada nas unidades básicas de saúde; (II) programação com ênfase preventiva

da *Inversão* ;(III) vigilância da qualidade da fluoretação das águas de abastecimento público; (IV) programação com ênfase promocional do PSF.”

Mas Oliveira et al (1999:11) diverge pontualmente de Zanetti et al (1996:29) quanto a dimensão dos programas que aparecem e aspiram ser modelos programáticos, o mesmo aponta três *tendências que se replicam enquanto Zanetti et al vislumbram quatro linhas de ação programática*.

Entre estas tendências para Oliveira et al (1999: 11) destacam-se o Sistema Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês) e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar (Saúde da Família)”.

1) Programa inversão da Atenção (PIA)

Segundo Oliveira et al (1999: 11) surgiu em fins dos anos 80 e início dos 90 a partir de elaborações teóricas de Loureiro e Oliveira (PUC-MG) e tendo como grande mérito o resgate dos avanços da odontologia Integral adaptando seu marco teórico a uma estrutura organizativa baseada no SUS. Tem como principal característica o controle epidemiológico da doença cárie, obtido pelo uso de tecnologias preventivas mais modernas, derivadas em sua maioria do preventivismo escandinavo.

“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”.(Oliveira et al, 1999:11)

“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”.(Oliveira et al, 1999:11)

2) Atenção precoce em odontologia (Odontologia para bebês)

Surgiu à nível de Brasil em 1985 a bebê-clínica da Universidade Estadual de Londrina, com o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie na população de 0 a 30 meses e conseguiu resultados significativos na redução da prevalência e severidade da cárie. Com o sucesso houve uma explosão exagerada de clínicas de bebê em vários municípios do Brasil, implantadas de forma acrítica e desvinculada de ações de saúde bucal mais globais, reproduzindo um erro grave do passado, quando o foco da atenção era centrado em escolares.(Oliveira et al, 1999:12)

A atenção precoce é uma conquista da odontologia e 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 preventivo-promocional. Entretanto, a implementação deste tipo de prática dentro dos serviços deve obedecer a 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”.(Oliveira et al, 1999:12)

3) Odontologia a partir do núcleo familiar

A partir da criação em 1994 pelo Ministério da Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reestruturar a atenção primária, e mesmo não estando previsto nas suas diretrizes a participação da odontologia, vários municípios acrescentaram-na e de diversas maneiras, indo desde o treinamento dos agentes comunitários de saúde no sentido de incluírem instruções relativas a saúde bucal em suas atividades, até a inclusão do CD na equipe do PSF. Não há dados disponíveis sobre a quantidade de equipes que abriguem CDs em visitas domiciliares, mas é com certeza uma prática em expansão.(Oliveira et al, 1999:13)

Deve ser destacado (...) 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 de reordenamento da prática odontológica, de uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais”.(Oliveira et al, 1999:13)

Já o autor Cordón (1997: 557-62) diferentemente de Zanetti et al (1996:29) que vislumbra *linhas de ação programática* e de Oliveira et al (1999: 11) que *destaca tendências que chamaram a atenção e se replicaram em diversos locais* propõe a construção participante de uma agenda em saúde bucal coletiva que se integra à nova dimensão da saúde coletiva em nível municipal.

Cordón afirma que: “Três ações fundamentais aparecem como medidas de uma prática de odontologia em saúde coletiva ao inserir-se no SUS como fundamentos no preparo de uma agenda de intervenção:

- 1) As ações de colaboração e atuação com relação à organização, capacitação e politização social;
- 2) As ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção coletivas;
- 3) As ações reabilitadoras do dano biossocial causado pelo sistema social”.

“Vale a pena ressaltar que a vigência de uma dada modalidade de gestão, voltada para viabilizar um processo de reforma, é uma condição necessária ao seu sucesso, mas não razão suficiente. Inclusive não se tem notícia, na história contemporânea, de reformas sanitárias desencadeadas e sustentadas a partir dos quadros dirigentes do aparelho burocrático. Por outro lado, é quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la”. (Campos, 1994: 108)

Portanto não se pode negar, nem no plano estrito da assistência odontológica em livre demanda ou dentro de um modelo assistencial baseado nos princípios da saúde bucal coletiva, o papel fundamental desempenhado pelo trabalhador em saúde bucal, Cordón, e Cecílio destacam-no respectivamente: Cordón (1997: 560): “O principal e primeiro elemento da agenda dos trabalhadores em saúde bucal coletiva constitui então saber que o dentista sozinho não pode resolver os problemas, que requerem uma equipe de saúde bucal integrada à equipe de saúde do SUS. É esta a primeira estratégia a desenvolver por parte dos trabalhadores da saúde. Paralelamente, convencer a sociedade da necessidade das políticas e medidas sociais específicas e dos governos para colocar em discussão junto a população, participando do processo de implantação e implementação destas políticas sociais.”.

Cecílio (1997:118): "...um dos sintomas mais graves da atual crise sanitária brasileira é o estilo de se ser trabalhador e de se produzir ações de saúde. Óbvio que não se despreza todas as outras dimensões sócio-políticas desta situação. Mas, se não for trabalhada a possibilidade de repensar uma nova maneira de se atuar na saúde, não será possível forjar um novo modelo de atenção que tenha exatamente como eixo à construção de uma nova possibilidade de se ser trabalhador em saúde, a partir de uma nova maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva. O que implica que não basta injetar mais recursos no sistema; deve-se modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde".

Cecílio, (1997: 119) visualiza como deveria ser este trabalhador (que poderia ser o CD), consonante com os princípios da saúde bucal coletiva: "Para isso seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além do médico e procurando a configuração do trabalhador coletivo, e construir um processo que publicize os espaços institucionais com a presença do conjunto do atores, realmente interessados na saúde, em particular os usuários".

(...) além dos serviços odontológicos, inúmeros fatores extra-assistência odontológica *determinam* os níveis de prevalência das principais patologias 'buciais'. Padrão de consumo de produtos açucarados, acesso a produtos fluoretados , grau de apropriação de produtos culturais, renda, nível de escolaridade, entre outros, são apontados como fatores intervenientes importantes nos padrões epidemiológicos em saúde bucal"(Narvai, 1994:81).

Todavia, ainda que se considere tudo isto, deve-se levar em conta também a importância que assumem, no plano estrito da *assistência odontológica*, os aspectos relativos à organização e implementação dos programas desenvolvidos por instituições estatais e por empresas privadas, quanto às tecnologias empregadas (equipamentos, sistemas de trabalho e atendimento), concepções acerca do processo saúde-doença e papel da epidemiologia nas decisões programáticas entre outros". (Narvai, 1994:81).

Pode-se dizer que este modelo, hegemônico, decorre de uma concepção de prática centrada na *assistência odontológica* ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um *sujeito individual* – o cirurgião-dentista—no restrito *ambiente clínico-cirúrgico*. É a concepção de prática da *odontologia de mercado*” (Narvai, 1994:81)

Voltando a comentar sobre as práticas de *odontologia de mercado* Narvai, (1994: 104) nos afirma: “As proposições de prática odontológica da saúde bucal coletiva opõem-se frontalmente à hegemonia da odontologia de mercado. Isto não significa, segundo nossa compreensão, oposição a consultórios ou clínicas particulares, mas a mercantilização da saúde e ao fato de que, em seu conjunto, predominem e imponham sua lógica na organização da assistência odontológica e do sistema de atenção à saúde bucal”.

Gerschman (1995: 34) consonante com a afirmação de Narvai (1994: 104) sobre a contradição entre a *prática odontológica da saúde bucal coletiva* e a *hegemonia da odontologia de mercado* acrescenta: “Não há no

capitalismo per se equidade²², a não ser quando o resultado da luta política impõe, como condição para o próprio desenvolvimento do projeto resultante do embate das forças sociais em conflito, restrições ao mercado e ao comportamento dos agentes econômicos do mercado”.

Schraiber, (1993:117) continua: (...) “parte-se do pressuposto da necessidade de organizar as ações de saúde de modo a definir como seu objeto de intervenção a saúde e a doença ao nível coletivo, uma vez que há elementos suficientes para se afirmar que a atenção médica individual, organizada segundo critérios de mercado, ou ainda, como resposta exclusiva às pressões individuais de demanda por assistência, constitui uma forma bastante problemática para a resolução dos grandes problemas de saúde da população”.

Oliveira et al (1999:13) condizentes com a construção de Schraiber sobre atenção médica individual organizada segundo os ditames do mercado, adequam-na para: “(...) a *assistência odontológica*²³, 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 que já se tornou clássico Nadanovsky e Sheihan 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 sócio-econômicos contribuíram entre 35 e 50%. Certamente a realidade há de ser a mesma na

²² “A questão da equidade é, sob a perspectiva aqui adotada, um componente principal da democracia. A equidade é embutida na idéia de cidadania, não como princípio, mas como resultado das lutas sociais que transformaram a idéia de cidadania na obtenção de direitos concretos pela população...Daí que entre a noção de igualdade formal e de equidade se interpõe o reconhecimento da incapacidade do mercado de dar conta das desigualdades inerentes à sociedade”.(Gerschman, 1995:32)

²³ Para Narvai(1994:68-9)” assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não. E 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.)

Vale enfatizar que, com os sentidos aqui propostos, a *assistência* limita-se ao campo odontológico. A *atenção à saúde bucal* implica , por outro lado, atuar *concomitantemente* sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal.Isto exige da *atenção* uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da *odontologia* mas do próprio setor saúde, uma vez que

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: iatrogênica-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 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”(Oliveira et al, 1999:14).

É nesta conjuntura sanitária e programática que os municípios brasileiros, e no presente estudo Camaragibe, constroem seu **modelo assistencial em saúde bucal**, por um lado influenciado e ordenado pelas diretrizes do SUS,(universalização do acesso, integralidade da atenção, hierarquização e controle social). Premido principalmente pelo desafio do acesso universal, ou seja a necessidade de incluir como demandantes de cuidados odontológicos, cidadãos que vivem à margem de qualquer tipo de assistência odontológica pública ou privada, como nos mostra a pesquisa nacional de amostra domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (PNAD-IBGE) para o ano de 1998, aonde constatou-se que 18,7% da população urbana brasileira nunca consultou o dentista. Isso sem contabilizar o contingente da população que procura o dentista, unicamente com finalidade mutiladora e/ou para alívio da sua dor.

Botazzo et al (1995: 44) avaliando a distribuição da assistência odontológica por faixas etárias nos Escritórios regionais de saúde de São Paulo (ERSA-SP) e nas capitais, nos dizem: “ Pode se afirmar que também a

requer a articulação e coordenação de ações multissetoriais, isto é, ações desenvolvidas no

assistência odontológica se processava com as mesmas possibilidades de exclusão tal como verificadas para outras práticas de saúde. A gestante, nos programas de saúde materno-infantil, e a criança – desde sempre- foram prioridades estabelecidas como sendo grupos através dos quais a odontologia deveria exercer sua “função social”. Esta definição de prioridade era igualmente encontrada nos vários organismos e instâncias em que se fragmentava a prestação da assistência odontológica (FSESP, Depto. de assistência ao escolar-SP, Secretarias estaduais e municipais de saúde, etc...) o que confirmaria o pressuposto da exclusivização da criança no lugar da simples priorização”.

E concluem: “(...) os resultados obtidos indicam que adultos/trabalhadores são atendidos pelos serviços nos casos de urgência/emergência , que a atenção/assistência (programática ou não) é ofertada de modo irregular, e que a criança continua a ser grupo social de eleição para os serviços públicos odontológicos”.

Coerente com Botazzo et al (1995), Zanetti(1993: 118) se expressa: A desvinculação e a falta de relevância pública pode ser percebida na grande maioria dos programas atuais em saúde bucal, nos quais “não se atinge toda população, e sim, só a população infantil; não se atinge toda a população infantil, e sim, só aquela de 7 a 12 anos; não se atinge toda a população de 7 a 12 anos, e sim, só aquela escolarizada; não se atinge toda a escolarizada, e sim, só aquela escolarizada na rede pública de ensino; não se atinge toda escolares na rede pública de ensino, e sim, só aqueles da zona urbana”. Assim é fundamental que, para expandir a cobertura com resolutividade, sejam desenvolvidas ações equânimes com possibilidades universalizantes e ainda que sejam mobilizadas estratégias preventivo-promocionais capazes de ganhar o espaço extra-clínico, associando-as às ações e serviços clínicos curativos de forma integrada e articulada; não mais recortada em programas isolados.

Também Botazzo & Freitas (1998: 171) trazem-nos outro dado do acesso a assistência odontológica: “(...) em nosso país verifica-se ainda extremo desequilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços de assistência odontológica individual, dado que 80% dos gastos e dos recursos odontológicos são privados e dirigidos ao mercado, isto é, as pessoas e famílias com capacidade de consumo destes serviços, e que representam 20% da população brasileira”.

Pinto (2000: 02) coerente com Botazzo & Freitas (1998) acrescenta: “Como parte do quadro de dificuldades econômicas, a prática odontológica, fundamentada em um modelo perverso de organização, com frequência termina por concentrar a oferta de serviços junto aos grupos de alta e média renda, daí resultando o estreitamento do alcance dos avanços tecnológicos que terminam por beneficiar apenas os setores economicamente mais favorecidos da população”.

E conclui Pinto: “Impõe-se de ora em diante o desafio de colocar esses avanços da ciência a serviço de todos ou da maioria, estruturando um sistema de atendimento que seja adequado, aceito por pacientes e profissionais e que responda as necessidades da sociedade”.

Percebe-se que a inclusão de tão vastos contingentes populacionais excluídos de qualquer forma de assistência odontológica não se dará pelo caminho da contemplação no mercado, portanto atento ao que, no plano político-institucional, caracteriza o atual contexto brasileiro, entende-se como oportuno e necessário abordar processos de gestão do sistema público de saúde no nível local. E dentre eles a construção de **modelos assistenciais alternativos na saúde bucal**, dando visibilidade a instituição de uma ótica programática, que supere experiências programáticas anteriores centrados via de regra na assistência odontológica curativa, que se mostraram ineficazes do ponto de vista epidemiológico, e não inclusivas de tão vasto contingente populacional à margem

de qualquer procedimento, mesmo que seja em livre demanda, para mutilação e/ou alívio da dor.

Para melhoria do acesso da população à cuidados em saúde bucal, bem como para a melhoria dos índices do ponto de vista epidemiológico necessitaremos de medidas técnicas específicas, que somadas à políticas econômicas distributivas, da elevação do gasto público em saúde, atrelado a condução da reforma sanitária brasileira para que prevaleça o interesse público conforme as diretrizes e princípios do SUS; são medidas que propiciariam reduzir o sofrimento da população com a problemática da saúde bucal, para níveis mais aceitáveis, do ponto de vista social, humanitário e mais sustentáveis, do ponto de vista econômico pela sociedade.

“Cabe ainda lembrar que a saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral, e que o setor saúde em seu todo constitui parte natural da vida cotidiana de cada comunidade”(OMS, 1990) apud Pinto (2000). “Agir de forma isolada, fechando-se as relações e influências das demais ciências ou deixando de participar das lutas políticas que movem as sociedades humanas, é o caminho mais rápido para o insucesso de uma política de saúde bucal, por mais bem elaborada em termos técnicos que seja”.(Pinto, 2000: 03).

Portanto, justifica-se o estudo da construção do **modelo assistencial em saúde bucal**, ao nível do município de Camaragibe, escudado nas diretrizes do SUS.

1-6 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Na visão de Campos (1997: 26) “(...) a institucionalização de um Sistema Único de Saúde no Brasil, obriga-nos a um duplo esforço: quer aquele característico de qualquer processo de reforma – criação de viabilidade técnica, política e financeira para o projeto de mudanças – bem como um adicional, de reformar a abrangência das mudanças anteriormente previstas para as reformas (...)”.

Ou como entende Paim, (1999a: 476) “(...) enquanto não se processam as mudanças profundas requeridas pela situação sanitária no Brasil, diversas intervenções muito importantes, ainda que de espectro mais limitado, precisam ser concebidas e adotadas para alterar tal situação. O recurso à planificação em saúde e a reatualização constante de **modelos assistenciais** são iniciativas que contribuem para orientar tais intervenções”.

Visto a importância da construção de **modelos assistenciais** como forma concreta para orientar intervenções no campo da saúde, e no caso específico desta dissertação que objetiva analisar as características da intervenção no tocante a saúde bucal no município de Camaragibe, adotarei 3 conceitos de **modelos assistenciais** que se complementam: Paim (1999a: 476-7), “(...) **modelos assistenciais** são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde”.

Já o Ministério da Saúde sugere a definição de **modelos assistenciais** como: “ o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.(Brasil, 1990b).

Campos (1994) define **modelo assistencial** como a organização de ações e serviços de saúde alicerçadas num tripé constituído pela política, por aspectos administrativos e técnicos.

Oliveira et al (1999:10) instados a definir qual o **modelo assistencial** hoje hegemônico na saúde bucal consideram 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".

Coerente com o pensamento de Oliveira et al, quando os mesmos destacam a importância dos princípios do SUS para a construção de um novo **modelo assistencial** hegemônico, Paim (1999a: 478) destaca que experiências de construção de novos **modelos assistenciais** que procuram incorporar os princípios do SUS, podem ser denominados **modelos assistenciais alternativos**, ou seja: "vem-se gestando **modelos assistenciais alternativos**, que procuram dar conta da integralidade da atenção e impactar os problemas de saúde. Baseiam-se nos princípios e diretrizes para a saúde estabelecidos pela constituição de 1988 como:

- acesso universal e igualitário às ações e serviços;
- rede regionalizada e hierarquizada;
- descentralização
- atendimento integral;
- participação da comunidade".

"(...) Os **modelos assistenciais alternativos** encontram-se, presentemente, em processo de elaboração, experimentação e difusão. Eles requerem uma mudança na organização e funcionamento das instituições, como as secretárias de saúde: em vez de se preocuparem exclusivamente com a oferta

de serviços para os usuários que constituem a *demanda espontânea*, teriam de atender fundamentalmente, para as necessidades de saúde da população num dado território, e para o impacto sobre as mesmas. Isto significa proporcionar uma *oferta organizada* em função dos principais agravos e grupos populacionais prioritários e, conseqüentemente uma reorientação da demanda”.(Paim, 1999a:478)

Zanetti et al (1996:31-2) advogam que “segundo os princípios do SUS, resolutividade e a integralidade jamais podem ocorrer dissociadas na busca de realização da universalidade e equidade. Isto porque é a tentativa de resolver integralmente os problemas de saúde bucal de toda sociedade que justifica socialmente a prática odontológica no Estado. Construída com equidade, ou seja tomando o cuidado de zelar pelo princípio de oferecer maior atenção aqueles que mais necessitam, a prática pode se tornar publicamente relevante. Isto se dará quando na perspectiva de realizar o princípio da universalidade, se trabalhar a garantia do direito do cidadão à saúde bucal, numa relação sólida entre Estado e Sociedade e não numa estratégia politicamente clientelista e desvinculada”.Portanto é também objetivo do presente estudo verificar se em Camaragibe, vem se gestando um **modelo assistencial alternativo** em saúde bucal, segundo os princípios acima apontados.

Teixeira et al (1998: 10) ressaltam a responsabilidade municipal na criação deste novo **modelo assistencial** : “(...) neste contexto, o município tem condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vêm sendo definidas no nível federal e em vários estados para desencadear, em seu âmbito, um processo de reorientação do **modelo assistencial** do SUS que não signifique a mera reprodução do *modelo assistencial privatista*,²⁴ subordinando o *modelo sanitário*, ou seja, a chamada *inampização do SUS*”.

“Assim sendo, o anterior constitui um grande desafio porque envolve uma transformação das formas organizacionais (organização das

²⁴ Ver apresentação e críticas a estes 2 modelos no final do sub-capítulo: “Políticas e Estratégias de Saúde Bucal “.

práticas de saúde bucal) e portanto passar do **modelo assistencial**, paternalista e viciado, para um modelo de atenção à saúde, com co-responsabilidade, isto é, participante e democrático, é tarefa bastante complexa”.(Cordón, 1997:560)

Merhy,(1999:313) também alerta para o desafio que se constitui o exercício da gestão municipal da saúde: “(...) enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e dos processos de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena.”

“Para Cordeiro apud Cordón (1997:560): “É possível realizar mudanças gradativas e continuadas, com decisão política e sobretudo com apoio popular, estabelecendo novos vínculos ou relações entre governo, centro de saúde, estrutura sanitária e sociedade, sem escravizar espaços, mas abrindo os maiores espaços sociais que possam ser fonte de energia para conseguir resultados ou mudanças qualitativas, mensuráveis e conhecidas da própria população para que as faça próprias e sua representação das atuais relações mude para uma referência mais positiva do trabalho que se faz em saúde bucal coletiva”

“Isto está sendo realizado e está dando certo, é um caminho que requer sobretudo humildade e capacitação política dos dirigentes para compreender o espaço social em que se trabalha como uma totalidade social, contraditória porém, única”.(Cordón, 1997: 560)

“Vários municípios, entretanto, têm formulado **modelos assistenciais** de maneiras as mais diversas. Apesar de não se ter ainda 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”.(Oliveira et al, 1999:10).

“De todo modo, algumas experiências municipais se destacaram a partir do início dos anos 90, pelo fato de terem estabelecidos 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”.(Oliveira et al, 1999:10).

Sabedor de que a redução das principais doenças bucais não dependem exclusivamente de medidas técnicas específicas tomadas no âmbito local, mas ciente também de que municípios que montaram modelos seguindo os princípios do SUS tem conseguido impacta-las. E de que por outro lado houve em Camaragibe uma redução para níveis abaixo dos indicados pela OMS, para sua população em idade escolar, da principal doença bucal. Instiga estudar o seu **modelo assistencial de saúde bucal**, tomando por base dados epidemiológicos, dados de produção dos seus serviços assistenciais e a configuração de sua rede de assistência odontológica.

Instigante também é saber, se este modelo que está se gestando pode ser considerado um **modelo assistencial alternativo em saúde bucal** nos moldes apresentados por este marco teórico referencial, ou seja, verificar se está utilizando-se elementos dos princípios “prima facie” do SUS, na construção do seu modelo assistencial em saúde bucal.

Além disso, contrapor este atual modelo em construção no município de Camaragibe e seus resultados com o anterior, poderá nos fornecer elementos para a consolidação de um modelo programático mais condizente com a realidade sanitária bucal local.

CAPÍTULO 2

“(...) eu cheguei a um ponto que visitei algumas casas, quando eu cheguei por exemplo, no Sítio dos macacos, lá perto das pedreiras, aí a gente fez um mutirão, porque era uma área precaríssima que a gente já sabia, eu dei escova a meninos de uma família, pegaram a escova e passaram no cabelo e não sabiam o que fazer com a escova. Eu tenho fotos disso, eu olho sempre para me lembrar, para me dar o norte das coisas, então eles não sabiam o que fazer com a escova, parece até mentira, se você contar isto dizem que é mentira, mas é verdade aconteceu comigo. Aí a mãe, filho, ‘isto é para passar na boca’, a mãe sabia, em algum momento da vida ela teve acesso, mas as crianças assim grandes, 7,8,9,10, não sabiam o que fazer com uma escova de dente, era um local que não tinha água, não tinha luz, não tinha televisão, não tinha nada “.Entrevista com a coordenadora de saúde bucal de Camaragibe.

2.1.OBJETIVOS

2.1.1 - Objetivo Geral

Descrever a atenção em saúde bucal no município de Camaragibe, caracterizando a construção do modelo assistencial, identificando as características do atual modelo e as possíveis contradições com o modelo anterior na instância municipal.

2.1.2- Objetivos Específicos

- 1) Caracterizar o modelo assistencial em saúde bucal no município de Camaragibe a partir dos dados de produção dos serviços assistenciais odontológicos, dos dados epidemiológicos e da configuração da rede de assistência odontológica na instância municipal.

2) Identificar as principais características do atual modelo assistencial em saúde bucal no município.

3) Diagnosticar as possíveis contradições entre o modelo assistencial em saúde bucal atual considerado, e o modelo assistencial anterior a 1993.

2-2- MATERIAL E MÉTODO

2-2-1) Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de caso exploratório, que visa identificar as principais características do atual modelo de saúde bucal no município de Camaragibe conforme está detalhado nos objetivos, adotando uma abordagem composta por dois componentes: um de natureza qualitativa e outro quantitativo.

Pode-se caracteriza-lo como um estudo de caso exploratório pois segundo Medeiros (1998: 15 apud Brume), “(...) tenta descobrir problemáticas novas, renovar perspectivas existentes, ou sugerir hipóteses fecundas, preparando assim o caminho para pesquisas ulteriores”.

Espírito Santo (1983) apud Peres (1995: 22) realizando estudo acerca da avaliação formal e informal dos serviços de saúde de Olinda(PE), sob a ótica de técnicos, assessores e população afirmou:”...o estudo de caso pareceu uma metodologia adequada pela sua capacidade de explicar relações causais em intervenções na vida real, descrevendo o contexto no qual tais ações podem ocorrer, explorando situações nas quais as intervenções que estão sendo estudadas não apresentam resultados claros.”

Adotam-se, pois alguns procedimentos usuais e técnicas como: entrevistas semi-estruturadas, e estudo documental que serão descritos. O

material obtido a partir dessas técnicas será tratado de modo a fornecer referencial adequado para compreensão interpretativa.

2-2-2) Área de Estudo

2-2-2-A) A Escolha do município

Camaragibe destaca-se nacionalmente nos vários fóruns da saúde coletiva pelos seus bons resultados no controle da cárie dentária, superando inclusive a meta estabelecida pela OMS a ser alcançada no ano 2000, de CPO-D 3 para idade de 12 anos, tendo conseguido em 1998 o CPO-D de 1,98²⁵ para esta mesma idade. Isto fruto de estratégias de intervenção coletiva que vem acontecendo ininterruptamente desde 1994. Também ressalta-se o seu pioneirismo na introdução de uma equipe de saúde bucal (CD, THD e ACD) na composição de suas equipes do PSF (localmente denominados de Programa de saúde da Comunidade- PSC). Numa conjuntura em que o MS não contribuiu com incentivo financeiro para constituição de tal equipe de saúde bucal.

Agrega-se aos seus bons resultados no combate a cárie dentária e ao seu pioneirismo, a agilidade emprestada pela sua condição de gestão plena do sistema municipal de saúde, possibilitando ao gestor municipal de saúde maior agilidade para implementar modelos assistenciais de saúde bucal, coerentes com sua especificidade local.

Outros fatores definidores da escolha do município de Camaragibe foram intencionalidade da participação no presente estudo por sua equipe dirigente, seu compromisso com os princípios da reforma sanitária brasileira, reconhecido e agraciado nacional e internacionalmente.

²⁵ Ver Tabela 1.

2-2-2-B) Caracterização do Município

A palavra Camaragibe deriva do vocabulário indígena tupi “Camará-gipé” (rio de camará), sendo camará uma planta comum na região, conhecida pelo nome científico de “Lantana brasiliensis”.

Segundo Farias (1998: 53-54) “sua formação histórica iniciou-se na segunda metade do século XVI, no território de São Lourenço da Mata, uma das primeiras áreas a serem ocupadas pelos portugueses para a produção de açúcar no estado. O engenho Camaragibe, fundado em 1549, um dos mais prósperos da região, funcionava como centro de uma comunidade rural, com várias instalações, umas destinadas as suas atividades industriais e outras para moradia de escravos e administradores. Em 1621, a população de São Lourenço da Mata foi reconhecida como freguesia”.

Continua Farias (1998) “Em 1635, com a invasão holandesa a São Lourenço da Mata, a população abandonou a área, só vindo a restaurar-se em 1654. Esse passou a ser distrito em 1775, e a município em 1884, desmembrando-se dos municípios de Recife e Paudalho. Na sua divisão administrativa em 1911, o município contava com 3 distritos: São Lourenço da Mata, Nossa Senhora da Luz e Camaragibe.

Ferreira apud (Farias 1998:54) nos relata que : “O engenho Camaragibe foi vendido em 1891 à Companhia industrial Pernambucana (CIPER), para a construção da Fábrica de Tecidos de Camaragibe (atualmente BRASPÉROLA), favorecendo o crescimento de Camaragibe e criando a Vila da Fábrica que é considerada a vila operária mais antiga da América latina”.

“O distrito de Camaragibe foi criado pela lei municipal No. 221, de 05 de março de 1908, cujo nome teve origem no engenho Camaragibe. O município de Camaragibe foi criado pela Lei estadual No.4.988 de 20 de dezembro de 1963, porém, a lei foi derogada por um mandato de segurança

impetrado pelo então prefeito de São Lourenço da Mata junto ao Tribunal de Justiça do Estado. Em 1982, com o recrudescer do movimento pela emancipação, foi realizado um plebiscito, sendo o pleito aprovado por 97,6% dos eleitores.(Melo apud Farias 1998: 54)”.

Camaragibe então foi criada pela lei N° 8951 de 14/05/1982, tendo sido desmembrado finalmente de São Lourenço da Mata.

Sua área física é de 48,3 Km² e é reconhecido como totalmente urbano ou seja, possui uma taxa de urbanização igual a 100%.

Segundo a tipologia criada pela pesquisa “Análise situacional e proposições para o processo de municipalização da saúde em Pernambuco” realizada pelo NESC/Aggeu, com financiamento do Ministério da Administração e reforma do Estado/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior MARE/CAPES em andamento. Camaragibe se encontra como município de médio porte (Entre 50.000 e 150.000 hab) na região metropolitana do Estado de Pernambuco, sua população pela recontagem do IBGE de 1996 é de 111.190 habitantes, dado este que foi atualizado pelo Censo IBGE 2000, para 128.627 habitantes. Conta também com duas áreas limítrofes com Recife e São Lourenço da Mata, litigiosas territorialmente, que se reconhecidas como de Camaragibe, ampliariam sua população.

O município é considerado uma cidade dormitório, sendo que a maior parte dos trabalhadores exercem atividade fora do mesmo.Sua situação social se agravou pelo crescimento e ocupação desordenada no período de 1980-1990, premidos principalmente pela especulação imobiliária.(Farias, 1998). Ocupação desordenada esta que permanece, visto que da recontagem IBGE de 1996 para o censo IBGE de 2000, Camaragibe registrou um crescimento populacional, bastante considerável de 15,68% neste pequeno intervalo de tempo.

Esta população é constituída principalmente de jovens, sendo 42,28 da mesma, na faixa etária de 0 a 19 anos. E de apenas 7% situada na faixa etária acima de 60 anos.(Farias, 1998).

A COMPESA para o ano de 1997 nos informa que do total de 26.480 domicílios, 17.816 possuem ligações de água , sendo 32,4% de maneira inadequada. Quanto ao esgotamento sanitário 89,5% dos domicílios o possuem de maneira inadequada e 49,6% não possuem um tratamento adequado do lixo. O que caracteriza uma infra-estrutura deficiente. (NESC, 1999a).

Vale aqui o registro de que apesar de ser obrigatório por lei federal,²⁶ a fluoretação da água para abastecimento público, o mesmo não acontece com a água fornecida para as poucas residências que a utilizam em Camaragibe. No rol de dificuldades para a fluoretação d'água de abastecimento público, sabidamente o método preventivo coletivo em saúde bucal de melhor relação custo/benefício, pesa o fato do fornecimento ser irregular (rodízio), não abranger a totalidade das residências, pouco interesse da Companhia Estadual de Saneamento (COMPESA), em adotar tal método. Além do município não contar com mananciais próprios para um possível fornecimento municipalizado.

A Secretaria municipal de educação calcula para a faixa etária de 6 a 14 anos, no ano 2001, que inexistente ausência da escola nesta faixa etária. Sendo fato portanto, que a totalidade desta faixa etária se encontra abrigada em estabelecimentos de ensino municipais, estaduais e particulares de pequeno ou grande porte fato que virá a facilitar a introdução de métodos preventivos-promocionais coletivos em saúde bucal.

Quanto a renda, 49,5% dos chefes de domicílio recebem até 1 salário mínimo (SM) e 26,4% entre 1 e 2 SM. A renda familiar *per capita* média é de 0,65SM. Mais da metade da população economicamente ativa (61,9%)

²⁶ Lei No.6050. Fluoretação da água, Diário Oficial da União 112: 6021 de 27/05/1974.

apresentam renda menor que 50% do SM . O índice de GINI é de 0,5627 o que mostra, de acordo com este indicador, a má distribuição de renda neste município. (NESC, 1999a).

Na atenção à saúde Camaragibe estabeleceu como estratégia a implantação do Programa de saúde da comunidade (junção do PACS com o PSF). Que segundo o Jornal do Conselho Regional de Medicina (Camaragibe é modelo..., 2000: 08) é avaliado da seguinte forma :”Camaragibe é um dos modelos de referência para todo o país no PSF. São 32 equipes que acompanham 28.107 famílias cadastradas, cobrindo 92% da população de 120 mil habitantes²⁷. Em funcionamento desde 1994, o PSF atingiu números significativos para a realidade da saúde brasileira: 100% das gestantes recebem acompanhamento intensivo e a mortalidade infantil é de 15/1000”.

“Além disso, os óbitos por diarreia caíram 85%, 62% das crianças até o quarto mês de vida tem aleitamento materno exclusivo, 90% dos menores de 1 ano estão com a vacinação em dia, o percentual de desnutrição no primeiro ano de vida está fixado em 1,6%(...)”.(Camaragibe é modelo..., 2000: 08).

2-2-3) Atores

A unidade de análise para entrevista do presente trabalho, foca-se sobre os atores da equipe dirigente local (secretária e ex-secretária de saúde) e de cirurgiões-dentistas da secretaria municipal de saúde (coordenador de saúde bucal, CD inserido no PSC , CD no pronto-atendimento, CD das especialidades e CD do posto de saúde), mas não desconhece a participação de outros atores influenciando numa gestão compartilhada. Procura-se interpretar seus movimentos analisando-se os sucessivos processos eleitorais e de constituição das equipes dirigentes no âmbito da secretaria municipal de saúde (secretário e coordenação de saúde bucal) e as manifestações do Conselho municipal de

saúde e das resoluções das Conferências Municipais de Saúde, especialmente no tocante aos pleitos em saúde bucal.

Com o intuito de oferecer maior liberdade de expressão aos CDs pertencentes ao quadro funcional da prefeitura, quando da entrevista foi lhes prometido sigilo do conteúdo dos seus depoimentos. E para preservar tal compromisso os mesmos serão tratados por cirurgião-dentista, no sexo masculino, e na ordem de 1 a 4.

2-2-4) Coleta de dados / informações

Para contemplar o objetivo geral da presente dissertação, no tocante à elaboração da **análise do modelo assistencial de saúde bucal no município de Camaragibe**, houve apropriação dos dados de produção ambulatorial dos serviços de saúde bucal (SIA-SUS), dados do Sistema de informação ambulatorial básico (SIAB), dos levantamentos epidemiológicos nacional de 1996 e locais de 1994, 1996 e 1998. Das normatizações dos serviços, em suma de toda a documentação elaborada pela SMS no tocante á saúde bucal.

Foi feita também análise documental dos relatórios de gestão (98/99) da SMS Camaragibe com as atividades desenvolvidas pela SMS .Os Planos de saúde municipais (98/99/00). Atas do Conselho municipal de saúde.Anais das Conferências municipais de saúde.Projetos e leis aprovados na câmara municipal. Código de saúde do município. Folders, boletim popular, jornal ponto a ponto, normatizações, projetos pilotos, apresentações, etc...

Realizou-se entrevista semi-estruturada com igual teor de perguntas, com a coordenadora de saúde bucal, secretária de saúde, e com 4 dentistas inseridos nas diferentes modalidades assistenciais administradas pelo

²⁷ Dados atualizados da Secretaria municipal de saúde de Camaragibe para 2001, utilizando a

município (PSC, posto de saúde, pronto-atendimento, especialidade). (Em anexo.) Sendo que os 4 CDs foram escolhidos após sorteio intra seus pares, de PSC (4), posto de saúde (3), pronto-atendimento (13) e especialidades (3). Ressalte-se que o primeiro sorteado do PSC se encontrava em início de férias, vindo a ser entrevistado o segundo sorteado para agilidade dos trabalhos.

Buscou-se entrevistar o coordenador de saúde bucal da administração 89-92, mas pelas informações coletadas descobriu-se que tal função não existiu. Optou-se por entrevistar o ex-prefeito do período, ator privilegiado, pois sua formação profissional é a odontologia, mas o mesmo não aceitou, usando como justificativa o fato de ter se afastado da vida pública, bem como alegando o fato de que todos os documentos concernentes ao período, se encontrarem na secretaria municipal de saúde à disposição pública. Por outro lado, este lapso temporal foi coberto pela análise documental do período, bem como por fazer parte da amostra cirurgiões dentistas contratados, até previamente ao período em questão e portanto informantes gabaritados.

Foi realizada também uma entrevista semi-estruturada de diferente teor com a ex-secretária municipal de saúde Dra. Cristina Sette, por parte de uma equipe da pesquisa NESC/Aggeu (1999b) do qual o autor deste presente estudo teve a oportunidade de participar, cuja interpretação ajuda a compreender o mosaico da atenção em saúde bucal do município de Camaragibe.

No tocante aos dados dos 3 levantamentos epidemiológicos da doença cárie, o primeiro foi realizado em 1994, pela coordenadora de saúde bucal e os 3 CDs supervisores do PRESBEM, basearam-se no manual da OMS e na experiência da coordenadora de saúde bucal que já havia passado pela Epidemiologia do Estado, tal estudo após sua realização, segundo a Coordenadora de saúde bucal, foi submetido a apreciação de especialistas da área, como atividade acadêmica, que aprovaram sua metodologia, execução e coerência.

O segundo levantamento realizado em 1996 foi o produto de um curso de especialização para CDs atuarem na rede básica do SUS, realizado pelo Ministério da Saúde, que continha um módulo de epidemiologia, sendo que a coordenadora de saúde bucal de Camaragibe, propôs o município como o campo para a pesquisa e forneceu toda a infra-estrutura para a sua realização, sendo os executores, alunos de outros municípios, bem como a equipe docente do curso.

O terceiro levantamento foi realizado em 1998, pela mesma equipe que realizou o primeiro.

Utiliza-se também como termo de comparação o levantamento nacional em saúde bucal realizado em 1996 pelo Ministério da Saúde.

Frise-se a que nem os 3 levantamentos de base local e nem o nacional, incluíram em sua amostragem adolescentes e adultos. O único levantamento nacional que veio a incluir adolescentes e adultos o fez em 1986, portanto com um distanciamento temporal significativo.

Verifica-se na entrevista com a coordenadora de saúde bucal, uma preocupação em seguir os passos técnicos de um levantamento, como na seleção da amostra mantendo-se a aleatoriedade, calibração dos examinadores, número mínimo de crianças por faixa etária, até superior ao preconizado pelo manual da OMS. Um único erro detectado foi não incorporar a amostra, uma escola particular de grande porte localizada no bairro de Aldeia, com um alunado diferenciado economicamente, aonde o PRESBEM não realiza suas ações e portanto não vindo a atrapalhar o presente estudo.

Os dados de produção dos serviços de saúde bucal no PSF, foram obtidos através do Sistema de informação da atenção básica (SIAB), conseguido junto a SMS Camaragibe, sendo o período analisado de 01 a 10/ 2000, incluindo as 4 equipes de saúde bucal no PSF (Céu Azul/Celeiro, Jardim Primavera, Santana, Nossa Senhora do Carmo).

Utilizou-se também os dados ambulatoriais de saúde bucal para baixa, média e alta complexidade, disponibilizados pelo SIA/SUS no período 01/1995 a 10/2000 agregados pelo Laboratório de Análise dos Sistemas de Informação em Saúde do NESC. Estes dados são iguais aos gerados pelo município não sendo alvo de nenhum tipo de glosa por parte do nível federal.

Ressalte-se que tal dado do SIA-SUS apresenta alguns problemas, identificados quando do manejo dos mesmos, primeiro por ser um dado criado a priori para pagamento/controle por parte dos gestores federais/estaduais da produção executada pelos municípios, o que dificulta a criação de índices de cobertura e de qualidade dos serviços.

Este dado ambulatorial de saúde bucal do SIA-SUS, encontra-se disponibilizado pelo DATASUS, somente a partir de meados de 1994, não sendo possível portanto retroceder ao período anterior ao início do governo municipal instalado em 1993, o que inviabilizou análises quantitativas de um período que o modelo assistencial de saúde bucal se caracterizou pela oferta de procedimentos clínicos, tendo como espaço de oferecimento, 8 centros de saúde. Mas tal lapso foi parcialmente coberto pelo relato oral dos CDs nas entrevistas semi-estruturadas.

Constatou-se também o pouco interesse por parte dos profissionais de saúde bucal, em executar o preenchimento correto dos formulários, tanto da quantidade de procedimentos realizados, bem como do tipo correto por eles executado. Visto que os mesmos recebem honorários que na “visão dos mesmos” independem de tal produção. As distorções se tornam nítidas a partir do mês de novembro de 1999, aonde foram introduzidos novos códigos para os procedimentos, que não foram assimilados de imediato. Por outro lado também é latente o descontentamento dos profissionais em preencher um volume significativo de formulários.

Entre as distorções, descobriu-se que o CEMEC Centro, à partir de 11/99 passou a lançar a consulta odontológica-1^A consulta (Cód.0302101)

conjuntamente e no código das consultas médicas, fato este que deu para corrigir com o auxílio do encarregado pelo serviço. Ou que na Unidade de saúde bucal da família Céu Azul a mesma 1^A consulta passa a não ser registrada a partir de 11/99, não sendo possível a sua recuperação. Ainda sobre esta consulta odontológico, a mesma é utilizada neste presente estudo, entre outras coisas para auferir cobertura, sendo necessário lembrar que a mesma só é registrada quando da primeira consulta odontológica encontrando-se o paciente em tratamento ou quando de um atendimento de urgência, respeitado para ambos os casos, um interregno de 6 meses.

Para o município o correto preenchimento/lançamento dos dados de produção dos serviços, se tornou menos atrativo, pois o mesmo receberá um valor fixo independente da queda da sua produção. E tais dados gerados não vem sendo utilizados como instrumento de gerência, exceção feita ao PRESBEM.

A não inclusão na análise quantitativa realizada, bem como na caracterização do modelo assistencial de saúde bucal de Camaragibe, da unidade prestadora FOP, se deve principalmente a pouca organicidade na teia de referenciamento, entre esta faculdade e a secretaria municipal de saúde, funcionando cada qual como unidade programática independente. Além do que o dado de produção gerado para o SIA-SUS pela FOP, não corresponde a sua produção real, mas sim ao valor repassado pelo município de Camaragibe à esta instituição. Mas reconhece-se aqui a importância assistencial da FOP não só para Camaragibe como para toda a região metropolitana.

Sobre a magnitude da importância, o autor procurou levantar junto a FOP qual a porcentagem de pacientes atendidos em atenção primária e também secundária pela mesma, que relatavam ser moradores de Camaragibe. Tal informação é coletada para controle interno a partir de relatório diário das suas diferentes clínicas, só que quando da consolidação dos dados, tal informação é desprezada, aproveitando-se de tais relatórios, apenas o tipo de procedimento e a quantidade, daí se constituir um trabalho hercúleo, que fugiria aos objetivos da presente dissertação, a consolidação da informação quanto a origem do paciente,

mas fica registrado a importância de tal informação tanto para a SMS Camaragibe, como para a FOP, subsidiarem suas programações e avaliações.

Camaragibe, também recebe nas suas unidades assistenciais próprias, principalmente nos CEMEC's vários pacientes necessitando de assistência odontológica de outros municípios, principalmente de Recife e São Lourenço da Mata. Procura esta difícil de ser quantificada exatamente, mas relatada pelo CD 2 da seguinte maneira: "(...) porque de 12 pessoas que eu atendi na emergência ontem, 5 foram de São Lourenço da Mata e Recife, então é um índice muito alto".

CAPÍTULO—3

“O gesto que engrandece o dado
O ato que engrandece o fato
A luz que guia o meu sapato
O passo
É um laço.

As grandes pedras do caminho
A sensação de embaraço
A intimidade de um abraço
O pacto
O rapto(...)"

Renato Teixeira

RESULTADOS:

3-1 Formação da rede de serviços assistenciais odontológicos administrados pela SMS.

Camaragibe se emancipou de São Lourenço da Mata em 1982 e seu primeiro prefeito eleito, o foi, justamente no ano da emancipação, e o vencedor foi Carlos Lapenda do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) com 50,8% dos votos que exerceu seu mandato até 1988.

Na gestão 1989-1992 o prefeito eleito foi o Cirurgião dentista Dr. Arnaldo Guerra, assume como secretário o Dr. Paulo Santana, que ocupa o cargo por aproximadamente 1 ano, realizando a 1ª Conferência Municipal de Saúde e se tirando o embrião do 1º conselho de saúde. (NESC, 1999b: 02).

Sobre a saída do então secretário de saúde Dr. Paulo Santana, na entrevista com Dra. Judith podemos compreendê-la melhor: “(...) só que houveram divergências desde o início, porque quando Paulo começou a expor as idéias dele, de aplicar todos os recursos realmente na saúde, de reformular tudo, de deixar uma nova prática em relação a saúde, aí foi cortado, escanteado e aí não teve mais espaço”.

O documento (Camaragibe, 1999c) explicita melhor esta 1ª CMS realizada em 1989: “ (...) reuniu o movimento popular, os trabalhadores da saúde e os gestores, elegendo o Conselho municipal de saúde”.

“Nas eleições municipais de 1992, a conjugação de esforços possibilitou a união dos partidos locais de esquerda (PSB, PPS e PC do B). O Partido dos Trabalhadores (PT) não apoiou formalmente esta aliança política, porém, teve participação importante no processo²⁸. As discussões e articulações redundaram na denominada Frente popular de oposição. Este movimento político obteve êxito nas urnas, (...), decretando o fim de um longo período de hegemonia da direita conservadora no município”.(Farias, 1998: 80).

“O candidato eleito Dr. João Ribeiro de Lemos do Partido Socialista Brasileiro (PSB), médico ginecologista com especialização em medicina comunitária, apresentou um programa para o governo municipal, onde expressou sua sensibilidade aos problemas de saúde pública. A composição dos atores para o setor gerou grande expectativa no município, pelos compromissos assumidos em campanha, frente a condução política para a melhoria da saúde local. Foi

²⁸ “Nesta época o atual prefeito de Camaragibe (PT), que representava forças políticas em ascensão na região, reforçou o apoio a esta frente partidária”. (Farias, 1998).

nomeado secretário de saúde um médico ginecologista²⁹.(...)"(Farias, 1998: 80-81).

“Em 1993, a rede de serviços de saúde contava com 9 postos de saúde municipais, 2 hospitais privados credenciados pelo SUS, 2 hospitais psiquiátricos particulares e a FOP sob gerência do Estado. Não existiam laboratórios públicos no município. Os recursos humanos existentes eram insuficientes em quantidade e qualidade. (...). A estrutura organizacional da Prefeitura municipal de Camaragibe limitava as atividades da secretaria de saúde por estar atrelada a secretaria de governo, inexistindo a epidemiologia e o planejamento entre as atividades da saúde”.(Farias, 1998: 85).

“(...) a gente encontrou em 93 uma rede destrozada, eram 8 unidades de saúde , em péssimo estado eu diria. Já trabalhei em vários municípios, mas eu diria que era péssimo estado (...) afirmou a secretaria Dr^a Cristina Sette”.(NESC, 1999b: 02).

Os centros de saúde (CS's) existentes que ofertavam assistência odontológica eram:³⁰

- 1) Vera Cruz
- 2) Antônio Luiz de Souza (Timbi/Bairro novo)
- 3) Ersinia Lapenda (Tabatinga)
- 4) Moises R. de Melo (Primavera)
- 5) Aristeu Chaves (Santana)
- 6) Lilia Collier (Céu Azul)
- 7) Noêmia de castro (Araçá)
- 8) Pedro Nabuco

Principais problemas detectados na visão dos novos gestores em 1993:

-Inexistência de coerência com as diretrizes do SUS;

²⁹ “ Dr Adelson Inácio de Santana, funcionário do Estado cedido ao município, escolhido por ser filho do município e pelo apoio em campanha, administrou a SMS até novembro de 1993”.(Farias, 1998).

³⁰ Os nomes entre parênteses são como as unidades eram popularmente denominadas.

- Sistema de referência inexistente
- Recursos Humanos insuficientes e desmotivados;
- Equipamentos médico-odontológicos insuficientes;
- Estrutura física precária;
- Recursos financeiros mínimos.

Dra Cristina Sette em (NESC, 1999b: 2-3) aponta os caminhos trilhados para o enfrentamento dos problemas encontrados: “ (...) Então, num primeiro momento, em 1993, a gente desenhou algumas operações do ponto de vista do planejamento estratégico e demos seguimento. Podia citar algumas como, encaminhamento de municipalização pela NOB 01/93, implantação do fundo municipal de saúde, reestruturação do Conselho, implantação da vigilância epidemiológica e sanitária que não existia nada aqui, reestruturação da rede dos serviços de saúde e elaboração dos projetos especiais (...)”.

Dra Cristina Sette (NESC, 1999b: 05) caracteriza a equipe dirigente da secretaria de saúde responsável pelas operações: “(...) a própria constituição da equipe, o momento inicial , ele aconteceu durante os anos de 1993 e 1994. Basicamente a equipe que a gente tem hoje foi formada nestes 2 anos. É um grupo de aproximadamente 12 sanitaristas, a maioria tem formação em saúde pública (...)”.

É neste período que se cria o cargo de coordenador de saúde bucal, que é ocupado por Dra Judith, dentista com experiência de gerência em saúde bucal no município de Olinda e no nível estadual. Sobre sua chegada em Camaragibe ela nos diz na sua entrevista: “ (...) de todos os locais que eu passei nenhum foi assim como Camaragibe, quando eu cheguei aqui, o secretário me chamou e ao invés de ele vir com um montão de coisas e faça isto, faça aquilo, ele olhou para mim e fez , ‘faça um diagnóstico que eu quero saber qual a sua proposta para a saúde bucal ‘, então teve-se aqui um respeito pelo técnico específico da área muito grande”.

E continua a também atual coordenadora de saúde bucal Dra. Judith: “ Era eu a única dentista aqui a nível central, e a única com formação em saúde pública, e atualmente não é muito mais que isto não, uma das características aqui de Camaragibe, e que deixa uma sobrecarga de trabalho muito grande, é uma equipe a nível central muito reduzida, se você for contar direitinho são muito poucas pessoas para a condução dos serviços”.

“No início da *gestão democrática* em 1993, a equipe da secretaria de saúde encontrou enormes desafios quanto as precárias condições sanitárias que o município apresentava. A condução inicial exercida frente aos problemas, pelo então secretário, não correspondeu às expectativas do executivo que o destituiu e nomeou, em novembro do mesmo ano, um médico sanitarista para substituí-lo”.(Farias, 1998: 81).

“O novo ator estabeleceu um bom entrosamento com a equipe gerencial,(...), por comungar das mesmas concepções de saúde e participação ativa em movimentos para a reforma do setor, por ter sido também, secretário de saúde em 1989, contando com alguns membros na sua equipe³¹. Sua integração deu um caráter bastante dinâmico à secretaria por sua relação junto ao prefeito, corpo técnico e aos demais secretários. A partir da liberdade de ação e apoio dado ao setor saúde no município, foi agilizada a política de saúde com um processo de reorganização das ações e serviços”.(Farias, 1998: 81).

Dra Cristina Sette (NESC, 1999b: 02) avalia que: “(...) já havia uma discussão de saúde quando a gente chegou aqui em 1993, porque já havia um conselho municipal de saúde , ele tinha é algumas irregularidades, eu diria, algumas necessidades de reajuste, porque ele não era paritário, movimento popular tinha 9 representantes, o governo tinha 5, não tinha representação de

³¹ “O que determinou o seu entrosamento foi, principalmente ,o fato de já ter assessorado a equipe, além de ter definido junto ao prefeito e a equipe dirigente, qual era o rumo que a secretaria deveria seguir” (Farias, 1998).

trabalhadores, que foi desvirtuando entre 1989 e 1992. Mas já existia uma discussão de saúde na cidade (...).”

Condizente com a médica que viria a ser a futura secretária, Farias (1998: 85) escreve: “Em 1993, a questão da participação social via conselho municipal de saúde era praticamente inexistente pelas distorções na lei de criação do conselho, pois a mesma não contemplou a paridade na composição dos membros, sendo necessário a elaboração de um projeto de lei (009), na atual gestão, garantindo a paridade entre prestadores de serviços e usuários (50% usuários, 25% prestadores, 25% trabalhadores da saúde)”.

“Em 1994, foi (...) dado andamento a outras ações e atividades de relevância para estruturação do sistema proposto, notadamente o resgate da participação popular através do Conselho Municipal de Saúde, e a inclusão do município na Gestão Parcial dos Serviços de Saúde. O CMS foi fundamental no processo de construção do modelo, respaldando e legitimando a política local de saúde”.(Camaragibe, 1998).

“Em março de 1994, o município solicitou sua inclusão no plano de implantação do **Programa Saúde da Família (PSF)**, e no **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, do Ministério da Saúde (MS)³². Isto significou uma série de mudanças substanciais no Modelo Assistencial em execução no município, no tocante ao funcionamento; metodologia de abordagem à comunidade; no perfil, remuneração e acesso dos profissionais no Programa; na expansão e aparelhamento da rede”.(Camaragibe, 1998).

Apesar das dificuldades encontradas no relacionamento com o Estado nos 2 últimos anos do Governo (1991-1994). Governo este sustentado

³² “Em Camaragibe, houve a fusão do PSF e do PACS, constituindo o **Programa Saúde da Comunidade (PSC)**, sendo este definido como porta de entrada do sistema, e os Centros de Saúde e demais serviços de maior complexidade se configuram no segundo e terceiro níveis de assistência, subsidiando a construção de uma rede de referência organizada hierarquicamente. A proposta inicial do Ministério da Saúde foi adaptada à realidade do município, sendo incorporada como mecanismo reformulador da atenção à saúde da população, dentro de um enfoque fundamentalmente preventivo, do ponto de vista bio-psicossocial, com abordagem familiar e comunitária, centrada na territorialização”.(Camaragibe, 1998)

por forças opositoras as que sustentavam o Governo municipal. Desentendimento esse que dificultou principalmente para a aprovação do ingresso no PSF, conseguido aprovar em Brasília, diretamente com o corpo burocrático progressista do Ministério da Saúde.

“Todas estas questões foram motivo de numerosas discussões da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde, que procurou adaptar o programa proposto pelo Ministério da Saúde à realidade do município”.(Camaragibe, 1998).

“Derivou desta discussão uma nova proposta de modelo assistencial, que foi discutida e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e referendada pela II Conferência Municipal de Saúde”.(Camaragibe, s/d).

“Na segunda Conferência, em 1995, as principais deliberações foram o Modelo Assistencial do município, com base no PSF e PACS, bem como a solicitação da gestão semiplena do Sistema Municipal de Saúde, avançando no processo de descentralização e municipalização, principais estratégias do SUS para sua consolidação”.(Camaragibe, 1999a).

No plano executivo estadual, as mesmas forças políticas que davam sustentação a administração municipal saíram-se vitoriosas nas eleições de 1994, administrando o estado no período de 1995-1998, contando inclusive com um secretário estadual de saúde oriundo dos quadros do PT, e seu sucessor também comprometido com os princípios da reforma sanitária, com os quais estabeleceu-se um diálogo progressista de defesa do SUS.

Andrada (2000b) situa assim o Programa de Saúde da Comunidade: “Em Camaragibe, o PSF se coloca como uma estratégia de organização da atenção básica, constituindo-se na porta preferencial de entrada do modelo assistencial e determinando a organização nos níveis secundários e terciário de atenção”.

E elenca também suas “ diretrizes:

- 1- Atendimento integral, sob o paradigma da saúde, visão do indivíduo como *um ser social* , submetido as mais diversas situações de vida e trabalho que o leva a adoecer e morrer.
- 2- A família passa a ser o objeto precípua da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Nesse espaço constroem-se as relações intra e extra familiares, onde se desenvolve a luta pela melhoria da qualidade de vida.
- 3- Concepção ampliada do processo saúde-doença, entendendo a saúde como qualidade de vida.
- 4- As práticas sanitárias são estabelecidas de acordo com as peculiaridades geográficas, sociais, culturais e epidemiológicas locais.
- 5- Maior controle social a partir das discussões do processo saúde-doença nos espaços coletivos e sociais.”

“Nas eleições municipais de 1996, ocorreu a união das esquerdas em torno da candidatura do então secretário de saúde, Dr. Paulo Santana, apoiado pela comunidade devido ao trabalho desenvolvido e a repercussão a nível estadual do setor saúde em Camaragibe. Houve a confirmação nas urnas , da primeira gestão do PT na região metropolitana do Recife.(20.423 votos ou 40,4% dos votos válidos). (GTE do PT, 2000). O trabalho desenvolvido nos últimos 3 anos ganha fôlego na *Gestão participativa* “. (Farias, 1998: 83).

Dra Cristina Sette (NESC, 1999b: 16-7) explicita mais pormenorizadamente a eleição de 1996 e a influência da saúde: “ (...) aí em 1996, o fato da saúde ter mudado na cidade foi um dos pontos de alavancagem política para a eleição de Paulo. A gente não tinha trabalhado o nome dele, a gente tinha um trabalho feito. Então o trabalho da gente na campanha foi associar o trabalho da saúde ao nome de Paulo (...) E aí a oposição percebeu, quando ela viu o estrago, já estava feito, e a gente elegeu; não só a saúde, como o prefeito anterior tinha apoiado Paulo e ele tinha uma aceitação na cidade, grande e o próprio vice-prefeito. Aí, o que é que aconteceu? Se a saúde foi um dos fatores,

então vamos bombardear a saúde. Então a gente viveu esses dois anos e nove meses até agora debaixo de bombardeio mesmo (...).”

“Com o afastamento do então secretário municipal de saúde para disputar o pleito eleitoral de 1996, assume a Secretaria de Saúde em abril de 1996, uma médica sanitária, Dra Cristina Sette³³. Administra com um cenário bastante favorável no nível estadual, até o final de 1998, quando se realizam as eleições para o executivo estadual e federal, conduzindo aos respectivos cargos, forças opositoras as da coligação que dão sustentação ao Governo municipal Petista”.(Farias, 1998).

Na terceira Conferência (1997) o município inovou, realizando as pré-conferências regionais, e na conferência analisou a intersectorialidade e a especificidade das ações de saúde. Ampliou horizontes ao discutir que a saúde é parte de um todo, conforme o conceito mais abrangente de saúde como resultado das condições de vida e, portanto, necessitando de ações intersectoriais entre os vários órgãos municipais, na busca da construção de uma cidadania saudável. Nela também foi aprovado o plano municipal de saúde 1997/2000.(Camaragibe, 1999a)

Analisando as dificuldades no aprendizado para adaptação as diferentes situações de gestão, Camaragibe passou pela Gestão Parcial (1994-1995), Gestão semi-plena (1995-1998) e a partir de 1998 encontra-se em gestão plena de sistema municipal (PSM), e situando as dificuldades encontradas no ano de 1999, Dra Cristina Sette (NESC, 1999b: 4-5) nos diz: “(...) aprender a ser gestão parcial, aprender a ser gestão semi-plena, foi um desafio e depois, entender a passagem da semi-plena para plena, acho que foi um processo de aprendizado da gente, da organização que a gente foi dando conta. Mas se me perguntasse hoje, quais os desafios, eu diria que o desafio hoje da gente é o financeiro. Porque a gente hoje tem um arcabouço no município que permite dizer que a gente está conseguindo colocar o modelo que a gente propõe em execução (...).”

Dra Cristina Sette (NESC, 1999b: 10) avalia assim o cenário 1999-2000 quanto ao relacionamento com a secretaria estadual de saúde: “(...) pelo menos esses primeiros 9 meses, a gente tem tido é, eu não diria que se assemelha a 1993-1994, mas a gente tem tido dificuldades (...)”.

Dra Judith quando da entrevista, analisando o relacionamento com o Governo Estadual, já no final do ano 2000 nos diz: “(...) com este Governo estadual a gente não conseguiu mais nada, muito pelo contrário, só cortes e tentativas de cortes, a maternidade agora mesmo, como você pode pensar em implantar sem ter um aumento de teto, só com leitos, quer dizer o que paga pela internação, e para você manter tudo isto de funcionário, que é uma estrutura imensa”.

Próximo ao final da administração municipal 1997-2000, a secretária municipal de saúde se afasta, juntamente com parte de sua equipe. Sendo convidada para suceder-la a enfermeira e ex-secretaria municipal de saúde de Itapissuma/PE, e ex-gestora no âmbito estadual no exercício 1995-1998, Reneide Muniz.

Com novo processo eleitoral municipal em outubro de 2000, e aberta a possibilidade da reeleição, Dr. Paulo Roberto de Santana encabeçando uma frente de partidos de esquerda se recandidata e vence a eleição com 37.314 votos (60,94% dos votos válidos, num colégio eleitoral de 81.820 eleitores).(Grupo de Trabalho Eleitoral do PT, 2000). O candidato petista consegue ampliar sua votação em relação a mesma que o sufragou em 1996 e assim viabiliza legalmente mais 4 anos de continuidade administrativa.

“Em 1993, na atenção a saúde bucal, o enfoque do trabalho era na lógica do atendimento curativo individual sob o paradigma da doença, sem normatização do processo de trabalho e sem a preocupação do monitoramento e a cobertura dos agravos que acometiam a população”.(Andrada, 2000: 01).

³³ Diretora de Assistência à saúde na gestão municipal 93-96

O cirurgião dentista 1, na sua entrevista também explicita uma avaliação sobre a assistência odontológica oferecida antes e após 1993: “Houveram mudanças assim substanciais, até 93 nós tínhamos uma rede extremamente sucateada com dificuldades de todas as formas, tanto de material como de instrumental, a gente trabalhava de uma forma muito precária e quando foi constituída a coordenação de saúde bucal em 94, foi quando se começou a estruturar toda a rede e a normatizar atendimento, número de atendimento, e foi quando se iniciou também o trabalho de prevenção, priorizando a parte educativa e preventiva, então houve uma mudança da água para o vinho. Então uma coisa que acontecia assim como em todos os lugares, só naquela rotina de extrair e obter mecanicamente, sem fazer nenhum trabalho educativo e preventivo, e a partir daí houve toda esta mudança (...)”.

Sobre o período que precede 1993 e do ideário da gestão vindoura, Assis & Morais (1998: 23) nos dizem: “ A secretaria de saúde de Camaragibe, comprometida na revisão do modelo de atenção odontológica centralizador, curativo e excludente, propõe-se a reverter progressivamente este panorama através da atenção da equipe multiprofissional, realizando ações de vigilância e promoção à saúde em espaços coletivos como escolas, creches, associações e unidades de saúde, instituindo a atenção à saúde bucal coletiva”.

E complementam: “O município de Camaragibe não dispunha de nenhum estudo sistematizado em saúde bucal, impondo, portanto, a necessidade urgente de realizar investigações que buscassem uma ampliação racional e orientação dos recursos, visando uma melhoria na qualidade dos serviços, bem como, contribuir para elaboração do perfil epidemiológico em saúde bucal da sua população”.

“Durante a gestão 1993-1996, várias operações baseadas no planejamento estratégico situacional foram desenvolvidas, entre elas a reorganização dos serviços de saúde, o encaminhamento do processo de

municipalização segundo a NOB-1993, (...) a implantação do fundo municipal de saúde e a elaboração de projetos especiais em saúde para o município, dentre eles o de saúde bucal(...)”.(Andrada, 2000: 01).

Assis & Morais (1998: 23) acrescentam as operações apontadas por Andrada: “A organização administrativa era precária, o organograma não contemplava as gerências dos serviços básicos (epidemiologia, saúde bucal e outros) foi então elaborado e posteriormente aprovado pela Câmara Municipal um novo organograma, o que facilitou a implementação dos propósitos, visando a efetivação do SUS no município”.

Quanto a saúde bucal neste período, Assis&Morais (1998: 23) avaliam que :”(...) sempre foi alvo de interesse dos administradores de Camaragibe que a cada momento procuravam ampliar suas ações buscando soluções para seus problemas básicos. Em 1994 com a estruturação da atual equipe de saúde bucal, foi possível a reformulação das metas bem como a elaboração de uma proposta de organização de serviços visando a promoção e a assistência coletiva ampliando suas ações para novos campos de atuação. Dentro desta proposta de organização dos serviços desencadeou um processo de investimento na rede física, equipamentos, instrumentais e materiais de consumo; normatização dos procedimentos, estabelecendo-se o número de atendimentos por profissionais, sendo 8 pacientes em clínica e 6 em odontopediatria. Capacitação para a equipe de saúde bucal e para os odontólogos da rede, através de cursos realizados no município de pequena carga horária. Os ACDs não formados, foram capacitados através do Centro Formador da 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES) “.

“O primeiro levantamento epidemiológico³⁴ foi realizado com o objetivo de traçar o perfil das doenças bucais, em escolares na faixa etária de 6 a 14 anos, e como requisito prévio fundamental para o planejamento das ações a serem desenvolvidas. O índice CPO (dentes cariados, perdidos e obturados)

³⁴ Ver tabela 01

nesse primeiro levantamento, aos 12 anos, tomando como base o parâmetro da OMS foi considerado como de alto risco”.(Assis & Morais, 1998: 24).

Andrada (2000 a: 01) comenta sobre o primeiro levantamento: “Nesta primeira amostragem o índice CPO-D encontrado aos 12 anos, foi 6,7 compatível com o perfil epidemiológico nacional,³⁵ sendo repetido a cada 2 anos para avaliação do impacto das ações realizadas. Esse diagnóstico subsidiou, a partir da utilização do planejamento estratégico e do paradigma de vigilância à saúde (problemas, território e intersetorialidade) o desenvolvimento do modelo de atenção de promoção, prevenção e reabilitação dos principais agravos de saúde bucal, saindo do paradigma da doença para o da saúde”.

“Avaliando estes resultados, a equipe detectou que os problemas acumulados necessitavam de intervenção urgente na área de promoção à saúde, visto que, a expansão da rede pública instalada por si só, não mudaria a condição de saúde bucal da população. Então em outubro de 1994 foi implantado o Programa de Prevenção em Saúde bucal para os Escolares do Município (PRESBEM) na rede municipal de ensino, eram 23 escolas e cerca de 7.500 alunos, a primeira expansão³⁶ ocorreu em 1996 com a inclusão dos alunos da rede estadual e das escolas das associações conveniadas com a prefeitura, e em 1998 foram incluídas as escolas particulares de pequeno porte”.(Assis&Morais, 1998: 24).

A equipe do PRESBEM “(...) era formada por 1 odontólogo coordenador e 3 supervisores, que planejaram, elaboraram e executaram a seleção e o treinamento dos agentes de saúde bucal (ASB) para realizarem as ações educativas e preventivas. Inicialmente foram selecionados 8 ASB, para trabalharem nas 23 escolas; com a ampliação, foram selecionados mais 18 totalizando 26, com um total de 63 escolas e aproximadamente 23.000 alunos. Todas as ações dos ASBs ocorrem sob a supervisão dos odontólogos. ”.(Assis&Morais, 1998: 25).

³⁵ Ver quadro 06

³⁶ Ver quadro 01

Para o ano de 1999, Andrada(2000) cita a dimensão da equipe em 22 ASBs e 1 dentista supervisor.

Já em 2000 a supervisão se dará pela própria coordenadora de saúde bucal e as ações são realizadas por 18 agentes de saúde bucal, que na medida que na sua área se estabeleça a saúde bucal no PSF, as mesmas vão sendo integradas as equipes e passam a ser agentes comunitários de saúde .

“As ações educativas consistem na orientação semestral com demonstração e palestras sobre higiene bucal e redução do consumo de açúcar, adicionalmente são realizado as campanhas através de apresentação teatral. As atividades de prevenção da cárie desenvolvidas são a escovação supervisionada com dentifrício com flúor (1.500 partes por milhão de flúor segundo o fabricante) e aplicação tópica de flúor fosfato acidulado em forma de gel (1,23%) realizada por 4 semanas consecutivas, três vezes ao ano³⁷, sendo uma aplicação por semana, usando a escova dental”.(Assis & Morais, 1998: 25).

O espaço privilegiado para a definição das políticas de saúde bucal, o foram o conselho municipal de saúde e as conferências, a este respeito o CD 1 na sua entrevista nos diz: “(...)as instâncias de deliberação para a construção desta política, foi o conselho municipal de saúde e as conferências, então, a gente teve muita discussão dentro do conselho municipal que foi de fundamental importância. Até inclusive na época a secretária dizia, que a gente fazia o lobby da saúde bucal no conselho porque éramos 3 dentistas e todas as discussões a gente colocava a discussão de saúde bucal, e os conselheiros ficaram bem sensibilizados com esta questão, e quando nós levamos em duas conferências propostas de saúde bucal, as propostas foram aceitas, então eu acho que foi de fundamental importância o conselho municipal e as conferências municipais”.

³⁷ Em 2001 passa a ser aplicado 2 vezes ao ano em 5 semanas consecutivas.

“Em 1995 quando da realização da II CMS, houve uma discussão do modelo de saúde bucal vigente, as ações preventivas estavam sendo realizadas no PRESBEM, para uma população restrita (escolares da rede municipal) e as ações cirúrgico-restauradoras nos Centros de saúde. Ficou deliberado ao final da Conferência que: os Centros de saúde que fossem transformados em unidades de Saúde da Família (USF), não perderiam o atendimento odontológico, sendo um primeiro passo para a discussão da incorporação da equipe de saúde bucal no PSF”.(Assis&Morais, 1998: 24).

Quando da realização desta II conferência, já haviam sido desativados 2 Centros de saúde (Pedro Nabuco e Noêmia de Castro) que mesmo com toda precariedade ofertavam algum nível de atenção odontológica clínica. No momento além do PRESBEM que trabalhava com uma faixa etária de 6 a 14 anos ofertando apenas procedimentos preventivos-promocionais, tinha-se 6 Centros de saúde com atendimento clínico-odontológico para pacientes agendados. E 1 consultório odontológico credenciado (Dra. Rildete da S. Amaral), credenciamento este da época do INAMPS, anterior a emancipação de Camaragibe (1982), também ofertando procedimentos clínicos, tal credenciamento só será rompido em 1999.

Em 1996, a assistência odontológica continua sendo feita pelos 6 Centros de saúde, agora com equipamentos já reformados ou substituídos, padronização de instrumentais e procedimentos, treinamento de CDs e pessoal auxiliar, o que potencializa sua capacidade de produção. Tem também o consultório credenciado e o PRESBEM ampliando significativamente sua cobertura.

Já em 1997, além de se manter a mesma rede de 1996, inicia-se no final do ano o CEMEC Centro, realizando o pronto-atendimento odontológico. O Governo Estadual também emprestou uma unidade móvel, que continuará até o ano vindouro, atendendo servidores municipais à noite, e durante o dia dando suporte clínico as escolas cobertas pelo PRESBEM.

“A III CMS, que se realizou em 1997, em seu relatório final deliberou para o ano de 1998 a implantação de uma unidade de saúde da família com a equipe de saúde bucal inserida na mesma, como projeto piloto. Vale salientar a participação popular na construção deste processo e também o envolvimento e comprometimento político da gestão municipal com esta proposta”.(Assis&Morais, 1998: 25).

“No dia 20 de julho de 1998 em reunião do Conselho municipal de saúde, foi comunicado pela secretaria de saúde, a implantação da primeira USF com a equipe de saúde bucal integrada ao PSF, e em 06 de agosto foi inaugurada a primeira experiência, em Pernambuco, do dentista da família”.(Assis&Morais, 1998: 25).

Para este projeto piloto, da primeira equipe do PSF com presença da saúde bucal, foi escolhido a USF Céu azul/Celeiro, ocupando espaço do desativado CS. Lilia Collier, e seus objetivos segundo a SMS de Camaragibe:³⁸

Tinha como objetivo geral:

⇒ “ A implantação das ações em Saúde Bucal no Programa Saúde da Comunidade, dando ênfase aos critérios epidemiológicos, contribuindo para definição das ações programáticas locais, visando adotar um modelo de atenção resolutivo, com vistas a promover impacto sobre a saúde da população em sintonia com os princípios da reforma sanitária.”

E como objetivos específicos:

⇒” Enfatizar a promoção a saúde e controle das doenças bucais.
⇒ Garantir o acesso a atenção curativa de acordo com os procedimentos e necessidades das diversas faixas etárias.

³⁸ Documento da SMS de Camaragibe “Projeto piloto; O dentista da família em Camaragibe / PE, s/d.

- ⇒ Priorizar o atendimento integral a todas as gestantes cadastradas e acompanhadas pela equipe.
- ⇒ Priorizar o atendimento integral a todas as crianças na faixa etária de 0 a 5 anos.
- ⇒ Vincular as ações educativas e preventivas que já vem sendo desenvolvidas pelo Programa de Prevenção em Saúde Bucal nos escolares do município de Camaragibe - PRESBEM à Unidade de Saúde da área, intensificando o ritmo já percebido de redução de prevalência de cárie na faixa etária de 6 a 14 anos “.

Suas fases de Implantação seriam:

- ✎” Delimitação da área de abrangência através do cadastramento das 787 famílias pela equipe da Unidade de Saúde da Família.
- ✎ Identificação de todos os equipamentos de educação da localidade.
- ✎ Levantamento epidemiológico em saúde bucal, por amostragem, em todas as faixas etárias da área de abrangência da unidade.
- ✎ Definição da programação das ações a serem desenvolvidas pela equipe da Unidade de Saúde da Família.
- ✎ Avaliação das atividades desenvolvidas pela equipe através do monitoramento sistemático pela equipe de supervisão multi-profissional do Programa Saúde da Comunidade.”

O documento da SMS de Camaragibe³⁹ aponta as dificuldades e facilidades encontradas no projeto piloto:

Facilidades encontradas:

- Participação da comunidade
- Processo de trabalho democratizado em equipe
- Decisão política da gestão municipal
- Adstrição de clientela a ser trabalhada e monitoramento
- Conhecimento da realidade epidemiológica local
- Construção de planejamento local
- Bom relacionamento entre a secretaria, o movimento popular e a representação dos trabalhadores de saúde
- Otimização dos recursos existentes
- Reorganização da atenção à saúde, com a implantação do PSC.

Dificuldades encontradas:

- Demanda reprimida
- Divergências políticas entre governo estadual e municipal
- Ausência de financiamento por parte do Ministério da Saúde para investimentos da saúde bucal no PSF”.

“A inserção da Saúde Bucal no modelo PSF, vem resgatar o acesso e a integralidade da atenção nos serviços de saúde, garantindo maior impacto epidemiológico, e interferindo na melhoria da qualidade de vida”.

E conclui: “Camaragibe, a partir da definição política que subsidia o modelo assistencial do município, tem como objetivo a expansão do programa para todas as USFs, necessitando da definição de uma política nacional de financiamento para sua implantação”.

³⁹ A construção da participação popular e o exercício do controle social na definição da implantação do PSF em Camaragibe-PE (s/d)

Tendo elaborado os objetivos gerais e específicos da saúde bucal no PSF, delineado suas fases de implantação, diagnosticado suas facilidades e dificuldades, além de ter construído sua viabilidade política via conferência municipal de saúde. Passa-se a construção de sua viabilidade técnica, sendo que o roteiro de atividades de cada USF, será adaptado de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população da área adstrita.

Estas equipes segundo a SMS de Camaragibe realizam 3 formas de abordagem:

1)Primeira forma de abordagem da saúde bucal no PSF

Visita domiciliar:

A)Visita domiciliar inicial

Realizada pela equipe de saúde bucal do PSC em todos os domicílios, com o objetivo de cadastramento, levantamento de risco de cárie, uso e necessidade de prótese na população adstrita, para realização do diagnóstico e planejamento das ações. As famílias são classificadas segundo o grau de risco para a cárie dentária:

Risco 1- sem cárie

Risco 2- até 5 cáries

Risco 3- mais de 5 cáries

Após a visita inicial, construção do mapa falante da área de acordo com o grau de risco para a cárie.

B) Visita domiciliar de rotina

Realizada mensalmente pelo ACS, a todas as famílias cadastradas na sua micro-área, realizando atividades de promoção a saúde (orientação sobre higiene bucal, uso do fio dental ou linha, consumo racional do açúcar, importância da amamentação e os cuidados iniciais com o bebê).

As famílias de risco 3 para a cárie dentária, deverão ser visitadas semestralmente pelo CD, THD e todas puérperas e recém-natos serão visitadas pelo CD.

2) Segunda forma de abordagem da saúde bucal no PSC

Atividades realizadas nos espaços sociais (escolas, creches, associações): promoção à saúde e fluoroterapia na faixa etária de 5 a 14 anos(...). Realizadas por ACS sob supervisão do THD e do CD. Consiste em :

- Uso de álbum seriado e folders educativos.

- Teatro de bonecos e palco.

- Escovação supervisionada.

- Fluoroterapia⁴⁰ (aplicação tópica de flúor gel a 1,23% na escova dental, sendo realizada uma aplicação durante 4 semanas consecutivas, com intervalo trimestral, perfazendo um total de 3 séries anuais).

- Fluoroterapia em crianças de 2 a 5 anos com risco de cárie 2 e 3 realizada pelo CD, THD e ACD.

3) Terceira forma da abordagem da saúde bucal no PSC.

Trabalho com grupos: são trabalhados os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, adolescentes e idosos.

Atendimento no consultório na faixa etária de 0 a menor de 2 anos, onde é realizada escovação supervisionada pelo THD (utilizando o dia da

⁴⁰ Em 2001 passa a ser feito duas vezes ao ano, com 5 sessões consecutivas.

consulta de enfermagem para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança).

Atendimento clínico a 6 mãos, que será realizado em 6 turnos, priorizando gestante, hipertenso, diabético, criança de 0 a 14 anos, e famílias de risco 3, sendo agendados 16 pacientes. São realizados 2 turnos de odontopediatria, agendados pelo CD nas visitas domiciliares; 1 turno para gestante, hipertenso e diabético, 2 para a demanda espontânea e 1 para retorno de procedimentos não concluídos.

Atendimento individual nas residências, com tratamento cariostático pelo CD e THD.

Em suma, os profissionais de saúde bucal inseridos no PSC, tem a seguinte normatização de atividades:

CD

Cadastramento

Visita domiciliar

Trabalho com grupo

Atendimento curativo individual

Supervisão das atividades do THD, ACD e ACS

THD

Cadastramento

Visita domiciliar

Trabalho com grupo

Assessorar o CD no atendimento individual

Supervisão das atividades do ACD e ACS

ACD

Cadastramento

Visita domiciliar

Trabalho com grupo

Auxiliar o CD e THD no consultório

Esterilização, limpeza e conservação dos instrumentais e equipamentos odontológicos

ACS

Cadastramento

Visita domiciliar

Trabalho em grupo.

Ainda no ano de 1998 desativa-se o C.S. Ersina Lapenda para surgir no seu lugar no ano de 1999 o CEMEC Tabatinga. E no final de 1998, início de 1999 desativa-se o C.S. Antônio L. Souza para construir as bases da futura maternidade municipal.

No período de 27 a 29 de maio de 1999 realizou-se a IV CMS, que dentre as suas deliberações trouxe algumas específicas para a saúde bucal:

- Implantar o Dentista de Família em todas as USFs.
- Realizar projeto de aquisição para Unidade Móvel de Odontologia.
- Produzir um modelo de interface da saúde bucal com as USFs para atingir as necessidades da população de maior risco social e de saúde bucal.
- Capacitar os professores da rede escolar como multiplicadores de saúde bucal.

- Manter o PRESBEM realizando atividades preventivas e de promoção de saúde bucal com escovação supervisionada utilizando escova, creme dental e flúor para escolares da rede pública municipal, estadual e conveniada ao município.
- Realizar um projeto piloto em prótese dental.
- Ampliar para além das escolas os efeitos da promoção da saúde bucal e as ações preventivas.
- Investir na circulação de informações sobre saúde bucal, integradas com os demais programas.
- Discutir localmente as necessidades dos diversos grupos populacionais à necessidade de próteses.
- Formação de oficinas de reabilitação e saúde bucal para formação e aprimoramento das ações dos ACSs.
- Aproximação da FOP com a Secretaria de saúde para definição de ações conjuntas. (Pesquisa-ensino-serviço).
- Propor a FOP que adicione ao seu currículo o atendimento aos grupos especiais (criança adolescente-idoso-portador de deficiência).(Camaragibe, 1999C)

Após a implantação do CD de família em 1998, houve ampliação para 4 equipes. No final de 1999 surge a USF Jardim Primavera em substituição ao C.S. Moisés R. de Melo que foi desativado. Em 2000 surgem a USF Nossa Senhora do Carmo no lugar do C.S. Pedro Nabuco cuja assistência odontológica já havia sido desativada previamente a conferência de 1995. E a USF Santana; sendo desativado para tal o C.S. Aristeu Chaves.

Cada equipe de saúde bucal pela regulamentação do Ministério da Saúde para município com mais de 5.000 habitantes, atende a clientela adistrita de duas USF's, perfazendo um total de 8 áreas, cobrindo aproximadamente 28.941 habitantes (22,5%da população de Camaragibe pelo censo IBGE 2000.

A assistência odontológica, se organiza atualmente para o primeiro nível de atenção com o Programa de prevenção em saúde bucal dos escolares

do município de Camaragibe (PRESBEM), que realiza levantamentos epidemiológicos, ações educativas e preventivas em escolares, em áreas aonde ainda não tem a presença da equipe de saúde bucal no PSF.

Segundo Andrada (2000:5-7)” (...) também no primeiro nível de atenção conta com 4 equipes do PSF com CD, ACD,ACS e THD que progressivamente vão assumindo as áreas cadastradas no município. Essa equipe desenvolve ações nos domicílios, escolas, creches e espaços comunitários priorizando os grupos de risco. Sua abordagem é educativa e preventiva, estruturando o controle e prevenção das principais morbidades em saúde bucal.”

Presente também no primeiro nível de atenção em saúde bucal o único centro de saúde, remanescente (Vera Cruz), que é uma estrutura transitória destinada ao atendimento clínico, de uma área que ainda não conta com a presença da equipe de saúde bucal no PSF.

No segundo nível de atenção conta-se com duas policlínicas, com serviços de pronto-atendimento(SPA), nos Centros de Especialidades médicas de Camaragibe (CEMECS) Centro e Tabatinga, responsáveis pelo atendimento das urgências/emergências com funcionamento 24 horas, atenção esta de responsabilidade do CD-ACD. Objetiva realizar todos os procedimentos e ações odontológicas que visam à assistência ao paciente em estado real ou de suposta enfermidade bucal.(SMS Camaragibe⁴¹).

Nos SPAs acontecem também, atendimento clínico restaurador de 08 pacientes no turno de 7 às 11 horas e 8 no turno das 19 às 22 horas, referenciados pelas USF, pré-agendados pela recepção, ou em demanda espontânea no caso do CEMEC Tabatinga. No caso do CEMEC centro este agendamento é feito unicamente pela unidade.

⁴¹ Aparece no folder “Saúde, Camaragibe! Saúde bucal” S/D

No segundo nível de atenção existem também no espaço do CEMEC Tabatinga especialista em próteses resinosas (2 profissionais), e no Centro de Saúde Vera Cruz, especialista em periodontia(01 profissional), sendo os pacientes referenciados pelo primeiro nível de atenção.

Complementarmente ao segundo nível de atenção, conta-se com a FOP, instalada no município para referência de radiologia, endodontia, histopatologia e dor facial.

No terceiro nível de atenção conta-se com o SUS estadual para o tratamento de câncer, traumatologia, lábio-leporino, AIDS e pacientes especiais”.

3-2 Apresentação dos dados de produção dos serviços assistenciais odontológicos municipais.

Quadro 1

População escolar coberta pelo PRESBEM por ano

ANO	POPULAÇÃO
-----	-----------

1994	6800
1995	7500
1996	22.000
1997	22.000
1998	21.000
1999	19.000* ₁
2000	23.660* ₂

FONTE: Coordenação de Saúde Bucal SMS/Camaragibe, 2001

*1 Mais 4.000 crianças com cobertura feita pelo programa de saúde bucal da família.

*2 Mais 3.359 crianças com cobertura feita pelo programa de saúde bucal da família

Analisando-se tal quadro, verifica-se que nos seus dois primeiros anos (1994 e 1995), o PRESBEM realizou a cobertura apenas das unidades escolares municipais, para a partir de 1996, incorporar as unidades escolares estaduais e também particulares de pequeno porte. Ocorrerá uma oscilação na quantidade de alunos cobertos até o ano 2000, devido a variação no número de matriculados nos estabelecimentos educacionais.

A partir de 1999, as Unidades de saúde da família que contam com a equipe de saúde bucal, passam a realizar as atividades do PRESBEM, nos estabelecimentos escolares da área a si delimitada.

Quadro 2 – Número de restaurações*¹ (R), exodontias*² (E), e a relação (P) entre as mesmas por estabelecimento de saúde da SMS de Camaragibe por ano.

ESTABELECIDAMENTOS DE SAÚDE	95			96			97			98			99			10/00		
	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P
C.S. VERA CRUZ	141	99	1,42	2615	198	1,32	2375	847	2,80	1093	1119	0,98	1390	1366	1,02	670	706	0,95
C.S. LILIA COLLIER	2	869	0,00	688	475	1,45	261	630	0,41	0	196	0,00	-	-	-	-	-	-
C.S. ARISTEU CHAVES	482	472	1,02	1907	1167	1,63	1645	774	2,13	757	937	0,81	419	762	0,55	-	-	-
C.S. MOISÉS R. MELO	794	431	1,84	1292	629	2,05	924	1036	0,89	1380	889	1,55	1058	589	1,80	-	-	-
C.S.ANTÔNIO L. SOUZA	1495	806	1,86	953	1542	0,62	1377	1119	1,23	586	1568	0,37	0	18	0,00	-	-	-
C.S. ERSINA LAPENDA	1688	982	1,72	754	723	1,04	1229	728	1,69	399	841	0,47	-	-	-	-	-	-
CEMEC-CENTRO	-	-	-	-	-	-	8	0	0,00	553	53	10,4	1173	686	1,71	1478	2629	0,56
CEMEC-TABATINGA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1363	1469	0,93	2743	3988	0,69
DRA. RILDETE AMARAL	1233	432	2,85	2091	1349	1,55	2990	1316	2,27	2641	896	2,95	2434	659	3,69	-	-	-
UNIDADE MÓVEL	-	-	-	-	-	-	1535	512	2,99	266	181	1,47	-	-	-	-	-	-
USF CÉU AZUL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	15	2,13	2843	379	7,50	2614	414	6,31
USF NSA S. CARMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	362	217	1,69
USF JD. PRIMAVERA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	291	88	3,31	1232	533	2,31
USF SANTANA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	338	82	4,12
TOTAL	5835	4091	1,43	10300	7874	1,31	12344	6962	1,77	7707	6695	1,15	10971	6016	1,82	9437	8569	1,10

FONTE: SIA-SUS

OBS.1 :As restaurações incluem os seguintes procedimentos:

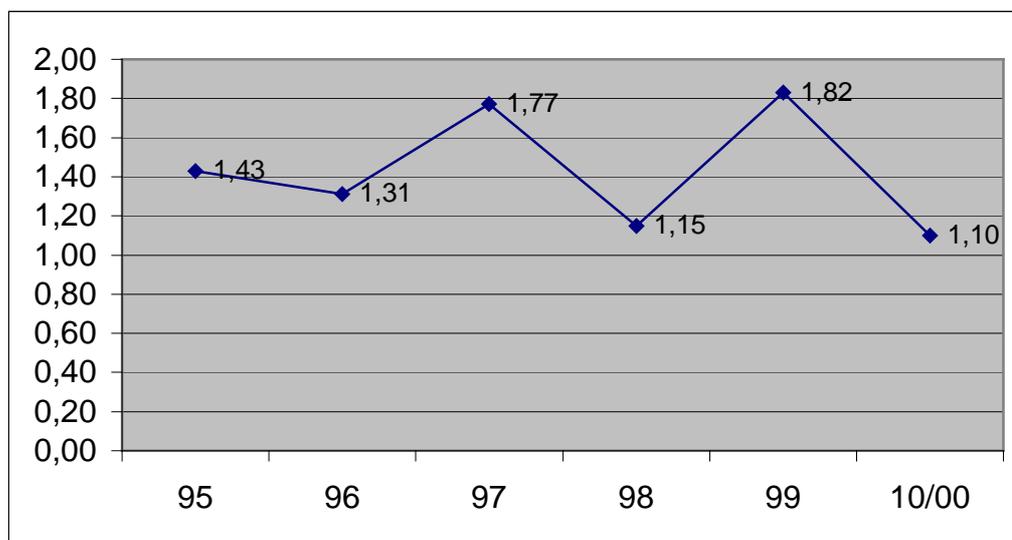
- Restauração compósito de uma face.
- Dentística I
- Restauração por compósito envolvendo ângulo incisal.
- Dentística II
- Restauração compósito envolvendo duas ou mais faces.
- Restauração com amálgama duas ou mais faces.
- Restauração com amálgama de uma face.
- Restauração com silicato duas ou mais faces
- Restauração com silicato de uma face.
- Restauração foto duas ou mais faces
- Restauração foto de uma face.

Obs.2 As exodontias são compostas pelos seguintes procedimentos:

- Exodontia de dente decíduo
- Remoção de resto radicular
- Odontologia cirúrgica I
- Odontologia cirúrgica II
- Odontologia cirúrgica III
- Exodontia de dente permanente

A quadro 2 nos mostra que relacionando-se o número de exodontias realizado pela rede municipal, com o número de restaurações, uma tendência do C.S. Vera Cruz e dos CEMECS em realizarem maior número de exodontias em relação ao número de restaurações, principalmente nos 10 meses do ano 2000. E de outra feita materializa-se uma outra tendência de as Unidades de saúde da família com saúde bucal em realizarem mais procedimentos restauradores do que exodônticos.

GRÁFICO 1 – Relação entre a quantidade de restaurações e de exodontias realizadas pelas unidades assistenciais da SMS de Camaragibe, por ano.



FONTE: SIA-SUS

OBS 1: As “restaurações” são compostas pelos mesmos procedimentos do quadro 1

OBS 2: As “exodontias” são compostas pelos mesmos procedimentos do quadro 1.

O gráfico 1 mostra que a relação entre restaurações e exodontias, tem oscilado de 1995 para 2000, apresentando no período, uma variação que vai de 1,10 (10/2000) relação mais baixa, até 1,82 (1999) a mais alta, sempre favorável as restaurações. Tal oscilação pode ser explicada pela reformulação no modelo assistencial com a introdução neste espaço de tempo dos CEMECs e saúde bucal nas USF's, ocorrendo por outro lado a desativação dos centros de saúde.

Quadro 3– Número de procedimentos clínicos*¹ (P) em relação (R) às 1^{as} consultas nos estabelecimentos ^{*3} de saúde da SMS – Camaragibe por ano.

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	95			96			97			98			99			10/00		
	P	1 ^{as}	R															
C.S. VERA CRUZ	760	828	0,92	6195	1792	3,46	4591	1327	3,46	3927	1132	3,47	4731	1567	3,02	2356	651	3,62
C.S. LILIA COLLIER	1335	248	5,38	1387	761	1,82	1275	1158	1,10	241	245	0,98	-	-	-	-	-	-
C.S. ARISTEU CHAVES	1793	614	2,52	5110	718	7,12	3883	908	4,28	2783	1312	2,12	1853	1226	1,51	-	-	-
C.S. MOISÉS R. MELO	2587	3049	0,85	3924	2356	1,67	3336	2637	1,27	2920	1965	1,49	1930	1649	1,17	-	-	-
C.S.ANTÔNIO L. SOUZA	2910	2060	1,41	5634	3084	1,83	4496	2244	2,00	4544	2448	1,86	52	27	1,93	-	-	-
C.S. ERSINA LAPENDA	3473	3105	1,12	1896	1949	0,97	2930	905	3,24	1980	525	3,77	-	-	-	-	-	-
CEMEC-CENTRO	-	-	-	-	-	-	333	142	2,35	2119	367	5,77	4682	3346	1,40	8475	3405	2,49
CEMEC-TABATINGA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4840	2358	2,02	10492	5007	2,10
DRA. RILDETE AMARAL	1665	940	1,77	3440	1539	2,25	4306	1867	2,31	3537	2024	1,75	3093	1408	2,20	-	-	-
UNIDADE MÓVEL	-	-	-	-	-	-	2384	951	2,51	595	228	2,61	-	-	-	-	-	-
USF CÉU AZUL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	122	54	2,26	4208	443	9,50	3797	25	151,9
USF NSA S. CARMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	752	195	3,86
USF JD. PRIMAVERA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	943	284	3,32	3547	875	4,05
USF SANTANA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	581	247	2,35
TOTAL	14523	10844	1,34	27586	12199	2,26	27534	12139	2,27	22768	10300	2,21	16332	12348	2,13	30002	9754	3,08

FONTE: SIA-SUS

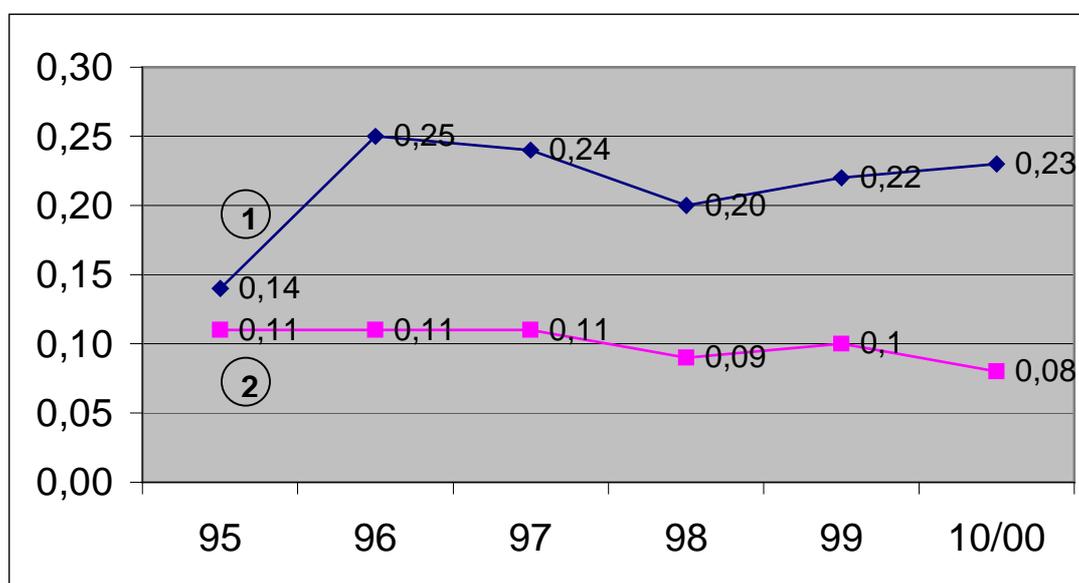
OBS.1 : Somatório dos procedimentos clínicos de diferentes complexidades, excetuando-se os procedimentos realizados nos espaços coletivos (PC's I, II, III) ou após NOB -96 -PC's.

OBS.2: É o procedimento 207 até 10/99, quando passa a ser o 0302101

OBS. 3 : Não inclui a FOP, instalada no território de Camaragibe.

Este quadro 3 mostra a concentração dos procedimentos clínicos em relação a primeira consulta, verifica-se que com exceção do ano de 1995, em que esta relação foi de 1,34, nos outros anos foi acima de 2 procedimentos por primeira consulta, chegando-se a 10/2000 a realizar 3,08 procedimento clínico por primeira consulta. Ressalte-se mais uma vez alguns pontos fracos do dado, conforme foi apontado no subtítulo Coleta de dados e informações.

GRÁFICO 2 – Total de procedimentos clínicos odontológicos individuais (1) e de 1^{as} consultas odontológicas (2) ano realizadas nos estabelecimentos ^{*1} de saúde da SMS- Camaragibe, em relação a sua população residente ^{*2}



Fonte :SIA/SUS-IBGE

OBS 1: Não incluiu-se a FOP localizada na área territorial de Camaragibe.

OBS 2: Trabalhou-se com a população estimada do IBGE para os anos 1995/ 1997/ 1998/ 1999. Trabalhou-se com a recontagem de população do IBGE para o ano de 1996. Trabalhou-se com a população aferida pelo IBGE para o ano 2000.

Verifica-se neste gráfico 2 primeiramente a oscilação na oferta de procedimentos clínicos individuais, por habitante ano, atingindo seu nível mais baixo em 1995 com 0,14 procedimentos ofertados para cada habitante por ano. E seu nível mais alto em 1996 aonde se ofertou 0,25 procedimento clínico por habitante por ano. Verifica-se que apesar do aumento populacional significativo como apontado, à partir de 1996 tem-se mantido uma constância entre 0,20 e 0,25 procedimento por habitante por ano.

A segunda informação presente neste gráfico 2 é o oferecimento da primeira consulta odontológica por habitante ano, que tem-se mantido entre 0,08 e 0,11 para cada habitante por ano.

3-3 Apresentação dos dados epidemiológicos da doença cárie no município de Camaragibe.

TABELA 01

Distribuição por idade do CPO-D, nos Escolares, da Rede de ensino de Camaragibe – PE, 1994 a 1998.

	PERÍODO		
	1994	1996	1998
06 ANOS	0,91	0,40	0,18
07 ANOS	1,61	1,00	0,38
08 ANOS	2,44	1,40	0,58
09 ANOS	2,74	1,40	0,72
10 ANOS	3,48	1,92	1,26
11 ANOS	4,13	2,80	1,62
12 ANOS	6,74	3,68	1,98
13 ANOS	7,28	4,78	2,54
14 ANOS	8,68	6,93	3,32
TOTAL	4,22	3,24	1,40

Fonte: Secretaria de Saúde de Camaragibe/PRESBEM

A tabela 1 demonstra sucessivas quedas do índice CPO-D entre os levantamentos de 1994, 1996 e 1998, sendo que tais quedas foram extensivas a todas as idades estudadas.

Tabela 02

Distribuição percentual do CPO = 0, nos Escolares da Rede de Ensino de Camaragibe, nas faixas etárias de 6 a 14 anos, no período de 1994 a 1998.

	PERIODO		
	1994	1996	1998
06 ANOS	52%	82%	90%
07 ANOS	33%	52%	94%
08 ANOS	24%	50%	76%
09 ANOS	16%	47%	66%
10 ANOS	13%	30%	58%
11 ANOS	2%	27%	46%
12 ANOS	1%	20%	44%
13 ANOS	-	15%	42%
14 ANOS	-	8%	32%
TOTAL	25%	37%	61%

Fonte: Secretaria de Saúde de Camaragibe/ PRESBEM

A tabela 2 mostra o constante crescimento dos escolares cárie zero levantamento após levantamento, e em todas as faixas etárias.

Quadro 04

CPO-D mínimo e máximo, Mediana, Moda, Quartil da experiência de cárie aos 12 anos de idade, de acordo com o ano da coleta, nos escolares da Rede de Ensino de Camaragibe.

ANO DA COLETA	N	CPOD		Mediana	Moda	Quartil		
		Mínimo	Máximo			25	50	75
1994	39	0	18	6	4	2	6	9
1996	60	0	15	3	0	1	3	6
1998	50	0	7	1,5	0	0	1,5	4

Fonte: Secretaria de Saúde de Camaragibe/ PRESBEM

O quadro 04 vem mostrar mais detalhes, como número de entrevistados por faixa etária, CPO-D mínimo e máximo, moda, mediana e quartil. Todos coerentes com a fidedignidade do presente estudo, ou coerente com a queda registrada no índice CPO-D verificada em cada levantamento.

Quadro 05

Equação dos Resultados, percentual de redução e Teste de Significância, por período, nos Escolares de 12 anos da Rede de Ensino de Camaragibe.

PERÍODO	EQUAÇÃO DOS RESULTADOS	PERCENTUAL DE REDUÇÃO	VALOR DE p*
1994-1996	6,74-3,67 = 3,07	45,55%	p<0,0005
1996-1998	3,67-1,96 = 1,71	46,59%	p<0,005
1994-1998	6,74-1,98 = 4,78	70,62%	p<0,0001

*Teste Mann-Whitney U

Fonte: Secretaria de Saúde de Camaragibe/ PRESBEM

O quadro 05 apontará os percentuais de redução dos CPO-Ds entre os 3 distintos levantamentos, bem como a comprovação da significância do dado.

Quadro 06

Média dos componentes CPOD segundo idade em escolares. Brasil – 1996

IDADE	n	C	E	EI	O	CPOD
6	4.320	0,22	0,00	0,06	0,05	0,33
7	4.320	0,51	0,01	0,02	0,16	0,70
8	4.320	0,77	0,02	0,05	0,32	1,16
9	4.320	0,93	0,03	0,07	0,50	1,53
10	4.320	1,03	0,05	0,10	0,70	1,88
11	4.320	1,28	0,08	0,13	0,90	2,39
12	4.320	1,56	0,12	0,17	1,21	3,06

Fonte: Ministério da Saúde

O quadro 6 mostra o índice CPO-D para o ano de 1996 no cenário nacional, o que possibilita a comparação com os dados encontrados em Camaragibe.

CAPÍTULO 4—DISCUSSÃO

“Vi muita gente subir
Vi muita gente descer
Metade de um povo pedir

Um povo inteiro sofrer
Hoje eu canto para não chorar
To cansado de esperar

Vi muita gente chegar
Vi muita gente partir
Trazendo nada de lá
Levando as coisas daqui
Dizendo pro meu pessoal
Essa terra já virou tema
De dia ta no jornal e
De noite ta no cinema
Povo vivendo de teima
Povo teimoso (...)"

Rubinho do Vale

O quadro de assistência em saúde bucal, encontrado em 1993, caracterizava-se pela ausência de programas específicos de prevenção, pela ausência de pronto-atendimento para as emergências odontológicas, pela ausência de referências e contra-referências próprias da secretaria municipal de saúde. Caracterizava-se portanto pela não programação e atendimento pela demanda espontânea.

Também não existia um levantamento epidemiológico que servisse de diagnóstico para a implantação de uma programação. O que existia era uma rede de assistência odontológica sucateada, via de regra com problemas de manutenção, ficando sem funcionamento por longos períodos de tempo. Oferecia-se a atenção clínica tradicional com destaque para a restauração e exodontias.

A partir de 1993 passa-se a reequipar a rede, a melhorar a manutenção, a normatizar procedimentos, instrumentais. Cria-se uma estrutura gerencial, melhoram-se os salários. Começa-se fazer treinamento de ASB's, ACDs, THDs, CDs. Realiza-se um levantamento epidemiológico que desnuda a precariedade do quadro de saúde bucal em Camaragibe(CPO-D 6,8 para 12

anos)⁴². Baseado nestes dados, organiza-se uma intervenção tendo como base a prevenção e a promoção da saúde bucal nos espaços escolares (PRESBEM).

O modelo assistencial em saúde bucal de Camaragibe começa a se diferenciar quando elegeu como grupo prioritário para intervenção a população escolar de 5 a 14 anos e aportou-se à esta uma oferta organizada de procedimentos para combater seu principal agravo de saúde bucal que é a cárie, e ano após ano vai ampliando a cobertura⁴³ primeiro com unidades municipais, seguida das estaduais e depois particulares de pequeno porte, até atingir 100% da população escolar para tal faixa etária.

Detectada a necessidade de uma intervenção preventiva-promocional coletiva (PRESBEM), o município em constante dificuldade de financiamento para suas ações, conforme relatado na totalidade das entrevistas, assume com recursos próprios pelos primeiros 4 meses, a implantação de tal programa, vindo doravante a ser contemplado com o repasse por parte do gestor estadual.

Tal financiamento baseou-se numa regulamentação do Ministério da Saúde para os chamados procedimentos coletivos em saúde bucal (PC's)⁴⁴, que

⁴² Ver tabela 1, e quadros 4 e 5

⁴³ Ver quadro 1

⁴⁴ Será adotado o termo PC's consagrado pelo Ministério da Saúde (MS), apesar de ser usual utilizar o similar ações coletivas preventivas e educativas em saúde bucal (SB) ou ações coletivas em SB. Segundo Botazzo, Freitas (1998) incluem atividades preventivas, como evidenciação de placa bacteriana seguida de escovação supervisionada, bochechos fluorados, aplicação de gel fluorado com escova ou moldeira e atividades educativas com diferentes concepções e utilizando os mais diversos recursos encenativos e audio-visuais. Atingem geralmente crianças pré-escolares, ginásiais, segregados principalmente nos espaços de ensino. Os PC's sob a ótica da NOB-93 são definidos como: PC 1: Bochechos fluorados – conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados. Bochechos fluorados- realizados semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2% ao longo do ano (mínimo de 25 aplicações). Educação em saúde- atividades educativas realizadas trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento oro-facial, aleitamento materno, etc). Higiene bucal supervisionada- compreende na evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizadas no mínimo, a cada 3 meses, ao longo do ano, fornecendo a cada participante uma escova de dentes e um tubo de pasta fluoretada de 90 ou 100 gramas. PC 2: Consiste no conjunto de procedimentos constantes no PC 1, acrescidos de : Exame epidemiológico- levantamento epidemiológico realizado anualmente com o objetivo de medir modificações no quadro epidemiológico das doenças bucais no grupo atendido. Exame clínico para diagnóstico. Terapêutica intensiva com flúor. PC 3: Consiste no conjunto de procedimentos constantes nos códigos anteriores (PC 1 e PC 2), acrescido de : remoção de cálculo e escariação e selamento de cavidade, com cimento provisório (Brasil, MS/NOB-93). Já sob a ótica da NOB-96 são PC's :Conjunto de procedimentos de promoção e prevenção de saúde bucal, de baixa complexidade dispensando equipamentos odontológicos desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (0 a 6 anos, 7 a 14 anos, adolescentes, gestantes e adultos). Exame epidemiológico – compreendem estudos de prevalência e incidência da doenças bucais, realizados, no início do programa e, no mínimo, a cada 2 anos com o objetivo de avaliar o impacto das atividades envolvidas e orientar o planejamento das ações para o grupo atendido e

no Brasil a partir de 1991 com a aprovação da portaria 184 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde foram instituídos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Verificou-se uma grande expansão dos PC's em escolas e outros espaços sociais. Ou seja a edição de tal portaria criou condições para que atividades de caráter coletivo na saúde bucal pudessem também ser financiadas com recursos do Fundo Nacional de Saúde. (Botazzo& Freitas, 1998).

Com a edição da Norma Operacional Básica (NOB-93) manteve-se o pagamento por produção dos procedimentos coletivos em saúde bucal. Ótica que veio a ser alterada com a edição da (NOB-96) que passa a remunerar os municípios de acordo com sua população e não mais pela sua produção de PC'S.

Também colaborou para o êxito do PRESBEM na visão da coordenadora de saúde bucal: "(...)eu acho que entenderam que não era só mais um programa, era sério, era tão importante como a questão da mortalidade infantil, era tão importante aquela questão da saúde bucal, como a vacina das crianças; a mesma mobilização que você faz para a vacina, você faz para a saúde bucal, o mesmo empenho de todo mundo, do prefeito ao agente de saúde, eu acho que isto que é o mais importante, e as pessoas acreditam, a população acredita, passaram a assimilar isto".

Sobre custos e extensão etária da cobertura Dra Cristina Sette, ex-secretária de saúde também responde (NESC, 1999b: 26): "(...) Tudo o que a gente faz , o mais barato é de saúde bucal. É o mais barato de todos, se perguntar assim, o que é que custa menos, são 22 mil escolares sendo atendidos

comunidade. Educação em saúde- atividades educativas realizadas, no mínimo trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (controle da placa bacteriana, uso do flúor através da água de abastecimento e métodos tópicos, dieta, desenvolvimento oro-facial, aleitamento materno, risco social, etc). Atividades com flúor – bochechos fluorados realizados semanalmente, com solução de sódio a 0,2% ao longo do ano, mínimo de 25 aplicações. Poderá ser utilizado outro método alternativo , como fluor-gel na escova, moldeira, pincelamento ou outras formas dependendo da faixa etária a que se destina e a situação epidemiológica do grupo. As aplicações de flúor-gel ficarão com periodicidade condicionadas segundo o risco de cárie. Higiene bucal supervisionada – Compreende a evidenciação da placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizada, no mínimo, a cada 3 meses ao longo do ano, com entrega a cada participante, de uma escova de dentes e um tubo de pasta fluoretado de 90 ou 100 gramas.

aqui. É o de saúde bucal. Se perguntar para a gente assim, odontologia para adulto, não avançou nada, mas estes não vão precisar de tanto dentista no futuro, entendeu?”.

Camaragibe portanto adotou um programa federal de impacto para a redução da atividade de cárie nos espaços coletivos, usufruindo do seu financiamento, mas deu-lhe feições próprias, quando abdicou da mão de obra da secretaria de educação, prática das mais comuns; e treina suas ASB's especificamente para atuarem no PRESBEM. Pesou também a boa articulação com a secretaria de educação e seu empenho em garantir no interior das escolas quase 100% da população da faixa etária atingida pelo programa.

Também ousou e deu sua marca própria, quando introduziu como método de aporte de flúor a escovação com o flúor gel, visto que a praxe a nível nacional era o bochecho, ou a aplicação via moldeiras, contrariando o entendimento de autores como Pinto (2000: 376) “ O gel Flúor Fosfato Acidulado (FFA) ou neutro não é de uso aconselhável para a escovação, sendo um produto distinto dos cremes dentais fluoretados. A finalidade da escova, no caso do gel FFA 1,23% e quando não houver moldeira ou cotonete disponível, é tão somente a de conduzir o produto para junto dos dentes a fim de que aí permaneça pelo tempo necessário (4 minutos ou 1 minuto, dependendo do tipo utilizado). Apesar da inexistência de suporte científico específico – não há estudos disponíveis a respeito (Ripa, 1989; Murray e Naylor, 1996; Burt e Eklund, 1997; Oloffsson e Bratthall, 1998) - , no Brasil, a escovação dentária com gel FFA ou gel neutro foi bastante difundida, representando na prática um desperdício de recursos escassos”.

O PRESBEM com seu arsenal preventivo-promocional, se mostrou impactante nos índices de cárie, visto que o levantamento epidemiológico de 1998, traz para a faixa etária de 12 anos um CPO-D de 1,98 para Camaragibe, abaixo da média nacional que é de 3,06 mostrado pelo levantamento de 1996.⁴⁵

⁴⁵ Quadro 6.

Verificou-se no período de 1994 para 1998 uma queda abrupta do CPO-D em Camaragibe para a faixa etária de 6 a 14 anos, tal queda pode ser explicada por basicamente dois fatores: o primeiro deriva de uma tendência nacional de queda, segundo Pinto (2000), explicada pela efetiva incorporação do flúor a maior parte dos cremes dentais a partir de 1989. E a segunda pela atuação nos espaços escolares por parte dos agentes de saúde bucal, com suas atividades preventivo-promocionais. Esta tendência de queda poderá ser sedimentada estatisticamente, com a realização no futuro de um novo levantamento, que pela situação atual de controle da doença cárie poderá ocorrer num espaço temporal mais dilatado, que a rotina atual de realizar a cada 2 anos.

Devido ao quadro de carência econômica prevalente no município é de suma importância, manter a distribuição de insumos odontológicos, prioritariamente nas áreas de maior risco, já identificadas pelas equipes do PSF.

Camaragibe também adota a partir de 1994 a estratégia do nível federal de constituição de equipes do PACS e PSF, organizando sua porta de entrada ao sistema de atenção a partir das mesmas. Com o reconhecimento popular e acadêmico de tal estratégia, somado com o respaldo conquistado nas conferências municipais sobre a necessidade de reverter o precário quadro de saúde bucal, elege-se a opção programática de introduzir a equipe de saúde bucal no PSF, e consagra-la também como estratégia de expansão da assistência em saúde bucal no município.

Soma-se a tais movimentos, a capacidade técnica da coordenação de saúde bucal de elaboração de um projeto-piloto e sua posterior implementação. Construção esta facilitada pelo embricamento da função de coordenador de saúde bucal, com a de supervisão do PSF, e a sensibilidade administrativa do então secretário municipal de saúde.

Quanto ao financiamento para a constituição das equipes de saúde bucal até o presente momento, as 4 equipes instaladas vem sendo mantidas sem

incentivo específico do Governo Federal. O Ministro da Saúde, em pronunciamento por ocasião do dia do Cirurgião-Dentista (25/10/2000) anunciou que estaria disponibilizando um incentivo Federal para fomentar a criação de tais equipes, vindo a emitir uma portaria em 28/12/2000 aonde estipula o valor de R\$13.000,00 por ano para equipe formada por CD e ACD e de R\$16.000,00 também por ano para equipe composta por CD-THD-ACD, além de um incentivo adicional de R\$5.000,00 por equipe implantada para a compra de instrumentais e equipamentos odontológicos.

Camaragibe também no caso da introdução do PACS/PSF segue uma diretriz do MS, só que o mesmo não consegue agilidade para agregar a saúde bucal, nem com incentivo e nem programaticamente, sendo tal espaço de elaboração ocupado por municípios como Curitiba, ou o Distrito Federal, que passam a servir de modelos. A saúde bucal quando é agregada ao PSF de Camaragibe o faz resguardando feições locais, a partir da elaboração de seus técnicos e condizente com toda a realidade local, como para os critérios de riscos, ou para os grupos eletivos.

Necessário se faz a expansão das equipes de saúde bucal no PSF ; diretriz da Secretaria de Saúde de Camaragibe, se forem seguidas as recomendações do Ministério da Saúde de se constituir uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes do PSF, Camaragibe terá que implantar mais 12 equipes de saúde bucal, para cobrir 90% da sua população como se faz no PSF atualmente.

Se por outro lado, coerente com a crítica da secretária de saúde atual, de que: "(...) a gente acha que não dá conta, que a gente já tem demanda suficiente considerando a diretriz de odontologia conforme isto está preconizado pelo próprio PSF, não dá para desenvolver, a não ser que eles queiram que seja um profissional de odontologia, dentro da unidade fazendo demanda espontânea, ou até programada dentro da unidade", mas não com esta visão também de prevenção, de ir a campo que não dá tempo, não tem condições também de

fazer isto (...). Neste caso Camaragibe teria que implantar 28 equipes de saúde bucal no PSF, alcançando o total de 32 equipes, que é o número atual responsável pela cobertura de 90% de sua população.

A ampliação do número de equipes de saúde bucal se faz necessário para principalmente ampliar a cobertura clínica de adultos, visto que com exceção de gestantes, diabéticos, cardíacos e idosos, o mesmo na prática somente é atendido em situações emergenciais (geralmente exodontias), ou numa situação de muita dificuldade para o mesmo, aonde este tem que solicitar a consulta junto a USF da sua área para ser encaminhado ao CEMEC Tabatinga, necessitando repetir tais passos para cada procedimento que venha a demandar.

Tal atendimento ao adulto é fundamental, pois devido ao precário quadro econômico do município, é prática corriqueira na idade adulta; sendo inclusive segundo Pinto (2000) a principal causa de edentulismo no Brasil, a avulsão do elemento dental, à primeira manifestação cariogênica, entrando-se numa ciranda que só termina com a perda total dos mesmos e sua substituição por próteses. E como a porta aberta para o acesso do adulto no município, se faz pela emergência, poderá o próprio município estar programaticamente contribuindo para esta prática mutiladora.

O gráfico 1 demonstra a intensidade das exodontias, sendo que no período de janeiro de 1995 até outubro de 2000, relacionando-se as mesmas com as restaurações, verifica-se uma quase equivalência entre estas. (Mínimo de 1 restauração para 1,10 exodontia em 2000, até 1 exodontia para 1,82 restauração em 1999). Tal prática mutiladora, mesmo se respeitando o baixo poder aquisitivo local, denota um descompasso no seu modelo assistencial em saúde bucal, porque se por um lado se investe no PRESBEM com prevenção-

promoção para crianças e adolescentes, para os adultos na prática se oferece-se o recurso exodôntico.

Por outro lado, o quadro 2 mostra que a sobrecarga exodôntica no ano 2000 se dá no Centro de saúde ainda existente e nos CEMECs (todos realizando mais exodontias que restaurações). Já nas USF's com saúde bucal, todas realizam menos exodontias que restaurações (vai de 1 exodontia para 1,69 restaurações até 1 exodontia para 6,31 restaurações). Portanto a estratégia de ampliação da saúde bucal nas USF's por esta avaliação de qualidade se mostra acertada.

O cirurgião-dentista 4, na sua entrevista expressa sua preocupação com as exodontias: "(...) tem muita coisa que deixa a desejar, por exemplo aqueles plantões odontológicos, não é muito bom, pois está tendo muita mutilação, muita exodontia. A prefeitura fechou os postos de saúde e fez a concentração nos CEMECs, eu acho que se tivesse uma visão melhor; no caso assim todo mundo faz ambulatório de 8 pacientes, e o resto do plantão fica difícil é mais exodontia, e o pessoal procura muito, porque não tem os postos (...)".

A coordenadora de saúde bucal, explicita na sua entrevista o porque do investimento nos pronto-atendimentos: " (...) eu tenho certeza na minha cabeça que a gente vai resolver algumas coisas, não vou resolver tudo, menos ainda em saúde bucal por causa de um descaso histórico, então uma das coisas que mais me doía era a questão da urgência, da dor principalmente em Camaragibe que é um local pobre, acidentado, com morro, ladeira, eu sabia que crianças, adultos, morriam de dor aqui dentro, e ficava por isto mesmo, não tinha como resolver tudo, pelo menos isto, a assistência nem adianta sonhar que não ia dar para todo mundo. Foi aí que veio a proposta da emergência, que casou, porque a gente estava desmanchando os centros de saúde, fazendo deles unidades de saúde da família, dentro da estruturação do novo modelo".

Tal estratégia de fechamento dos centros de saúde para criação das unidades de saúde da família, se mostrou uma encruzilhada programática, não representando um consenso entre os profissionais inseridos na assistência odontológica, nas entrevistas aparecem manifestações com o seguinte teor: “(...) eu acho que só tem um posto de saúde agora e o atendimento ali no CEMEC, mesmo sendo 24hs ficou pouco”. Ou “(...) falta muita coisa ainda para se completar, só tem um posto de saúde, ainda municipal, os outros 6 fecharam, este posto de saúde da família aí o PSF, não tem dentista, quer dizer, tem e não tem, tratamento só no Centro de saúde Vera Cruz, é o único”.

Focando melhor a questão do acesso, observa-se que no Gráfico 2, em relação ao oferecimento da 1^A consulta odontológica, mesmo com todas as suas vicissitudes como apontado na coleta de dados/informações, o seu oferecimento para a população de Camaragibe variou de 0,08 primeira consulta habitante ano até 0,11 primeira consulta habitante ano, quantidade ínfima para uma população que depende quase que exclusivamente da assistência pública. Ressalte-se que tal situação não é calamitosa devido aos bons resultados alcançados no programa preventivo-promocional (PRESBEM), conforme tabela 4.

Outro dado que reflete a questão do acesso, pode ser visto no gráfico 2, aonde se relaciona os procedimentos efetivamente realizados pelo município (menos os PC's), com a população municipal, no período de janeiro de 1995 até outubro de 2000. E verifica-se que oscilou-se de 0,14 procedimento habitante ano em 1995, até 0,25 procedimento habitante-ano em 1996. No momento encontra-se num crescente, 0,20 em 1998, 0,22 em 1999 e 0,23 em 2000, sem se considerar os 2 últimos meses do ano. Quantia ainda irrisória para tal população.

A coordenadora de saúde bucal coloca o que ao seu ver é hoje o maior problema para expansão da cobertura: “(...) porque o meu problema é comprar equipamento e instalar, e não tem dinheiro para fazer, tanto que a gente sabe , que não tem financiamento para nada, você pega o REFORSUS que tinha

dinheiro para construir uma maternidade, e não tinha um tostão para equipar a odontologia, tinha dinheiro para equipar o que você quisesse e não tinha um tostão para a odontologia, então você está a anos, 20 anos neste país sem um dinheiro para equipar a odontologia”.

A ampliação do número de equipes de saúde bucal no PSF, esbarra no financiamento, primeiro problema detectado nas entrevistas, mas também é dificultado pela ausência de profissionais com o perfil adequado para o trabalho com a comunidade, principalmente o Cirurgião – Dentista, que a coordenadora de saúde bucal define da seguinte maneira: “ (...) a gente tem hoje no mercado, um profissional que não tem nada a ver. E assim é muito complicado. Só para você ter uma idéia, do ano passado para cá, que as universidades começaram a integrar com a gente, a trazer aluno ou para mim ir dar aula lá. E a gente chega, conversa, fala, mas infelizmente o perfil que estão formando ainda é dentro daquele sonho, que eu acho um tremendo erro que cometem contra os alunos, lhes vendendo um sonho de que vão ser muito ricos, que vão atender nos seus consultórios, e que vão ganhar muito dinheiro, e a gente sabe que isto não existe a mais de 10 anos atrás”.

Tal dificuldade com o perfil de um profissional CD, condizente com as diretrizes da saúde bucal no PSF, também é extensiva a profissionais funcionários municipais, aparece nas entrevistas um desconhecimento e até crítica por tal forma de organização dos serviços: “ Este negócio do trabalho de saúde da família, aquilo ali estou por fora, não entendo não, porque apesar de eu ser antiga aqui, não sei como aquilo funciona, nunca fui(...)”. Entrevista com CD 3.

Baseado nas entrevistas também se detectou a necessidade de ampliação da especialidade prótese, que fica muito aquém de conseguir contemplar a demanda acumulada, gerando infundável lista de espera. Tal procura intensa vem a respaldar o raciocínio anterior de ser uma prática corriqueira as exodontias por parte da população de Camaragibe na idade adulta.

Por outro lado, as dificuldades na montagem do serviço de prótese e sua operacionalização, somados a uma grande demanda reprimida sugerem iniciativas, mais a curto prazo, como a compra de tal serviço a iniciativa privada.

Sobre a especialidade periodontia, critica-se a sua localização no Centro de Saúde Vera Cruz, unidade localizada longe do centro do município, dificultando o acesso, e também pela sua pouca incorporação tecnológica para abrigar tal especialidade.

Aparece também nas entrevistas, um anseio pela introdução de novas especialidades como endodontia, ortodontia/ortopedia funcional dos maxilares. Ou para montagem de serviço especializado para dar conta da assistência á portadores de deficiência física e mental.

Outras especialidades referendadas a FOP que é situada no município, ou à estrutura do SUS estadual no Recife, aparece nas entrevistas que as mesmas situam-se muito no terreno da informalidade, dependendo para o seu acesso, muito dos contatos pessoais dos profissionais ou da perseverança dos pacientes.

CAPÍTULO 5- CONCLUSÃO

“Eu vejo meu povo descalço
Seguindo a estrada vermelha
Mordendo a mordaça do laço
Melaço
Babando no barro de telha

Meu povo pisando o cascalho
Fugindo daquele curral
Parece perdido espantalho
No atalho
Dançando ao som do punhal (...)

Rubinho do Vale e João E. Rodrigues

Podemos afirmar que o modelo assistencial em saúde bucal de Camaragibe encontra-se em construção, sendo-lhe favorável a clareza dos objetivos expressos nas conferências municipais de saúde e por sua secretária de saúde, a competência técnica e a adesão a proposta de sua coordenação e dos profissionais envolvidos nos projetos mais impactantes como o PRESBEM e o saúde bucal da família, além da continuidade administrativa expressa na reeleição do atual prefeito municipal.

Pode se afirmar ainda que a construção do modelo assistencial em saúde bucal de Camaragibe aponta para um modelo assistencial alternativo em saúde bucal , nos moldes propostos por Paim (1999a: 478) e apresentado no marco teórico referencial, que frise-se o seu processo de elaboração, experimentação e difusão, o vem fazendo programaticamente e guiando-se pelos princípios e diretrizes para o SUS, mais especificamente:

Quanto a universalidade do atendimento no modelo assistencial de saúde bucal de Camaragibe, verifica-se que conseguiu para a população de 5 a 14 anos abrigada nos espaços educacionais públicos ou particulares de pequeno porte conveniados a secretaria municipal de educação uma cobertura plena para os procedimentos preventivo-promocionais, não podendo se dizer o mesmo para a assistência clínica restauradora, nem para as especialidades decorrentes.

Para a população de 0 a 5 anos, nas 8 áreas cobertas pelo saúde bucal da família consegue-se algum nível de cobertura. Já a população maior de 15 anos, na prática contará somente com o pronto atendimento dos CEMEC's, com exceção dos programáticos gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, nas áreas do saúde bucal no PSF. Para a emergência odontológica conseguiu-se algo próximo da universalidade, apesar de não ter parâmetro para tal tipo de atendimento o município conta com 1 CD em plantão de 24 horas para cada

9.188 habitantes (população IBGE 2000). Portanto ainda não se tem um atendimento nem universal nem eqüanime.

Quanto a integralidade da assistência odontológica no modelo assistencial em saúde bucal de Camaragibe, a mesma também não acontece hegemonicamente, ocorrendo uma nítida dissociação entre as ações de cunho preventivo-promocional (PRESBEM) e as restauradoras. Mas nas áreas com dentista no saúde bucal da família, tal ótica vem sendo quebrada, quando a equipe de saúde bucal assume as atividades preventivo-promocionais nos espaços coletivos, bem como quando constrói o mapa de risco para a atividade cárie na área adscrita quando da visita domiciliar, oferecendo cuidados preventivos promocionais no ambiente da residência, além da atenção clínica para o paciente de risco 3, no ambiente da unidade de saúde da família.

Quanto a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada no modelo assistencial em saúde bucal de Camaragibe, verifica-se a preocupação de estabelecer uma porta de acesso ao sistema (saúde bucal no PSF), e dos diferentes níveis de complexidade, mas falha quando da pequena quantidade de equipes de saúde bucal no PSF, pequeno número de especialistas e de especialidades, além da pouca organicidade na relação referencial com a FOP e o SUS estadual.

Quanto a participação da comunidade na formulação das diretrizes da política de saúde bucal, verifica-se pelas resoluções das conferências municipais de saúde, um embricamento entre o discurso avançado dos técnicos da área e a aprovação dos mesmos pelos outros setores representados tanto no conselho como nas conferências municipais, sendo que os documentos originados das conferências refletem os caminhos da construção do modelo assistencial em saúde bucal no município de Camaragibe.

Conclue-se também que no presente momento, Camaragibe tem um modelo assistencial em saúde bucal híbrido, parte tradicional e parte

alternativo, ou seja ao mesmo tempo que valoriza ações programáticas universalizantes, integralizadoras e hierarquizantes como no PRESBEM e na saúde bucal do PSF, além do esforço para se ter um suporte das especialidades, também não abdica de ofertar atenção em demanda espontânea, ou com marcação prévia de consultas com muitas dificuldades para o usuário não eletivo, como nos CEMECs. Prática esta das mais justificadas, tendo em vista o perfil sócio-econômico do município, mas que acarreta um incremento considerável nas exodontias. Ou seja Camaragibe constrói seu próprio modelo assistencial em saúde bucal, fruto das conjunções, políticas, técnicas e históricas pertinentes ao município, e portanto impossíveis de se replicar com as mesmas características em outro local.

Quanto ao modelo assistencial em saúde bucal anterior a 1993, conclue-se que era um modelo assistencial tradicional apresentando baixo impacto epidemiológico, como constatado no levantamento de 1994 (CPO-D aos 12 anos de 6,74), pois não investia em procedimentos preventivos coletivos portanto não trabalhando com grupos populacionais, calcado exclusivamente na clínica, ofertando uma quantidade limitada de vagas e sem contemplar a questão da urgência. Ou seja, não almejava universalidade, integralidade, hierarquização e nem era construído via participação popular.

Frisa-se aqui o espaço desta dissertação de ser um estudo de caso, não permitindo portanto inferências a outras realidades, por mais próximas que sejam.

Sugere-se um estudo para identificação da origem dos pacientes atendidos pela FOP e por Camaragibe, podendo se avançar em alguma forma de integração, incluindo-se também os municípios vizinhos para o atendimento básico, das urgências odontológicas, bem como dar maior organicidade ao atendimento das especialidades.

Também sugere-se que na realização do próximo levantamento epidemiológico, a faixa etária estudada seja estendida para contemplar adolescentes e adultos com vistas a subsidiar a intervenção para estes respectivos grupos populacionais. Bem como estudar outras necessidades de saúde bucal.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a Epidemiologia*. Rio de Janeiro: APCE-ABRASCO, 1992.

ANDRADA, J. A. Mudança de paradigma na atenção a saúde bucal em Camaragibe/PE. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6.,2000, Salvador. *Anais...*, Salvador: Abrasco, 2000(a). Trabalho n. 1260.

_____. *Saúde bucal de Camaragibe*. Recife, 2000b. Apresentação de palestra. 23 slides.

ANDREAZZI, M. F. S.; TURA, L. F. R. (Org.). *Financiamento e gestão do setor saúde: novos modelos*. Rio de Janeiro: Ed. Anna Nery, 1999. 225p.

AQUINO, V.; ALBUQUERQUE, M. F. M.; COSTA, A. M. *Elementos e normas para elaboração de um projeto de pesquisa*. Recife, 1997. Mimeografado.

AROUCA, S. A reforma sanitária brasileira. *Tema*, Rio de Janeiro, ano 5, p. 2-4, nov, 1988.

ASSIS, M. V. F.; MORAIS, M. J. C. *A saúde bucal no modelo assistencial de Camaragibe*. Recife, 1998. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Depº de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação- referências- elaboração*. Rio de Janeiro, 2000.

BOLETIM POPULAR. Informativo da Prefeitura de Camaragibe. Camaragibe: Prefeitura Municipal, ano 2, n. 8, set. 1999a. 8 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990a. 20 p.

_____. Secretaria Geral. *Modelos assistenciais no SUS*. Brasília, 1990b. 31p.

_____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. NOB/SUS-93. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 maio 1993a.

_____. NOB/SUS-96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília:1996. p.134

BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1986.

BOTAZZO, C. *A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde*. São Paulo, 1989. 24p. Mimeografado.

BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S. R.; CORVÊLHO, V. M. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, n. 10, jun. 1995.

BOTAZZO, C.; FREITAS, S, F. T. (Org.). *Ciências Sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. Bauru (SP). Ed. UNESP, 1998. p. 159-174.

BREILH, J. *Epidemiologia, economia, política e saúde*. São Paulo. Ed. UNESP/Hucitec, 1991. 276p.

CABRAL, A. C. B.. *Contribuições das concepções normativa e estratégica ao estudo do planejamento em saúde bucal*. Camaragibe, PE, 1999. 153 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP).

CAMARAGIBE é modelo para o Brasil. CREMEPE, Recife, p.12, jul./ago. 2000.

CAMARAGIBE, PE. Secretaria Municipal de Saúde. *Deliberações do CMS de Camaragibe (1993-1996)*. Camaragibe, 1996. Mimeografado.

_____. *Plano municipal de saúde 1997-2000*. Camaragibe, 1997. 110 p. Mimeografado.

_____. *Relatório de gestão 98/99*. Camaragibe, 1998a. Mimeografado.

_____. *Programa de saúde da família-Projeto piloto-“O Dentista de Família”*. Versão preliminar. Camaragibe, 1998b. Mimeografo.

_____. *Deliberações da 4 C.M.S. de Camaragibe*. Mimeografado. 8 p. 1999a

_____. *Reuniões do C. M. S. de Camaragibe 1997-1999*. 1999b
Mimeografado.

-----A construção da participação popular e o exercício do controle social na definição da implantação do PSF em Camaragibe-PE, s/d

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA, J. M.; TONON, L. (Org.). *Planejamento de gestão em saúde*. Salvador: Coopmed, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n. 37, p. 16-20, dez. 1992.

_____. *A saúde pública e a defesa da vida*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1994. 175 p.

_____. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220p.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 333 p.

_____. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 23, n. 53, p. 30-36, set./dez. 1999

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1998, Brasília. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 102p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 1986, Brasília. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 6p. Mimeografado.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2., 1993, Brasília. *Relatório final...* Brasília: Ministério da Saúde, 1993b. 30p. Mimeografado.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri/Abrasco, 1991. 184 p.

CORDÓN, J. A. Dificuldades, contradições e avanços, na inserção da Odontologia no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.13, p. 36-53, jun. 1996.

_____. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, 1997.

_____. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em saúde coletiva. *Ação Coletiva*, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, p. 07-26, jan./mar. 1998a.

_____. *A inserção da Odontologia no SUS: avanço e dificuldades*. Brasília, 1998b. 99 p. Tese (Doutorado de Odontologia em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, UNB.

COSTA, N. R. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998. 173 p.

DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 5. ed. São Paulo: Cortês, 1996. 120 p.

ENRIQUEZ, E. *O indispensável para a mudança e a sobrevivência*. Recife: TGI, 1995. 120 p.

FARIAS, S. F. *Modelo assistencial e responsabilidade sanitária: os limites e possibilidades da atenção à gestante no município de Camaragibe/PE*. Recife, 1998. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Deptº de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz - NESC/CPqAM/FIOCRUZ..

FISCHER, T. (Org.). *Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1997. 207 p.

HOLANDA, Aurélio B. *Novo dicionário Aurélio básico de língua portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira, 1995. 687 p. Edição especial da Folha de São Paulo.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 203 p.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n. 49/50, p.13-22, dez./1995 a mar./1996.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994. 278 p.

GTE -*Grupo de trabalho eleitoral do Partido dos Trabalhadores*, (2000). <[http://: www.pt.org.br](http://www.pt.org.br)>. Capturado em: 02 denov. 2000.

HUERTAS, F. *Entrevista com Matos: o método PES*. São Paulo: Fundap, 1995.

LAKATOS, E., M.; MARCONI, M. A. Pesquisa bibliográfica. In: _____. *Metodologia trabalho científico*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. cap. 2, p. 43-76.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do SUS: retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, p. 75-156, dez. 1996.

MACHADO, H. O. P. *Controle social e agenda política do SUS no município do Cabo de santo Agostinho-PE*. Recife, 1999. 162p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Deptº de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz -NESC/CPqAM/FIOCRUZ.

MACHADO, M. H. (Coord.) *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997. 244 p.

_____. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 193 p.

MALLOY, J. M. *A política da previdência social no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 199p.

MARCOS, B. *Pontos de Epidemiologia*. Belo Horizonte: ABO-MG, 1994. 390p.

MEDEIROS, K. R. *Modelos assistenciais e equidade em saúde: o caso do município de Camaragibe*. Recife, 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Deptº de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz -NESC/CPqAM/FIOCRUZ..

MENDES, A.; CARVALHO, G.; MARQUES, R. *O financiamento do SUS: princípio, série histórica e propostas*, [S. l.], 1997. 53 p. Mimeografado.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde São Paulo*. Hucitec, 1993. cap. 2, p. 19-91.

_____. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.

MERHY, E. E; ONOKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. 385 p.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de alguma estratégia gerenciais. *Revista Ciência em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-315,1999.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996..269 p.

MOTTA, F. C. P.. *Teoria geral da administração: uma introdução*. 22. ed. São Paulo: Pioneira, 1998 230 p.

NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113 p.

NESC/CPqAM/FIOCRUZ. (Org.). *Curso de capacitação para gestores municipais: textos básicos*. Recife, 1998. 64 p. Módulo 1.

NESC/CPqAM/FIOCRUZ. *Pesquisa análise situacional e proposições para o processo de municipalização de saúde em Pernambuco*. Financiamento MARE/CAPES. Diagnóstico inicial dos municípios. Recife, 1999a. 20 p. Mimeografado.

_____. *Pesquisa análise situacional e proposições para o processo de municipalização de saúde em Pernambuco*. Financiamento MARE/CAPES. Entrevista com a secretária de saúde do município de Camaragibe. Dra. Cristina Sette. Recife, 1999b. 28 p. Mimeografado

OLIVEIRA, A. G. R. C. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, Brasília, ano 2. v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (IM) *Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 201-234.

O QUE fazer nos municípios? *Cadernos de Saúde Bucal*. Rio de Janeiro, 1992.

PAIM, J. Reforma sanitária e os modelos assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Médsi, 1999a. p. 473-488.

_____. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Médsi, 1999b. p. 489-504.

PERES, M.A. A. *A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso município de Ipatinga-MG, BR. 1989-1994*. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública-USP.

PEREIRA, A. C. O perfil epidemiológico e sua relação com o planejamento de ações odontológicas no Piese-Paulínia (SP). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 63-67, set./dez. 1999.

PINTO, V. G. *Saúde bucal: Odontologia social e preventiva*. São Paulo: Santos, 1994. 415 p.

PINTO, V. G. *Características do subsistema público federal de prestação dos serviços em Odontologia*. São Paulo, 1977. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo-USP.

-----.*A questão epidemiológica e a capacidade e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil.* 1992- Tese de doutorado em saúde pública- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

-----. *Saúde bucal: Odontologia social e preventiva.* São Paulo: Santos, 1994. 415 p.

_____. *Saúde bucal coletiva.* São Paulo: Santos, 2000. 541 p.

PINTO, I. C.; TEIXEIRA, C. F. Reforma do estado e reforma sanitária no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. 2000, Salvador. *Anais ...*, Salvador: Abrasco, 2000. Trabalho nº 1873.

PONTO A PONTO. Informativo do Governo popular. Camaragibe: Camaragibe, ano 1, n. 17, 2 p, set./out. 1999b..

SCHRAIBER, L. B.(Org.). *Programação em saúde hoje.* 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 243 p.

SERRA, C. G.. A municipalização da saúde bucal: a experiência de Curitiba. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6. 2000, Salvador. *Anais ...*, Salvador: Abrasco, 2000. Trabalho nº 0343

_____. *A saúde bucal como política de saúde. análise de 3 experiências recentes: Niterói, Campinas, Curitiba.* Rio de Janeiro, 1998. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social da UERJ.

SILVA, G. G. A.; EGYDIO, M. V. R. M.; SOUZA, M. C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 37-42, set./dez. 1999.

SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec, 1999. 143p.

SOARES, J. A.; BAVA-CACCIA, S. (Org.). *Os desafios da gestão municipal democrática.* São Paulo: Cortês, 1998. 192 p.

TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os programas especiais e o novo modelo assistências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.264-277, jul./set. 1990.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, ano 7, n. 2, abr./jun. 1998

TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes.* Rio de Janeiro: Lemos, 1997.

TENÓRIO, F. G. (Coord.). *Elaboração de projetos comunitários: abordagem prática*. São Paulo: Loyola, 1995. 86 p.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógicas de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. 306 p.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. *Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: mimeo 1998- 39p.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. *Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para discussão, nº 401).

-----*Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil (25/02/1999)*. Texto produzido para o XI seminário regional de política fiscal- CEPAL-IPEA- Brasília.

WERNECK, M. A. F. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança*. Niterói, RJ., 1994. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, n. 13, p. 18-35, 1996.

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 60*. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública.

_____. Saúde bucal um desafio a democratização do setor. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n. 45, p.17-22,1994.

_____. *Saúde bucal no PSF: proposições e programação*. Brasília, 2000. Mimeografado..

A N E X O S

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A COORDENADORA DE SAÚDE BUCAL, EX-COORDENADORA DE SAÚDE BUCAL, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE E CDs INSERIDOS NO PSC, POSTO DE SAÚDE, ESPECIALIDADES E PRONTO-ATENDIMENTO.

- 1) A saúde bucal é tratada como prioritária no âmbito da S.M.S? Numa escala de prioridades de 0 a 5, como você situa a priorização da saúde bucal? Porque você acha que se dá esta priorização, também em ordem de importância?
- 2) Em relação a assistência em saúde bucal que era ofertada em Camaragibe, em 1993 do ponto de vista programático? E a assistência programática que é prestada hoje, houveram mudanças? Cite as mudanças palpáveis por ordem de importância?
- 3) Tendo-se verificado uma redução abrupta do CPO-D encontrado pelo levantamento epidemiológico realizado em 1994, para outro realizado em 1998. A que você atribui tal queda, por ordem de importância?

- 4) Visto que a prioridade para a atenção básica no município é a constituição de equipes do PSC, e a saúde bucal não tem recebido incentivos do MS para compor tais equipes. Como você avalia a postura da SMS de inserir equipes de saúde bucal no PSC com recursos próprios? Cite por ordem de importância os motivos que você acha que a levaram a isto?
- 5) Você concorda que Camaragibe desenvolveu um modelo assistencial em saúde bucal com feições próprias, e portanto diferente de outros municípios? Por ordem de importância quais seriam estas diferenças?
- 6) Quais as dificuldades por ordem de importância para a implantação de um programa em saúde bucal que contemple a equidade, integralidade e universalidade, ancorado na participação popular no município de Camaragibe?
- 7) Tem havido cursos de qualificação com vistas a constituição de equipes capazes de levar a cabo à construção de um modelo de S. B. condizente com as diretrizes do SUS em Camaragibe? Quais? Quais os critérios por ordem de importância para seleção dos profissionais?
- 8) Quais as instâncias de deliberação para a definição de políticas de saúde bucal em Camaragibe? Descreva-as em ordem de importância?

