UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

Jorge Aparecido Brienza

**A fluoretação das águas de abastecimento público no município de
Ribeirão Preto (SP)**

Ribeirão Preto - SP

2005

JORGE APARECIDO BRIENZA

**A fluoretação das águas de abastecimento público no município de
Ribeirão Preto (SP)**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em
Saúde Pública

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Saúde
Bucal

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto - SP

2005

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Brienza, Jorge Aparecido

A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP). Ribeirão Preto, 2005.

148 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientador: Palha, Pedro Fredemir.

1. Fluoretação 2. Políticas Pública. 3.Saúde Bucal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jorge Aparecido Brienza

A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo,
para obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Saúde
Bucal

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Marlivia Watanabe

Instituição _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Susana Inês Segura Muñoz

Instituição _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Agradeço a minha querida esposa *Adriana* pelo apoio durante a elaboração deste trabalho e ao amor com se dedica à nossa família em todos os momentos.

Aos meus queridos filhos *André e Júlia* pelos momentos de convivência e alegria que vocês nos proporcionam.

Amo vocês!

Aos meus familiares e queridos sogros *Ruy e Meiga* que nos ensinam a viver a solidariedade, a amizade e os valores da família.

A vocês, minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

À grande amiga e colaboradora Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira, pelo estímulo constante, pelo otimismo e pela importante colaboração para a finalização deste trabalho. Ficarei sempre grato à você!

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha, agradeço a confiança e apoio.

À Profa. Dra. Maria das Graças Bonfim Carvalho pelo apoio no projeto inicial do Mestrado em Saúde Pública, sua colaboração foi muito importante.

Ao Professor Dr. José Roberto Tamburus e a Dra. Ana Lúcia Barili, agradeço a colaboração para a elaboração de nosso referencial teórico.

À Adriana Amaro da pós, agradeço a amizade e profissionalismo com que atende a todos.

Agradeço a todos os colegas de pós-graduação, em especial à Trude e à Ivonete, pelas alegrias, inquietações e desafios que juntos compartilhamos.

Um agradecimento especial a Leopoldina e a Milena, da Biblioteca Central, pela colaboração com as referências.

Agradeço a todos os atores sociais que participaram da elaboração deste trabalho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela qualidade de sua pós-graduação e pelo acolhimento que oferece a todos.

RESUMO

BRIENZA, J. A. **A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP)**. 2005. 148f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

No Brasil existem dificuldades para o controle da dosagem correta do flúor na água de abastecimento, ainda que sua incorporação represente um método seguro, econômico, eficaz e eficiente para reduzir os níveis de cárie dentária na população. O flúor presente constantemente na água ingerida participa dos ciclos de desmineralização e remineralização do esmalte dentário, atuando de forma terapêutica e preventiva, tendo sido atribuída à fluoretação das águas uma redução de 30 a 60% na incidência da cárie dentária. Para alcançar os efeitos preventivos, os teores adequados precisam ser mantidos permanentemente, pois a interrupção temporária ou definitiva e teores de flúor abaixo do recomendado acarretam a perda do benefício pela população. Para teores acima do recomendado, corremos o risco de desenvolver a fluorose dentária nas crianças cujos dentes estejam em formação. Este estudo propõe, através de uma metodologia qualitativa, usando como estratégia investigativa a entrevista semi-estruturada e a análise documental, conhecer como o município de Ribeirão Preto realiza o monitoramento da fluoretação das águas de abastecimento público, contextualizando-o com as políticas públicas de saúde, sendo no campo da saúde bucal, seu principal avanço foi a redução do índice CPO-D, de 6,14 em 1992, para 1,95 em 2004. Contudo, o município ainda apresenta dificuldades para universalização da assistência odontológica e para as referências de especialidades. A rede de abastecimento público de água do município apresenta uma singularidade ao ser constituída por 99 poços artesianos, que constituem 76 pontos para aplicação do cloro e flúor, sendo que este último começou a ser adicionado a partir de 1987, somente atingindo 100% dos poços em 1996. Inúmeras dificuldades de ordem técnica, de recursos materiais, humanos, administrativos e financeiros precisam ser superados para que a fluoretação efetivamente aconteça e somente a partir de 1997 o heterocontrole passou a ser realizado. A partir de 2000 a Vigilância Sanitária passou a realizar o acompanhamento da fluoretação e dentre as amostras analisadas, menos de 50% estão com teor adequado para o flúor, geralmente abaixo de 0,6 ppm, com prejuízos dos benefícios previstos por essa ação. As ações e projetos para melhorias na fluoretação ainda não foram capazes de melhorar esses resultados. A participação e o controle social da fluoretação representam ainda um processo incipiente na construção das políticas públicas vigentes no Município.

Palavras Chaves: fluoretação; políticas públicas; saúde bucal.

ABSTRACT

BRIENZA, J. A. **The fluoridation of public water supply in the city of Ribeirão Preto, SP.** 2005. 148p. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

In Brazil there are several problems to control the correct level of fluoride in the public water system, although its incorporation is a safe, economic, efficacious and efficient method to reduce tooth cavities in the population. The fluoride ingested regularly in the water influences the demineralization and remineralization cycles and is a therapeutic and preventive strategy. Some studies found that water fluoride contributes to a 30 to 60% reduction of dental cavities incidence. In order to achieve preventive effects, the adequate levels of fluoride must be continuously maintained as its temporary or definitive interruption and low fluoride doses (below the recommendation) can result in the loss of its benefits. On the other hand, high fluoride doses cause the risk of dental fluorosis especially in children whose teeth are still developing. Based on a qualitative methodology and using semi-structured interviews and analysis of documents, the author aimed at learning how the municipality of Ribeirão Preto monitors the public water fluoride levels, in the context of public health policies. The main improvement in oral health was the reduction of CPO-D index, from 6.14 in 1992 to 1.95 in 2004, although it still presents difficulties regarding care universalization and speciality references. The public water system has 99 artesian wells with 76 places for fluoride application. Fluoride application began in 1987, achieving 100% in 1996. Several technical problems or regarding material, human, administrative and financial resources are observed and must be solved in order to have effective water fluoridation. Only in 1997, the municipality initiated the fluoride control. In 2000, the Sanitary Surveillance Department began to supervise water fluoridation and among the analyzed samples, less than 50% present the adequate level of fluoride, generally below 0.6 ppm, impairing possible benefits. The actions and projects directed to improve the fluoride levels did not achieve good results. Social participation and control of fluoridation still represent an incipient process in the construction of public policies in the municipality.

Keywords: fluoridation; public policies; oral health.

RESUMEN

BRIENZA, J. A. **La fluoración del agua de abastecimiento público en Ribeirao Preto.** 2005. 148f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

En Brasil hay dificultades para el control del nivel correcto de flúor en el agua de abastecimiento, aunque su incorporación sea un método seguro, económico, eficaz y eficiente para reducir los niveles de carie dental en la población. El flúor presente constantemente en el agua participa de los ciclos de desmineralización y remineralización en la superficie del diente, actuando de forma terapéutica y preventiva. Se atribuye a la fluoración del agua una reducción entre 30 y 60% de la incidencia de carie dental. Para alcanzar los efectos preventivos, los niveles adecuados deben ser mantenidos permanentemente, pues la interrupción temporaria o definitiva y niveles abajo del límite recomendado causan la pérdida del beneficio por la población. Con niveles superiores al límite recomendado, hay el riesgo de fluorosis en niños con dientes en formación. A través de una metodología cualitativa, utilizando como estrategias investigativas la entrevista semi-estructurada y el análisis documental, este estudio tiene como objetivo conocer como la municipalidad de Ribeirão Preto monitorea la fluoración del agua de abastecimiento público en el contexto de las políticas públicas de salud. En la salud bucal, su principal avance fue la reducción del índice CPO-D, de 6,14 en 1992, para 1,95 en 2004. Sin embargo, continúa presentando dificultades para la universalización de la asistencia y para las referencias de especialidades. La red de abastecimiento público de agua de la municipalidad presenta una singularidad pues tiene 99 pozos artesianos, con 76 puntos para aplicación de cloro y flúor. El flúor empezó a ser adicionado a partir de 1987, llegando a 100% de los pozos en 1996. Varias dificultades de orden técnico, de recursos materiales, humanos, administrativos y financieros precisan ser superados para que la fluoración sea efectiva. Solamente después de 1997, el control de la fluoración empezó a ser realizado. A partir de 2000, la Vigilancia Sanitaria ha iniciado la supervisión de la fluoración y entre las muestras analizadas, menos de 50% están con nivel adecuado para flúor, generalmente abajo de 0.6 ppm, con perjuicios de los beneficios previstos por esa acción. Las acciones y proyectos para la mejoría en la fluoración no fueron capaces de generar resultados satisfactorios. La participación y el control social aunque representan un proceso incipiente en la construcción de las políticas públicas vigentes en la municipalidad de Ribeirão Preto.

Términos Clave: fluoración; políticas públicas; salud bucal.

SUMÁRIO

Apresentação	12
I – Introdução	14
II – Objetivos.....	19
III– Fundamentação Teórica.....	21
3.1.A Odontologia científica: do surgimento aos dias atuais	22
3.2.A inserção da Odontologia na Reforma Sanitária Brasileira.....	24
3.3.A Saúde Bucal no Brasil	34
3.4.A Saúde bucal e a cárie dentária.....	36
3.5.A ação do flúor sobre a cárie dentária	39
3.5.1.A descoberta e o uso do flúor em saúde pública	43
3.5.2.O uso sistêmico do flúor através da água de abastecimento	46
3.5.3.A Fluorose dentária	47
3.6.A vigilância sanitária e a fluoretação das águas	49
IV. O Percurso Metodológico	55
4.1.Quadro Metodológico.....	56
4.2.O cenário	58
4.3.Os sujeitos do estudo	61
4.4.As estratégias da investigação	61
4.4.1.A entrevista semi-estruturada	61
4.4.2.A análise documental	62
4.5.O processo de análise dos dados.....	63
4.6.Questões éticas da pesquisa.....	65
V. Resultados.....	66
5.1.Um breve histórico do Sistema Local de Saúde	67
5.2.A Saúde Bucal em Ribeirão Preto	79

5.3.Historicidade da fluoretação das águas em Ribeirão Preto	93
5.4.O contexto atual da fluoretação	99
5.4.1.O acompanhamento dos níveis de fluoreto nas águas de abastecimento	103
5.4.2.Ilustrando o acompanhamento das dosagens de fluoreto –de 1997 a 2004.....	107
5.4.3.O acompanhamento da fluoretação pela Vigilância Sanitária - o heterocontrole	115
5.4.4. O controle social e a fluoretação	123
VI. Considerações Finais.....	132
Referências	136

APRESENTAÇÃO

Apresentação

No Brasil, onde a desigualdade social é muito grande, a fluoretação das águas muitas vezes vem a ser o principal meio de prevenção à cárie para grande parcela da população, a qual não tem acesso a outros métodos preventivos tais como aplicações tópicas de flúor, bochechos com soluções fluoretadas e até mesmo dentifrícios fluoretados e assim o progresso e a continuidade da fluoretação assumem grande importância para a saúde bucal das coletividades.

No século XX a fluoretação das águas de abastecimento público foi apontada entre as dez mais importantes conquistas da saúde pública (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999) e diante da importância desta estratégia de prevenção e promoção em saúde bucal, optamos por conhecer como o município encaminha esta questão.

Considerando o processo social de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, trazemos na parte 1 algumas considerações sobre nossa trajetória profissional e os objetivos desta pesquisa, compreendendo que o conhecimento se faz através de um processo que implica ao mesmo tempo construção e reflexão da realidade.

Na parte 2 trazemos o referencial teórico, descrevendo a trajetória do estabelecimento da Odontologia enquanto campo do conhecimento científico; sua incursão no movimento da reforma sanitária brasileira, a saúde bucal no Brasil e o problema da cárie dentária enquanto objeto de estudo e trabalho da Odontologia, a ação do flúor sobre a cárie dentária (história, benefícios e riscos associados).

Na parte 3 descrevemos nosso caminho operacional, optando por um estudo qualitativo, definindo o local, os sujeitos e as estratégias da investigação, bem como o processo de análise dos dados e as questões éticas pertinentes.

Na parte 4 contextualizamos as políticas públicas de saúde bucal e o processo de fluoretação das águas de abastecimento, considerando a experiência do controle social sobre esta questão e por fim, apresentamos nossas considerações finais.

INTRODUÇÃO

I. Introdução

Minha graduação em Odontologia seguiu o paradigma científico, como a maioria dos cursos de graduação na área da saúde, o qual fragmenta o homem em partes, em especialidades, privilegiando os conhecimentos técnicos, biologicistas e o trabalho clínico individual. Hoje consigo perceber que o incômodo sentido em relação ao modelo de formação devia-se à falta de uma dimensão política, social e pedagógica na formação do dentista.

Meu primeiro contato profissional com a Saúde Pública ocorreu em dezembro de 1987, quando ingressei por concurso público na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, sendo designado para o cargo de Cirurgião Dentista I. Durante a graduação tivera uma formação direcionada segundo o modelo hegemônico da Odontologia: flexneriano¹, fragmentado e voltado para os aspectos técnicos da profissão, dissociada do processo de discussões e de mudanças que então se operavam no Sistema Nacional de Saúde, com a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde-SUDS.

Historicamente, a Odontologia vem aperfeiçoando sua tecnologia com relação aos materiais e equipamentos utilizados, bem como aos avanços científicos, preparando-se para a lógica imposta do mercado no sistema capitalista em que vivemos. Tem privilegiado o progresso científico e técnico em detrimento do humano, deixando de lado as discussões do âmbito político-social, das questões de formação, dos serviços de saúde. A falta de integração entre estas diferentes questões tem resultado no predomínio de uma Odontologia iatrogênica, de caráter mercantilista, elitista, odontocêntrica.

Em 1988, o relatório final do V Encontro Nacional de Administradores e Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos apontava que o Sistema Único e Descentralizado de Saúde não estava sendo implantado conforme o preconizado pela VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Era necessário que a descentralização chegasse, efetivamente, ao nível municipal e dos sistemas locais, que deveriam ser montados concomitantemente à municipalização dos serviços básicos. As organizações sindicais e populares deveriam ser estimuladas a exercer o controle social dos sistemas locais. Era preciso alcançar a isonomia nos salários, nas jornadas e nas condições de trabalho e assegurar que as contratações se efetuassem mediante concurso público, como condições fundamentais

¹ Flexner foi o educador americano que, em 1910, codificou a medicina científica hegemônica, calcada nos seguintes elementos ideológicos: o mecanicismo, o biologismo, a atenção a indivíduos, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa e reabilitadora, este modelo também foi utilizado pelas demais profissões da área da saúde (MENDES, 1999).

para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Defendia-se ainda a integração entre a Universidade e os serviços (SERRA, 1998).

Ao final de 1988 desliguei-me do serviço público, trabalhando na atividade privada até 1995, quando novamente via concurso, retornei ao serviço público, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Ribeirão Preto (SP).

Em 1999 o Curso de Especialização em Saúde Pública promovido pelo Centro Universitário São Camilo, permitiu aproximar-me mais das temáticas e da compreensão das políticas públicas em saúde. Nesse curso de caráter multiprofissional, realizamos um Trabalho de Conclusão de Curso, através de uma monografia intitulada ‘Diagnóstico de Saúde do Município de Sertãozinho (SP)’, o qual permitiu compreender melhor o Sistema Único de Saúde-SUS. Foi possível entender também que os serviços e ações de saúde apresentam a necessidade de um trabalho multiprofissional, com uma ação intersetorial que demanda a articulação entre diferentes atores e setores da sociedade e do Estado.

No período de 1995 a 2000 trabalhei na assistência odontológica na Unidade Básica de Saúde Adalberto Teixeira de Andrade (Posto Piloto) do bairro Ipiranga, município de Ribeirão Preto (SP). Nessa unidade pude observar algumas características comuns às demais Unidades de Saúde: grande demanda por consultas de urgência, cujas resoluções terminavam invariavelmente nas extrações dentárias; extensas listas de espera e demanda reprimida, resultando em grandes necessidades acumuladas de tratamento odontológico e não resolvidas pelas políticas locais de saúde bucal.

No ano de 2000, desejei mudar o foco do trabalho, até então voltado para o pronto atendimento, transferindo-me para a Unidade de Saúde da Família Ernesto Che Guevara, localizado no Bairro Maria Casagrande Lopes, região oeste do município de Ribeirão Preto (SP). Desse primeiro contato com a proposta do Programa Saúde da Família, tive a expectativa de compor a equipe multiprofissional em fase de implantação nessa Unidade.

Em 2001, um projeto de integração dos equipamentos sociais do Bairro, proposto pela Secretaria da Cidadania, proporcionou a realização de algumas reuniões na Unidade de Saúde do Bairro Maria Casagrande, com a participação do Programa de Saúde do Escolar (PROASE), da Rede de Assistência Integral à Criança e Adolescente (RAICA), diretores de Escolas e Coordenadora da Disciplina Saúde do Escolar da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo-EERP-USP.

Essas reuniões vieram reforçar o trabalho que estava desenvolvendo junto às crianças matriculadas na Escola Municipal de Educação Infantil – EMEI - Paulo Henrique de Souza, pertencente à área de abrangência local, pois, anteriormente, sentindo a dificuldade de abordar

crianças na faixa etária de 4 a 6 anos que buscavam a Unidade no pronto atendimento, optei por fazer uma abordagem fora do ambiente clínico-cirúrgico do consultório, objetivando trabalhar a prevenção e promoção da saúde bucal.

Realizei diversas visitas à Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) local, apresentando-me às professoras e alunos, realizando palestras para pais e exibindo filmes educativos para as crianças. O conteúdo dos vídeos apresentados foi reforçado através de atividades de desenho, acompanhadas em sala pelas professoras. Um levantamento de necessidades de tratamento odontológico foi realizado e os casos mais críticos foram agendados para tratamento. Progressivamente, as crianças foram sendo agendadas, com a presença dos pais, para consultas de orientação/prevenção e tratamento, se necessário. Esta experiência foi muito gratificante, pois as crianças se tornaram muito próximas e colaborativas na aceitação do tratamento clínico. Acredito que nesse momento pude enriquecer a assistência oferecida.

Deste novo vínculo surgiu a motivação para concorrer ao Mestrado em Saúde Pública, apresentando um projeto destinado a conhecer a situação de saúde bucal da população em idade pré-escolar.

A partir do ano de 2003, o curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP possibilitou um maior contato com as questões do campo da saúde coletiva: o movimento da reforma sanitária, as conferências nacionais de saúde, a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS. Isto permitiu ampliar minha formação e a percepção de aspectos concernentes à saúde, enquanto direito de cidadania.

À experiência do trabalho na saúde coletiva, veio somar-se o (re) conhecimento da historicidade das práticas de saúde, enquanto práticas socialmente construídas e a compreensão do processo de inclusão social representada pela proposta do Sistema Único de Saúde, que segundo Werneck (1994), ainda se vê dificultado por “políticas inadequadas de financiamento, por equívocos na condução de políticas locais e pela inexistência de recursos humanos capacitados a compreender e atuar no Sistema”.

A partir do redimensionamento do olhar sobre a saúde coletiva, numa abordagem mais ampla, decidi pela escolha de uma nova temática para minha Dissertação de Mestrado: A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP), tendo em vista a importância assumida por esta estratégia dentro das políticas públicas em saúde bucal.

A fluoretação de águas de abastecimento é uma medida de saúde pública de amplo alcance, atinge várias faixas etárias e sociais e responde pela redução da prevalência da cárie dentária em torno de 40 a 60% quando se comparam regiões fluoretadas e não fluoretadas (TERNER; CURY, 1992).

Por outro lado, conforme afirma Narvai (2001), o processo de fluoretação das águas de abastecimento público não termina com a ativação dos mesmos nas companhias de tratamento de águas espalhadas pelo território nacional com todo seu aparato tecnológico e de insumos para este fim. Constitui um processo, em que se consegue ampliar o campo de atuação, envolvendo o conceito de vigilância à saúde e onde a atuação do controle social dos serviços é exercida por vários atores sociais, produzindo um real impacto sobre os níveis de saúde da população.

Este estudo se propõe a uma avaliação qualitativa do processo de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público do Município de Ribeirão Preto (SP), por meio de um estudo descritivo e exploratório, contextualizando este processo com as políticas públicas em saúde bucal desenvolvidas pelo município.

OBJETIVOS

II - Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo da fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP).

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ 2.2.1. Contextualizar o processo da fluoretação com as políticas públicas de saúde do município de Ribeirão Preto (SP).
- ✓ 2.2.2. Conhecer como é realizado o acompanhamento do processo de fluoretação das águas do município de Ribeirão Preto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III. Fundamentação teórica

3.1. A Odontologia Científica: do surgimento aos dias atuais.

As bases da Odontologia como hoje a conhecemos, foi fundada em 1728 com a obra de Pierre Fauchard: *“O cirurgião-dentista ou, tratado sobre os dentes”*. O termo “cirurgião-dentista” foi cunhado por ele, que com seu prestígio como cirurgião-militar, especializou-se como cirurgião-dentista e conseguiu dar destaque à Odontologia, como especialidade cirúrgica, ampliando a distância entre esta prática e a dos “puxadores de dentes”. Por essa época, houve um aumento do número de cirurgiões dedicados a essa especialidade e uma melhoria da técnica cirúrgica, porém não houve uma redução do desconforto e da dor dos pacientes, nem melhorias estéticas importantes ou avanços no conhecimento dos fatores determinantes das doenças bucais (NOVAES, 1998).

A Odontologia seguiu rumo próprio em separado da medicina nos Estados Unidos, no século XIX, sendo que nessa época quatro tipos de praticos cuidavam dos dentes da população: a própria pessoa (baseada nas recomendações registradas nos inúmeros textos publicados para este fim), o médico local, os cirurgiões especialistas e os “práticos” itinerantes, cada qual cuidando de segmentos sociais específicos (NOVAES, 1998).

A primeira faculdade de Odontologia do mundo foi fundada em 1840, em Baltimore (USA), por um grupo de dentistas, formados através de estágios com profissionais vindos da Europa. Criou-se também a Sociedade Americana de Cirurgiões-Dentistas e o “American Journal of Dental Science”, que procuravam garantir a institucionalização da profissão. Nesse país, a identidade profissional do dentista se firmou de forma definitiva a partir do aumento do número de profissionais e sua disseminação para outros países no fim do século XIX. Santos (1991 apud NOVAES, 1998) relata que no Brasil o primeiro curso de Odontologia foi inaugurado em 1890, na Faculdade de Medicina da Bahia.

A etiopatogenia das doenças dentárias não se modificou de forma significativa até o início do século XX, porém as abordagens terapêuticas tradicionais sofreram o impacto do desenvolvimento científico, tecnológico e industrial de diferentes áreas: a anestesia por inalação de gases isolados pela química (óxido nitroso, éter, clorofórmio), novos modelos de fórceps, o amálgama de prata como alternativa para as lâminas de ouro na restauração, a vulcanite como base de fixação para as dentaduras, coroas e pontes de porcelana. A anestesia e as dentaduras mais confiáveis tornaram a extração dentária o procedimento de rotina dos consultórios dentários, e um belo sorriso de porcelana passou a ter o seu charme, chegando

mesmo a se apresentar como uma alternativa melhorada para a dentição natural e assim, a partir do final do século XIX os consultórios dentários adquirem as características básicas hoje conhecidas, dando condições para que a prática restauradora dos dentes se transformasse numa alternativa terapêutica rotineira para um número ampliado de pessoas, ainda que distante da maioria da população (NOVAES, 1998).

Segundo Cid (1985 apud NOVAES, 1998), o desenvolvimento da microbiologia e a identificação de uma causa infecciosa para um grande número de doenças fortaleceram a esperança da identificação de causas de todas as doenças, passíveis de intervenção tanto preventiva como curativamente.

Promovidos pela esperança no progresso da ciência e da técnica, os médicos do século XIX formularam o projeto – ou o sonho – de uma ordenação da vida e da sociedade, em virtude da qual poderia ser eliminada do nosso mundo a doença. Esse projeto implicava a medicalização da sociedade, propondo regras de vida que, se seguidas, e principalmente desde a infância, garantiriam a saúde e um futuro brilhante (NOVAES, 1998).

Em 1890, W.B.Miller publicou: “Microorganisms of the Human Mouth” abrindo as portas ao desenvolvimento da Odontologia Preventiva. Sua tese revolucionária era que os carboidratos aderidos aos dentes eram fermentados pela flora normal do meio bucal e os ácidos resultantes desse processo causavam a descalcificação do esmalte dentário, permitindo que outras bactérias penetrassem os defeitos iniciais e destruíssem a dentina subjacente. A descoberta de Miller propiciou muitas melhoras na prática geral da odontologia: uma profilaxia bucal ativa tanto por parte do dentista como do paciente; um cuidado mais intenso com a esterilização e, mais tarde o desenvolvimento das modernas técnicas de preparação de cavidades por G. V. Black (RING, 1998).

O impacto desta nova teoria promoveu uma ampliação na esfera de atuação dos dentistas, agora também responsáveis pela prevenção das cáries. A proposição da necessidade de constante prevenção e controle das doenças dentárias, em todas as pessoas, expandia enormemente a clientela potencial. Acompanhando o processo de desenvolvimento industrial, a produção de produtos como escovas e pastas de dentes para a higiene dentária também se amplia e a idéia de limpeza e a necessidade de produtos que fossem capazes de desinfetar a tudo e a todos, passa a fazer parte de um certo imaginário coletivo, que procura construir um mundo no qual a ordem depende do esforço e da vigilância de cada um (NOVAES, 1998).

A emergência da Bacteriologia no final do século XIX colocou em segundo plano a discussão da relação entre as condições sociais e a saúde, enfatizando as explicações com base

na causa biológica para as doenças. Em consequência disto, a incorporação do saber sobre o social na formação para a área da saúde foi adiada (NOVAES, 1998).

No Brasil, as escolas da área da saúde, criadas e desenvolvidas sob influência da educação européia até o início do século XX, passaram a sofrer forte influência norte-americana a partir da década de 1920: separação entre a docência, prestação de serviços e pesquisa; o ciclo básico passou a ser separado do ciclo clínico e concentrado nos primeiros anos do curso; ênfase na doença ou lesão e nas ações curativas e de reabilitação; estruturação de microdisciplinas por especialidade odontológica; ensino centrado na difusão de tecnologia sofisticada; relação aluno-professor autoritária e paternalista; ênfase na pesquisa biológica (NOVAES, 1998).

A partir de 1950, a prática odontológica sofreu o impacto dos grandes avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e dos movimentos sociais (que tomam o direito à saúde como um dos direitos fundamentais a serem garantidos pelo Estado), da expansão dos serviços de saúde e do grande desenvolvimento industrial de produtos diagnósticos e terapêuticos para a saúde, ainda que em menor intensidade e com dinâmica distinta daquela da prática médica (DONANGELO, PEREIRA, 1976; MENDES GONÇALVES, 1979, apud NOVAES, 1998).

Os avanços científicos e tecnológicos modificaram os conhecimentos e habilidades necessárias do profissional, desenvolvendo as forças produtivas e modificando as formas de trabalho de artesanal para um trabalho mecanizado e transformando as relações sociais de produção, reproduzindo, portanto as relações capitalistas dominantes. Principalmente a partir de meados de 1960, as atividades odontológicas são paulatinamente inseridas no circuito da acumulação e valorização do capital, favorecido por uma política econômica de expansão industrial, por uma política de saúde, expandindo os serviços de assistência odontológica e ampliando o acesso aos serviços, como um mecanismo político e econômico. Este consumo foi também favorecido pela política educacional, com a ampliação das faculdades de Odontologia, como terceiro elemento da produção odontológica (IYDA, 1998).

3.2. A inserção da Odontologia na Reforma Sanitária Brasileira

Alguns autores classificaram a década de 80 como a “a década perdida”, ao analisar somente os índices de desempenho da economia brasileira, como o crescimento do Produto Interno Bruto ou o nível de produção industrial nesse período de nossa história, porém Fioris e Kornis (1994 apud PEZZATO, 2001) discordam e ainda afirmam que é uma leitura

reducionista frente à complexidade das transformações vividas pelo país nos anos 80. Defendem que devemos analisar a conjuntura enquanto um todo e apresentam um quadro geral da década:

[...] A expansão do espaço da cidadania em contradição com a inexistência ou a timidez no resgate da dívida social; o exercício crescente (e pleno após 85) da liberdade política versus o desencanto com os políticos e com a atividade política; no plano econômico, o aumento da lucratividade do setor privado na vigência de uma enorme diminuição das taxas de investimento produtivo; e, por fim, a falência do setor público associado ao ajuste 'por dentro das empresas' no setor privado. (GUIMARÃES; TAVARES, apud PEZZATO, 2001)

A Odontologia brasileira participou de duas importantes conferências na década de 80: a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), quando se discutiu pela primeira vez, de forma específica, a contribuição da Odontologia num programa nacional de saúde e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que consolidou as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária. Na VII Conferência Nacional de Saúde, o modelo de odontologia praticado no Brasil foi caracterizado pela: ineficácia, ineficiência, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, caráter monopolista, inadequação no preparo de recursos humanos e dependência externa (SERRA, 1998).

O ano de 1986 tornou-se referência para a Saúde com a realização em Brasília (DF), da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde as aspirações oriundas do movimento da Reforma Sanitária foram aglutinadas e criaram condições favoráveis às novas propostas para a Assembléia Nacional Constituinte até a promulgação da nova Constituição em 1988 (SERRA, 1998).

Para Fioris e Kornis (1994 apud PEZZATO, 2001), a Constituição Federal de 1988 consagrou o espaço que os atores sociais e políticos vinham buscando na luta pela redemocratização do país, com conquistas no campo social, civil e político, conforme expõem:

[...] Apesar de suas descontinuidades, nascidas do conflito e das negociações que atingiram, sobretudo os capítulos referentes à organização do Estado, do sistema partidário e da ordem econômica, a nova Constituição coroou uma mudança de regras e instituições feita sob a pressão da crise econômica, do desgoverno e da falta de pacto social e político. Neste sentido a Constituição de 88 transformou-se, na prática, no único pacto nascido nos anos 80 e destinado à consolidação democrática durante a década de 90. (FIORI, KORNIS, 1994, apud PEZZATO, 2001)

A crítica ao modelo hegemônico de assistência à saúde e odontológico, em particular, consolidou-se na década de 80. No entanto, este processo remonta aos anos 50, com a União

dos Estudantes de Odontologia-UNEO, em 1954, tendo adquirido consistência nos Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEOs-1979), no Movimento de Renovação Odontológica (MBRO-1984) e nos Encontros Nacionais dos Técnicos e Administradores do Serviço Público (ENATESPO-1984). As diretrizes que representam o produto desse caminhar de lutas, afirmações e contradições da categoria desembocaram na VII Conferência Nacional de Saúde (1980), na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), na I Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986), na Constituição Federal de 1988 e nas Leis infraconstitucionais (8080/90 e 8142/90) (SERRA,1998).

O pensamento político, crítico às práticas hegemônicas da Saúde em geral e, odontológicas, adquiriu forma com a criação da UNEO em 1954, no Rio de Janeiro. A UNEO sofreu intervenção pelo governo militar em 1964, ressurgindo em 1967 no Congresso Extraordinário dos Estudantes de Odontologia, em Salvador, alertando a sociedade para a formação dos estudantes de Odontologia, distante da realidade brasileira, em consequência do processo de elitização e subordinação impostas à Universidade pelas elites dirigentes. A forte repressão que se seguiu após o Ato Institucional nº 5, em 1968, fez com que, somente em 1977, os estudantes de Odontologia voltassem a se reunir e desta vez, num movimento articulado com todos os estudantes brasileiros. Do processo de rearticulação iniciado pelos estudantes em 1977, no Congresso de Odontologia no Rio Grande do Sul, resultou o I Pré-Encontro Científico dos Estudantes de Odontologia – Pré ECEO, em Vitória (ES), em setembro de 1979, onde o nome de Encontro Científico de Estudantes de Odontologia foi oficializado (SERRA, 1998).

Os Encontros Científicos foram responsáveis pela formação crítica dos profissionais da área da Saúde Bucal, que interessados em mudanças sociais e na prática odontológica, continuaram a participar dos movimentos dos trabalhadores da saúde pela democratização do país e da Saúde em particular. Da união desses profissionais com outros segmentos da categoria surgiu o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica – MBRO, cujo dinamismo concorreu para dar contornos claros e precisos ao pensamento político sanitário que vinha se formando desde o movimento estudantil (SERRA, 1998).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES/DF, fundado em 1976) representando a vertente político-ideológica do Movimento Sanitário apresentou importantes contribuições, alertando em relação à alta tecnologia alcançada na área da Saúde; à inexistência de programas odontológicos nacionais voltados para as questões bucais da coletividade e à indefinição de prioridades nesse campo; ao caráter privatizante, elitista e casuístico das propostas oficiais (SERRA, 1998).

De acordo com Garrafa (1984 apud SERRA, 1998), o modelo de assistência odontológica colocado em prática pelas instituições governamentais era emergencial, paliativo e cobria uma pequena parte da população brasileira. A inexistência de propostas abrangentes e a deficiente formação do profissional criavam um ciclo vicioso de inacessibilidade dos serviços à maioria das pessoas. Por outro lado, as instituições públicas de saúde ainda colocavam em último plano a mais importante medida preventiva em saúde bucal, de comprovada praticidade e eficácia, que é a fluoretação das águas de abastecimento. Até o ano de 1981, somente 10% da população era beneficiada com o consumo de água fluoretada. A prática odontológica hegemônica ocupava-se das lesões, dos efeitos das doenças e do controle das doenças em si, através de ações sobre a placa bacteriana bucal, a sua principal causa. O entusiasmo pela tecnologia ocidental e pelos milagres da odontologia curativa era tão intenso em países pobres e dependentes como o Brasil, que os equipamentos tornavam-se mais valorizados que os próprios profissionais.

Em 1982, o relatório final do I Encontro dos Coordenadores Estaduais de Serviços Odontológicos, realizado em Belém (PA), enfatizava a necessidade de serem adotados programas direcionados para crianças entre 07 e 14 anos, de prevenção coletiva, hierarquizados e regionalizados, para grupos sociais mais pobres e para regiões de difícil acesso aos serviços. Esses programas deveriam também conter ações de educação em saúde em todos os níveis de atenção, estimular a participação da comunidade, incorporar recursos humanos auxiliares e utilizar equipamentos simplificados (SERRA, 1998).

Em 1985 o MBRO manifestou-se em favor da luta pelas liberdades políticas e contrariamente à mercantilização da prestação de serviços odontológicos, defendendo a expansão desses serviços pelo Estado, a responsabilidade deste pela municipalização, o controle das instituições pela população organizada, o aumento de recursos para a assistência odontológica, por uma tecnologia nacional, por recursos humanos adequados à realidade sócio-econômica e epidemiológica do país e sua justa remuneração, por um ensino público e gratuito em todos os níveis e campos do saber odontológico e pela democratização das entidades odontológicas. O MBRO considerou fundamental a reorganização da categoria em torno de suas entidades e, particularmente, dos sindicatos, para reverter o modelo de odontologia fundado na prática privada, que teve em 20 anos de regime autoritário o seu momento de apogeu e de crise. O trabalho permanente desenvolvido junto à categoria era o de incentivar/persuadir os dentistas a participarem do processo político nacional, através das associações de classe e demais entidades, das associações de moradores e dos partidos políticos (SERRA, 1998).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) ganhou importância não só pela expectativa da discussão dos temas nacionais sobre a reforma na saúde, mas também pelas mudanças na sua organização com a participação da sociedade organizada, superando a forma de um encontro de técnicos da área. Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em evento paralelo, ocorreu o 2º Encontro Anual do MBRO que consolidou a importância nacional do movimento, com a presença de cinquenta representantes de dez Estados da Federação e confirmou a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, em Brasília, de 10 a 12 de outubro de 1986 (SERRA, 1998).

O Movimento divulgou em abril de 1987, pela primeira vez, a proposta para a Saúde na nova Constituinte aprovada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Entretanto, o MBRO sofreu seu primeiro sério abalo, quando o Ministério da Saúde (MS) criou em agosto de 1987, de forma súbita, a Divisão Nacional de Saúde Bucal, desconsiderando a coordenação nacional do MBRO. Este fato, de certo modo, explicitava os conflitos de interesses na área da Saúde Bucal e que já se manifestavam às vésperas da nova Assembleia Nacional Constituinte (SERRA, 1998).

Zanetti (1993 apud SERRA, 1998) relata que em 28 de janeiro de 1989, o MBRO reunido em assembleia na cidade de São Paulo criticou duramente o Plano Nacional de Saúde Bucal, especialmente pelo apoio recebido de entidades odontológicas “notoriamente antidemocráticas e alheias às lutas dos trabalhadores” e pela ausência desses trabalhadores (representados pela CUT, CGT, CONAM, UNE, UNEO), que estiveram presentes na I Conferência Nacional de Saúde Bucal e no processo de formulação dessa política, dos representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS). Também acusou a DNSB de não ter definido e implementado, até aquela data, um programa nacional de Saúde Bucal “democrático e elaborado no rumo da Reforma Sanitária”, proposto na I CNSB e de ter optado por uma política que não fora solicitada por “nenhum foro democrático”, desconhecendo, propositalmente, a proposta política definida na I Conferência Nacional de Saúde Bucal.

O MBRO tendo sofrido uma irreversível desarticulação em 1989, foi importante para a realização do I Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos - ENATESPO, em Goiânia, em dezembro de 1984 (SERRA, 1998).

As conclusões do I ENATESPO demonstraram a disposição dos participantes de lutar pela realização de uma reforma sanitária, com a instituição de um Sistema Único de Saúde, que representasse a consolidação democrática, isto é, com descentralização do poder decisório

e de recursos, a municipalização das ações de saúde e a participação da comunidade na formulação e acompanhamento dos programas de saúde e odontológicos; pela garantia de um Programa Nacional de Saúde que atendesse às necessidades elementares da população, incluindo as odontológicas; e elaboração de um diagnóstico nacional de saúde bucal, que contivesse ainda informações sobre os recursos odontológicos existentes no País para orientar as atividades do setor público. Estes Encontros tornaram-se um instrumento importante para a compreensão e análise das práticas odontológicas no nosso país, principalmente após a I Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986, em virtude da pouca ou quase nenhuma reflexão sobre estas práticas nos congressos de odontologia, onde são priorizados praticamente os aspectos biológicos e tecnológicos (NARVAI, 1994).

O V ENATESPO (1988) defendia a participação dos estados e municípios com representantes na Divisão Nacional de Saúde Bucal e a fluoretação das águas de abastecimento público; a existência de Conselhos de Saúde em todos os níveis para evitar que a municipalização viesse a se transformar em instrumento de clientelismo; para assegurar a aplicação correta dos recursos públicos e a implementação das políticas de saúde (SERRA, 1998).

No VI ENATESPO (1989), enfatizou a política de recursos humanos como condição indispensável para viabilizar novos modelos de atenção à saúde bucal. Os investimentos em recursos humanos deveriam privilegiar a formação de pessoal auxiliar ACD, THD, TPD e Técnicos em Equipamentos Odontológicos, como também, a reciclagem dos profissionais de nível universitário (SERRA, 1998).

Em 1989, cerca de 71% do tempo dos profissionais de odontologia estava dedicado ao trabalho em clínica particular ou junto a instituições privadas. E o acesso ao tratamento odontológico, para a maior parte da população tornava-se inviável, pois os baixos salários dificultavam o pagamento de serviços de odontologia (PINTO, 1993a).

A década de 80 propiciou ao país redemocratizar-se, porém a crise de governabilidade, a perda da legitimidade política e econômica, acelerou uma crise que já se fazia presente e assim, os anos 90 herdaram:

[...] um aumento incontestável da cidadania, acompanhado de um aumento simultâneo da dívida social da nação, e frente a esta dívida social, o Estado apareceu cada vez mais desarmado, seja pela diminuição de sua capacidade de gasto, seja pela ausência de um novo bloco de poder capaz de dar governabilidade na medida em que viabilize uma nova estratégia de desenvolvimento com democracia para o Brasil.
(FIORI; KORNIS apud PEZZATO, 2001)

No início dos anos 90 a crise da saúde esteve estampada nos jornais: falta de leitos hospitalares, fraudes, greves do INAMPS e nos hospitais. Porém, segundo Pinto (1993a) a Odontologia vivia à margem desse processo, pois nessa época o modelo de prestação de serviços odontológicos era predominantemente liberal, embora algumas das contradições da Odontologia nacional já estivessem presentes: no período de 1980 a 1989, enquanto a população cresceu 20%, o número de profissionais formados aumentou 65%, havendo uma alta procura pelos cursos de odontologia nos idos de 1990/1991, por representar a última das profissões liberais (eram 81 faculdades de Odontologia em 1990); em 1981 a previdência oferecia 1 consulta odontológica por 3,5 habitantes e em 1989, 1 consulta por 4,2 habitantes.

O mesmo autor refere que nessa época (1993), o número de horas contratadas no caso brasileiro, dificilmente correspondia ao número de horas trabalhadas, os atendimentos eram realizados com muita rapidez e de maneira impessoal.

O tema ‘Construindo a Saúde Bucal Coletiva no Brasil’ discutido em São Paulo, no VIII ENATESPO (1991), permitiu revelar claramente, que o pensamento político sanitário odontológico havia incorporado ao seu discurso de crítica do modelo hegemônico de prática odontológica não só as experiências programáticas bem sucedidas no setor em vários Estados, como as diretrizes da Reforma Sanitária já transformadas em leis (Constituição e Leis Complementares) (SERRA, 1998).

Pinto (1993a) afirma que o modelo de prestação de serviços odontológicos à população era predominantemente liberal no início dos anos 90, não constituindo um verdadeiro sistema de atenção em saúde bucal, funcionando suas diversas partes de modo independente ou com limitado nível de relacionamento entre si, tendo essencialmente uma lógica do setor privado liberal em que prevalecem as leis de mercado com as distorções próprias a essas leis e pelas particularidades do setor saúde de maneira geral e pelas formas usuais de entendimento entre pacientes e profissionais em específico.

No X ENATESPO (1994) 350 participantes discutiram o tema central: “A saúde bucal no processo de municipalização” e as experiências bem sucedidas e coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Os municípios de Santos (SP), Curitiba (PR), Rio do Sul (SC) e Ipatinga (MG) foram objeto de atenção especial. Nas atividades paralelas ao Encontro, houve a reunião de profissionais que trabalhavam com a Vigilância Sanitária e os teores de flúor nas águas de abastecimento público, tendo-se criado também o grupo brasileiro de professores de Odontologia Social Coletiva. No documento final destacou-se o posicionamento contrário ao modelo sócio-econômico do país, o reforço à necessidade de ampliação da fluoretação das águas de abastecimento e a conseqüente vigilância sanitária das

mesmas e a defesa da garantia do repasse de verbas a estados e municípios como forma de viabilizar a municipalização da saúde.

No XIV ENATESPO (1998) discutiu-se o tema: ‘SUS, Saúde Bucal e as Reformas do Estado’ e foram apresentadas propostas de mudanças na regulamentação dos cursos de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, praticada até então pelo Conselho Federal de Odontologia-CFO, destacando-se o caráter da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade da Saúde Coletiva e em particular, da Saúde Bucal Coletiva. Discutiu-se sobre a formação de pessoal auxiliar em Odontologia, considerando estratégias para o fortalecimento dos centros formadores, escolas e programas de formação técnica em saúde em todo o país. Neste evento, o III Congresso Brasileiro de Saúde Bucal apontou como fundamentais os Conselhos e as Conferências de Saúde para o fortalecimento da participação popular, devendo ser incentivada a participação dos profissionais de saúde bucal como conselheiros ou ouvidores do SUS, pois se apontou que essa participação nas reuniões e/ou Conferências ainda era muito incipiente ou inexpressiva.

O XVII ENATESPO (ENATESPO, 2002) discutiu o tema “Saúde Bucal: direito de cidadania”. Os debates abordaram a equidade na gestão pública, a saúde bucal como fator de exclusão social, a atenção básica e o Programa de Saúde da Família (PSF). O encontro destacou entre outros temas, que o projeto de formação da Odontologia era “alienante”, desconhecendo o cenário social e o meio ambiente no qual atua; há necessidade de democratizar o conhecimento e os Conselhos de Saúde e a sociedade não participam das decisões; que é preciso resgatar a idéia da integralidade e promoção da saúde e da ação cuidadora, desde o início da formação acadêmica. Sobre a Vigilância em Saúde Bucal:

[...] a Vigilância Sanitária deve ser estruturada para verificar os teores de flúor nos alimentos, medicamentos e, particularmente no Brasil, na água e no creme dental, pois são as formas mais utilizadas pela população. O controle é essencial para que seu uso seja benéfico e seus efeitos adversos controlados (ENATESPO, 2002).

Nesse encontro também se discutiu a inserção das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família, apontando problemas políticos, de administração e planejamento, sendo que os métodos adotados para a inclusão de Equipes de Odontologia não foram os mais transparentes, segundo o professor Carlos Zanetti da Unb e na abertura do encontro, a Secretária de Saúde Maria Luiza Jaeger lembrou que *‘nosso grande desafio é fazer com que o SUS seja legal não só na legislação, mas também no cotidiano das pessoas’* (ENATESPO, 2002).

Zanetti (1993) refere que a Odontologia viveu um processo de tecnificação que se inicia nos anos 30 e atingiu seu auge na década de 70, simultaneamente ao surgimento de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos médico-odontológicos, acompanhando o desenvolvimento capitalista nacional. Porém, o fim do milagre econômico, marcado por uma crise em 1981, reduziu o ímpeto na incorporação acrítica de tecnologia nos atos clínico-odontológicos e mesmo com o fim dessa época, persistem reminiscências simbólicas sobre tecnologia no imaginário da categoria e da sociedade, considerando que o “laser” em Odontologia e os anseios pelo uso indiscriminado de aparelhos ortodônticos como fortes evidências dessas reminiscências. Os principais agentes de formação da postura de incorporação crescente de tecnologia na prática odontológica foram, na sua maioria, os profissionais pertencentes à comunidade acadêmica, na condição de intelectuais orgânicos.

Segundo o mesmo autor, a cárie sempre foi o objeto fundante para a organização da formação, das práticas e da transformação da maior parte dos atos odontológicos em mercadorias passíveis de compra e venda no mercado. Como seqüela da atividade de cárie, seguem as lesões dentais, os comprometimentos pulpares (endodônticos), os processos periapicais, a perda de tecidos de sustentação e por fim as necessidades de extrações, associadas a imediata instalação de problemas oclusais. Para a organização da oferta foram criadas dezenas e dezenas de cursos de Odontologia nas mais distintas modalidades de instituições de ensino superior e tal criação acabou por produzir um país campeão mundial de escolas e dentistas.

Durante os anos 50 a 80, a assistência odontológica pública no Brasil foi caracterizada por um modelo predominante de assistência ao escolar, na maioria das vezes incremental e para o restante da população, a assistência ocorria nas diversas instituições, dentre elas o INAMPS, as Secretarias Estaduais de Saúde e as entidades filantrópicas como hospitais beneficentes e sindicatos (ZANETTI, 1993; NARVAI, 1994; ZANETTI et al., 1996).

Uma estimativa atual considera que somente 30% da população brasileira tem acesso regular, anual, a serviços odontológicos, públicos e privados, este percentual se reduz bastante se consideramos apenas a população que de fato pode pagar os custos da atenção privada com recursos próprios. A pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 1998, revelou que dentre 158 milhões de brasileiros, 77,3% compreende uma população com renda declarada inferior a 10 salários mínimos e isto significa uma população de 122 milhões que acessa de modo esporádico os serviços de Odontologia. O grande desafio seria incluir este enorme contingente, que potencialmente estaria enquadrado na categoria “população SUS-dependente”, portanto condicionado à existência de políticas públicas de saúde dentro do

Sistema Único de Saúde (SUS) e assim, para os trabalhadores da saúde bucal, permanecem os desafios que refletem e reproduzem os dilemas decorrentes de um modelo de formação e prática odontológica imersos em complexa transição, da passagem da Odontologia de mercado, de natureza liberal e privada, típica das últimas décadas do século XX, para uma Odontologia sujeita às oscilações da oferta de empregos e renda, num mercado extremamente competitivo, com uma incipiente participação da Odontologia no SUS no Brasil (MOYSES, 2004).

Iyda (1998) nos traz que a Odontologia precisa ser compreendida como uma práxis social (econômica, ideológica e política), sendo uma atividade humana que cria um objeto exterior ao sujeito, transformando-o e à sociedade. As visões parciais e fragmentadas, como as representações prático-utilitárias, técnico-científicas e intersubjetiva, levam a considerá-la autônoma, independente da práxis que a gerou e lhe deu significado. Essas representações são formas ideológicas, mostrando apenas a aparência fenomênica da Odontologia, como produto natural da práxis utilitária cotidiana.

A mesma autora refere que a incorporação crescente na Odontologia de todo um arsenal científico-tecnológico demonstra que a ciência e sua objetivação nos instrumentos se converteram, cada vez mais, em uma força produtiva direta no processo de trabalho odontológico, inserindo-o no processo produtivo (movimento de capital, modo de organização da produção e formas de divisão do trabalho); seu desenvolvimento e possibilidade de atuação estão submetidos às condições gerais de produção social, que desenvolveram o processo de trabalho, baseado no ofício e provocaram o surgimento de novas formas de trabalho, seguindo a tendência geral de produção e reprodução capitalista. As estruturas dentais resultam de um processo de produção e reprodução dos homens de suas condições materiais e de sua inserção nessa produção, sendo socialmente investidos com diferenças entre as classes sociais e categorias sociais.

As evoluções nas formas de proceder dos atos odontológicos do trabalho artesanal para o trabalho mecanizado, com transferências nas relações sociais de produção, reproduzindo as relações capitalistas dominantes, inserem a Odontologia no circuito de acumulação e valorização do capital. Porém, ela guarda uma especificidade característica de seus serviços, eles não geram produtos materiais, não são produtivos, existindo a presença de uma clientela que deve ser co-produtiva e os problemas que os serviços devem controlar, no sentido de prevenir, suprimir ou manipular, são decorrentes das contradições e da dinâmica social. As contradições sociais geradoras de conflitos passam a ser problematizadas em ares específicas, como a saúde, assumindo um caráter técnico-científico, independentes das

relações sociais de produção, obscurecendo aquelas contradições, visando não perturbar a produção ou a ordem social vigente (IYDA, 1998).

3.3. A Saúde Bucal no Brasil

O primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal foi realizado em 1986, compreendendo a zona urbana de 16 capitais, representando as cinco regiões brasileiras e foram examinadas crianças, adolescentes, adultos e idosos para obtenção de dados relativos à cárie dentária, à doença periodontal e ao acesso aos serviços (BRASIL, 1988).

Em 1996 o segundo levantamento epidemiológico foi realizado em 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996).

Em 2000, o Ministério da Saúde propôs a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários, incluindo tanto a população urbana quanto rural. Esse projeto foi identificado como “SB BRASIL: Condições de Saúde Bucal na População Brasileiras”, sendo que as oficinas de treinamento e calibração das equipes foram realizadas nos anos de 2002 e 2003, após as quais foi iniciado o trabalho de campo, com os exames e entrevistas, sendo que aproximadamente 2.000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, entre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo (BRASIL, 2004a).

O projeto “SB Brasil” examinou 108.921 pessoas, o que representou 85% de uma meta estabelecida em 127.939 pessoas. Nos 250 municípios selecionados, foram examinados: bebês (18 a 36 meses), crianças (5 a 12 anos), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) nas zonas urbana e rural (BRASIL, 2004a).

Entre os resultados encontrados, temos que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelos menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que aos 5 anos a proporção chega a quase 60%. Na dentição permanente, quase 70% das crianças brasileiras de 12 anos e 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos têm pelo menos um dente permanente com experiência de cárie dentária, havendo uma tendência de crescimento na

prevalência em função da idade, um fenômeno comum, tendo em vista o caráter cumulativo do CPO-D/ceo-d¹ (BRASIL, 2004 a).

As crianças brasileiras de 12 anos de idade e adolescentes de 15 a 19 anos têm em média 2,8 e 6,2 dentes com experiência de cárie dentária, sendo que os menores índices estão nas regiões Sul e Sudeste enquanto as médias mais elevadas foram encontradas no Nordeste e Centro-Oeste. A análise dos dados das crianças de 12 anos por regiões apontou evidentes diferenças entre as regiões Norte (CPO-D=3,13), Nordeste (CPO-D=3,19) e Centro-Oeste (CPO-D=3,16) com relação às regiões Sul (CPO-D=2,31) e Sudeste (CPO-D=2,30) (BRASIL, 2004a).

Nos adultos o CPO-D médio foi 20,1, isto significando que entre a adolescência e a idade adulta, aproximadamente 14 dentes são atacados pela cárie; os idosos apresentaram um CPO-D de 27,8, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 dentes extraídos em média por pessoa), sendo que mais de 36% necessitam de pelo menos uma dentadura (BRASIL, 2004a).

Quanto à doença periodontal a percentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal na faixa etária de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos foi, respectivamente, 46,2%, 21,9% e 7,9% no Brasil, com as proporções mais favoráveis encontradas na Região Centro-Oeste para faixas etárias de 15 a 19 anos e 35 a 44 anos e na Região Sul para a faixa etária de 65 a 74 anos (BRASIL, 2004 a).

A doença cárie ainda representa um grave problema de saúde pública em nosso país, pois somente na faixa etária de 12 anos, a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi atingida, sendo que 3/5 dos dentes atingidos pela doença se encontram sem tratamento e com relação às demais metas, os resultados encontram-se distantes das metas estipuladas pela OMS, conforme visto na tabela 1.

¹ CPO-D/ceo-d: índice proposto por Klein e Palmer em 1937. Expressa o número de dentes permanentes/decíduos atacados por cárie. Para o indivíduo é o resultado da soma do nr. de dentes cariados, perdidos ou obturados (restaurados). Numa população o índice CPO será o resultado da soma de todos os dentes atacados pela cárie dividida pelo nr. de indivíduos examinados. Segundo as variações do CPO-D, a prevalência de cárie dental pode ser classificada: CPO-D de 0 a 1,1 – nível muito baixo; de 1,2 a 2,6 – nível baixo; de 2,7 a 4,4 – nível moderado; de 4,5 a 6,5 – nível alto e acima de 6,6 – nível muito alto (MURRAY, 1992).

Tabela 1 - Comparação entre as metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000 com relação à cárie dentária e os resultados do Projeto SB Brasil. Brasil, 2003.

Idade	Metas da OMS	SB BRASIL 2003
5 a 6 anos	50% livres de cárie	40,6% livres de cárie
12 anos	CPO-D menor que 3.0	CPO-D= 2,78
18 anos	80% com todos os dentes	55% com todos os dentes presentes
35 a 44 anos	75% com 20 ou mais dentes presentes na boca	54% com 20 ou mais dentes
65 a 74 anos	50% com 20 ou mais dentes presentes na boca	10% com 20 ou mais dentes

Fonte: BRASIL, 2004 a.

Embora as crianças de 12 anos de idade tenham valores de ataque de cárie semelhantes aos padrões recomendados pela OMS para o ano de 2000, temos uma ampla variabilidade da distribuição de valores e do acesso aos serviços odontológicos, pois enquanto menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca ter ido ao dentista, na Região Nordeste essa percentagem chega a 22% e a ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescente, sendo que um dos principais motivos para a ida ao dentista é a experiência de dor dentária, relatada por mais de 30% dos adolescentes (BRASIL, 2004a).

3.4. A saúde bucal e a cárie dentária

Segundo Moore & Corbett (1976 apud NARVAI, 2000), foi no século XIX com a popularização da cana de açúcar em todo o mundo ocidental (entre 1830 e 1880, o consumo per capita de açúcar triplicou na Grã Bretanha), que a cárie ganhou características de pandemia, produzindo dor, sofrimento, infecção sistêmica e mutilação em milhares de pessoas.

Embora esta doença acompanhasse a espécie humana ao longo da história, foi a partir da industrialização, que sua prevalência aumentou até atingir praticamente toda a população, sendo que a partir das décadas de 60 e 70, foi observada uma redução contínua nos níveis de cárie nos países mais desenvolvidos. Um declínio acentuado está ocorrendo entre crianças nos países industrializados e em alguns países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, tendo como possíveis causas: a utilização em larga escala de dentífrícios fluoretados, a fluoração das águas de abastecimento público, as melhorias nas condições de vida das populações,

alterações nos padrões dietéticos e mudanças nos critérios de diagnóstico da doença (NADANOVSKI, 2000).

Nadanovski e Sheiham (1995) afirmam que as mudanças sócio-econômicas (bem mais do que a contribuição dos serviços de saúde) têm um papel relevante na redução observada nos índices de cárie dentária. O estudo realizado com base em dados de 18 países industrializados demonstrou que os serviços odontológicos, medidos pela proporção dentista/população, explicaram 3% da redução observada no CPO-D médio das crianças de 12 anos, durante os anos 70 e meados dos 80, enquanto que os fatores sociais explicaram 65% da redução observada.

Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como importante determinante da situação de saúde bucal, sendo que estudos têm demonstrado que o declínio da cárie dentária vem sendo acompanhado pela polarização da doença em grupos menos privilegiados (WEYNE, 1997).

Alguns fatores têm sido identificados nas pesquisas científicas que abordam o risco de cárie dentária:

Fatores associados ao risco de cárie dentária:

Fatores	Caracterização do Alto risco de cárie dentária
Aspectos Socioculturais	Baixa renda familiar; Desemprego Maior concentração populacional nos domicílios Menor grau de escolaridade materna Crianças que moram com um dos pais
Idade	Maior risco entre 2 e 16 anos
Experiência prévia de cárie	Alta prevalência de cárie nos dentes anteriores e superiores aos 3 anos Mais de 3 cavidades em superfícies proximais dos dentes decíduos 8 ou mais superfícies dentárias com cárie aos 7 anos Cárie em 1 dente anterior aos 11 anos Valores do índice CPO-D e CPO-S acima da média apresentada pelo respectivo grupo
Localização da Lesão	Cárie em superfície proximal de incisivo ou 1º molar permanente aos 9-10 anos Lesões em superfícies lisas, principalmente na bateria labial anterior. Duas ou mais cavidades cariadas em superfícies proximais
Atividade de cárie	Presença de superfícies cariadas e de manchas brancas Lesões incipientes em superfícies lisas
Hábitos	Baixa frequência de escovação Idade no início da escovação
Placa Bacteriana	Grande quantidade de placa visível nos dentes 16, 11, 32 e 36

Fonte: SÃO PAULO, 2000.

A palavra cárie é originária do latim e significa “podre”. O diagnóstico da cárie dentária utilizado, por exemplo, por Pierre Fauchard no século XVI baseou-se na presença de sintomas macroscópicos (dentes “corroídos” ou dentes que haviam sido “comidos”). Em contraste, o diagnóstico moderno de cárie dentária é baseado na combinação de achados anatomopatológicos (cavitação, alteração na translucidez do esmalte e na textura do esmalte) e achados etiológicos (presença na superfície dentária de placa bacteriana metabolicamente ativa). Até o momento, nenhum fator isoladamente foi identificado como o grande causador da cárie dentária, sendo que uma grande quantidade de fatores tem sido proposta para explicar o processo e por esta razão se diz-se afirma que a cárie dentária é uma doença multifatorial (BAELUM; FEJERSKOV, 2005).

Segundo GREENSPAN (1995 apud NOVAES, 1998), a cárie é uma doença infecto-contagiosa e multifatorial que se desenvolve a partir da interação entre: o hospedeiro, a microbiota (o agente infeccioso), o substrato (dieta) e o tempo. Para a proteção do hospedeiro, são propostos os fluoretos, os selantes dentários e as vacinas; a ação sobre o *Streptococcus mutans*, principal agente infeccioso, é pensada pela sua supressão (produtos antiplaca e antimicrobianos, como a clorhexidina) e bloqueio da sua transmissão; para o controle dos fatores dietéticos, propõe-se a mudança de hábitos alimentares e o uso industrial de substitutos para o açúcar.

O desenvolvimento das lesões cariosas clínicas resulta de uma complexa interação entre vários fatores do meio oral e dos tecidos dentários duros. O processo carioso começa pela fermentação bacteriana dos carboidratos, havendo a formação de vários ácidos orgânicos e uma queda do pH. A doença cárie pode afetar esmalte, dentina e cemento. A destruição dos tecidos duros (lesões) são sintomas da doença, os quais podem ser distribuídos numa escala que vai desde perdas incipientes em um nível ultraestrutural até a destruição total do dente. A progressão da cárie até o estágio de cavidade visível pode ser vista como o efeito cumulativo de uma longa série de dissoluções alternadas, em baixo pH e uma parcial reprecipitação quando aumenta o pH. E assim, após meses ou anos, dependendo do potencial cariogênico da placa, uma mancha branca detectável clinicamente surgirá no esmalte (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1988).

A sacarose facilita a formação da placa, tornando-a mais cariogênica, facilitando a difusão de açúcares, levando a quedas mais acentuadas do pH e, na presença da sacarose a placa possui menores concentrações inorgânicas de cálcio, fosfato e flúor. Em adição, a sacarose ainda pode tornar alimentos não cariogênicos em cariogênicos, como no caso do leite e dos produtos amiláceos (CURY, 2001).

Na saliva humana existem milhões de bactérias e algumas delas escolhem a superfície dura dos dentes como seu habitat, realizando a colonização bacteriana da superfície dentária e formando a placa dental.

A cárie dental é um processo dinâmico, alternante, de perdas e ganhos de minerais. O açúcar ingerido penetra na placa dental e converte-se em ácido, causando uma queda instantânea do pH. Ao atingir um pH crítico para a dentina e o esmalte, estes perdem cálcio (Ca) e fosfato (P) sofrendo desmineralização. O pH permanecerá crítico por um tempo de 20 minutos a horas e então retornará ao normal. A forma como o açúcar é ingerido, o período do dia e a ação da saliva determinarão o tempo necessário para reverter o pH bucal. Quando o pH retorna a valores acima de 5,5 ou 6,5, respectivamente, com relação a esmalte ou dentina, a saliva tentará repor os minerais perdidos pelo dente, havendo sua remineralização. Porém, não obstante esta propriedade da saliva, sua capacidade não é 100% e perdas líquidas de minerais vão ocorrendo progressivamente até atingir um estágio clínico visível. Os fatores responsáveis por este desequilíbrio de perda e ganho de minerais são o acúmulo de placa dental, a frequência no consumo de açúcar e o uso ou não de flúor (CURY, 2001).

Uma análise feita pela Organização Mundial da Saúde mostrou que países com um alto consumo de açúcar possuem índices mais elevados de cárie e que o processo de desenvolvimento da doença se relaciona fortemente com os padrões de qualidade de vida e renda (PINTO, 1990).

Em 1994, o banco de dados de saúde oral da OMS classificava o Brasil em 28º lugar entre os países com maior CPO-D, considerando o índice de 4,84 apurado no estudo realizado em 1993. No continente latino-americano, 15 países apresentavam índices piores que o brasileiro (PINTO, 1997).

Narvai et al. (1999) estimam que entre 1980 e 1996 a redução nos valores do índice CPO-D aos 12 anos de idade em escolares brasileiros foi da ordem de 57,8%. De um valor considerado muito alto (7,25 em 1980), reduziu para uma prevalência moderada (3,1 em 1996). Os autores identificam a fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados a dentifrícios e a descentralização do sistema de saúde brasileiro como fatores para compreender esse fenômeno.

3.5. A ação do flúor sobre a cárie dentária

Os métodos para utilização do flúor podem ser divididos em sistêmicos (água, suplementos, leite, sal) e tópicos (dentifrícios, géis, vernizes (que são pincelados sobre os

dentes) e soluções para bochechos. Uma outra classificação para uso do flúor pode ser a divisão entre métodos de aplicação comunitária, de auto-aplicação e aplicação profissional.

Durante os anos 70, os mecanismos anti-cárie do flúor permaneciam ainda pouco claros e as informações empíricas derivadas dos programas de fluoretação de águas de abastecimento ou de tratamentos clínicos controlados, tornaram-se naturalmente muito importantes para identificar os métodos de prevenção eficazes no combate da cárie nas populações como um todo (LUOMA; FEJERSKOV; THYLSTRUP, 1988).

O flúor não impede o início da doença cárie, porém é extremamente eficiente em reduzir a sua progressão, por um fenômeno físico-químico: quando o açúcar é convertido em ácidos pela placa dental, atinge-se um pH crítico para dissolução dos minerais a base de apatita, porém a presença do flúor faz com que uma certa quantidade desses minerais seja reposta na forma de fluorapatita e em acréscimo, quando o pH retorna ao normal, a saliva naturalmente tenta repor os minerais perdidos pelo dente e esta propriedade remineralizadora é ativada pela simples presença do flúor no meio (saliva, placa ou fluído do esmalte-dentina). Isto resulta em uma perda líquida de mineral menor do que se não houvesse flúor presente, pois o flúor reduz a desmineralização e ativa a remineralização (CURY, 2001).

A integridade físico-química do esmalte dentário no meio oral é dependente da composição e do comportamento químico dos fluídos circundantes. Os principais fatores que afetam a estabilidade das apatitas (hidroxiapatita e fluorhidroxiapatita) são o pH e concentrações de cálcio, fosfato e fluoreto na saliva. O sal do esmalte dental é a apatita, $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ sendo que por peso, o cálcio (Ca) compõe 37%, o fosfato (P) 52% e as hidroxilas (OH) 3% e a água 4% (com 11% do volume) (LARSEN; BRUUN, 1988).

Segundo os referidos autores, durante os primeiros anos após a erupção dentária, o esmalte pode sofrer um processo secundário de maturação, com deposição de mineral nos fluídos bucais dentro dos delicados poros preenchidos com água, ao redor e dentro dos prismas, esse processo pode torná-lo mais resistente a desmineralização e à cárie. A queda do pH do ambiente bucal (por consumo de frutas ácidas, bebidas ou carboidratos fermentáveis) aumenta a solubilidade da apatita do esmalte.

Três teorias dominam a discussão sobre o papel do íon fluoreto na desmineralização cariiosa do esmalte:

1. O flúor incorporado nos cristais de apatita do esmalte, sob a forma de fluorhidroxiapatita (quando fornecido durante a primeira infância), reduz a solubilidade do esmalte, resultando numa resistência à cárie durante toda a vida: suprimento de flúor → flúor absorvido no esmalte → resistência à cárie.

2. O flúor precisa estar presente na fase aquosa ao redor do dente, na saliva, no fluído da placa e na fase aquosa dos poros do esmalte para inibir a cárie, pois a quantidade de esmalte dissolvido na água diminui quando a fase aquosa contém flúor. Existe a necessidade da presença constante do flúor na boca durante toda a vida, sendo a deposição do flúor no esmalte considerada mais como resultado da inibição do que um estrito fator inibitório: suprimento de flúor → inibição da cárie → flúor absorvido pelo esmalte).

3. A terceira teoria baseia-se no fato de que o flúor, quando presente na saliva, na placa bacteriana ou no esmalte, perturba a colonização das bactérias, seu crescimento e/ou sua fermentação: presença de flúor na saliva/placa/esmalte --> inibição/redução do metabolismo bacteriano.

Mestriner Jr. (1994) analisou o teor de fluoreto no esmalte dental de amostras provenientes de duas cidades: Ribeirão Preto (SP), cujo teor de fluoreto avaliado foi em média de 0,3 ppm e Barretos (SP), cujo teor de fluoreto na água de consumo era 0,7 ppm. Seus resultados mostraram maior incorporação de fluoreto quando a água de consumo é regularmente fluoretada (as amostras de Barretos tinham de 400 a 1.500 ppm enquanto em Ribeirão Preto foi encontrado o teor de 200 a 500 ppm de fluoreto nas amostras de esmalte dentário).

Segundo Cury (2001), por muito tempo se acreditou que o mecanismo pelo qual a água fluoretada reduziria a cárie dental se devia ao fato de que uma vez ingerida e circulando pelo organismo, o flúor atingiria os dentes em formação, incorporando-se e entrando na mineralização dos dentes através de um efeito pré-eruptivo, por maior deposição de fluorapatita no esmalte dentário em comparação ao conteúdo de hidroxiapatita, a qual é muito mais solúvel aos ácidos. Hoje se admite que mesmo na superfície do esmalte, onde a concentração de flúor é máxima, encontra-se apenas de 10 a 20% de substituição de Hidroxiapatita por Fluorapatita. Esse flúor incorporado ao esmalte dentário funcionaria como uma primeira barreira, como um reservatório de flúor. Outro efeito pré-eruptivo do flúor sistêmico é a concentração de carbonato de cálcio no esmalte mineralizado, este é um contaminante do esmalte dentário, por onde pode se iniciar o processo de desenvolvimento da cárie dentária, porém na presença do flúor seu conteúdo fica reduzido, aumentando a resistência do esmalte dentário.

Atualmente a fluoretação da água é tida como um meio de manter o flúor constante na cavidade bucal, pois o flúor ingerido é absorvido pelo estômago, atinge o sangue, sendo distribuído pelo organismo, ocorre a incorporação nos tecidos mineralizados, porém, reciclado pelos tecidos moles, atinge as glândulas salivares, retornando à cavidade bucal. Quando se

interrompe a ingestão de flúor, o organismo não tem como manter sua constância em qualquer de seus compartimentos, sendo que na interrupção ou paralisação da agregação de flúor ao tratamento de água, a concentração de flúor na saliva não é mais mantida constante (CURY, 2001).

Diversos estudos mostram que a prevalência de cárie dental no Brasil era muito alta antes da fluoretação da água e decresceu atingindo índices moderados no início da década de 90, mostrando a força do método que isoladamente reduziu em 50% a prevalência de cárie (BASTING; PEREIRA; MENECHIN, 1997).

Atualmente, o efeito da fluoretação da água tem sido diluído por outras medidas para o controle da doença, e o impacto se reduziu para valores de 20% com tendência a decrescer, numa “atenuação da força do método” como denominado pelos sanitaristas e, na hipótese da remoção das variáveis que atuam simultaneamente, “a força do método” retornaria por inteiro (CURY, 2001).

Um levantamento de cárie feito no Estado de São Paulo mostrou um declínio da cárie independente da fluoretação da água, porém nas cidades que adotavam este método a condição de saúde bucal encontrava-se melhor, com a diferença de um dente a menos atacado pela cárie, aos 12 anos, que aqueles das cidades sem fluoretação da água (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999).

Em alguns países da América Latina, Central e outros, a fluoretação do sal de cozinha tem sido sugerida como o método ideal. A idéia de acrescentar flúor ao sal de cozinha originou-se na Suíça, após o sucesso da adição do iodo para prevenir o bócio. Além da Suíça, o sal fluoretado tem sido disponibilizado na França, Alemanha, Costa Rica, Jamaica, Colômbia e Hungria. No Brasil, houve uma tentativa de implantação desta estratégia preventiva em 1990, com o argumento de que seria mais abrangente e eficiente nas regiões Norte e Nordeste, as quais possuem dificuldades históricas com a fluoretação da água (CURY, 2001).

Para a fluoretação do sal, a principal dificuldade está no controle da dosagem de flúor a ser agregado em função da variação regional do uso do sal no preparo dos alimentos, determinando um maior ou menor consumo do produto e conseqüentemente maior ou menor consumo de flúor. A diversificação do número de produtores e de distribuidores e a necessidade de se conhecer as variações naturais do flúor na água de beber são fatores que dificultam também o controle do flúor no sal. Em 1992, a Portaria Ministerial n.851 revogou definitivamente a fluoretação do sal no Brasil (KOZLOWSKI; PEREIRA, 2003).

3.5.1 A descoberta e o uso do flúor em saúde pública

Em maio de 1908, o Dr. Frederick McKay que exercia sua profissão em Colorado Springs, leu um artigo na *El Paso Country Dental Society* sobre a mancha castanha ou *mancha do Colorado* encontrada nos dentes de crianças dessa cidade. McKay sugeriu que a causa seria algo presente na água de consumo, mas não se dispunha então de aparelhos capazes de identificar os componentes da água. McKay procurou a ajuda de G.V.Black e em 1916, constataram que as crianças que moravam em áreas com abastecimento regular de água e que apresentavam o *esmalte mosqueado* tinham uma menor prevalência de cárie dentária quando comparadas com aquelas residentes em locais desprovidos pelo abastecimento e que não tinham os mesmos sinais de mosqueamento do esmalte (KOSLOWSKI & PEREIRA, 2003).

Dean confirmou essa hipótese com vários estudos epidemiológicos, sendo que o mais relevante deles, em 1942, procurou responder qual a concentração de flúor na água que provocava o mosqueamento dentário e qual a concentração eficaz para a prevenção da cárie dentária (KOSLOWSKI & PEREIRA, 2003).

Murray (1976 apud DOMINGUES e OLIVEIRA, 1996) considera que os trabalhos de Dean foram elucidativos na determinação de dosagens ótimas de flúor na água para obtenção de efeito preventivo sobre a cárie dentária. Dean preconizava uma dose de 1 mg de flúor por litro (1 ppm) indiscriminadamente, sendo que posteriormente, a partir dos trabalhos de Galagan e Vermilion, foi acrescentada a variável temperatura anual da localidade na determinação da dose ótima.

A adição de flúor às águas de abastecimento público, como estratégia de Saúde Pública para prevenção da cárie dentária, teve início com três estudos pilotos em 1945 nos Estados Unidos (Grand Rapids, Michigan; e Newburgh, Estado de New York) e no Canadá (Brandford, Ontário). Essas investigações foram ampla e profundamente monitoradas em seus aspectos médicos e de engenharia, tendo ficado exaustivamente demonstrada, já nos anos 50, a eficácia e segurança sanitária da medida. Os coeficientes de mortalidade por câncer, diabetes, doenças cardíaco-vasculares, hepáticas e renais, entre outras, foram avaliadas em todas essas cidades (NARVAI, 2001).

No X Congresso Brasileiro de Higiene de Belo Horizonte (MG) em 1952, tivemos a primeira menção recomendando oficialmente a adição de flúor à água de abastecimento público no Brasil. Em 31 de outubro de 1953, sob responsabilidade da Fundação Serviços de Saúde Pública – SESP, teve início o processo de fluoretação das águas de abastecimento público em

Baixo Guandu (ES), sendo que o teor ótimo de flúor na água foi estabelecido em 0,8 ppm – o teor naturalmente existente era 0,15 ppm (CHAVES; FRANKEL; MELLO, 1953).

Em 12 de dezembro de 1956, a cidade de Marília (SP) e em outubro de 1957, Taquara (RS), iniciaram também o processo de fluoretação das águas de abastecimento público (BATALHA, 1985, apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro onde se estabeleceu a obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público, através de lei datada de 18 de junho de 1957 (ANDRADE; TORRES, 1995).

Curitiba, no Paraná, foi a 4ª cidade e 1ª capital estadual a adotar a fluoretação das águas em 1958 (AMARANTE; JITOMIRSKI, 1993).

Em 1969, a 22ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde recomendou aos países membros que examinassem a possibilidade de iniciar a fluoretação dos sistemas públicos que não possuíam uma dosagem ótima de fluoretos (DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

Souza (1990 apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996), relata que em 1972, diante do quadro epidemiológico da cárie dentária, a reunião dos ministros da saúde das Américas adotou como recomendação: *“implantar sistema de fluoretação nas cidades de mais de 50.000 habitantes e desenvolver, até onde for possível, sistemas de fluoretação para outras áreas”*. A qualificação técnica para a ampliação da rede de fluoretação de águas na América Latina contou com a ajuda financeira de organismos internacionais, principalmente a Fundação Kellog (EUA) que contribuiu com cursos e seminários.

Desde 1974, a fluoretação das águas é obrigatória no Brasil, onde exista Estação de Tratamento de Água, pela lei federal 6.050 de 24/05/74, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22/12/75 (BRASIL, 1976).

Na região metropolitana de São Paulo, capital, a fluoretação teve início no ano de 1985 (NARVAI, 2001).

A década de 80 foi instituída pela ONU como a Década Internacional da Água Potável e do Saneamento e nesse período houve uma ampliação do contingente de pessoas que receberam água fluoretada. Um dos marcos referenciais foi o Seminário sobre Fluoretação da Água dos Sistemas Público de Abastecimento realizado pela OMS e pela Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental (CETESB), em 1982. Diversas instituições: Ministério da Saúde, empresas de saneamento de diversos estados, Fundação Serviços Especiais de Saúde (atual Fundação Nacional de Saúde), Instituto Nacional de Alimentação, Superintendência Nacional da Amazônia, Banco Nacional da Habitação, entre outras,

serviram como catalisadores para o andamento de diversos programas de fluoretação em diversas áreas do país (BATALHA, 1985, apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

Nos anos 80 e 90, houve grande expansão na utilização de produtos fluorados no Estado de São Paulo. O principal veículo para o flúor vem sendo a água de abastecimento público. Em 1996, 30,7 milhões de paulistas tinham acesso a essa medida preventiva, o que correspondia a 79,3% da população do estado e a 91,8% da população com acesso à rede de água tratada (CALVO, 1996).

A grande expansão da fluoretação das águas no Brasil foi decorrente não somente da decisão governamental de apoiar financeiramente iniciativas nessa área, como também foi consequência da eleição direta de governadores e o surgimento de novos coordenadores estaduais de saúde bucal, muitos dos quais empenhados em reorientar as políticas públicas nesse setor (NARVAI, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde (MS) e todas as entidades nacionais representativas da área odontológica no Brasil recomendam a fluoretação das águas de abastecimento público nos locais onde há indicação técnica para aplicar a medida:

[...] a medida é recomendada por mais de 150 organizações de ciência e saúde, incluindo a Federação Dentária Internacional, a Associação Internacional de Pesquisa Odontológica, a OMS e a OPAS, sendo que programas de fluoretação da água tem sido implementados em aproximadamente 39 países, atingindo mais de 200 milhões de pessoas. Acrescente-se a isso um adicional estimado de outros 40 milhões que ingerem água naturalmente fluoretada (BRASIL, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde, em 1995 aproximadamente 65 milhões de brasileiros eram beneficiados pela agregação de flúor ao tratamento de água, com resultados comprovados de eficiência do método (BRASIL, 1999).

A redução da prevalência da cárie dentária através das fluoretação da água de abastecimento foi comprovada por meio de mais de 100 estudos internacionais, sendo que para ambas as dentições a implementação da fluoretação da água reduziu a cárie dentária em aproximadamente 50%. Na dentição permanente a redução variou de 50 a 60%. A maioria dos estudos foram feitos antes de 1980 e considera-se que as diferenças entre as comunidades com água fluoretada e não-fluoretada podem ser menos acentuadas, possivelmente como resultado do amplo uso de dentifrícios fluoretados e outras formas de flúor, de um declínio não evidente na experiência de cárie, sendo que nos Estados Unidos, onde menos da metade das crianças

desenvolvem cavidades, a diferença na experiência de cárie entre áreas e não-fluoretadas foi apenas 18% (ELLWOOD; FEJERSKOV, 2005)

No Brasil, embora a legislação federal estabeleça a obrigatoriedade da fluoretação das águas há mais de 20 anos, os dados de que se dispõe sobre esta medida são considerados não confiáveis principalmente quanto aos níveis adequados de flúor na água (NARVAI, 2001).

3.5.2 O uso sistêmico do flúor através da água de abastecimento

A adição do íon flúor na água de abastecimento público é para a Odontologia um método preventivo básico, classificado dentro do 2º nível de prevenção de Leavell & Clark (1958) que é a proteção específica. A vantagem deste método está no fato de não exigir esforço algum daqueles que dele se beneficiam, ser eficiente, seguro e barato, proporcionando uma redução de 30 a 60% na incidência de cárie. Em cidades onde o processo foi interrompido os estudos revelam uma queda no efeito inibidor do elemento, sugerindo que sua ação efetiva requer exposição constante (CHAVES, 1986).

A água com íon flúor natural ou adicionado num nível aproximado de 1 mg/L durante os anos de formação dos dentes reduz substancialmente a cárie dental. Quando comparados com a fluoretação, os suplementos sistêmicos de flúor, tais como comprimidos gotas e sal fluoretado, não têm demonstrado serem tão eficientes quando relacionados à comunidade. As subdosagens reduzem progressivamente os benefícios, enquanto as descontinuidades no processo de fluoretação reduzem os benefícios de maneira mais brusca. Por outro lado, as sobredosagens provocam alterações sobre a estrutura do esmalte dental, ocasionando fluorose dental (NARVAI, 2001).

Desde 1974, a fluoretação das águas é obrigatória no Brasil, onde exista Estação de tratamento de água. Tal obrigatoriedade foi estabelecida pela lei federal 6.050, de 24/5/74, regulamentada pelo decreto 76.872, de 22/12/75. O estabelecimento de normas legais sobre o assunto foi decisivo para esclarecer dúvidas, dar sustentação ao processo de fluoretação em todo o país e facilitar a alocação de recursos a tais empreendimentos (NARVAI, 2000).

O fluoreto é adquirido pelo esmalte dental por dois mecanismos: por via sistêmica e por via tópica. As principais fontes de fornecimento do fluoreto sistêmico são: a água de abastecimento público com uma concentração de fluoreto entre 0,5 e 1 ppm), bebidas, incluindo o suco de frutas frescas e alimentos ou medicamentos específicos, quando indicados por clínico. O serviço de saúde pública dos Estados Unidos estima que, para cada dólar gasto na fluoretação da água para consumo humano, podem ser economizados 36 dólares que serão

gastos em tratamento curativo da cárie dentária (BATALHA, 1985, apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

Nos Estados Unidos, em 1992, 56% da população total consumia água fluoretada (CDC, 1999).

Os custos relacionados a esta medida de Saúde Pública se configuram mais no que se refere ao produto escolhido como insumo, qual o sal utilizado, pois os equipamentos, quando feita a manutenção corretamente, serão usados por mais de 10 anos e seu custo amortizado ao longo dos anos (DANTAS, 1994, apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

Estima-se que o custo per capita/ano da fluoretação no Brasil seja da ordem de R\$ 1,00 ou aproximadamente US\$ 0,50, sendo a melhor relação custo benefício dentre todas as atividades específicas da prática odontológica (NARVAI, 2000).

Para que a fluoretação das águas de abastecimento público tenha máxima eficiência, os níveis de flúor devem estar dentro do chamado “nível ótimo” e de forma ininterrupta por longos períodos (VIEGAS; VIEGAS, 1985; SCHNEIDER FILHO; PRADO; NARVAI, 1992; OLIVEIRA; ASSIS; FERREIRA, 1995; BASTING; PEREIRA; MENECHIN, 1997).

3.5.3 A Fluorose dentária

A fluorose é uma alteração que ocorre devido ao excesso de ingestão de flúor durante a formação dos dentes, manifestando-se principalmente pela alteração de cor do esmalte, que pode assumir uma tonalidade esbranquiçada ou exibir pequenas manchas ou linhas brancas. Nos casos mais graves adquire uma coloração acastanhada, resultante de um esmalte poroso, no qual se depositam os corantes introduzidos na cavidade bucal, principalmente durante a alimentação. Atualmente, a maior causa de fluorose é a ingestão de produtos fluoretados em locais onde já existe água fluoretada, sendo que o mais comum é a ingestão de dentifrícios fluoretados por crianças (RODRIGUES, 1999). As manifestações vão depender da quantidade de flúor ingerida, do tempo de exposição, da idade, do peso e do estado nutricional do indivíduo (FRAZÃO; PEVERARI; FORNI, 2004).

Somente nos últimos anos a fluorose passou a ser avaliada mais regularmente no Brasil, período no qual a exposição da população infantil a diferentes métodos de uso do flúor tem aumentado e nos levantamentos que mostram o declínio da cárie dentária, tem sido revelado o surgimento da fluorose, sendo uma unanimidade o reconhecimento da necessidade de maior precisão e fortalecimento das medidas de vigilância à saúde, com ações no campo da

epidemiologia, da vigilância sanitária, da prescrição e uso de produtos fluorados e da educação em saúde bucal (FRAZÃO; PEVERARI; FORNI, 2004).

Segundo Cangussu et al. (2002), a fluorose dentária constitui-se numa doença importante para a adoção de ações de vigilância à saúde, porque em suas formas moderada ou severa, leva às alterações funcionais e estéticas que interferem na formação da personalidade, na inserção no mercado de trabalho, demandam tratamento odontológico de alta complexidade nos casos mais graves, tem etiologia conhecida e é passível de ser prevenida.

A fluorose geralmente assume o aspecto clínico de manchas opacas no esmalte, em dentes homólogos, até regiões amareladas ou castanhas em casos de alterações mais graves (DEN BESTEN, 1999; FEJERSKOV, 1994),

Os defeitos de formação do esmalte dependem da dose a que a criança é submetida, havendo uma relação linear dose-efeito entre mg F/dia/kg de peso corpóreo e prevalência de fluorose dental, a qual compromete simultaneamente incisivos superiores e primeiros molares e tem sido estimado que 0,05 a 0,07 mg F/dia/kg de peso corporal deve ser o limite máximo a que uma criança pode ser submetida, para garantir que a fluorose não comprometa a estética dental. Haverá risco de desenvolvimento de fluorose dental durante toda a formação do esmalte, mesmo nos períodos de mineralização mais tardia e considerando-se que esteticamente os dentes mais comprometidos seriam os incisivos centrais superiores, a faixa etária de 20 a 36 meses é considerada crítica em termos de ingestão de flúor. Outros fatores que também interferem na severidade dessa patologia são: o baixo peso corporal, taxa de crescimento esquelético e períodos de remodelamento ósseo constituem-se em fases de maior absorção ao flúor; estado nutricional, altitude e alterações da atividade renal e da homeostase do cálcio também são fatores importantes (DEN BESTEN, 1999).

A fluorose é mais freqüente em dentes de mineralização tardia (dentição permanente) em crianças de baixo peso ou precário estado nutricional ou insuficiência renal crônica, considerando-se as faixas etárias das primeira e segunda infância como de maior risco à ingestão do flúor sistêmico e de seus efeitos maléficos (FEJERSKOV, 1994).

Quando da escovação dentária com creme dental, as crianças mais jovens tendem a deglutir uma porcentagem maior de creme dental que crianças mais velhas, sendo que crianças com 2 anos de idade deglutem em média metade do creme dental colocado na escova, enquanto aquelas com 6 anos de idade deglutem um quarto. Assim, as crianças menores, freqüentemente não supervisionadas quando escovam seus dentes, têm um maior risco para fluorose dental, agravado também em função de seu menor peso corporal (ELLWOOD; FEJERSKOV, 2005).

Como formas de limitar a toxicidade crônica do uso tópico do flúor recomenda-se: a redução da concentração de flúor em pastas infantis, bem como acrescentar instruções e precauções nas suas embalagens; a supervisão dos pais no momento da escovação, controlando a quantidade usada (no máximo o volume equivalente ao de um grão de ervilha) e evitando-se a deglutição; contraindicar-se o uso de soluções para bochecho em crianças menores de sete anos; desenvolver ações efetivas de vigilância sanitária na mensuração da dosagem de flúor, indicada no produto pelos fabricantes (VILLENNA; CURY, 1998).

A prevalência e severidade da fluorose têm aumentado desde 1945; contudo a porção de fluorose dental relacionada a fluoretação da água de abastecimento é menor que 40%, o restante seria atribuído a outras fontes de flúor, sendo que o efeito “halo” (diminuição relativa na efetividade da fluoretação devido ao aumento do uso de fontes múltiplas de flúor) poderia explicar a significativa ingestão de flúor em comunidades que não realizam a fluoretação das águas (LEWIS e BANTING, 1994 apud NUNES, 2004).

Segundo Narvai (2001) um dos maiores problemas no país é a dificuldade em manter sistemas operacionais de monitoramento dos níveis ótimos de flúor na água através do heterocontrole, seja por falta de recursos humanos, técnico operacionais ou por não serem considerados de relevância pela comunidade. Para obter segurança, garantir os benefícios da fluoretação das águas e minimizar o risco de fluorose é fundamental não só o controle operacional, como também a vigilância deste processo, evitando a falta de regularidade no processo de fluoretação.

3.6. A vigilância sanitária e a fluoretação das águas

A água é essencial para a existência e bem estar do ser humano, devendo estar disponível em quantidade suficiente e com boa qualidade como garantia de manutenção da vida, sendo ingerida em quantidade superior a todos os outros alimentos (FREITAS; BRÍGIDO, BADOLATO, 2002).

Somente no início da década de 90 criou-se no Brasil o primeiro sistema de vigilância sanitária das águas de abastecimento, visando dentre outros objetivos verificar e controlar os níveis de flúor na água consumida, para não permitir que estes níveis sejam menores (subdosagem) ou maiores (sobredosagem) que as doses consideradas ótimas (NARVAI, 2001).

A qualidade da água é vulnerável às condições ambientais às quais está exposta e, portanto, na maioria das vezes é necessário um tratamento para torná-la potável. O tratamento

convencional inclui várias etapas, a saber: coagulação-floculação, decantação-filtração, desinfecção-fluoretação. Uma vez que o tratamento utiliza produtos químicos, podem permanecer resíduos na água final, implicando prejuízos para saúde do consumidor e assim, torna-se necessário o monitoramento ininterrupto para garantir que o produto final atenda às normas e ao padrão de potabilidade, estabelecidos pela portaria 1469/GM de 29 de dezembro de 2000, em vigor a partir de janeiro de 2003 (BRASIL, 2001). Ao sistema produtor cabe a oferta de um produto inócuo ao homem, à vigilância sanitária o controle da qualidade deste produto, como medida preventiva de saúde pública (FREITAS; BRÍGIDO; BADOLATO, 2002).

Em 3 de janeiro de 1992 foi implantado o PRÓ-ÁGUA – Programa Estadual de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e em 1995 definiu-se os teores de íons fluoretos nas águas de abastecimento, estabelecendo uma faixa de concentração ideal para o Estado de São Paulo, o que facilita o controle sistemático deste íon como medida preventiva de Saúde Pública (SÃO PAULO, 1992).

O índice de amostras de águas em desacordo com a legislação do Programa Pró-Água ainda é bastante elevado, principalmente quanto aos parâmetros básicos e fundamentais como cloro residual, pH e fluoretos, os quais são facilmente controlados na etapa final do tratamento de água (FREITAS; BRÍGIDO; BADOLATO, 2002).

A Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), no seu artigo 6º, parágrafo 1º, define Vigilância Sanitária como ‘um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e,

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde’.

A partir da década de 80, a crescente participação popular e das entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político da Reforma Sanitária, moldaram a concepção vigente de Vigilância Sanitária, integrando conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (EDUARDO e MIRANDA, 1998, apud NARVAI, 2001).

Na área da Saúde Bucal, foi a partir da década de 80, coincidindo com a ampliação dos espaços democráticos no país e com a realização de eventos técnico-científicos reunindo profissionais da área com atuação nos serviços públicos, que ocorreu a inclusão de novos temas nas pautas de debates, antes restritas à fiscalização do exercício profissional e à utilização de radiações ionizantes. Aspectos relacionados à qualidade de produtos, de uso profissional ou doméstico, passaram a ser objeto de maior preocupação e as ações de Vigilância Sanitária em Saúde Bucal começavam a ter seu foco de atenção deslocado do consultório odontológico para o ambiente, considerado em sentido amplo. Ainda que a atuação continuasse restrita, pelo menos o debate teórico se abria às novas questões, e as discussões passaram a contemplar também aspectos relativos ao ambiente (água), produtos de uso profissional (mercúrio e outros) e produtos de uso doméstico (pasta de dentes e escovas dentárias). Porém, a prática da Vigilância Sanitária continuava centrada no consultório odontológico e essa situação seria alterada no final dos anos 80 com a organização do sistema de Vigilância Sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo (janeiro de 1990), com o aparecimento em nível federal, de normas relativas à produção e comercialização de dentifrícios e colutórios (NARVAI, 1996).

O Ministério da Saúde, desde 1987, vem estimulando e dando apoio técnico à criação de Grupos de Controle de Fluoretação das Águas (GECOF) em vários Estados. Ainda assim, as experiências brasileiras no controle da fluoretação de águas ainda são muito poucas (SCHNEIDER, 1992, apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

Na II Conferencia Estadual de Saúde Bucal (1993) foi aprovada a necessidade de ‘haver controle e vigilância por órgão competente distinto da empresa responsável pela fluoretação (heterocontrole), devendo a instância responsável pelo heterocontrole tornar público, através dos meios de comunicação, boletins periódicos com os resultados obtidos’ (NARVAI, 2001).

NARVAI (1998) propõe que, no âmbito da saúde bucal coletiva e da área de atuação odontológica, as ações de Vigilância Sanitária abrangem três dimensões: “ os estabelecimentos de prestação de serviços odontológicos, os produtos para higiene bucal e os alimentos e bebidas”.

O flúor é um elemento químico que, por estar presente em diversos produtos, como águas de abastecimento público, águas minerais, bebidas como chá preto e refrigerantes, em alimentos e em alguns medicamentos e suplementos nutricionais, é de grande interesse para a Vigilância Sanitária (OMS, 1972; MURRAY, 1992; BASTOS; LOPES; FREITAS, 1993; PINTO 1993; apud SANTORO 1997).

Num estudo sobre o padrão físico-químico da água de abastecimento público na região de Campinas, observou-se que 59% das amostras estavam em desacordo com a legislação vigente, quanto ao teor de fluoreto (FREITAS, BRÍGIDO, BADOLATO, 2002).

Em outros estados, níveis inadequados no teor de fluoreto também foram encontrados: em Joinville (SC), o Laboratório do Flúor da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALLI) constatou que o serviço de fluoretação era irregular. Segundo análise de coletas feitas pelos técnicos da Vigilância Sanitária, desde setembro de 1994, em alguns pontos de coleta, o teor de flúor ultrapassava o índice máximo e chegava a 1,40 ppm e em outros pontos estava muito abaixo do mínimo indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não passava de 0,03 ppm.

De acordo com o I Fórum Nacional Flúor e Saúde (FORUM NACIONAL..., 2002), observa-se a ocorrência de diferentes teores de flúor nas águas utilizadas pela população, que variam desde níveis insignificantes para a prevenção da cárie até níveis suficientes para produzir fluorose dentária endêmica crônica, sendo que isto requer ações específicas de vigilância sanitária, recomendando-se inclusive que o Ministério Público seja acionado para proteger a saúde da população, considerando a omissão presente em vários municípios brasileiros. Destacou ainda o papel estratégico a ser desempenhado pelos Conselhos de Saúde, no sentido de que a população seja informada e compartilhe com as autoridades sanitárias as decisões relativas ao seu emprego.

De acordo com o parecer técnico do Comitê técnico-científico de Saúde Bucal, para garantir os benefícios da fluoretação das águas, com segurança em relação à fluorose dental, recomenda-se: oficializar um programa de heterocontrole da concentração de flúor na água; controlar as outras fontes de exposição sistêmica a flúor, principalmente a ingestão de dentifrícios por crianças e o uso inadequado de medicamentos fluoretados; fazer levantamentos epidemiológicos de cárie e fluorose dental antes e depois da implementação do método (FORUM NACIONAL ...,2002).

Para termos uma adequada fluoretação das águas de abastecimento, torna-se imprescindível o permanente controle da fluoretação, o qual pode ser feito em pelo menos dois níveis: controle operacional, pela empresa produtora da água, nas estações de tratamento, ou antes, da distribuição para a rede no caso da água originada em poços; heterocontrole, realizado pelo órgão de Vigilância Sanitária do poder executivo, para assegurar que o produto oferecido ao consumo da população atenda aos dispositivos legais e não apresente riscos à saúde humana (NARVAI, 2001).

Em Cocal do Sul (SC), episódio de fluorose endêmica acometeu a população local, após a ingestão, entre 1985 e 1988, de água oriunda de poço profundo contendo de 1,2 até 5,6 ppm de flúor, tendo havido a omissão das autoridades da área de saneamento (CAPELLA; CARCERERI; PAIVA, 1989).

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS 142 de 17/11/94 determinou que o órgão federal de Vigilância Sanitária normatizaria em 90 dias os teores de flúor em estações de tratamento de águas e pontos da rede (BRASIL, 1994), porém isto não ocorreu (NARVAI, 2001).

Em São Paulo, capital, foi aprovada a lei nº 11.488 de 11/03/94, determinando que a Prefeitura deveria manter “o programa permanente de vigilância sanitária visando a medição e controle dos níveis de flúor existentes nas águas destinadas ao abastecimento da rede pública” (NARVAI, 2001).

No Estado de São Paulo, a Resolução SS-250/95, de 15/08/95 estabeleceu que para os municípios do Estado, as águas devem conter 0,7 mg de flúor por litro (0,7 ppm). Segundo este documento é aceitável variação no teor de flúor desde que oscile entre 0,6 e 0,8 mg/L (onde a média das temperaturas máximas diárias do ar, observadas durante um período mínimo de 1 ano, encontrar-se abaixo de 14,7 graus Celsius, o limite superior da variação é 1,0 mg/l). Teor de flúor abaixo ou acima do intervalo 0,6 a 0,8 ppm caracteriza a água como “fora do padrão de potabilidade”, portanto, inaceitável para consumo humano do ponto de vista da prevenção da cárie e da fluorose dentária (SÃO PAULO, 1995).

Num estudo transversal realizado em 25 municípios do Estado de São Paulo, verificou-se que, quanto aos teores de flúor nas águas de abastecimento, somente em 10 municípios o teor foi considerado adequado e em 04 municípios estava acima de 0,8 ppm (CHAIM et al., 1995, apud NARVAI, 2001).

Em Santos (SP), os relatórios do Grupo Técnico em Saúde Bucal da Secretaria de Higiene e Saúde (1995), ao realizarem um balanço dos percentuais de amostras consideradas aceitáveis no período de 1990 a 1994, mostraram a influência que um Sistema de Vigilância exerce na melhoria da qualidade da água fluoretada, principalmente a partir de 1992 (MANFREDINI, 1991, apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996).

Mestriner Jr. (1994) estudou a incorporação de fluoreto no esmalte dental, comparando duas cidades: Barretos (SP), onde a água continha níveis regulares de fluoreto na faixa de 0,7 ppm e Ribeirão Preto (SP), cuja água de abastecimento tinha níveis irregulares de fluoreto, com variação de 0,2 a 0,5 ppm. Seus resultados apontaram para uma maior incorporação de

fluoreto no esmalte dentário, para o local com melhor adequação do teor de fluoreto na água de consumo, conforme recomendado na literatura internacional.

Para assegurarmos segurança e garantia dos benefícios da fluoretação das águas, com mínimo risco para ocorrência da fluorose dental precisamos realizar não só o controle operacional como também uma vigilância adequada deste processo. É importante evitarmos a falta de regularidade na fluoretação e obtermos teores de fluoreto que estejam dentro da faixa de valores recomendados, evitando também o desperdício dos recursos públicos destinados a esta estratégia.

Assim sendo, este estudo se propõe, através de um estudo descritivo e exploratório, conhecer como se realiza o processo de fluoretação das águas de abastecimento público de Ribeirão Preto (SP), contextualizando este processo com as políticas públicas em saúde bucal desenvolvidas pelo Município.

O PERCURSO METODOLÓGICO

IV – O Percurso Metodológico

4.1. Quadro Metodológico

Aprender um caminho que fundamente atingir os objetivos propostos desta pesquisa e responder às questões elaboradas para compreensão do objeto de estudo não é tarefa fácil. Ao me aprofundar num estudo teórico sobre fluoretação reconheci a complexidade do processo desta temática.

Nosso estudo teve como proposta desenvolver uma pesquisa exploratória, com uma abordagem fundamentada na perspectiva qualitativa, pois segundo Minayo (2000), “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Os estudos qualitativos têm seu ponto de partida em questões amplas, que vão se definindo à medida em que os trabalhos avançam. Como nos diz Godoy (1995), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos, pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

Embora existam muitas variações do que se denomina de pesquisa qualitativa, quatro características foram identificadas por Godoy (1995):

- ✓ A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental,
- ✓ A pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva,
- ✓ O significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida constitui preocupação essencial do investigador,
- ✓ Pesquisadores utilizam enfoque indutivo na análise dos seus dados.

A pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral do campo, assunto, fato, tendo como finalidade: desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses que

poderão ser exploradas em estudos posteriores. A pesquisa exploratória habitualmente envolve levantamento bibliográfico e documental (GODOY, 1995).

O campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos e integrados, colocando de forma imediata o problema da intervenção e requerendo:

[...] como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente “e na objetivação do saber, as diferentes teorias:” revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa” (MINAYO, 1998)

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los, propondo-se a descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, admitindo várias formas, tais como estudos exploratórios, estudos descritivos, pesquisa de opinião, pesquisa histórica, estudos de caso, pesquisa documental, estudos casuais comparativos, experimentos, histórias e surveys, entre outros (CERVO;BERVIAN, 1983; RUDIO, 1992; TRIVINÓS, 1992).

Na medida em que se adota um enfoque exploratório-descritivo, o pesquisador deve ter uma postura aberta e receptiva, uma vez que é comum surgirem ao longo do desenvolvimento do trabalho, novos elementos e novas dimensões que devem ser considerados, pois a pesquisa qualitativa ao partir de focos de interesse mais amplos, implica em que as abstrações e o quadro teórico vão se consolidando à medida em que os dados são coletados e examinados (GODOY,1995).

A melhor forma de coletar dados, seja através de equipamentos como gravadores ou vídeos, seja através de anotações, é fazer parte do contexto onde ocorre o fenômeno a ser estudado. É importante também ter em mente a certeza de que a pessoa do pesquisador é o melhor recurso para "a observação, seleção, análise e a interpretação dos dados coletados" (MINAYO, 2000).

Esse tipo de estudo tem na palavra escrita sua melhor ferramenta, tanto para obtenção dos dados quanto para a divulgação dos resultados. Tem como objetivo compreender o fenômeno de forma ampla, onde o ambiente e as pessoas nele inseridas são observados como um todo, holisticamente, “Não é possível compreender o comportamento humano sem a

compreensão do quadro referencial (estrutura) dentro do qual os indivíduos interpretam seus pensamentos, sentimentos e ações" (MINAYO, 1998).

4.2 O Cenário

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto (SP), município sede da Divisão Regional de Saúde – DIR XVIII, da Secretaria de Estado da Saúde, a qual abrange vinte e cinco municípios; caracterizando-se como pólo de referência regional.

O município de Ribeirão Preto situa-se na região nordeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 320 km da capital, exercendo uma polarização num raio aproximado de 100 km e o município é o grande abastecedor de uma rica região que apresenta índices de qualidade de vida semelhantes aos de países desenvolvidos. A cidade tem aproximadamente 535.698 habitantes (SÃO PAULO, 2005). Nas últimas décadas, o município apresentou elevadas taxas de crescimento demográfico, devido principalmente aos fluxos migratórios atraídos pelo dinamismo econômico do município e sua elevada qualidade de vida.

Os excelentes indicadores econômicos e sociais do município ancoram-se numa estrutura econômica forte e diversificada tanto no município quanto na região. Em primeiro lugar destaca-se o desempenho da agricultura. A qualidade de seu solo e clima fazem com que esta seja uma das principais regiões agrícolas do Estado e do país. Apresenta uma grande produção, com elevados níveis de rendimento das culturas e destaque para a cana de açúcar (a região é a maior produtora mundial de açúcar e álcool), a laranja, a soja, o amendoim, a fruticultura em geral, entre outras (URBANO, 2003).

A indústria local está muito relacionada ao desempenho do setor primário. Existe um complexo agro-industrial, com 21 usinas sucro-alcooleiras na região e ainda beneficiadoras de café, indústrias de suco de laranja, soja, amendoim, alimentícias, de ração, fertilizantes, etc..., temos também o setor de equipamentos médico-odontológicos e farmacêuticos em Ribeirão Preto e o setor calçadista em Franca, o setor metal-mecânico em Sertãozinho, Matão, Araraquara e São Carlos (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

Destacamos que em Ribeirão Preto (SP) encontram-se instaladas duas importantes indústrias de equipamentos médico-odontológicos, sendo uma delas a maior indústria de equipamentos odontológicos da América Latina.

A rede de saúde de Ribeirão Preto desponta como uma das mais importantes e desenvolvidas do país. O município é sede da Diretoria Regional de Saúde, DIR XVIII, abrangendo 25 municípios, caracterizando-se como um importante centro de referência para a região e para outros estados. Possui 16 hospitais, 5 UBDS (Unidades Básicas Distritais de Saúde), 35 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

A rede secundária de atenção em saúde está constituída por algumas unidades distritais de saúde, em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto e por unidades específicas como: Núcleo de Gestão Ambiental (NGA-59), Ambulatório Regional de Saúde Mental, Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS 1), Núcleo de Atenção Psico Social para Alcoolistas e Farmacodependentes (NAPS 2) e Ambulatório de Especialidades Pediátricas (PAM II). Integram também, a rede de saúde de Ribeirão Preto, as faculdades da Universidade de São Paulo-USP, da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, do Centro Universitário Barão de Mauá, da Universidade Paulista – UNIP (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

No quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal da Saúde encontramos: 182 enfermeiros, 434 auxiliares de enfermagem, 11 farmacêuticos, 10 farmacêuticos bioquímicos, 28 psicólogos, 233 dentistas e 87 auxiliares de consultório dentário. O quadro de profissionais médicos encontra-se assim distribuído: 367 clínicos, 10 emergencialistas (SAMU e Regulação), 49 ginecologistas, sete oftalmologistas, três otorrinos, 155 pediatras, 18 psiquiatras, 18 sanitaristas, 2 médicos do trabalho e 1 fitoterapeuta, totalizando 630 médicos. Juntas, as Unidades realizam por mês cerca de 750 mil procedimentos e atendem 75% da população da cidade. Até há cinco anos, este percentual era de 50%. Esse aumento do número de atendimentos é creditado ao fato de parte da população ter abandonado os planos de convênio médico (RIBEIRÃO PRETO, 2004a).

O município apresenta um perfil de indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil de 8,94 por mil nascidos vivos (SÃO PAULO, 2005), bastante semelhante ao de regiões desenvolvidas, coexistindo com bolsões de pobreza onde o perfil de saúde é típico de áreas pouco desenvolvidas.

Quanto às causas de óbito há predomínio das doenças cardíaco-vasculares, seguidas pelas causas externas que atingem basicamente a população economicamente ativa, na faixa etária de 20 a 49 anos, e são constituídas principalmente pelos acidentes de trânsito. Destaca-se na morbi-mortalidade a marginalização social e a violência urbana, com o crescente

aumento do uso, abuso e tráfico de drogas, dos acidentes de trânsito, das mortes por homicídio e o crescente número de crianças, adolescentes e idosos em situação de risco e abandono (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

Ribeirão Preto é uma cidade privilegiada com relação ao saneamento básico: 99,9% da população é servida de água encanada, sendo que a água consumida e distribuída pelo Departamento de Águas e Esgoto de Ribeirão Preto – DAERP, provém de um imenso reservatório de águas subterrâneas chamado Aquífero Guarani, que se estende por 7 estados brasileiros, Argentina, Uruguai e Paraguai. Devido à sua origem de poços profundos, a água de Ribeirão Preto requer somente a adição de cloro, que é realizada logo após a sua retirada dos poços e nesta fase também é realizada a adição de flúor. A água clorada e fluoretada é conduzida por tubulações aos reservatórios, de onde é distribuída para as redes de abastecimento até chegar às residências (RIBEIRÃO PRETO, 2004b).

Ribeirão Preto tem o maior percentual de saneamento básico entre as cidades com mais de 500 mil habitantes do Estado de São Paulo. Dados do último Censo do IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que o município tem 96,3% dos domicílios com saneamento e no tocante ao manejo de resíduos sólidos urbanos, o município recebeu nota 9,7 no Índice de Qualidade de Resíduos, divulgado em 2003 pela CETESB – Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (RIBEIRÃO PRETO, 2004b).

O município de Ribeirão Preto está classificado entre os 50 melhores município do país, com o sexto lugar no Estado de São Paulo, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, sendo que este mede o progresso humano através de indicadores de três áreas: saúde, educação e renda, no entanto encontramos vários bolsões de pobreza em diversos pontos da cidade, revelando significativas desigualdades nas condições de vida da população. A partir da segunda metade da década de 80 houve um crescimento de 324% no número de barracos distribuídos entre os vários núcleos de favelas, segundo uma pesquisa da Secretaria Municipal do Bem-Estar social, realizado para o período 1986 a 1990. (URBANO 2003).

O dinamismo sócio-econômico regional e municipal trouxe consigo vários deslocamentos de populações e outros reflexos relacionados à constituição da força de trabalho, à ocupação do espaço urbano e ao quadro de saúde em geral e no quadro de saúde bucal em particular, tendo sido encontrado referências a este quadro, dentre os depoimentos coletados na realização deste trabalho:

“[...] cáries de quem eu encontrei? de quem chegou anteontem, essas grandes áreas de invasão. Aqui é a Passárgada deles... trazem com eles um incentivo, a esperança e a cárie! que vai entrar no nosso índice E4”

4.3 Os Sujeitos do Estudo

Considerando a necessidade de determinarmos critérios para a seleção dos sujeitos que participariam deste estudo, escolhemos entrevistar “atores sociais” cujas atividades apresentaram interface com o tema da fluoretação das águas de abastecimento no município de Ribeirão Preto. Partindo de uma estimativa de 8 entrevistas, obtivemos a colaboração de 7 participantes, tendo em conta que um dos convidados se recusou a participar da entrevista. Quanto à formação escolar dos entrevistados, todos tinham nível superior completo nas seguintes áreas: medicina (1), odontologia (4), veterinária (1), biomedicina (1) e as funções desempenhadas pelos mesmos, compreendeu: gestão da Secretaria Municipal da Saúde, chefia da Divisão de Odontologia do Município, chefia da Divisão de Vigilância Sanitária e cargos técnicos envolvidos com o processo de fluoretação. Essas funções foram desempenhadas na Secretaria Municipal da Saúde e no Departamento de Águas e Esgoto-DAERP, num período de tempo que abrangeu 3 administrações políticas do município, entre 1992 e 2004.

4.4. As estratégias de investigação.

4.4.1 A entrevista semi-estruturada

Queiroz (1991) e Minayo (2000) comentam que no trabalho de campo, a entrevista é uma das formas mais antiga e usual para se obter dados orais, sendo que através dela o pesquisador busca o que está por trás das falas dos atores sociais. Deve ser uma conversa a dois com propósitos bem definidos, de que forma que o pesquisador tem a tarefa de conduzi-la, podendo seguir um roteiro previamente estabelecido (estruturada) ou operar sem roteiro (não estruturada), procurando sempre uma congruência e uma sistematização no assunto de interesse. Trivínos (1992) ressalta que existe uma maneira particular de articular essas formas que é chamada de entrevista semi-estruturada, a qual parte de certos questionamentos básicos que interessam à pesquisa e que em seguida oferecem a oportunidade ao informante de participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

A entrevista tomada no sentido amplo de comunicação verbal e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico é a técnica mais usada no processo

de trabalho de campo, constituindo uma fonte de informações de duas naturezas de dados: ‘objetivos, que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censos, registros civis, atestados de óbitos, etc, e dados ‘subjetivos’, isto é, suas atitudes, crenças, valores e opiniões’ (MINAYO, 1998).

As entrevistas foram realizadas mediante prévio agendamento telefônico com os convidados e a utilização de gravador portátil com posterior transcrição das mesmas, cujo tempo de duração variou de 30 minutos à uma hora, dependendo da disponibilidade do entrevistado. Para cada segmento entrevistado, construímos um roteiro de questões norteadoras: ANEXO A (para utilização na Divisão de Saúde Bucal), ANEXO B (para Vigilância Sanitária) e ANEXO C (para entrevista no Departamento de Águas).

No Departamento de Águas e Esgoto de Ribeirão Preto-DAERP, utilizamos um roteiro adaptado de Maia (2001) conforme (anexo C).

Para garantir o sigilo dos entrevistados, quando da transcrição das entrevistas, os mesmos foram identificados por letras e números (ex. E1, E2, E3, etc), sendo que as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador responsável, o qual foi identificado nas transcrições, pela letra P.

4.4.2 A Análise documental

Ludke e André (1986) recomendam a análise documental em algumas situações, seja para desvelar novos aspectos de um problema, ou de um tema, ou para complementar as informações obtidas por outras técnicas. São considerados por Phillips (1974) apud Ludke & André (1986) “quaisquer escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano... estes incluem desde leis e regulamentos, normas, pareceres, jornais, revistas, estatísticas”. Estes autores recomendam ainda, que o uso desta estratégia pode também ser fundamentada “quando o acesso dos dados é problemático, seja porque o pesquisador tem limitações de tempo e deslocamento, quando se pretende ratificar e validar informações, [...] nossa confiança em que os resultados reflitam mais o fenômeno em que estamos interessados”. (LUDKE & ANDRÉ, 1986, p.39)

Nesta investigação esta estratégia se justifica pela complementação às informações obtidas por outras técnicas, e em parte pela limitação de tempo do pesquisador.

Em complemento aos dados obtidos nas entrevistas, buscamos nos aproximar dos documentos relativos a fluoretação, através da busca de documentos e relatórios na Secretaria Municipal da Saúde, atas do Conselho Municipal da Saúde, jornais, Portarias e Normas relativas à temática da fluoretação das águas de abastecimento público.

4.5 O processo de análise dos dados

Minayo (1998) refere que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo, a qual mais do que um procedimento técnico faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977) foi a técnica utilizada para sistematizar os dados qualitativos, esta técnica é definida como :

[...] conjunto de técnicas e análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção de variáveis inferidas destas mensagens “ (BARDIN, 1977, p.42)

A técnica da análise de conteúdo compreende as seguintes fases: a pré-análise, que possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses ou pressupostos e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Na pré-análise organizamos o material, num período de intuições, tendo por objetivo sistematizar as idéias iniciais e torná-las operacionais, de modo a conduzir-nos a um esquema de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A pré-análise é dividida em três etapas, a saber:

- ✓ A leitura flutuante, que consiste em estabelecer um contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões e orientações, ou como refere Minayo (1998), deixando impregnar -se pelo seu conteúdo;
- ✓ A construção do corpus, que é a organização do material, de forma que responda às normas de validade. Para tanto, a sua constituição implica, muitas vezes, em escolher, selecionar e definir regras, tais como a exaustividade (que contenha a representação do universo pretendido), a homogeneidade (que obedeça a critérios preciso de escolha de temas, técnicas e interlocutores) e a pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).
- ✓ A formulação de pressupostos e objetivos, onde se determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de

compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A próxima fase, denominada como exploração do material, consiste na operação de codificação, transformando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase, trabalha-se inicialmente com o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise.

Na última fase realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação; os resultados brutos são tratados de forma a se apresentarem significativos e válidos.

A opção de trabalhar com análise de conteúdo se deu por concordarmos que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema proposto de maneira mais flexível. E por possibilitar uma leitura mais subjetiva do processo de trabalho, de forma espontânea.

A partir desta orientação teórica, realizamos primeiramente a categorização dos dados qualitativos, nos baseando no conteúdo de fragmentos das falas dos entrevistados, conforme abaixo:

- A) Políticas Públicas de Saúde
- B) O processo da fluoretação das águas de abastecimento público

Na sequência do trabalho, as categorias iniciais foram classificadas em sub-categorias ou temáticas, conforme abaixo:

Políticas de Saúde: a) um breve histórico do sistema local de saúde; b) a saúde bucal em Ribeirão Preto.

O processo de Fluoretação das Águas de abastecimento de Ribeirão Preto:

- a) a historicidade da fluoretação das águas de abastecimento público em Ribeirão Preto;
- b) o contexto atual da fluoretação;
- c) o acompanhamento dos níveis de fluoreto nas águas de abastecimento;
- d) o controle social e o Conselho Municipal de Fluoretação.

4.6 Questões Éticas da Pesquisa

No desenvolvimento do nosso estudo foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, advindas da resolução de número 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Para alcançar os objetivos propostos no estudo, numa primeira fase, solicitamos autorização para o desenvolvimento do trabalho na Secretaria Municipal da Saúde (ANEXO D) e no Departamento de Águas e Esgoto de Ribeirão Preto – DAERP (ANEXO E).

Após autorização, o projeto foi enviado para aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado (ANEXO F).

Tendo em vista a necessidade e direito dos profissionais, de conhecer e compreender a realidade que os cercam, procedemos ao esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e as repercussões do processo investigativo. Após termos apresentado a proposta de trabalho, solicitamos o Termo de Consentimento de Participação Livre e Voluntária na pesquisa, mediante a garantia do sigilo das informações e da identidade dos participantes do estudo (Anexo G).

RESULTADOS

V - Resultados

Através de leituras flutuantes do resultado da coleta de dados, agrupamos 6 categorias temáticas recorrentes na fala dos entrevistados: políticas públicas de saúde, políticas de saúde bucal, a historicidade da fluoretação das águas no Município, o contexto atual da fluoretação, o acompanhamento da fluoretação, a fluoretação das águas e o controle social.

Em complemento às informações obtidas nas entrevistas, buscamos uma aproximação dos documentos relativos a fluoretação das águas de abastecimento no município, através de pesquisas em jornais, relatórios e documentos referentes ao tema.

5.1. Um breve histórico do Sistema Local de Saúde

A Constituição Federal de 1988 representou a mais importante transformação jurídico-institucional já estabelecida para o campo da saúde no Brasil, ao instituir a saúde como direito de cidadania e ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS). Isto colocou como um grande desafio aos municípios brasileiros, a organização dos serviços de saúde de modo a atender aos princípios da universalização da atenção, da integralidade, da equidade, da descentralização das ações e serviços de saúde e do controle social.

As novas responsabilidades atribuídas aos municípios demandam investimentos para acumular poderes e as capacidades institucionais indispensáveis ao exercício dessas funções, porém esse processo é fortemente determinado por um lado pelo porte e potencial arrecadador de cada município e por outro, determinado por obstáculos presentes no processo de descentralização (QUEIROZ, 2003).

Além destes condicionantes estruturais, Cohn (1998 apud QUEIROZ, 2003) identifica que a organização dos serviços públicos tem se defrontado ainda com a influência conservadora e patrimonialista, exercida pelas forças políticas que sustentaram o governo central nas duas últimas décadas, a qual colide com a proposta de um sistema de saúde que pressupunha, nos três níveis de governo, uma administração pública profissionalizada, com padrões de eficiência e eficácia distantes dos atuais e a redução de recursos orçamentários para investimentos nas últimas duas décadas, repercutindo no cenário administrativo no qual o SUS se realiza, favoreceu a manutenção de estruturas administrativas ultrapassadas, descoladas de propostas de reformas da administração pública que sejam coerentes com as responsabilidades sociais previstas na Constituição Federal de 1988.

A grande expansão da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto (SP) ocorreu após 1988, quando o município inaugurou 3 novas Unidades Básicas de Saúde e 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde, além da reforma e ampliação das unidades do período anterior, visando atender ao crescimento da demanda, com o crescimento populacional.

O município de Ribeirão Preto (SP), para compatibilizar as propostas da universalização das ações e serviços de saúde, organizou a assistência segundo o conceito de territorialização, em regiões denominadas Distritos de Saúde, regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais e agrupando Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. As Unidades Básicas Distritais de Saúde além do atendimento básico para sua área de abrangência constituem referência de algumas especialidades para todo o Distrito. Cada distrito possui várias Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo atendimento da população de sua área de abrangência, nas áreas médica (pediatria, clínica geral, ginecologia), odontológica e de enfermagem. Todas as Unidades contam com uma retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas unidades distritais e ambulatorios de especialidades são solicitados exames mais sofisticados através dos serviços contratados ou conveniados (URBANO, 2003).

Entre 1985 e o início da década de 90, houve uma intensa absorção de profissionais de saúde de todos os níveis e formação, decorrente da descentralização da gestão e da abertura de novos postos de trabalho em função do processo de ambulatorização do atendimento. Contudo, essa mudança na composição da rede de serviços e no perfil das equipes foi incapaz, por si só, de direcionar a assistência à saúde na perspectiva de uma atenção integral (PEREIRA, 1997).

A Odontologia também participou da expansão da rede de atendimento, com a contratação de novos profissionais:

“[...] fui trabalhar na unidade de saúde que estava começando em 1987, era uma população totalmente sem assistência, um bairro que estava sendo construído e atendia todos os funcionários dessa construção, praticamente sem serviço odontológico, nunca teve e ainda mais, era uma coisa assim astronômica, era assustadora a quantidade de serviço que a gente tinha. E3”

A definição da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado pela Constituição Federal de 1988 foi considerada uma medida auto-aplicável, porém a regulamentação do Sistema Único de Saúde viria somente 2 anos depois com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90). Este fato determinou uma pressão de demanda por serviços de saúde sobre a estrutura de atendimento anteriormente existente e que estava

preparada até então, somente para o atendimento da população que participava do mercado formal de trabalho. Assim, o período que se segue a definição da reorganização do Sistema Nacional de Saúde, foi bastante conturbado, pois como assinala Demo (1991), qualquer serviço público, bem como a efetivação de todo direito precisam ser “financiados” e as políticas sociais ao tratarem do planejamento das condições de acesso, colocam sempre uma questão de poder.

Temos que recordar também que na década de 80 e início dos anos 90, diversos planos econômicos se sucederam: Plano Cruzado, Cruzado II, Plano Bresser e Plano Collor, todos eles na tentativa de controlar a hiper-inflação e a recessão econômica desse período. Enquanto isto ocorria no Brasil, países centrais do capitalismo, como Estados Unidos e Inglaterra implementavam reformas, que por reduzirem a participação do Estado na economia foram chamadas de “reformas neo-liberais”, as quais foram bem sucedidas em promover o crescimento econômico, enquanto o Brasil vivenciava um processo irregular de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), tanto assim que esta década ficou conhecida como “a década perdida” (PINTO, 1993s).

Segundo o mesmo autor, a consequência desse quadro ficou registrada nos jornais da época: no Jornal do Brasil de abril a agosto de 1990, a crise da saúde foi denunciada nas suas manchetes e o presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo declarou: “as fraudes verificadas no INAMPS determinaram o caos atual...a rede hospitalar pública é insuficiente e os estabelecimentos privados desativaram leitos destinados à previdência”. Nessa época ocorreram greves nos hospitais e no INAMPS, sendo publicado no Jornal do Brasil (19/12/91) que para 39,3% dos brasileiros, a saúde era o principal problema nacional; 37,5% consideravam a inflação, desemprego e corrupção como problemas mais graves. Para piorar esse quadro, em 1991 tivemos um surto de cólera; tudo isso aumentando a descrença e o temor pelos serviços oferecidos pelo país.

A Constituição Federal de 1988 não assegurou recursos mínimos para a saúde, mas determinou que 30% no mínimo do orçamento da seguridade social caberia à saúde, com exceção do seguro desemprego, caberia à saúde, sendo que a saúde concorria ainda com os benefícios da previdência (aposentadoria e pensões) PINTO (1993a).

Este cenário nacional repercutiu no município, pois segundo Urbano (2003), no período de 1989 a 1992 houve um retrocesso na autonomia municipal, pois as Normas

Operacionais (NOB)¹ 91 e 92 do Ministério da Saúde, reeditaram as normas convênias para a transferência de recursos, levando a paralisação dos programas de atenção preventivo-educativos implantados e em fase de implantação e o modelo de atenção assumiu o pronto-atendimento, como medida política para acabar com as filas.

Um levantamento sobre as políticas de saúde bucal do município, realizado em 1993, apontou que a cidade contava então com 102 consultórios odontológicos, 179 cirurgias dentistas e 47 auxiliares odontológicas contratados. Ainda no ano de 1993, ocorre um importante evento para a Odontologia do município: a I Conferência de Saúde Bucal do Município. O relatório final dessa conferência apontou um consenso em relação à importância e necessidade de se ter, em Ribeirão Preto, a fluoretação controlada de toda a água de abastecimento público (TAMBURUS; BIONDI; ALECRIM, 1993).

O município de Ribeirão Preto retomou o processo de municipalização da saúde, no período de 1993/1996, numa conjuntura de grande restrição orçamentária, pois nesse período, a não definição de critérios para partilha dos recursos que compõem o orçamento da seguridade social levou a saúde a uma grave crise financeira. Em maio de 1993 a previdência deixou de repassar recursos à saúde e nesse ano o gasto federal com a saúde foi inferior ao realizado em 1980. No município, o atendimento em nível hospitalar agravou-se pela diminuição do número de leitos dos hospitais conveniados à disposição do Sistema Único de Saúde-SUS, sendo que no período seguinte 1997/1998 a gestão na saúde enfrentou graves problemas decorrentes do atraso no repasse de verbas federais para o pagamento dos prestadores de serviços do SUS (URBANO, 2003).

O início do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como principal fonte de financiamento os recursos da Previdência Social, por meio do orçamento do INAMPS, que perdurou até maio de 1993². A partir de então, o SUS entrou numa grave crise de financiamento, que só começou a ser resolvida com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza Financeira (CPMF), em outubro de 1996, com a Lei nº 9.311. Somente em setembro de 2000 foi

¹ NOB: “instrumento de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios” (Levcovitz et al., 2001).

² Em maio de 1993 o Ministério da Previdência e Assistência Social deixou de repassar 50% do orçamento do INAMPS (produto do recolhimento com base na folha salarial), o que significou uma redução de mais de 36% no orçamento do Ministério da Saúde.

aprovada a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)³, que determina a vinculação de receitas dos três níveis de governo para o sistema de saúde (SOUZA, 2003).

Este mesmo autor considera que o fato de que o INAMPS foi incorporado em março de 1990 pelo Ministério da Saúde e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) editada em setembro de 1990, instituindo o SUS, levou a que o Ministério da Saúde incorporasse a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos e dessa forma, o SUS inicia sua atuação na área da assistência à saúde, com caráter universal, utilizando uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da população. Essa estratégia teve várias conseqüências: a manutenção de uma tabela nacional de procedimentos e sua utilização como instrumento de financiamento, pelo Ministério da Saúde, de serviços e ações de saúde executados por Estados e Municípios; o processamento das informações (SIA/SIH/SUS) e dos pagamentos de forma centralizado; a realização de auditoria federal em prestadores de serviços, já sob gestão dos Estados, a conservação do modo de relação com médicos autônomos, etc.

A real efetivação do SUS começou a se efetivar com a NOB 96 e sua implementação no período de 1998⁴ a 2000 foi marcada por uma série de importantes avanços no processo de implantação do SUS:

- a) a implantação do Piso da Atenção Básica, introduziu pela primeira vez no SUS, a lógica do financiamento per capita;
- b) incentivos específicos para áreas estratégicas e aumento dos recursos fundo a fundo;
- c) adoção de critérios para alocação de recursos federais que contribuíssem para reduzir as desigualdades regionais;
- d) investimentos na rede de serviços (com prioridade para Norte, Nordeste, Centro-Oeste).

A maciça habilitação de municípios nas formas de gestão previstas na NOB 96 representou avanço da responsabilização dos gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos, mas não assegurou qualidade e efetividade da atenção básica em todos

³ A EC 29 estabeleceu que no período de 2001 a 2004, a União deveria aplicar em saúde, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Os municípios deveriam aplicar até o exercício de 2004, 15% da receita do produto da arrecadação dos impostos. Os estados deverão aplicar doze por cento do produto da arrecadação dos impostos. (SOUZA, 2003)

⁴ Somente com a Portaria GM/MS de nº 2121, de março de 1998, houve avanço na redução das desigualdades regionais quanto a distribuição de recursos, dando um passo significativo para a implantação do SUS, permanecendo a assistência de média e alta complexidade, como um processo de aperfeiçoamento do Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde-SUDS, existente anteriormente (SOUZA, 2003).

os municípios, nem foi suficiente para garantir o acesso dos cidadãos ao demais nível de atenção (SOUZA, 2003).

Com a descentralização da gestão, a aplicação dos recursos públicos de saúde passou a depender da conjuntura política do município, podendo gerar grandes distorções derivadas das tradições e privilégios corporativos na sua aplicação. Em 1996 o município aderiu à gestão semiplena, possibilitando uma relação direta com os prestadores de serviços privados, com maior controle de qualidade e da quantidade dos atendimentos prestados, inibindo fraudes (URBANO 2003).

Para o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial o município passou a receber a transferência do Piso da Atenção Básica (PAB) – R\$ 10,00 reais per capita/ano ou R\$ 0,80 per capita/mês, para o Fundo Municipal de Saúde. Antes do PAB, Ribeirão Preto gastava R\$ 1,05 per capita/mês. O município gasta cerca de 60% do seu orçamento em saúde, com hospitais e serviços credenciados, incluindo os filantrópicos e lucrativos. A maior parte do atendimento do município e região de abrangência do SUS está sendo prestada pelos hospitais filantrópicos; Santa Casa, Hospital Santa Lúcia, Hospital Beneficência Portuguesa. A falta de vagas nos hospitais e a longa espera para exames especializados constituem as principais reclamações dos usuários (URBANO, 2003). Atualmente, o Hospital Santa Lúcia atende somente UTI-neonatal.

Ribeirão Preto (SP) está habilitado na condição de Gestão Plena Municipal desde 1998, sendo responsável pelo gerenciamento de sua própria rede de saúde e por definir os convênios de compra de serviços de prestadores, para complementar o atendimento à saúde.

[...] o modelo de assistência à saúde existente no município é do tipo clínico assistencial com tendência à especialização, medicalização e sofisticação tecnológica, e isto é válido para todos os setores: municipal, estadual, e privado. Existe uma tendência ao atendimento despersonalizado sem vínculo paciente-profissional, o que compromete sua resolutividade e estimula a rotatividade dos pacientes pelos serviços. Nas unidades da rede municipal as atividades são prioritariamente dirigidas à demanda espontânea da população, apesar da existência de programas de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

Em Ribeirão Preto, o processo da “universalização excludente”⁵ também esteve presente, pois diante da imensa dívida social acumulada em nosso país, o sistema de saúde se viu sobrecarregado pela alta demanda, pelos problemas de financiamento das políticas

⁵ “universalização excludente” expressão usada por Mendes (1999) para caracterizar o fato de que com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, os trabalhadores de maior capacidade de vocalização social e poder aquisitivo passaram a utilizar o sistema supletivo de saúde, tendo em vista a insuficiência de recursos para a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS.

públicas nos anos 90 e ainda pelo processo de recessão econômica com reflexos no nível de emprego nas últimas décadas. Além dessa conjuntura, o processo de participação e controle social também se encontra em construção, visto que os usuários com maior poder de vocalização na sociedade estão ainda vinculados ao sistema de atenção médica supletiva.

O Sistema Único de Saúde está organizado em torno de 3 diretrizes: a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade. Integralidade numa primeira aproximação é uma das diretrizes básicas instituídas para o SUS, sendo que o texto constitucional fala em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (MATTOS, 2001).

Atualmente além das questões do financiamento e das dificuldades relativas aos recursos humanos, as questões referentes ao modelo de atenção em saúde também são apontadas por gestores da saúde no município.

No depoimento abaixo, aparece a questão da integralidade, a qual é uma das diretrizes básicas instituídas para o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição de 1988:

“[...] existe uma contradição muito grande na questão de trabalhar os princípios do SUS, um dos princípios fundamentais é a grande mudança do modelo assistencial, para este é você trabalhar a questão da integralidade, que tem como uma questão fundamental você ver o indivíduo como um todo, em todas as suas necessidades e não só no processo de adoecimento. Daí a visão da intervenção integral é você acoplar a questão da promoção, da proteção ao processo de recuperação e reabilitação E2”

No fragmento de discurso em análise, temos a integralidade sendo vista pelo foco da relação profissional de saúde/usuário. No entanto, a questão da integralidade abrange um conjunto de valores e características que são desejáveis na configuração de um sistema de saúde e nas próprias práticas de saúde, que partindo da superação da visão reducionista e fragmentada do modelo hegemônico da biomedicina, pressupõe que a organização dos serviços e das práticas de saúde devam também superar a fragmentação dos programas verticais, associando as práticas assistenciais com aquelas da saúde pública tradicional (MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2003).

Mattos (2001) propõe que as equipes devem pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do Ministério. No interior dos serviços de saúde há importantes obstáculos às propostas da integralidade, sendo que o modelo teórico conceitual da biomedicina, com ênfase nos aspectos biológicos, a

perspectiva fragmentada e fragmentadora, as hierarquizações implícitas de saberes são programaticamente opostas à idéia de integralidade.

Na história da organização dos serviços odontológicos públicos de Ribeirão Preto, constatamos pelo fragmento do discurso de um dos sujeitos entrevistados que essas características estão presentes na assistência odontológica:

“[...] por volta de 1970 tinha o dentista que trabalhava no parque infantil durante o dia e de noite, 4 a 5 dentistas faziam a tal extração profilática. Reativou-se o serviço rural, para fazer as extrações nas fazendas em volta de Ribeirão Preto. Sábado e domingo eu passava o dia em cima da ambulância fazendo extrações, fiz isso durante 2 anos, aí mais ou menos em 1973 o prefeito quis montar o primeiro pronto socorro odontológico, para começar sábado e domingo, um pouco mais adiante começou a trabalhar 24 horas, trabalhei 16 anos nesse pronto atendimento. E4”

Existem ainda obstáculos sociais e institucionais, como a formação profissional do médico e do dentista, que supõe a prática liberal individual, privada, como horizonte maior e o trabalho nas áreas ambulatoriais não-especializadas e /ou nos programas de saúde da família é visto como tarefa menor, que é desvalorizada pela corporação. O fragmento abaixo ilustra essa concepção na categoria dos odontólogos:

“[...] questão de manutenção minha...trabalhar no serviço público, ter um fixo e mais a renda do consultório. E3”

“[...] a gente trabalha mesmo enraizado na gente, trabalha isolado, eu acho que a gente tem que se mostrar, que está ali, por que veio. E3”

Almeida (1991) realizando um estudo sobre a assistência de enfermagem na rede pública em Ribeirão Preto (SP), observou que a Odontologia possuía uma articulação mínima com os demais processos de trabalho desenvolvidos nas Unidades Básicas de Saúde.

De fato, diversas características apontam no sentido do apartamento do trabalho odontológico em relação à equipe de saúde: a organização do processo de trabalho, a organização de listas de espera, a falta de publicização da agenda odontológica, a localização dos consultórios odontológicos dentro das Unidades de Saúde e o processo de formação dos profissionais do setor, sendo que esta lógica é reproduzida no interior das Universidades.

Campos (1997), considera que a tendência corporativa dos profissionais de saúde, a degradação da clínica pela medicina de mercado e a burocratização das organizações de saúde têm conduzido à uma alienação, à um descompromisso com a cura ou com a promoção da saúde; reduzindo a resolutividade dos serviços de saúde. Essa degradação, conforme o autor, não mais se expressa como exceção à regra, mas quase constitui uma marca da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral.

Capozolo (2003), apresenta como característica da clínica hegemônica o desenvolvimento tecnológico e a capacidade de normatizar um número cada vez maior de aspectos da vida do homem, sendo uma clínica centrada em procedimentos que se mostra incapaz de considerar as diversas dimensões presentes nos processos de adoecimento, mostrando-se de baixa qualidade e resolutividade. Essa clínica chega a ser iatrogênica e reitera a dependência aos serviços de saúde e para superar essa forma de assistência, a autora advoga a necessidade de criar novas formas de relação com os usuários, com os demais profissionais e com o trabalho.

“[...] se faltar o dentista no posto não acontece nada! Ninguém reclama! Sabe? O dentista tem que se mostrar: eu to fazendo isso por você, eu sou importante para você, portar se fechando, não aparecendo, eu acho suicida. Essa é uma coisa que me preocupa muito, de resto não tenho grandes preocupações. E3”

Para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, se faz necessário reconhecer no modelo hegemônico atual, o predomínio da visão medicalizante apoiada nos preceitos neoliberais, que tem como objeto a doença e o lucro dela decorrente, ficando as necessidades de saúde em segundo plano. Nem sempre os trabalhadores se reconhecem como produtores das práticas que compõem o modelo de atenção à saúde, mesmo assim, são eles produtores/reprodutores e podem reconstruir, transformar a história da saúde (PEREIRA, 2001).

É necessário que o trabalhador não se encontre apartado de sua obra, entendendo com obra: o reconhecimento tanto por parte dos trabalhadores, como da clientela e da sociedade, do resultado do trabalho (CAMPOS, 1997).

Camargo Jr. (2003) nos traz que os “problemas de saúde” agregam uma multiplicidade de desafios complexos, que demandam diferentes níveis de abordagem, tanto na sua descrição quanto no desenho de estratégias de enfrentamento, sendo imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato, do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem, colocando-se o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental, o que demanda que os profissionais da saúde precisam ter uma compreensão ampliada do processo de saúde/doença, até para evitar a tentação de atuar para além das fronteiras de sua competência técnica.

Um outro aspecto dentro das políticas de saúde é a questão do financiamento e que tem uma relação direta com o modelo de atenção, sendo que a preocupação com o

financiamento da saúde/modelo de atenção, também aparece no depoimento dos entrevistados:

“[...] não dá pra você manter esse modelo de pronto atendimento, atendimento especializado, atendimento individual. Não há recurso financeiro que suporte isso daí E2”

“[...] existe uma dificuldade financeira muito grande. Eu acho que isso é uma coisa que não é uma particularidade da nossa cidade e a nossa cidade tem esse problema agravado porque além de tudo existe uma invasão muito grande. As pessoas acham que Ribeirão Preto, como pólo que é então todo mundo quer vir pra cá. Isso aí é uma coisa que acaba dificultando a questão dos nossos recursos, essa invasão faz com que a gente gaste mais do que a gente deveria gastar e é uma coisa difícil de controlar. E3”

“[...] a questão do financiamento, eu não sei se tem solução. Entretanto é o que pesa, porque se tivesse condição financeira e prestador, também pra referência secundária ou criação de mais CEO⁶s, não sei! pra gente poder dar uma cobertura maior na necessidade da população. Eu acho que é por aí! E3”

“[...] a minha briga justamente é para conservar esses 2% porque se eu ficar quieto, a Medicina nos toma isso. E4”

Mendes (1999)⁷ considera que a crise na saúde é universal, manifestando-se nas dimensões da ineficiência, ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública, sendo que a crise de financiamento constitui a face visível da ineficiência dos sistemas de saúde, decorrente de um constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção médica e pela irracionalidade na alocação dos recursos, devida em grande parte da força política e ideológica do modelo médico hegemônico, que leva a concentração de gastos da saúde com procedimentos custosos e de baixo impacto sobre os níveis de saúde da população.

Ainda, segundo o mesmo autor, três correntes de pensamento distintas procuram explicar a crise da saúde: os incrementalistas advogando que a discussão da crise da saúde está concentrada na insuficiência de recursos para a saúde e na necessidade de incrementá-los significativamente; já a outra proposta hegemônica, a corrente racionalista, propõe uma reforma setorial cuja agenda envolve um conjunto de medidas que operam do lado da demanda e da oferta, baseando numa busca sistemática de formas mais eficientes de produção

⁶ Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): as Portarias 1570 e 1571/GM de 29 de julho de 2004 estabelecem respectivamente as normas de habilitação e de financiamento, com incentivos para custeio e instalação dos CEOs.

⁷ Mendes (1999) considera que a força política e ideológica do modelo médico hegemônico têm conduzido a um constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção médica, concentrando gastos com procedimentos custosos e de baixo impacto sobre os níveis de saúde da população.

e eliminação de consumo desnecessário e a seleção de bens e serviços de maior utilidade para a sociedade.

A terceira corrente, defendida por Mendes (1999) e com a qual concordamos, considera que a crise da saúde tem uma determinação estrutural, decorrente da impossibilidade de conciliar o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde, com seus mecanismos de controle, o que seria inerente à prática vigente da atenção médica⁸. As estratégias de contenção de custos seriam incapazes de fazer frente às forças expansivas do sistema de atenção médica vigente e essa é a diferença fundamental entre estruturalistas e racionalistas, pois estes últimos acreditam ser possível controlar o sistema por meio de estratégias de contenção de custos, independentemente da mudança no modelo médico hegemônico (MENDES, 1999).

No município de Ribeirão Preto (SP), as mudanças das práticas sanitárias também surgem como uma das propostas norteadoras da construção do Sistema Único de Saúde:

“[...] nós temos um nó importante: se você não fizer as mudanças das práticas sanitárias, você não consegue transformar o sistema E2”

A prática sanitária é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde. A construção social de um novo sistema de saúde está fundada em três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária (MENDES, 1999).

Segundo o referido autor, quando a saúde é entendida e representada pela ausência de doença e se organizam serviços de forma medicamente definidos, com o objetivo de disponibilizar serviços preventivos e curativo-reabilitadores em conformidade com os elementos ideológicos do flexnerianismo, essa concepção traz limitações na sua capacidade explicativa e na sua utilidade prática no desenvolvimento de ações integrais de saúde, sendo que estas limitações têm sido evidenciadas quando se observa a perda da importância relativa das doenças transmissíveis e o aumento das doenças crônicas e as morbidades por causas externas.

O modelo assistencial baseado na prática sanitária da atenção médica ancora-se no paradigma flexneriano, o qual é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença.

⁸ As forças que pressionam a expansão do sistema de saúde são: a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, o incremento da força de trabalho e o corporativismo empresarial e profissional, a medicalização societal, a urbanização e a incorporação tecnológica (MENDES, 1999).

A Odontologia ainda vê saúde como ausência de dor e outras possibilidades são postergadas, pois não encontramos falas que vissem a saúde por sua positividade, muito pelo contrário:

“[...] o paliativo qual é? Se ela precisar de emergência ela será atendida. Mas para tratamento, às vezes demora isso mesmo, seis meses, um ano para ser chamada.E3”

Uma concepção moderna de saúde implica considerá-la na sua positividade, como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, o que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1999).

A vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, a qual implica uma ação integral sobre os diferentes momentos ou dimensões do processo saúde-doença, com base num saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial.

“[...] eu acho que você não conseguiu ainda que os recursos humanos incorporem os princípios, as diretrizes e coloque isso em prática. A grande maioria dos nossos profissionais não conhece essa diretriz. Quem tá na ponta não conhece, não sabe qual é a diretriz da Secretaria. Para quem está na ponta a minha obrigação é atender quem chega aqui, resolvendo o problema. E2”

Quando surge a questão de uma diretriz da Secretaria Municipal da Saúde temos que considerar que a diretriz é política e que, para que ela aconteça é necessária uma estratégia para capilarizar na rede de assistência essa proposta, a qual, certamente, demanda uma estratégia comunicacional e um processo de educação e capacitação continuada para o desenvolvimento de um novo modelo de atenção em saúde.

A diretriz de um sistema de saúde é definida ideologicamente pelo gestor e precisa-se de uma estratégia para sua implementação, se isto não acontecer haverá um ‘hiato’, uma ruptura, entre a intenção e a ação, reforçando a cultura dicotomizada do pensar/fazer.

No fragmento do discurso anterior, encontramos o desafio da questão cultural e ideológica que a proposta do Sistema Único de Saúde nos traz, como bem assinala Mendes (1999), no sentido de avançar na conquista cultural e ideológica dos atores sociais no campo da saúde coletiva, institucionalizando uma cultura de sistema público de saúde que implante efetivamente os princípios consagrados na proposta do SUS: a descentralização, a universalidade, a integralidade e o controle social.

Até aqui, vínhamos apresentando um panorama mais geral das políticas de saúde do município e trazendo alguns aspectos da saúde bucal. Por uma questão didática, passaremos a apresentar um enfoque mais voltado para a saúde bucal em Ribeirão Preto.

5.2 A Saúde Bucal em Ribeirão Preto

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, para os anos 1992, 1995, 1997, 2000 e 2002, Relatório da DIR XVIII para o ano de 1998.

No levantamento epidemiológico realizado em Ribeirão Preto, em 1992, foram examinadas 18.602 crianças de ambos os sexos, em 40 escolas da rede pública, tendo encontrado um valor do índice CPO-D de 6,14, em média por criança, de dentes permanentes com experiência de cárie (TAMBURUS; BIONDI, ALECRIM, 1993).

No ano de 2002, novo levantamento epidemiológico realizado pela Secretaria Municipal da Saúde encontrou um ceo-d de 2,89 para a idade de 5 anos, com 36,6% das crianças dessa faixa etária livres de cárie e CPO-D de 1,65 aos 12 anos de idade. Foram examinadas 1.629 crianças entre 12 e 59 meses e 980 escolares entre 5 e 14 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2004c).

Segundo a Divisão de Odontologia do município, a redução do índice de cárie dentária medido pelo CPO-D aos 12 anos, que era de 6,14 em 1992, caiu para 2,16 em 1998, com o auxílio da água fluoretada e das atividades do Programa de Procedimentos Coletivos em Odontologia (implantados desde 1992), passando para 1,62 em 2000, o que constituiu um excelente índice frente a meta da Organização Mundial da Saúde (no máximo 3 dentes cariados, perdidos ou obturados para crianças aos 12 anos de idade) (informação pessoal⁹).

⁹ RIBEIRÃO PRETO, Divisão de Saúde Bucal, informação fornecida em setembro de 2004.

Em recente levantamento epidemiológico, em 2004, o exame de 234 crianças encontrou um CPO-D de 1,95 aos 12 anos e 36,32 % de indivíduos sem cárie, sendo que para a idade de 5 anos, o ceo-d foi de 1,77 e 52,66% dessas crianças estavam livres de cárie (RIBEIRÃO PRETO, 2004d).

Atualmente o município de Ribeirão Preto (SP) oferece assistência odontológica em 34 Unidades Básicas de Saúde, estando a demanda organizada através de listas de espera. A rotina do atendimento inclui 5 consultas agendadas e 3 atendimentos eventuais para solução de casos emergenciais, a cada jornada de 4 horas de trabalho.

No município de Ribeirão Preto não existe uma estimativa de qual porcentagem da população utiliza os serviços odontológicos da rede pública, pois o sistema de informações está baseado no número de procedimentos, cerca de 1.103.099 por ano¹⁰, incluindo os procedimentos coletivos realizados nas escolas. Vemos nesse dado o transparecer de um sistema de informação coerente com uma atenção parcializada e fragmentada na saúde bucal, pois se trata de uma preocupação com dados quantitativos, voltados para procedimentos e não para tratamentos concluídos.

A população do município encontra algumas dificuldades para o acesso a assistência odontológica:

“[...] dentro das Unidades Básicas de Saúde a fila de espera também é grande. Às vezes, seis meses, um ano pra pessoa ser chamada pro tratamento. O paliativo qual é? Se ela precisar da emergência, ela será atendida. Mas pra tratamento, às vezes demora isso mesmo, seis meses, um ano pra ser chamada. E 3”

“[...] você sabe que hoje em dia, qualquer agenda de odontologia esta aí para quatro, cinco meses, com raríssimas exceções, e não é possível realmente que com esse número de profissionais se tenha uma agenda tão demorada como a que nós estamos hoje, mas estruturalmente é uma rede muito boa, nós temos o apoio de nossas universidades. E7”

“[...] a odontologia na rede pública de Ribeirão Preto, entendo que ela caminhou bem em termos de estrutura, temos hoje na rede profissionais altamente capacitados.E7”

O fragmento do discurso “*mas estruturalmente é uma rede muito boa...*”E7, nos leva a refletir se o processo de trabalho ou o modelo de assistência representariam obstáculos para melhor atendimento das necessidades da população, pois na história recente da organização dos serviços de saúde temos tido a visão de um planejamento de caráter normativo, que valoriza a estrutura em detrimento do processo de trabalho.

¹⁰ Informação pessoal fornecida pela Divisão de Odontologia. Número de atendimentos realizados em saúde bucal, no município de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2004.

Se por um lado, o município apresenta um modelo de atenção a saúde bucal centrado no procedimento individual-curativo, não poderíamos deixar de elogiar as estratégias de associação da Odontologia com a questão mais global do processo saúde-doença, num indício de busca pela superação do modelo fragmentado e que foram representadas pelos programas “Clínica do Bebê” e “Meu Bem Querer”, que foram implantados no final da década de 90:

“[...] nós implantamos uma série de coisa desde o bebê até o jovem. O programa da gestante objetivando trabalhar junto com o objetivo da Secretaria que era baixar o índice de mortalidade infantil através do programa do “Meu Bem Querer” que era um programa da gestante, onde a gente ali avaliava a doença periodontal.E3”

“[...] eu que fiz junto com a minha equipe, a gente elaborou esse programa “Meu Bem Querer” que é onde a gente dava uma abertura pra gestante procurar a partir do momento que ela descobria a sua gravidez, teria uma agenda dentro da Odontologia, iria lá e assim, faria uma adequação para diminuir o índice de inflamação gengival, porque a gente sabe que a doença periodontal está intimamente relacionada com doenças sistêmicas e inclusive com parto prematuro e o parto prematuro intimamente ligado com mortalidade infantil... ajudar a Secretaria como um todo a diminuir os índices de mortalidade infantil, era esse o grande objetivo, a grande ambição do programa “Meu Bem Querer”. E3”

“[...] a “Clínica do Bebê” ainda faz. Foi ativo e crescente, durante a época que eu estava, e acredito que esteja até hoje funcionando. Tem um monte de gente que eu vejo procurando slides, palestra, têm várias Unidades em que está bem ativo o programa. E3”

Nessa mesma época, a Saúde do Trabalhador também esteve entre as preocupações da Odontologia Pública do município e houve uma proposta de estruturar um atendimento odontológico no período noturno destinado a essa clientela, que infelizmente não foi viabilizada:

“[...] Tinha uma idéia também de criar um programa de saúde bucal para o trabalhador, que seria na ocasião fazer um atendimento noturno, mas os recursos da Secretaria, você lembra: o objetivo era fechar o lugar o máximo que pudesse à noite, então foi uma coisa que a gente não conseguiu.E3”

Durante o ano de 2004 tive a experiência de trabalhar nos plantões do serviço de urgência odontológica na UBDS Central de Ribeirão Preto. Essa assistência era realizada nos finais de semana e tive a oportunidade de atender diversos usuários que relataram que pelas pressões do mercado de trabalho, muitas vezes priorizavam as necessidades de trabalho em detrimento dos cuidados com sua própria saúde.

Luz (2004), realiza uma discussão sobre como os reflexos do processo de globalização sobre o mundo do trabalho estão repercutindo sobre a saúde da população, na medida em que essas mudanças estão levando a uma grande vulnerabilidade, pela perda de valores sociais,

gerando individualismo, competitividade, isolamento social, insegurança, tensões e desgastes emocionais sem precedentes em nossa sociedade, pela introjeção dos valores do capitalismo, que estão presentes na economia de mercado e acabaram incorporados no viver cotidiano das pessoas.

Cordón (1998), assinala que as condições de vida e trabalho qualificam de forma diferente a maneira pela qual as classes sociais, os movimentos sociais (de gênero, idade, etnia, experiências determinadas, religiões, tradições) e famílias praticam, pensam, sentem e reagem a respeito da saúde e das doenças bucais. Como agravante desta situação temos que a maioria dos Centros de Saúde estão abertos no mesmo momento em que o trabalhador está no serviço, a criança na escola, na creche ou no mercado informal.

O processo do trabalho também acabou se contaminando com as deformações do sistema capitalista, levando à restrição do acesso e à exclusão e assim, a assistência odontológica, oferecida num modelo assistencial com tendência a especialização e medicalização, a exemplo da medicina, apresenta dificuldades para compatibilizar a oferta de serviços com as demandas e representações apresentadas pelos usuários, sendo que embora a assistência tenha tido avanços, ainda permanece a visão fragmentada do usuário, muito na lógica da conveniência dos serviços e não da necessidade do usuário.

“[...] As listas de espera são enormes dependendo da especialidade principalmente a parte de prótese, prótese fixa, a pessoa às vezes, tem dois, três anos de espera para conseguir ser encaixada na disciplina. E3”

Dentre as especialidades odontológicas, a rede pública oferece tratamento endodôntico na UBS Central e UBS Campos Elíseos e outras especialidades como próteses, tratamento periodontal, ortodontia preventiva e cirurgia de dentes inclusos, cistos, etc, são oferecidos mediante a triagem no Centro de Triagem Odontológica (CTO), centralizado em um dos prédios de atendimento secundário da rede – NGA 59. Nesse Centro trabalham 2 profissionais que realizam a triagem para atendimento nas faculdades que mantêm convênio com a Secretaria Municipal da Saúde: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP e a Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. Como a demanda para as especialidades é superior à capacidade de atendimento dessas instituições, existem também filas de espera para esse atendimento.

“[...] acontece que a demanda é muito grande: 1.300.000 pessoas que tem esse direito de atendimento secundário nas faculdades, para toda a região da DIR 18, são 25 municípios, nós fazemos no sistema do SUS, com perícia,

com avaliação prévia, com encaminhamento da faculdade e pagamento dentro do cheque do SUS¹¹ E4”

“[...] Por quê temos uma oferta pequena? Porque a universidade, estudante, é a capacidade, e a faculdade nos oferece toda sua capacidade de produção. Nós somos o gestor, nós é que pagamos, nós é que escolhemos como vamos pagar e o que vamos pagar, o que vamos comprar.E3”

“[...] a quantidade de alunos, nas faculdades, para atender essa referência secundária, está diminuindo, o desinteresse do pessoal pela Odontologia, então a quantidade de alunos diminuiu, reduzindo a quantidade de pessoas que vão prestar esse serviço para o SUS. E4”

“[...] nós temos a quantidade de atendimentos secundários, não temos percentual da demanda que conseguimos atender nas especialidades. Todo ano freqüentamos as faculdades e conversamos com os coordenadores, todo ano eu sentava do lado dele e eu ia implorar...diretora, eu quero 100 dentaduras! Não, te dou 50, 80, no fim acabo negociando de modo que recebo mais do que eles oferecem E4”

“[...] Me oferecem muito tratamento de canal, muita dentadura, ponte móvel, blocos, atendimento de paciente especial, pediatria. Agora que entrou a diretora na USP, o negócio está maravilha, a diretora sempre me dá uma cotas, normalmente eu consigo uma meta de 300 a 400 canais por ano, conseguimos cerca de 150 dentaduras na USP e 150 na UNAERP¹² por ano.E4”

O fragmento da fala acima nos leva a indagar até quando os avanços das políticas públicos irão depender de características pessoais dos atores sociais que presentes na estrutura dos serviços e universidades, pois se o atendimento das necessidades da população fosse o objeto contemplado pelas políticas públicas, mediante a participação organizada e o efetivo controle social, acreditamos que os resultados dessas negociações dependeriam menos de aspectos subjetivos dos atores sociais que participam das negociações. As restrições impostas pelos mecanismos atuais de negociações e contratações apontam para a necessidade de outras estratégias para os atendimentos de nível secundário na Odontologia e nessa direção o Projeto Brasil Sorridente, lançado em 2004 pelo Governo Federal, poderia significar um importante caminho a ser trilhado.

“[...] a gente compra tudo, menos para procedimento básico que não teria cabimento porque temos uma rede totalmente estruturada que seria um contra-senso você comprar procedimentos básicos. Mas em nível de especialidade, a gente compra tudo. Só que a população é muito grande,

¹¹ O Departamento de Avaliação e Controle (DACA) foi oficializado em 1996 e desde 2000 conta com a presença de um profissional da Odontologia, que realiza a perícia dos tratamentos realizados nas Universidades.

¹² UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

muito necessitada e acaba acontecendo esse tipo de coisa: a espera é muito grande. E3”

Córdon (1998), nos traz que para a reorganização dos serviços de saúde, dentro do planejamento estratégico, a primeira etapa compreende o conhecimento da realidade e ultrapassada esta etapa, faz necessária uma hierarquização dos problemas, estabelecendo prioridades, que não significam exclusividade, mas sim ênfase.

A resolução dos problemas de saúde bucal depende parcialmente das ações diretamente desenvolvidas pela Odontologia. Uma multiplicidade de variáveis extra-odontológicas condiciona o surgimento ou não das doenças, influenciando o ritmo de sua expansão. O desenvolvimento econômico, a ideologia do Estado, a forma de organização do governo, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e tradição popular que regulam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva fazem parte íntima do processo saúde-doença (CORDÓN, 1998).

A estrutura física e os recursos humanos foram considerados por alguns dos entrevistados, como os pontos principais da rede pública de saúde bucal do município de Ribeirão Preto:

“[...] A odontologia na rede pública em Ribeirão Preto, entendo que ela caminhou bem em termos de estruturas, em termos de se montar, ficar de pé.E7”

“[...] Nós temos hoje na rede profissionais altamente capacitados, nós temos profissionais com nível de entendimento da área muito bom, o que falta hoje é extensivo a todas as outras categorias, a nós servidores, entendermos a nossa necessidade, entendermos até onde podemos ir.E7”

Localizamos no fragmento de fala acima, um viés importante, no sentido de que dentro da organização de um serviço de saúde, que busque atender a necessidade dos usuários, entendemos que o projeto de trabalho deve priorizar conhecer as demandas do usuário e, portanto deve ter como meta as necessidades do usuário e não os limites do serviço, pois que este leva ao imobilismo.

“[...] o maior problema que nos temos hoje não é capacitação profissional, porque nós temos profissionais excelentes trabalhando na rede, não é o salário, se você for ver, levando em consideração dos benefícios que ele tem, o profissional é bem remunerado, o que o município nos disponibiliza permite que faça uma Odontologia muito bem feita. E3”

“[...] a odontologia expandiu muito em nossa cidade, temos condições de chegar a 300 profissionais...há quem entenda que estamos com muitos profissionais, eu não entendo dessa forma, entendo que possa ser melhor distribuído e muito mais valorizado.E7”

“[...] a questão do financiamento eu não sei se tem solução, entretanto, é o que pesa. Porque se tivesse condição financeira, prestador, também para referência secundária ou criação de mais Centros de Especialidades Odontológica, pra gente poder dar uma cobertura maior na necessidade da população. Eu acho que é por aí!.E3”

“[...] Ainda acho que a atenção básica nossa é que teria que ser muito melhorada, o nosso atendimento básico nas nossas unidades.E7”

“[...] o que o município nos disponibiliza permite que a gente faça uma odontologia muita bem feita.E3”

“[...], mas, falta resina, falta gaze, falta agulha, anestésicos e aí também não se pode cobrar muito do nosso profissional. Os programas voltados para a odontologia ainda precisam ser melhorados quanto ao nível técnico da coisa...E7”

Podemos observar pelas falas apresentadas até aqui, que a visão sobre as dificuldades para o trabalho dos profissionais da Odontologia apresenta suas contradições, pois o trabalho de equipe para a Odontologia não foi explicitado no discurso dos entrevistados, não apareceu nenhuma referência para a importância do trabalho da auxiliar odontológica, a carreira de técnico em higiene dentária é inexistente na Secretaria Municipal da Saúde e a preocupação com os aspectos técnicos é preponderante, seja com o suprimento de materiais e equipamentos, seja com o nível técnico da “coisa”, o que demonstra uma prática coerente com os postulados do flexnerianismo.

Em 1986, Viegas analisou as necessidades de assistência odontológica no Estado de São Paulo e os recursos humanos existentes, referindo que seriam necessários três vezes mais dentistas para que se pudesse tratar apenas os problemas básicos de saúde bucal da população de 6 a 60 anos e isto significava reduzir a proporção de dentistas/habitante para algo em torno de 1:250 e conclui que para melhorar os níveis de saúde bucal era necessário perseguir dois objetivos estratégicos: de um lado incrementar as medidas preventivas coletivas e de outro, incorporar pessoal auxiliar odontológico (os técnicos em higiene dental, em especial) nas equipes de trabalho odontológico, para utilizar com racionalidade os profissionais de nível superior (FRAZÃO, 1998).

Durante a realização deste estudo, não encontramos referências quanto a importância do trabalho à quatro mãos com uso de pessoal auxiliar, enquanto potencialidade para expansão da assistência odontológica. E no Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a Odontologia está citada no quadro de metas/ações corretivas com as seguintes propostas: - incluir equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família; - ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal através: da expansão dos programas de atendimento

odontológico nas escolas públicas e Unidades Básicas de Saúde; do avanço da atenção primária nos locais de alto índice de cárie apontadas por levantamento epidemiológico (RIBEIRAO PRETO, 2000).

Ainda quando citada, a principal estratégia proposta pelo Governo Federal para reorganização da atenção básica, o Programa Saúde da Família, aparece sob o seguinte comentário:

“[...] nas equipes do nosso município, com raríssimas exceções, não tem conhecimento do que é o programa de saúde da família.E7”

Os atores sociais que representam a Odontologia na arena sanitária do município apresentam uma leitura individual, que vê o lado do gestor. Essa visão demonstra a concepção hegemônica da saúde, que se baseando no modelo mecanicista, biologicista e fragmentado do flexnerianismo, enxergam a boca como uma questão prioritária e não a saúde bucal, mas podemos pensar do ponto de vista do processo de trabalho histórico e socialmente construído, ou seja, o modelo hegemônico que valoriza o corpo biológico/fragmentado e voltado para ações médicas sobre a boca.

“[...] o trabalho que vem sendo feito desde os vinte anos em que eu estou na rede, primeiro é essa tentativa dessa sensibilização pelos nossos profissionais no sentido de estar fazendo esse trabalho voltado para a nossa comunidade, o trabalho que nós sempre fizemos em nosso consultório, em nossas clínicas, nas universidades, mas não é muito fácil porque também nem sempre os gestores têm os olhos voltados para a odontologia. A odontologia também na administração pública, se o gestor não tiver um entrosamento muito grande com quem está gestando, administrando a odontologia, geralmente a coisa fica para um terceiro plano, no entanto há uma necessidade de uma aproximação maior com quem está na administração de saúde bucal com os gestores, os secretários da saúde e até com o próprio prefeito.E7”

Frazão (1998) afirma que ao se relacionar os princípios e as diretrizes do SUS com a assistência odontológica individual de nível primário, o sistema de trabalho em consultório tradicional, tem se mostrado sob vários pontos de vista, insuficiente e incapaz de dar as respostas requeridas pelo Sistema Único de Saúde.

A organização de novas formas de assistir a população em defesa de sua saúde bucal vai depender da articulação política dos trabalhadores da saúde bucal com a coletividade, porém um viés importante da formação do dentista brasileiro, implicado com a racionalidade dominante nas universidades brasileiras e denominado de paradigma “cartesiano disjuntivo”, aplicado ao pensamento e a ação, com a separação do todo em partes e as demais dissociações decorrentes: sujeito/objeto, sentimento/razão, liberdade/determinismo, aplicado aos currículos

e disciplinas do meio biomédico, levou à ênfase do domínio cognitivo e instrumental. Esse modelo de pensamento proporcionou o esgotamento do modelo que alimentou o ensino e a prática para gerações de dentistas/professores até meados dos anos 1990 e do ponto de vista da ética maior, temos graves desvios de inclusão social e sanitária com milhões de brasileiros sem respostas aos seus problemas de saúde bucal. E mais grave ainda, o modelo dominante sob a lógica da competência técnica para o mercado privado e para a ação “curadora” não produz sujeitos políticos capazes de protagonizar novas aberturas para a sociedade e a profissão (MOYSES, 2004).

“[...] Nesses últimos anos a gente tem visto a odontologia regada a se não terceiro, quinto, sexto plano. Nós temos unidades novas, importantes, bem localizadas, mas falta resina, falta gaze, falta agulha, anestésicos; e aí também não se pode cobrar muito do nosso profissional. Os programas voltados para a odontologia ainda precisam ser melhorados quanto ao nível técnico da coisa. E7”

A Odontologia, inserida no processo social de produção do modelo brasileiro de saúde, necessita uma reflexão teórico-prática de planejamento, organização, estratégia operacional e avaliação da mesma, tais como suas relações com a capacitação da força de trabalho e sua forma de abordar e resolver problemas reais (CORDÓN, 1998).

Os sistemas locais, distritais ou municipais de saúde bucal não estão estruturados para criticar ou questionar conhecimentos e técnicas oriundos do nível Federal, seja por falta de costume, por força da falta de conhecimentos ou pela falta de vontade política. E na história do planejamento da saúde bucal, a forma autoritária escondida ou tradicional de “obediência” às normas centrais, (sejam federais, estaduais ou municipais nos sistemas locais), são absorvidas e aplicadas. O trabalho odontológico caracteriza-se por uma forte dependência em relação à tecnologia, sendo que os principais insumos neste setor – equipamentos, materiais, instrumentais e medicamentos apresentam níveis crescentes de sofisticação que elevam os custos e dificultam sua expansão, neste contexto deve-se buscar estabelecer a relação existente entre insumos utilizados e a realidade presente de forma a se buscar um melhor aproveitamento de todo o ambiente que se trabalhe (CORDON, 1998).

Esta contribuição de Cordón nos faz refletir sobre a realidade de Ribeirão Preto, onde não podemos negar o avanço que houve em relação à estrutura, recursos humanos e com todos esses avanços será que não estamos precisando ir na direção do convite feito pelo autor?

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o município realizou uma grande expansão do número de Unidades Básicas de Saúde e do número de profissionais das diversas categorias que foram contratados para assistir à saúde de sua população.

“[...] Há trinta anos (por volta de 1970), quando entrei na rede pública existia o atendimento odontológico nas creches da periferia durante o dia e à noite 4 a 5 dentistas trabalhavam realizando as extrações profiláticas.E4”

“[...] era enorme a demanda por atendimentos quando entrei na rede pública em 1987, assustadora a quantidade de serviço, uma odontologia bem curativa. E3”

Em 1995 quando iniciei meu trabalho na rede publica municipal fui trabalhar numa Unidade Básica de Saúde da periferia e também encontrei um quadro semelhante quanto a demanda por atendimentos de urgência. Durante os 5 anos em que trabalhei nessa Unidade, a demanda por extrações dentárias era diária, sendo que o atendimento dos pacientes agendados, via-se prejudicado pela alta demanda por pronto-atendimento.

A Divisão de Odontologia do município apresenta um quadro atual de recursos humanos com 233 cirurgiões dentistas (CD) e 97 Auxiliares de consultório dentário (ACD). Os CD's estão assim distribuídos: 139 em UBS, 72 em escolas públicas e os demais estão ocupando cargos de chefia, comissionados ou em cargo de gerência nas Unidades Básicas de Saúde.

Quanto às auxiliares odontológicas: 89 estão lotadas em Unidades Básicas de Saúde e as demais distribuídas entre escolas públicas, Centro de Odontopediatria-COP e atividades administrativas na Secretaria Municipal da Saúde.

Nas escolas públicas são desenvolvidas as atividades dos procedimentos coletivos, que compreendem a escovação supervisionada, os bochechos com soluções fluoretadas e a distribuição de escova e creme dental fluoretado, para a população escolar na faixa de 4 a 14 anos (da pré-escola a 8ª série). Quando a escola possui equipamento odontológico instalado, as crianças passam inicialmente por uma triagem para avaliar o risco de cárie, *“não mais seguindo o plano incremental”* (informação pessoal¹³).

Historicamente, foi a partir de modelos de assistência a escolares, preconizado pela Fundação Serviços Especiais de Saúde (FSESP) nos anos 50 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde que se estruturou a assistência odontológica pública no Brasil (LOUREIRO, 1995).

¹³ Informação pessoal fornecida pela Divisão de Odontologia. Atendimento ao escolar na rede pública de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2004.

O Sistema Incremental¹⁴ utilizado nas escolas desenvolveu-se segundo um modelo curativo-reparador, que nos anos 70 já era apontado como modelo superado, pois estaria levando a um aumento do número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal. E apesar de ser um modelo programático com claras limitações, que constituía um modelo excludente, acabou se tornando sinônimo de modelo assistencial em saúde bucal (ZANETTI, 1993, ZANETTI et al., 1996).

Foi a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde, trazendo em seu bojo os princípios da universalidade da atenção, da integralidade e descentralização das ações e do controle social, que os modelos assistenciais em saúde geral e de saúde bucal em particular passaram a ter maior importância. Porém, não se pode dizer que exista uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal. Segundo Narvai¹⁵ (1992 apud Oliveira et al., 1999), o que existe é uma estratégia em construção, centradas nos princípios do SUS e com ênfase no paradigma da promoção da saúde, sendo que a grande maioria dos municípios ainda trabalha numa forma bastante amadorística, o que se justifica pela pouca tradição de estruturação de sistemas de saúde bucal no Brasil.

Cordón (1997), relata que o município de Diadema (SP) introduziu mudanças significativas no modelo assistencial em saúde bucal, em diversos níveis, entre eles, os espaços de trabalho, os recursos humanos, mudanças para um enfoque mais coletivo, organização da demanda e estruturação de um sistema de informações em saúde bucal. Os consultórios localizados nas escolas foram transferidos para as Unidades Básicas de Saúde, proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e gerando uma assistência mais universal, sendo que os espaços foram ampliados, aumentando a capacidade do sistema.

A questão do atendimento odontológico escolar tem passada ao largo das discussões do modelo assistencial em saúde bucal do município. Dentre os entrevistados, encontramos dois posicionamentos distintos, um deles questionando a presença do cirurgião-dentista e do

¹⁴ O Sistema Incremental surgiu na década de 40 nos Estados Unidos e foi reproduzido no Brasil nos anos 50. Esteve voltado para a população escolar de 6 a 14 anos, caracterizava-se pela completa eliminação de necessidades básicas de tratamento (exodontias e restaurações, essencialmente) através do denominado tratamento completo inicial nas crianças das idades menores. Uma vez terminado o tratamento básico, cada criança passa a integrar um grupo denominado de manutenção (NARVAI, 1992).

¹⁵ NARVAI, P.C. Saúde Bucal: assistência ou atenção. Oficina do Grupo de Trabalho "Odontologia em SILOS-Sistemas Locais de Saúde. Rede CEDROS, 1992 (mimeo).

atendimento odontológico nas escolas e o outro, valorizando a atuação do profissional no espaço escolar.

“[...] embora eu tenha restrições muito grandes ao modelo de assistência escolar, acho que é um modelo inadequado, de custo caro, difícil gerenciamento, de impacto muito baixo, haja vista que escola que tem dentista há anos tem um epidemiológico de 6,14 E5”

“[...] escolas por exemplo que tínhamos um índice de extrações muito elevado, quando você investe com recursos materiais e humanos em saúde pública você espera um retorno e isso não tem gerenciamento, ao que me consta, até hoje não tem na Secretaria. E5”

“[...] Hoje está muito melhor as condições dentais das crianças nas escolas, onde existe um programa de atendimento odontológico, por essa população ser fixa, damos melhor cobertura em seu atendimento (RIBEIRÃO PRETO, 2004)”

“[...] temos 74, temos 80 e tantos dentistas, 86 dentistas trabalhando nas escolas do município e do Estado, estão lá malhando e atendendo essas crianças, nos conseguimos tirar da obrigatoriedade dessas crianças irem pras Unidades de Saúde, eu consigo tirar 86.000 escolares, deixei a Unidade Básica de Saúde para os adultos. E4”

Segundo a Divisão de Odontologia, ainda existem distorções na proporção de CD/ nº de alunos, pois temos escolas com 1 CD para 450 crianças e outras com 1 CD para 1.300 crianças em escolas Estaduais ou Municipais de Educação Fundamental. Esta questão já fora encontrada em 1993 (TAMBURUS; BIONDI; ALECRIM, 1993) e assim, vemos que uma questão que afeta a otimização dos recursos humanos para a universalização da atenção odontológica da população, ainda permanece como uma situação a ser melhor equacionada dentro das políticas públicas em saúde bucal.

Considerando as dificuldades para a universalização do acesso ao atendimento odontológico na rede pública, é de se esperar que também para os atendimentos especializados o município apresente restrições de acesso, e isto de fato ocorre conforme relatam os depoimentos abaixo:

“[...]a procura é enorme, nos temos de 4.000 a 4.500 encaminhamentos para especialidades sejam elas quais forem. Estas pastas aqui... é tudo gente que foi encaminhada desde 2000. Cada folhinha ali é um indivíduo, a necessidade é muito grande, a procura é enorme. E3”

“[...] a demanda é muito grande: 1.300.000 que tem esse direito, .não é só para o município de Ribeirão Preto, que são cerca de 530.000, são 25 municípios da DIR 18 E4”

A alta demanda pela atenção secundária na Odontologia tem uma acumulação histórica decorrente do processo de organização dos serviços de saúde bucal, enquanto reflexo do modelo assistencial dos serviços de saúde. Esse quadro necessita gerar inquietações para que conjuntamente os trabalhadores da saúde, os gestores e os usuários apresentem estratégias capazes de atender essa demanda, produzindo conhecimento, responsabilização e autonomia nesses atores envolvidos, possibilitando instituir um novo modelo assistencial capaz de trabalhar as questões da saúde bucal de forma a atender às necessidades de atendimentos especializados e reservando para esse nível de atenção, situações que realmente justifiquem e não signifique ausência de assistência/tratamento anterior.

A atual proposta de Política Nacional de Saúde Bucal, em atendimento às proposições das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal, contempla uma reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, no sentido de propiciar um novo processo de trabalho, tendo como meta a produção de cuidado (BRASIL, 2004b)

A partir de uma concepção de saúde centrada, sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenções nos fatores que a colocam em risco, a produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde, para que além de produzir consultas e atendimentos, possa também se produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada usuário. Propõe-se a ampliação e qualificação da atenção básica, ofertando acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004b).

Os pressupostos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal contemplam: - assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, - uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta, - assegurar integralidade nas ações de saúde bucal, articulando individual/coletivo, promoção/prevenção com o tratamento/recuperação da saúde da população adscrita, cuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de emergência; - uso da epidemiologia e informações sobre o território subsidiando o planejamento. – acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, - centrar a atuação na Vigilância à Saúde, com práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território, - incorporar o Programa Saúde da Família, como

importante estratégia de reorganização da atenção básica, - definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, entre outros (BRASIL, 2004b).

Além dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, os seguintes princípios devem nortear o cuidado em saúde bucal: Gestão Participativa (usuários, trabalhadores e prestadores), Ética, Acesso (atenção para toda demanda expressa ou reprimida, assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico, com prioridade absoluta para casos de dor, infecção e sofrimento), Acolhimento (considerar o usuário em sua integralidade bio-psico-social, serviços usuário-centrados, com equipe multiprofissional capaz de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar, contribuindo para o aumento da resolutividade), Vínculo (responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência) e Responsabilidade Profissional (desenvolver práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, conhecimento do contexto familiar e laboral, com tempo para escuta da queixa e atendimento) (BRASIL, 2004b).

Os protocolos de atendimento podem ajudar a organizar os serviços, ao estabelecer “um mínimo a ser realizado” para uma possível mudança de comportamento que vai além do que está preconizado. No entanto uma forma protocolar de produzir saúde por si só, pode não proporcionar espaços de escuta que atendam às demandas da relação usuário-profissional.

“[...] o ministério quer hoje que as pessoas sejam atendidas, não quem chegou primeiro, mas através do risco de cárie e doença periodontal, dando prioridade a alguns grupos seletivos; gestante, hipertensos, diabéticos, idosos principalmente, crianças, deficientes físicos.E4”

“[...] desde o dia que eu entrei eu to lutando para fazer o que nos chamamos de protocolo...é o documento oficial em que o dentista pega e vê de que maneira ele vai atender, vai organizar a fila, a chamada, vai organizar de acordo com os preceitos emanados do Ministério.E4”

“[...] pra montar esse protocolo eu convoquei um dentista de cada lugar, o mais chato, o mais interessado, geralmente aquele que discute, que reclama,..esse é o bom. Aquele que não reclama pode contar que ta devagar, quase parando.E4”

Cordón (1998), considera que a relação da categoria odontológica com a população permanece em termos técnicos e pouco participativos, o que estimula um processo de apropriação individual, em detrimento de uma apropriação democrática e solidária do poder em nível local, prejudicando sua legitimação social e dificultando a inserção da saúde bucal no SUS. E a chamada “*demanda acumulada*” produzida pelo sistema capitalista é de difícil controle e eliminação, a continuar o mesmo modelo de prática odontológica, replicante da

prática privada liberal. Para ele, enquanto a prática odontológica continuar elitista, com procedimentos seletivos onerosos, dedicada fundamentalmente a grupos populacionais restritos que possuem dois elementos diferenciais para sua existência social: a escolarização para entendê-la e a capacidade econômica para adquiri-la, o conceito de universalidade continuará a ser uma “*utopia*”.

Frazão (1998) refere que a prevalência da cárie dentária avaliada aos 12 anos de idade vem se reduzindo no Brasil desde a década de 70 e essa queda varia dentre outros fatores, segundo as características da água de abastecimento de cada região, dos sistemas locais de saúde e das classes sociais e seu padrão de consumo. Em regiões com água fluoretada e teores mantidos adequados há cerca de 10 anos, pode se atribuir a queda do índice CPO-D à essa medida. Por outro lado, nas cidades com dificuldades operacionais na fluoretação, a queda pode ser decorrente dos programas de saúde bucal que se fundamentam no uso de dentifrícios com flúor e em ações coletivas preventivas e educativas em escolas e outros espaços sociais, com participação de pessoal auxiliar odontológico, o que parece ser o caso de Ribeirão Preto.

5.3. Historicidade da fluoretação das águas em Ribeirão Preto

A origem da fluoretação das águas de abastecimento e tentativas de implantação dessa estratégia para Ribeirão Preto foi identificada na fala de um dos entrevistados, que nos traz que:

“[...] Na década de 50 houve uma tentativa em se viabilizar um projeto de fluoretação para Ribeirão Preto, por iniciativa do então presidente da Associação Odontológica de Ribeirão Preto – AORP, o professor Guilherme Simões Gomes, o qual não obteve êxito. Na década de 70, o vereador Pedro de Azevedo Marques apresentou um projeto na câmara municipal tornando obrigatória a fluoretação das caixas de águas das escolas, porém também essa proposta não se viabilizou. E5”

Apesar de não viabilizada, a história revelada por estes atores, demonstra que apesar da importância dessa estratégia, dentro da Odontologia, a fluoretação das águas apresenta uma certa complexidade para sua implementação.

Até 1987, o controle da água de abastecimento fornecida para a população de Ribeirão Preto, era realizado pela Companhia de Tecnologia e Saneamento Básico-CETESB e nessa época, somente 30% do volume de água disponibilizada para consumo recebia a aplicação do cloro. Nesse mesmo ano teve início o processo de Fluoretação das Águas de Abastecimento com os recursos do convênio SANEBASE e antigo Banco Nacional da Habitação. Por esse

convênio, o município obrigava-se a dar continuidade à fluoretação por um período de 5 anos a contar daquela data (TAMBURUS et al., 1993).

“[...]o prefeito que antecedeu aquela administração havia feito uma fluoretação parcial, que abrangia apenas alguns poços, mas de uma forma totalmente descontrolada, não havia controles sobre os níveis de fluoreto.E5”

“[...] então o prefeito adquiriu os chamados dosadores que dosavam tanto o cloro quanto o flúor, mas na verdade o cloro, sim, foi incorporado no sistema, mas a fluoretação foi só parcialmente. E5.”

Em Ribeirão Preto (SP), Pedrazzi (1992 apud MESTRINER JR., 1994) realizou pesquisa no período de março 1991 a março de 1992 e encontrou que somente uma pequena parte dos reservatórios do município tinham o teor de fluoreto detectável e em cerca de 15% dos pontos de distribuição, o teor de flúor ficou próximo do ótimo, mas que nos pontos de consumo as irregularidades foram constantes.

Mestriner Jr. (1994), realizando um estudo comparativo sobre o teor de fluoreto em amostras de esmalte de cidades com e sem fluoretação regular, acompanhou os teores de fluoreto na água de abastecimento público de Ribeirão Preto no período de outubro de 1991 a agosto de 1993, tendo coletado um total de 168 amostras encontrou que o “pico médio máximo” correspondeu a 0,3 ppm. Nessa época a fluoretação das águas de abastecimento em Ribeirão Preto ainda não era efetuada em todos os poços artesianos da cidade, sendo que em agosto de 1996, a edição 76 do Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto-AORP trouxe um artigo em que o DAERP informava que até o início 1993 somente 30% da água distribuída era fluoretada e que nos mês de julho de 1996 o município conseguira ter 100% de sua água fluoretada (RIBEIRÃO..., 1996).

Consideramos que no período de 1992/1993, o enfoque adotado na saúde bucal do município revelou um profissionalismo até então inédito nas políticas públicas do município, pois este realizou um diagnóstico situacional dos serviços de odontologia até então inexistente nas políticas locais em saúde bucal.

O levantamento realizado apontou entre outros fatos que a fluoretação estava sendo realizada parcialmente em alguns poços artesianos da cidade; havia a desinformação da população e dos profissionais de saúde sobre o problema, prejudicando a orientação e adoção de métodos alternativos para prevenção em Saúde Bucal e ainda, a Vigilância Sanitária não praticava nenhum controle sobre a qualidade da fluoretação das águas consumidas pela população (TAMBURUS; BIONDI; ALECRIM, 1993).

No início de 1993, a fluoretação estava funcionando em 21 dos 86 poços artesanais em atividade e além de não ser adicionado diariamente (máximo de 246 dias no ano de 92, num dos poços), amostras coletadas desse sistema e analisadas quimicamente apresentaram porcentagens de acertos que oscilaram entre 61 e 90% dos níveis adequados de fluoretação (TAMBURUS; BIONDI, ALECRIM, 1993).

Diante desse diagnóstico, foi elaborada uma proposta para que o DAERP e a Secretaria Municipal da Saúde (Departamento Odontológico e Vigilância Sanitária) instalassem um sistema de fluoretação das águas de abastecimento público para todo o município, avaliando sistematicamente os níveis de fluoretação das águas, controlando através da Vigilância Sanitária a adequação dos níveis de adição de flúor no sistema de abastecimento de águas, com o objetivo de reduzir a alta incidência da cárie dentária na população.

“[...] formamos um grupo dentro do Departamento de Odontologia, com outros setores da área da saúde, com participação da Vigilância Sanitária, do DAERP, da Faculdade de Odontologia (Departamento de Odontologia Social) que ofereceu um projeto para fluoretação total da água de abastecimento. E5”.

A proposta elaborada pela Secretaria Municipal da Saúde/Departamento Odontológico previa um subprojeto de Vigilância Sanitária sobre a fluoretação das águas de abastecimento por considerar que essa Vigilância é de responsabilidade das autoridades sanitárias do município, valorizando o papel de outros setores afins;

“[...] as autoridades da Vigilância Sanitária, regularmente, devem tornar público os resultados, tanto para o conhecimento da população como para os segmentos profissionais diretamente envolvidos com as questões da saúde (TAMBURUS; BIONDI; ALECRIM, 1993).

A I Conferência Municipal de Saúde Bucal de Ribeirão Preto (SP) em 1993 ratificou a necessidade de adotar-se a fluoretação das águas, por ser o meio mais eficiente e econômico de prevenção em Saúde Bucal.

Nesse período foi instituído pelo Decreto nº 80, de 24 de março de 1994 (anexo H), o Conselho Municipal de Fluoretação de Água de Abastecimento Público de Ribeirão Preto, cuja atribuição “ é controlar e fiscalizar a fluoretação da água de abastecimento público”. No entanto somente em 31 de outubro de 1995 a Portaria de nº 1848 nomeou os 14 membros do primeiro Conselho Municipal de Fluoretação (ANEXO I) e esta iniciativa será comentada mais adiante.

A gestão municipal no período de 1993 para a área da Odontologia tinha como uma das suas preocupações a fluoretação das águas de abastecimento e o projeto idealizado já previa no seu planeamento os recursos para viabilizar o monitoramento,

“[...] dentro desse projeto foi feito uma análise de custos e isso ficou inclusive a cargo do DAERP, para levantar custo de bombas dosadoras, de insumos básicos. O projeto se explicitou em diversas etapas, nós tínhamos previsão de como seria feito o controle, tanto o controle interno via laboratório do DAERP quanto o heterocontrole que seria, no princípio feito pela Vigilância Sanitária e nós selecionamos na época, se não me engano, 30 pontos de coleta de água na ponta da rede e o interesse maior nosso é saber como a água está chegando no consumidor. E5”

“[...] o Departamento Odontológico receberia em conjunto com a Vigilância Sanitária e nós teríamos também acesso tanto as informações do DAERP, ou seja, uma intercomunicação, fornecíamos ao DAERP as informações que nós tínhamos a respeito da ponta de consumo, também passaríamos para a sociedade essas informações. E5”

O projeto construído nessa época se fundamentou em dimensões de diversos aspectos, inclusive no aspecto financeiro e do impacto desta natureza para os custos dos tratamentos odontológicos:

“[...] nós fizemos um levantamento na época, depois com o serviço operando, o custo seria de 2 dólares por habitante/ano. A previsão de uma redução pela fluoretação da água, cerca de 60% da prevalência da cárie a curtíssimo prazo, nós teríamos uma redução muito grande dos custos dos serviços odontológicos. E5”

Quando esse projeto reúne fundamentações técnicas, sociais, econômicas, isto traduz a credibilidade dos atores proponentes e particularmente nessa questão, apostam numa ação de cunho preventivo que pode trazer repercussões de extrema importância para a população.

Os depoimentos acima demonstram a seriedade, um compromisso ético e político com a questão da fluoretação, a qual demanda uma articulação intersetorial para realizar um projeto, não podendo ser um ato isolado de uma única secretaria.

No decorrer desta pesquisa, buscamos nos jornais da Associação Odontológica de Ribeirão Preto – AORP, publicações referentes a nossa temática de pesquisa e encontramos na edição 57 a informação sobre o custo dos equipamentos para realizar a fluoretação: US\$ 186.300,00, com custo per capita de US\$ 0,45. Nessa mesma edição o DAERP reconhece que *“no momento o flúor está mal distribuído na rede”* e ainda, a Dra. Marlivia Watanabe recomenda em artigo dessa edição, que os profissionais de saúde não indiquem a suplementação de flúor, tendo em vista que em algumas áreas da cidade o teor de flúor está

abaixo do recomendado, enquanto que em outras áreas é adequado, sendo difícil prever quando a criança tomou água bem fluoretada (COMO...,1993).

Narvai (2001), nos traz que a experiência de alguns municípios, pioneiros na implantação de um Sistema de Vigilância Sanitária para a Fluoretação das Águas de Abastecimento, comprovou que a freqüente fiscalização constitui uma das únicas formas de garantir o benefício do flúor sem correremos riscos de excessos ou insuficiências nas dosagens, sendo que alguns sistemas como o da SABESP, na capital paulista, esse controle é realizado diariamente a cada hora, durante as 24 horas.

No final de 1994, houve a troca de gestão na saúde do município, sendo que a equipe central foi substituída por outros atores, sendo que dessa época podemos inferir que houve uma solução na continuidade do projeto acima exposto, o que não significa a ausência de alguns investimentos, como podemos observar no discurso de um dos atores entrevistados:

“[...] em relação a implantação da fluoretação chegar realmente a 100%, isso aconteceu na primeira gestão do prefeito Antonio Palocci..acho que foi 93 E6”

No entanto, as ações de monitoramento já referidas anteriormente como de extrema necessidade e importância não são asseguradas por esses investimentos.

Em novembro de 1994, o Jornal da AORP informava que: *“o DAERP desenvolve o projeto de fluoretação com recursos próprios e já adquiriu 40 dosadores e as 12 bombas dosadoras de duplo cabeçote para dosagem de flúor e cloro ao mesmo tempo” e informava também que “80% das salas destinadas a abrigar o equipamento já foram construídas, adquiriu os veículos necessários e estabeleceu critérios para avaliar a eficácia da fluoretação”*.

Na mesma matéria, o coordenador de Odontologia informava que *“ uma equipe técnica que ainda está sendo formada irá dar continuidade ao projeto de fluoretação”* (FLUORETAÇÃO ...,1994).

Em fevereiro de 1997, o n. 82 do Jornal AORP noticiava que a entidade *“continua cobrando o trabalho do Conselho Municipal de Fluoretação, pois a ausência do órgão deixa dúvida sobre o programa de fluoretação”*, o jornal conta que a idéia da criação do Conselho foi de um ex presidente da entidade, o Dr. Jose Roberto Tamburus, contando com o apoio do vice-prefeito Dr. Joaquim Rezende, sendo que a entidade *“encampou”* esta proposta (AORP..., 1997).

Em abril de 1997, a edição 84 do Jornal AORP, anunciava o convênio entre a Secretaria Municipal da Saúde/Divisão de Odontologia e as Faculdades de Farmácia e

Odontologia da USP para realizar as dosagens de flúor na água consumida pela população (FLÚOR..., 1997) e na Divisão Odontológica pudemos encontrar relatórios sobre o acompanhamento da fluoretação, a partir de então:

“[...] a Divisão Odontológica tomou a frente porque ninguém fazia esse trabalho, só que isso é uma atribuição da Vigilância Sanitária. Quando saí eu falei, tem que passar para a Vigilância, tem três dentistas trabalhando lá, está escrito na lei, que se passe para lá. E3”

O lapso de tempo encontrado nos depoimentos e nos documentos nos faz refletir que 1987 representou um marco de valorização e implantação para a fluoretação, no entanto o resultado de 1993 revela uma “acomodação” com as ações que pudessem impulsionar com maior intensidade as conquistas dessa área.

Durante nossa pesquisa documental, encontramos que a Associação Odontológica de Ribeirão Preto-AORP teve um papel importante ao encampar a proposta da fluoretação, acompanhando-a junto ao poder político local, ao longo dos anos, sendo que não edição 79 seu jornal traz a seguinte manchete: “FLUOR: AORP COBRA PROGRAMA COMPLETO”, “[...] um programa excelente como o da fluoretação da água não pode prosseguir sem a ação do Conselho Municipal de Fluoretação”, “[...] a diretoria da AORP vai agendar reunião com a Secretaria Municipal da Saúde para saber sobre o desenvolvimento do programa especialmente sobre a atuação do Conselho Municipal de Fluoretação (esta última questão será novamente abordada mais adiante). Na mesma edição: “[...]a diretora do DAERP, L.A. garante que a análise da dosagem é feita diariamente nos pontos de captação e na ponta da rede, cumprindo exigência da Portaria 33 que regula a potabilidade” (FLUOR ...,1996).

Anteriormente, Ribeirão Preto atingira 100% de fluoretação em julho de 1996, segundo a edição 76 do Jornal da AORP, a qual traz uma foto com os profissionais envolvidos com a fluoretação (são 15 profissionais, sendo que alguns que deles (4) reconhecemos em visita realizada ao DAERP) (RIBEIRÃO ...,1996)

Em agosto de 1998 a Associação Odontológica de Ribeirão Preto realizou o I Simpósio de Fluoretação, encontro regional, com 150 participantes: médicos, biomédicos, farmacêuticos, engenheiros, secretários municipais de saúde, etc., que rediscutiram os riscos e benefícios do flúor. O simpósio apontou para o risco de ingestão de dentifrícios fluoretados por crianças menores de 3 anos de idade e o livre comércio de suplementos de flúor pós-natal (SIMFLÚOR ...,1998).

“[...] na época em 98, eu não poderia deixar de estar tendo olhos também de um momento importante e de um fato ainda mais importante que é a fluoretação. E7”

5.4 O contexto atual da fluoretação

“[...] Hoje em Ribeirão Preto nós temos 100% da água fluoretada. Você pergunta: bem fluoretada? não!. E4”

A água de abastecimento público em Ribeirão Preto é proveniente de 99 poços artesianos os quais constituem 76 sistemas de abastecimento de água do município, isto porque alguns poços são interligados antes de distribuir suas águas para a rede de abastecimento.

“[...] o que é um sistema? Seria, você pode encarar como um poço tipo único, ou jogando no reservatório ou direto na rede de distribuição, ou o que a gente faz como casa de máquina, ou seja, um ponto onde você tem recebimento de água de vários poços, essas águas se misturam, a partir daí ou vão para o reservatório ou são agitadas direto na rede de distribuição, então são 99 poços formando 76 sistemas, com 76 pontos de aplicação de cloro e flúor. E6”

Nesses 76 sistemas ocorrem a cloração, fluoretação (adição de ácido fluossilícico como composto fluoretante) e os demais procedimentos de tratamento da água para consumo.

“[...] a gente trabalha com produto confiável, o controle de qualidade é feito no laboratório do DAERP, já teve época, isso logo no início da fluoretação que carretas foram devolvidas porque não atenderam às especificações. E6”

Pelos fragmentos das falas acima, concluímos que o município apresenta recursos, possui pessoal técnico habilitado e então nos perguntamos porque será que ela não é bem fluoretada, conforme relatado pelo entrevistado E4? Se atores e dirigentes das políticas de saúde sinalizam que a fluoretação não está sendo bem feita, portanto nos alerta que o fato de que 100% da água de abastecimento ser fluoretada não corresponde a uma fluoretação efetiva, não havendo correspondência entre a quantidade e a qualidade dos conteúdos de íon fluoreto na água de abastecimento.

Calvo (1996), verificou que 97,3% dos municípios que adicionavam flúor às suas águas de abastecimento elegiam o ácido fluossilícico como composto fluoretante, por ser de mais fácil obtenção e mais barato, porém tem seu transporte dificultado em virtude de se apresentar no estado líquido.

Segundo as informações de um dos depoentes desta pesquisa: a aplicação do cloro e do íon fluoreto é feita diariamente, sem interrupção por feriados ou finais de semana, não ocorrendo problema de falta dos produtos:

“[...] o flúor é entregue duas a três vezes ao mês, ficando estocado em container situado na rua Pernambuco, sendo distribuído por uma perua única. Quando você trabalha com produto puro ele dura mais de 24 horas, às vezes até cinco dias. Quando você prepara solução, tem que ser feita em 24 horas, diariamente no final das 24 horas, essa caixa tem que ser refeita. E6”

De acordo com informações fornecidas nas entrevistas, o teor de íon fluoreto encontrado nos poços artesianos da cidade varia de níveis não detectáveis a no máximo 0,12 ppm de fluoreto natural (0,12 mg/L) e nesse caso, para que o íon fluoreto possa ter uma atuação sistêmica efetiva torna-se necessário complementar esse teor de modo a alcançar os teores que a legislação recomenda, ou seja, de acordo com o artigo 12 da portaria SS 4 *‘ficam os sistemas de abastecimento de água obrigados a manter a concentração de íon fluoreto no intervalo de 0,6 a 0,8 mg/L’* (SÃO PAULO, 2003)..

Toda aplicação é feita baseada na vazão média da água a ser distribuída e esse cálculo é feito a partir do momento que ela entra na rede de distribuição, na faixa de 1 a 1,5 miligramas de cloro livre e na faixa de 0,6 a 0,8 miligramas de fluoreto, sendo que o DAERP trabalha com dois tipos de bombas, a bomba eletrônica, que trabalha com base em um diafragma e as chamadas bombas de pistão, que são bombas mais antigas.

De acordo com Buendia (1996) são dois os tipos básicos de dosadores empregados na dosagem de ácido fluossilícico para fluoretação das águas de abastecimento: bombas dosadoras e dosadores de nível constante. As bombas dosadoras são encontradas no mercado sob os tipos de diafragma e de pistão. Elas permitem a dosagem da solução ácida diretamente de recipientes pequenos ou de reservatórios de grande volume, seu custo é elevado, requerem mão de obra qualificada e há sempre gastos com reposição de peças e sempre que possível, as instalações devem ser feitas com duas bombas dosadoras, sendo uma destinada para “bomba de reserva” para garantir a continuidade da operação de fluoretação, quando a “bomba efetiva” necessitar manutenção.

Os dosadores de nível constante são mais simples, de baixo custo, pois todo o material utilizado é de PVC e facilmente encontrado no mercado, de fácil montagem e operacionalização (BUENDIA, 1996).

Uma das principais dificuldades na fluoretação das águas de abastecimento em Ribeirão Preto é atribuída ao fato de que nos poços artesianos da cidade ocorre uma variação natural na vazão da água, ao longo do dia, o que vem dificultar a dosagem de fluoreto na água de abastecimento, conforme o relato a seguir:

“[...] o problema seria mais o controle porque você tem uma faixa mais fina de trabalho para o flúor. No caso do cloro você tem um mínimo de 0,2 que a Portaria pede, um máximo de 2 e então a gente trabalha na faixa de 1 a 1,5. No caso do flúor você tem uma faixa que tem que seguir de 0,6 a 0,8... No caso do cloro a gente não tem esse problema... a gente marca aquilo e dá aquilo.. com o flúor é uma coisa mais complexa E6”

Os poços apresentam uma variação de vazão ao longo do dia e para aplicar o fluoreto é realizado um cálculo baseado na vazão média. Às vezes também há problemas com as bombas dosadoras seja de flúor ou de cloro e quando essas bombas são retiradas para manutenção, naquele ponto não haverá aplicação de fluoreto, quando não, bombas de flúor são deslocadas para realizar a aplicação do cloro, quando as bombas dosadoras do cloro apresentam defeitos:

“[...] tenho que tirar a bomba de flúor, que é uma bomba que serve para aplicar tanto o cloro como o flúor e passar justamente para bomba do cloro... porque eu não posso deixar faltar o cloro, o DAERP não conseguiu até hoje trabalhar com bombas reservas, ter pelo menos 3, 4 ou 5 bombas seria o ideal. E6”

“[...] se quebra aquele fluorímetro até você arrumar a peça, precisa de licitação, demora 3 meses pra você cotar o preço de uma peça. E4”

Diante dos relatos das dificuldades, da falta de provisão de equipamentos de reserva, que impeça a descontinuidade do processo de fluoretação, entende-se a pertinência do depoimento do entrevistado E4 quando refere que a fluoretação não vai bem.

“[...] nós podemos cobrar procedimentos do DAERP porque o nosso fluorímetro, aquele que coloca o flúor na água, a gestão passada não trocou os fluorímetros que quebraram. Quando nós entramos, muitos foram trocados. E4”

“[...] por conta disso várias medidas já foram tomadas como a compra de dosadores, são usados dosadores nos poços artesianos daqui, eles são conferidos diariamente duas vezes por dia, mas mesmo assim existe uma variação. E3”

Dentre as soluções apontadas para controlar a dosagem de íon fluoreto, estaria a aquisição de bombas dosadoras de diafragma ou “eletrônicas”, que acopladas a hidrômetros são capazes de ajustar a dosagem de flúor de acordo com a vazão medida ao longo do dia.

Existe um estudo realizado pela empresa Prominent, de São Paulo (SP), a pedido do DAERP, infelizmente o relatório completo foi perdido durante as enchentes ocorridas em dezembro de 2004, a qual danificou as instalações da sede do DAERP, bem como de seu laboratório. Tivemos acesso apenas a alguns valores orçados, durante a entrevista realizada anteriormente. Essa empresa realizou um orçamento para a instalação de bombas dosadoras eletrônicas, acopladas a hidrômetros, em cada um dos poços artesianos da cidade, sendo indicado bombas específicas para a capacidade de vazão de cada poço:

“[...] foi feito um levantamento para todos os poços, esse tipo de hidrômetro requer uma bomba conhecida como bomba de diafragma que é uma bomba eletrônica, essa bomba tem que receber um sinal eletrônico, quando tiver a variação da vazão a aplicação do flúor será ajustada para a nova vazão registrada pelo hidrômetro, são bombas mais caras. E6”

“[...] fizeram um estudo baseado na vazão de cada poço, a bomba ideal para aquele poço e o hidrômetro para aquele poço, o ideal é que num poço com vazão de 2 litros/hora, eu trabalhe com uma bomba de até 3 litros/hora, para você não trabalhar forçado com aquela bomba. E6”

“[...] o mais caro é o hidrômetro, eles giram na faixa de 6.000 reais e um hidrômetro para uma faixa de vazão maior tem um custo de cerca de 14.000 reais; as bombas giram de 1.000 a 3.000 reais. E6”

A complexidade referida pelo entrevistado E6: “com o flúor é uma coisa mais complexa” nos leva a pensar que precisamos de muita vontade política, de decisão, para enfrentar os diversos obstáculos, inclusive o custo financeiro, o que a princípio pode significar um alto custo, porém os benefícios já elencados e comprovados nos trabalhos científicos no corpo do trabalho atestam os ganhos advindos e a reversão dos custos para um ganho social, pela redução da necessidade futura de tratamentos, com a redução da cárie dentária.

A questão dos recursos humanos também constitui uma intercorrência que interfere nesse trabalho:

“[...] realmente é uma coisa complicada ser mantido nem tanto pelo custo dos produtos, o problema justamente é manutenção, um pouco de funcionários que às vezes por motivo de doença trabalha às vezes meio apertado, o próprio transporte também, o DAERP tá brigando, não conseguiu ter uma coisa mais adequada. E6”

“[...] uma época eles falavam em falha humana, tinha sim! diziam que precisava colocar o flúor no dosímetro e o profissional, o responsável pela

colocação do flúor no dosímetro às vezes não ia, ou então não punha, ou então esquecia E3”

“[...], mas de qualquer maneira todas as falhas que eram detectadas imediatamente eram corrigidas. Essa parte de fluoretação das águas, o que eu sei, basicamente é isso, existe a dificuldade de manter o nível, mas existe um controle e a imediata solução do problema assim que ele é detectado. E3”

Vemos acima que afora a explicitação da questão financeira, temos o acréscimo da questão do processo de trabalho que denota uma fragmentação, uma alienação em que os trabalhadores não compreendem a finalidade e importância do trabalho que realizam (quem põe esquece e não tem compromisso?) e mesmo dentro da instituição responsável pela fluoretação acabam ocorrendo falhas de comunicação que prejudicam o desenvolver do processo de trabalho:

“[...] um dos problemas é que essa água é misturada E6”

“[...] ocorrem manobras que às vezes o Laboratório ou a seção responsável pela aplicação dos produtos não fica sabendo: poços são desligados e normalmente fora ter acontecido tudo isso, falta comunicação, poços são desligados e normalmente fora ter acontecido tudo isso, falta comunicação E6”

Na realidade, conforme pudemos acompanhar até o presente momento, se os diversos poços que unem suas águas tiverem equipamento adequado, capaz de regular a dosagem do íon fluoreto, conforme varia a vazão de água, a água resultante dessa “mistura” também deveria conter uma concentração adequada de fluoreto o que nos parece não está acontecendo.

“[...] temos sistemas que recebe água de 4 ou 5 poços. Então você faz o cálculo baseado na vazão total de 5 poços, as vezes um poço é desligado, a gente não é informado e então logicamente, se você coletar água daquele sistema, vai dar acima do esperado E6”

“[...] nos sistemas fechados tipo Bonfim Paulista, Jardim Recreio, nós temos respostas melhores... basicamente é um poço só que abastece aquela região E6

“[...] existe e há uma preocupação nesse ajuste, nesse trabalho, quem passou por aqui sabe da importância disso E6”

5.4.1. O acompanhamento dos níveis de fluoreto nas águas de abastecimento

Para termos segurança e garantia dos benefícios da fluoretação das águas, minimizando o risco de fluorose necessitamos não só do controle operacional, como também

a vigilância deste processo, de modo a evitarmos a falta de regularidade no processo de fluoretação.

O controle operacional refere-se aos mecanismos de controle sobre o processo de fluoretação nas estações de tratamento das águas, sendo executado pela empresa de saneamento. O sistema de vigilância da fluoretação tem o objetivo de acompanhar o tratamento da água oferecida aos consumidores, através do exame de amostras coletadas de torneiras em vários pontos da rede. Esse procedimento deve ser realizado por um órgão diferente da empresa responsável pelo saneamento, podendo ser empresa pública ou privada (VIANNA; CHAVES; CHIANCA, 1992).

A Portaria 635 de 25 de dezembro de 1975 estabeleceu os critérios e teores para adição do íon fluoreto: a concentração recomendada de íon fluoreto seria obtida através do resultado da divisão de 22,2 por E, onde E equivale a $10,3 + 0.725 \times T$, sendo T a média da temperatura máxima diária observadas durante um período mínimo de 1 ano (foi recomendado 5 anos) em graus centígrados. Foram relatados os métodos de análise e procedimentos para a determinação da concentração do íon flúor, bem como os compostos químicos de flúor que poderiam ser empregados na fluoretação: o fluoreto de cálcio em pó, o fluossilicato de sódio (pó ou cristais finos), o fluoreto de sódio (pó ou cristal) e o ácido fluossilícico (líquido) (BRASIL, 1976).

A Portaria nº 518 de 25 de março de 2004 estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seus padrões de potabilidade, estabelecendo o prazo máximo de um ano para as adequações necessárias ao seu cumprimento. Em seu artigo 7º, parágrafo I estabelece que são deveres e obrigações da Secretaria Municipal da Saúde:

I - exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência, em articulação com os responsáveis pelo controle de qualidade da água, de acordo com as diretrizes do SUS;

II – sistematizar e interpretar os dados gerados pelo responsável pela operação do sistema ou, solução alternativa de abastecimento de água, assim como, pelos órgãos ambientais e gestores de recursos hídricos, em relação às características da água dos mananciais, sob a perspectiva da vulnerabilidade do abastecimento de água quanto aos riscos à saúde da população; (BRASIL, 2004d)

Em Ribeirão Preto, o Departamento de Águas Esgoto – DAERP, para controlar a qualidade da água de abastecimento, realiza coletas diárias dos 76 sistemas:

“[...] diariamente é feito cloro, flúor, pH, cor e turbidez dos 76 sistemas, além dessa análise é feito o bacteriológico em 15 amostras, de forma que no final de semana eu terei realizado controle bacteriológico dos 76 sistemas,

são feitas também mais 30 coletas e análises de amostras da rede de distribuição são realizados exames bacteriológicos e 8 são escolhidas para análises físico-químicas onde eu faço o que? Além de cor, pH, turbidez, o cloro que é visto no local, aqui no laboratório a série nitrogenada, ferro, oxigênio consumido, é feito também análise do flúor E6”

Observamos que o grande número de poços artesianos, a falta de pessoal para acompanhar os dosadores e a falta de bombas dosadoras “de reserva”, colocam a necessidade de muitos investimentos para efetivamente realizar a fluoretação.

O Jornal da AORP de agosto de 1996 trazia informações sobre os recursos mobilizados pelo DAERP para realizar a fluoretação nos poços artesianos à época: o custo mensal de manutenção era avaliado em US\$ 15.000,00 (nessa época a cotação do dólar era de R\$ 1,00) e informava também: “[...] temos 85 poços, dos quais 25 injetam diretamente na rede, sem passar por reservatórios... “[...] ao todo tivemos que treinar 240 auxiliares de manutenção de serviços (bombeiros) e que trabalham 24 horas em 3 turnos” (RIBEIRÃO: 100%...,1996).

Do que compete à Secretaria Municipal da Saúde, os depoimentos não permitem identificar se o que está legalizado é de fato realizado, pois após 12 anos de fluoretação “a implantação chegar realmente a 100%...acho que foi em 93 (E6)”, ou quase duas décadas do processo de fluoretação, ainda não foi possível cumprir-se o que está atribuído legalmente. Assim nem tudo que é legalizado está legitimado e uma vez mais afirmamos o quanto estas informações precisam ser socializadas e discutidas em fóruns coletivos que permitam também um acompanhamento por parte daqueles que têm interesse em contribuir para um outro modelo de assistência, que privilegie recursos para ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

A Portaria nº 518 (BRASIL, 2004d) é clara, detalhando todos os procedimentos, mas seu conteúdo merece ser melhor discutido, publicizado pelos usuários, trabalhadores e escolas formadoras para despertar o interesse, na perspectiva de que o assunto faça parte do cotidiano da sociedade. No artigo 9º da referida portaria, fica estabelecida a incumbência ao responsável pela operação do sistema, de manter e controlar a qualidade da água produzida e distribuída, realizando análises laboratoriais da água, em amostras provenientes das diversas partes que compõem o sistema de abastecimento; manter registros atualizados sobre as características da água distribuída, sistematizados de forma compreensível aos consumidores e disponibilizados para pronto acesso e consulta pública (artigo 9º, inciso VII).

Até 1997, as análises da água de abastecimento quanto ao teor do íon fluoreto eram realizadas somente pelo DAERP, conforme relato de um dos entrevistados:

“[...] a Divisão Odontológica tomou a frente porque ninguém fazia esse trabalho... só que isso é uma atribuição da Vigilância Sanitária E3”

Em março de 1997 foi firmado um convênio entre o Departamento Odontológico da Secretaria Municipal da Saúde, Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP e Faculdade de Odontologia da USP de Ribeirão Preto. O Departamento se comprometia a realizar a coleta de 10 amostras mensais da rede de distribuição e enviar para análise na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo-USP (ANEXO J). Nessa época somente o Daerp realizava análises diárias de todos os 64 poços do sistema de distribuição de água.

Nesse ano, aparece na imprensa local artigo intitulado: *“Flúor – Faculdades fazem o monitoramento”*:

[...] em alguns pontos da rede, os primeiros resultados tem indicado uma dosagem inferior à recomendada tecnicamente, o Departamento Odontológico espera a solução do problema pelo Daerp, ressaltando a importância do monitoramento realizado pelas faculdades...a fluoretação atingiu 100% da água de abastecimento no ano passado (1996), mas só em 1997 passou a ser feito o monitoramento, teria que haver também a atuação do Conselho de Fluoretação, supervisionando todo o programa. O conselho foi nomeado, mas só teve reunião de posse de seus integrantes. A AORP continua cobrando essa providência fundamental para o desenvolvimento regular da fluoretação (FLUOR...,1997).

A fatos até aqui relatados vão evidenciando que o trabalho de acompanhamento da fluoretação envolve a intersectorialidade e se esta articulação não for tomada enquanto uma ação essencial para o controle dos teores de íon flúor nas águas de abastecimento, a qualidade dessa fluoretação ficará prejudicada, sendo que ao não haver esse entendimento, as dificuldades tendem a ser transferidas e não resolvidas, o que confirma um trabalho fragmentado, compatível com o modelo de trabalho hegemônico na saúde.

Na busca de informações para a realização deste trabalho, localizamos na Divisão de Odontologia do município, diversos relatórios com as medições realizadas na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP de Ribeirão Preto (SP), provenientes das coletas realizadas pela Divisão de Odontologia do município.

“[...] realmente variava, mas para baixo e a correção era imediata, então de 0,6 a 0,8 ppm que era o ideal de flúor na água...tinha uma variação, imediatamente após a leitura, esse nível de flúor era corrigido E3”

A informação acima nos leva a perguntar se essa correção era de fato “imediata”, pois anteriormente os depoentes traziam as diversas dificuldades de ordem econômica, de recursos

humanos e de comunicação e transporte no processo do trabalho da fluoretação e neste caso, persiste a dúvida se nessa época essas limitações não existiriam ou teriam sido superadas?

5.4.2. Ilustrando o acompanhamento das dosagens de fluoreto - de 1997 a 2004

Com base nos relatórios encontrados na Divisão de Odontologia, a partir do mês de abril de 1997, construímos os gráficos a seguir, para melhor ilustrar os resultados encontrados.

Nos meses apurados, estavam previstas 10 coletas/mês em diversos pontos da rede de distribuição de água no município e os teores realmente variaram, para baixo na maioria das vezes, porém havendo algumas variações acima do padrão recomendado (entre 0,6 e 0,8 mg/L) (BRASIL, 2004d).

Gráfico 1 - Amostras de Água de Abastecimento com dosagem inadequada de íon fluoreto-Ribeirão Preto/SP - abril de 1997 a dez/1998

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 1998.

No período de abril de 1997 a dezembro de 1998, encontramos um “pico” de inadequação dentre as amostras coletadas no mês de dezembro de 1997, quando as 10 amostras apresentaram níveis inadequados (100% de inadequação, enquanto que no mês de novembro de 1998, 8 amostras dentre as 10 coletadas estavam acima de 0,8 ppm (limite superior da faixa de variação adequada para Ribeirão Preto), conforme o gráfico nº 1.

Essa situação de inadequação dos teores de fluoreto nas águas de abastecimento não foi uma situação exclusiva de Ribeirão Preto, pois num estudo transversal realizado em 25 municípios do Estado de São Paulo, somente 10 municípios apresentaram teores adequados de íon fluoreto nas águas de abastecimento e em 04 municípios a concentração do íon fluoreto estava acima de 0,8 ppm (CHAIM et al, 1995 apud NARVAI, 2001).

Reconhecemos que existem iniciativas e esforços, mas que não foram suficientes para viabilizar a adequada fluoretação e que mesmo o município possuindo espaços de controle social, esse assunto não foi objeto de discussão e nem de preocupação das instâncias e atores responsáveis pela formulação das políticas de saúde (Conselho Municipal da Saúde, gestores da Saúde, Conselho Municipal de Fluoretação).

Na seqüência histórica do acompanhamento da fluoretação pela Divisão Odontológica do município, encontramos que no período de janeiro a agosto de 1999, o problema de altas porcentagens de teores inadequados de fluoreto ainda persistiam. E assim, encontramos que a melhor adequação ocorreu no mês de março de 1999, quando 50% das amostras estavam dentro da faixa adequada.

No período de janeiro a agosto de 1999, o pior desempenho avaliado para o sistema ocorreu em janeiro de 1999, quando 100% das medições acusaram inadequação dos níveis de fluoreto (gráfico 2).

Gráfico 2 - Amostras de Água de Abastecimento com níveis inadequados de íon fluoreto - Ribeirão Preto (SP) - período de jan/1999 a ago/1999

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 1999.

Na maioria das amostras colhidas, o teor de íon fluoreto estava abaixo do recomendado, porém em 25 de fevereiro de 1999, constou a seguinte observação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas “*chamamos a atenção para os valores excessivos que foram detectados em algumas amostras e que devem ser corrigidas urgentemente*” (Anexo L) e a título ilustrativo, construímos o gráfico 3, para visualização da distribuição dos teores de fluoreto em relação a faixa recomendada de 0,6 a 0,8 ppm.

Gráfico 3

Teores de fluoreto em amostras de água da rede de abastecimento público de Ribeirão Preto-fev/1999

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 1999.

Observa-se no gráfico acima que 3 amostras estavam acima de 0,8 ppm de fluoreto e que somente 4 das 10 amostras estavam dentro da faixa adequada de nível de fluoreto (entre 0,6 a 0,8 ppm), ou seja, uma inadequação de 60% das amostras realizadas.

Na edição nº 111 de julho de 1999, o Jornal da AORP trouxe uma reportagem com o título: “COMO É FEITA A FLUORETAÇÃO EM RIBEIRÃO PRETO”:

[...] são 92 poços artesianos, com 70 pontos de aplicação do flúor, a solução é feita diariamente, sendo renovada nas primeiras horas da manhã, as águas dos poços se misturam numa enorme malhação de redes. O DAERP informa também que há uma oficina muito bem equipada e autônoma com torneiro mecânico e pessoal treinado pelas fábricas das dosadoras que dão manutenção permanente em todo o sistema. Por questões de planejamento, de engenharia e econômica, as águas de alguns poços convergem para um ponto comum, onde recebem o cloro e o flúor antes da distribuição. Quanto ao controle de qualidade, 8 amostras diárias da rede de distribuição e 67

amostras/dia na entrada dos sistema são analisadas pelo Laboratório do DAERP, sendo que mensalmente é enviado um relatório para a Vigilância Sanitária do Estado, com o número de análises/mês, o nº total de anômalos com informe das providências adotadas. (COMO É FEITA...,1999).

Na Divisão de Odontologia, o último relatório encontrado referia-se a agosto de 1999,

“[...] a Divisão Odontológica tomou a frente porque ninguém fazia esse trabalho, só que isso é uma atribuição da Vigilância Sanitária, quando eu saí eu falei: isso tem que passar para a Vigilância, têm três dentistas trabalhando lá, está escrito na lei, que se passe para lá E3”

Neste momento não poderíamos deixar de reconhecer a importância dessa iniciativa pela Divisão de Odontologia do município, o que aponta uma postura de seriedade e compromisso com o acompanhamento das ações de promoção de saúde bucal.

Nos arquivos da Vigilância Sanitária encontramos os relatórios provenientes do DAERP, com dados contínuos de dezembro de 2000 a setembro de 2002 e a partir deles, construímos o gráfico 4, para ilustrar a análise dos dados:

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004e.

O gráfico anterior foi construído a partir dos relatórios fornecidos pelo DAERP e que se referiam a medições de teores de fluoreto em amostras coletadas na ponta da rede de abastecimento (pontos de consumo). Estes relatórios foram encontrados na Vigilância Sanitária e verificamos que os relatórios seguiram o seguinte fluxo: Secretário Municipal da Saúde/Departamento Odontológico/ Vigilância Sanitária.

No relatório datado de 04 de abril de 2001, referente aos teores de fluoreto de março de 2001, encontramos o seguinte despacho do Departamento Odontológico: “*Quem é nosso responsável na Comissão de Fluoretação? Encaminhar para ele*”.

Observamos que o melhor desempenho foi encontrado em setembro de 2002, quando 58% das amostras estavam dentro da faixa de valores adequados para a fluoretação, por outro lado, em março de 2002 tivemos o pior desempenho do sistema, com 77% das amostras fora do padrão. Com caráter ilustrativo, construímos os gráficos 5 e 6 com a distribuição dos teores de fluoreto encontrados em março de 2002, sendo que para efeito de visualização distribuímos os resultados das análises em 2 gráficos, com 50 análises ilustradas no gráfico 5 e o restante (37 análises) no gráfico 6.

Gráfico 5 - Teores de fluoreto em amostras de água de abastecimento no local de consumo - Ribeirão Preto (SP)- março de 2002 (1a. Parte)

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004e.

Gráfico 6 - Teores de fluoreto em amostras de água de Abastecimento no local de consumo -
Ribeirão Preto (SP) -março de 2002 (2a. Parte)

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004e.

Podemos visualizar então que o controle do teor fluoreto apresenta uma certa vulnerabilidade, o que de fato demanda investimentos que possam proporcionar a solução desta situação, evidenciando desta forma que a fluoretação ainda não está contemplada entre as ações prioritárias para as políticas de saúde bucal do município.

“[...] houve uma época que houve um estacionamento na faixa de 30 a 40%, depois sim houve uma complementação para 100% na época da primeira gestão do Palocci. E6”

“[...] o problema seria mais o controle justamente porque você tem uma faixa mais fina de trabalho pra flúor. No caso do cloro você tem um mínimo de 0,2, que a portaria pede um máximo recomendado de 2, então a gente trabalha na faixa de 1 a 1,5. No caso do flúor você tem uma faixa de 0,6 a 0,8 para seguir. E6”

“[...] quando eu falo que 30% foi acerto e você fala: pô mas 70% foi erro? Mas se eu pegar esses 70% eu vou ter valores 0,83, 0,56, 0,58 que a gente por critério coloca como fora. Eu acho que o trabalho tem que ser feito de uma forma séria, porque envolve pessoas a nível de consumo, mas se você trabalhar que de deu 0,58 e o mínimo é 0,6, tem o próprio erro do aparelho, mas baseando no que lemos no aparelho, esse resultado tá fora. E6”

“[...] nós temos valores bem próximos ao 0,6 e 0,8 também outra coisa: você faz um cálculo para 0,7 ppm, você ajusta toda a bomba, mas esses valores mesmo, vamos supor com um sistema só. Se você pegar esse sistema com o mesmo ajuste a semana inteira de segunda a domingo, você não vai ter 0.7 certinho, vai ter 0.62, pode ter 0,63, um dia pode dar 0.56 sem você mexer na bomba volta para 0.71 e aí vai 0.72, 0.68 e aí dá um 0,83, isso sem você mexer, vem mostrar a própria interferência da variação da vazão. E6”

A situação anteriormente descrita nos alerta da importância de um esforço de todas as instâncias envolvidas com a fluoretação a fim de superar os diversos obstáculos financeiros, administrativos, de recursos humanos e de articulação política para a questão da fluoretação das águas de abastecimento.

Obtivemos acesso também as relatórios do DAERP, referentes ao período de 2003 a 2004 e que estavam nos arquivos da Vigilância Sanitária (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Amostras de água de abastecimento com teor inadequado de íon fluoreto - Ribeirão Preto (SP)- janeiro 2003 a junho de 2004.

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004f.

Observamos que os melhores resultados foram alcançados nos meses de agosto e setembro de 2003 (quando se conseguiu reduzir a inadequação para 54 e 56% respectivamente) e os piores resultados em abril de 2003 (92% de teores inadequados), fevereiro 2003 (89% de inadequação) e março de 2003 (88% de inadequação), ainda assim,

nos relatórios encaminhados ao DAERP, não encontramos nenhuma referência quanto às possíveis causas dessas irregularidades.

Em agosto de 2003, o Jornal AORP informou que “DAERP GARANTE 100% DE FLUORETAÇÃO EM RIBEIRÃO PRETO”, traz também que a autarquia possuía 33 dosadores de nível constante (DNC), 43 bombas dosadoras, com controle diário e equipes treinadas em oficina própria, com o que a Autarquia garantia que 100% da água de abastecimento estava fluoretada (DAERP..., 2003a).

No mesmo jornal, em setembro de 2003, encontramos que em resposta a uma consulta do Sindicato dos Odontologistas de Ribeirão Preto, o DAERP enviou ofício comunicando que o teor de flúor nas águas de abastecimento estava no intervalo de 0,6 a 0,8 ppm e que com o empenho do Sindicato, se conseguiu com o DAERP a nomeação dos novos membros do ComFlúor (Conselho de Fluoretação) e a próxima reunião do mesmo seria efetuada em 8 de Setembro de 2003 (DAERP..., 2003b).

Nossa pesquisa nos relatórios da Vigilância Sanitária foi realizada no mês de janeiro de 2005 e até aquela data, o último relatório do DAERP referia-se ao mês de junho de 2004.

De acordo com a Resolução SS 4, mensalmente até o dia 20 de cada mês, o responsável pela operação do sistema de abastecimento de água deve apresentar à autoridade sanitária o relatório mensal referente ao mês anterior do controle da qualidade da água da saída do tratamento e da rede de distribuição/pontos de consumo e no artigo 9º, parágrafo único, está estabelecido que trimestralmente a autoridade sanitária municipal deve encaminhar ao responsável pelo Programa de Saúde Bucal do município dados referentes ao monitoramento dos teores de flúor nas águas destinadas ao consumo humano (SÃO PAULO, 2003).

A auditoria do controle da qualidade da água produzida e distribuída e as práticas operacionais adotadas competem à Secretaria Municipal da Saúde, garantindo informações sobre a qualidade da água e implementando um plano próprio de amostragem de vigilância da qualidade da água (Portaria 518, artigo 7, incisos V, VI e XI) (BRASIL, 2004d).

Quanto aos planos de amostragem, a Portaria nº 518, em seu artigo 18 estabelece que os responsáveis pelo controle da qualidade da água devem elaborar e aprovar, junto à autoridade de saúde pública, o plano de amostragem de cada sistema. O artigo 18 traz uma tabela com o número mínimo de amostras para o controle da qualidade da água de sistema de abastecimento, para fins de análises físicas, químicas e de radioatividade, em função do ponto de amostragem, da população abastecida e do tipo de manancial. Considerando as análises do teor de fluoreto, temos que na saída do tratamento (número de amostras por unidade de

tratamento) seria necessária 1 amostra de cada saída, com frequência diária e no sistema de distribuição (reservatórios e rede), para municípios acima de 250.000 habitantes está prevista a coleta de 20 amostras, acrescidas de mais 1 amostra para cada 50.000 habitantes, para Ribeirão Preto seriam 25 amostras, com frequência mensal (BRASIL, 2004d).

A seguir, na Tabela 1, apresentamos os resultados últimos três meses de relatórios apresentados pelo DAERP quanto ao nível de inadequação dos teores de fluoreto e quanto ao número de amostras com teores acima de 0,8 mg/L. (limite superior do intervalo recomendado para Ribeirão Preto).

Tabela 1 - Resultados das análises realizadas pelo DAERP, nos pontos de consumo, quanto ao número de amostras acima de 0,8 ppm.

Mês/ano	Nº amostras analisadas	Amostras fora do padrão	% de amostras fora do padrão	Nº de amostras acima de 0.8 ppm
Abril/04	136	95	70	5
Maio/04	89	67	75	6
Junho/04	116	75	65	3
TOTAL	341	237	69,5	14

Fonte: Ribeirão Preto, 2004f

Analisando a tabela acima, verificamos que 14 amostras (4,1% das amostras coletadas num período de 3 meses seguidos) apresentaram conteúdo de fluoreto acima de 0,8 mg/L.

5.4.3. O acompanhamento da fluoretação pela Vigilância Sanitária – o heterocontrole

Conforme relatamos anteriormente, até abril de 1997, somente o DAERP acompanhava os teores de flúor na água de abastecimento e a partir de então, a Divisão de Odontologia em convênio com a Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP passou a realizar o acompanhamento dos teores de flúor. No final da gestão política de 1996-2000, esse acompanhamento foi passado para a Vigilância Sanitária.

Na Vigilância Sanitária encontramos dados do heterocontrole a partir de abril de 2001.

Destacamos que as amostras são colhidas conforme sorteio pré-determinado pela Divisão Regional de Saúde e que os pontos de coleta não correspondem aos mesmos do DAERP.

“[...] o controle da água é feito principalmente dentro do PROÁGUA...nós tínhamos algumas análises que eram feitas, especificamente com o flúor, que era acompanhado pelo DAERP e com a Faculdade de Farmácia,mas esse trabalho foi suspenso, a pessoa que fazia essa análise se aposentou e o equipamento usado era dela. E1”

“[...] a frequência das coletas é semanal, existe uma programação que é feita pelo Adolpho Lutz junto com Divisão Regional de Saúde, eles nos mandam o número de amostras a serem colhidas: toda segunda feira com exceção daquelas semanas que tem feriado, pois o feriado compromete a colheita das amostras, normalmente é semanal, entre 6 a 10 amostras de água...cada semana são pontos diferentes e depois eles nos mandam esses resultados.E1”

“[...] essas informações vão para o Estado, através da DIR, elas chegam ao Centro de Vigilância Sanitária em São Paulo, também essa comunicação é feita através da Vigilância para Superintendência do DAERP.E1”

No período de abril a junho de 2001, a porcentagem de amostras adequadas variou de 35,3 a 63,6%, sendo que no mês de julho/2001, a porcentagem de amostras adequadas caiu para 45,5%. Em agosto de 2001 tivemos o melhor resultado com 70,8% de amostras adequadas, porém dois meses depois, em outubro de 2001, somente 22,7% das amostras foram aceitáveis e em novembro e dezembro 2001 ocorreu uma estabilização em torno de 52% de adequação (gráfico 8).

Gráfico 8 - Adequação do teor de fluoreto na água de abastecimento
Ribeirão Preto - abr/2001 a dez/2001-VISA

Fonte: RIBEIRAO PRETO, 2001

Registramos que nos relatórios não encontramos nenhuma referência aos possíveis fatores para essas variações, bem como para o fato de que as análises realizadas pela Vigilância Sanitária apresentaram resultados melhores que aqueles realizados pelo próprio DAERP.

Temos a observar que existe uma dificuldade para compararmos os resultados do DAERP com aqueles da VISA, pois os pontos de coleta das amostras na ponta da rede de abastecimento (consumo) não correspondem às mesmas regiões da cidade e nos relatórios do DAERP destacam a porcentagem de inadequações, enquanto nos relatórios da VISA, destaca-se o percentual de “adequações” nos teores de íon fluoreto na água de abastecimento.

Através do gráfico 9, podemos visualizar os resultados de janeiro a dezembro de 2002:

Gráfico 9 - Adequação do teor de fluoreto na água de abastecimento - Ribeirão Preto (SP) janeiro a dezembro de 2002

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2002.

No mês de outubro de 2002 foram realizadas apenas 9 coletas de amostras e isto em parte justifica o resultado inédito de 100% de adequação, o que nos parece pouco provável, tendo em vista a série histórica de inadequação.

Gráfico 10 - Adequação do teor de fluoreto na água de abastecimento -
Ribeirão Preto - jan a jun/2003 - VISA

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2003.

No ano de 2004, o acompanhamento da fluoretação pela Vigilância Sanitária foi prejudicado no período de janeiro a agosto de 2004, devido à falta de material no Instituto Adolpho Lutz, para dosagem do teor de fluoreto na amostras de água, conforme explicitado por um de nossos entrevistados:

“[...] agora nós mantemos o PROÁGUA....também foi prejudicado a análise de flúor no período de janeiro a agosto de 2004. O Adolpho Lutz não estava fazendo as análises de flúor, então nós ficamos na realidade um período sem esse controle, tá? Mas essas análises voltaram a serem feitas agora em setembro.EI”

A Secretaria Estadual da Saúde passa pelas dificuldades de poder cumprir o que lhe cabe na questão da fluoretação, reforçando uma certa “marginalização”, não valorização do efetivo acompanhamento da fluoretação. Vemos assim que o fluxo está definido, mas o “para quê” precisamos investir no seu esclarecimento.

Na década de 90 alguns autores já traziam que o controle das empresas encarregadas da fluoretação, por parte das instituições responsáveis pela saúde pública vinha sendo de difícil aceitação e implantação, sendo que Barros, Tovo e Meneghin (1990) apontavam que em Porto Alegre (RS), no período de 1975 a 1988, as discontinuidades ocorreram de forma elevada.

No município de Curitiba, em 1994, segundo Dantas (1994 apud DOMINGUES; OLIVEIRA, 1996) foi elaborado um projeto para criar um Sistema de Vigilância, através do Departamento de Saúde Ambiental. Os argumentos para este projeto foram as medições realizadas num período de 12 meses, cujas amostras com sobredosagens variou de 10 a 65%, tendo sido encontrada uma amostra com 3.5 ppm.

Em setembro de 2004, a Vigilância Sanitária de Ribeirão Preto voltou a realizar as coletas em pontos de consumo de água e o Instituto Adolpho Lutz a realizar as dosagens de íon fluoreto e com os dados obtidos na Vigilância Sanitária, construímos a tabela 2.

Tabela 2 - Adequação das Amostras de água de abastecimento (no ponto de consumo) quanto ao teor de íon fluoreto –Ribeirão Preto - 2004

FLÚOR – 2004	Total de amostras	Amostras Inadequadas	% amostras inadequadas	Amostras adequadas	% de amostras adequadas	Nº amostras acima de 0,8 ppm
Setembro	21	13	61,9	08	38.1	3
Outubro	11	07	63,6	04	36.4	2
Novembro	17	13	76,5	04	23.5	1
Dezembro	14	10	71,4	04	28.6	1
TOTAL	63	43	68,3	20	31.7	7

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004g.

No mês de outubro deixaram de ser realizadas 9 amostras e em dezembro o total de amostras foi 14 conforme relatório fornecido pela VISA.

Podemos observar pela tabela 2, que de setembro a dezembro de 2004, dentre 63 amostras coletas e analisadas pela Vigilância Sanitária, 43 amostras (68,3%) estavam inadequadas quanto ao teor de fluoreto na água de abastecimento, sendo que 7 amostras (11,1%) das amostras estavam acima de 0,8 ppm, como pode ser visualizado nos gráficos 11, 12 e 13 e 14:

Gráfico 11 -Análise físico química quanto ao teor de fluoreto -
Ribeirão Preto - setembro 2004

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004g.

Gráfico 12 - Análise físico química quanto ao teor de fluoreto
- Ribeirão Preto - outubro 2004

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004g.

Gráfico 13 -Análise físico química quanto ao teor de fluoreto
- Ribeirão Preto - novembro 2004

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004g.

Gráfico 14 - Análise físico química quanto ao teor de fluoreto
- Ribeirão Preto - dezembro 2004

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004g.

O resultado consolidado do acompanhamento da fluoretação pela Vigilância Sanitária pode ser visualizado na tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Consolidado das Análises de Água quanto ao teor de íon fluoreto

Ano	Número de amostras	Amostras adequadas	Amostras inadequadas	Porcentagens de inadequação
2001	184	93	91	49,5
2002	244	120	124	50,8
2003	114	46	68	59,6
2004	63	20	43	68,3
Total	605	279	326	53,8

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2004h.

Como podemos observar, o problema quanto à inadequação da maioria das amostras ainda permanece sem solução.

“[...] mas é um problema crônico que nós temos e que a medida corretiva envolve toda uma reestruturação da rede do sistema de abastecimento de água de Ribeirão Preto. Então não é algo assim que pode ser mudado do dia para a noite com alguma ação. E1”

“[...] a correção disso é muito difícil segundo o DAERP. A informação que a gente tem é que eles tem dificuldades de manter o nível, o mesmo nível de flúor em toda a rede, é muito difícil manter esse nível por questões técnicas. E1”

“[...] eu acho que ela (a fluoretação) é importante, necessária, é um problema que necessita de uma intervenção mais rápido do DAERP, porque é muito complicado você pensar no flúor sendo adicionado à água mas fora de um padrão adequado, um excesso de flúor principalmente poderia estar ocorrendo em algum ponto, apesar de que não temos dados com relação à isso, detectar pelo menos um ponto, nós não temos recebido nenhum tipo de informação através da Divisão de Odontologia, da Vigilância Epidemiológica, nem do serviço de saúde que indica algum problema com relação à isso. E1”

“[...] é um investimento caro, que o DAERP fala, é difícil de ser corrigido, mas eu acho que necessário. E1”

“[...] na realidade a gente não tinha até 99 esse trabalho do PROÁGUA, não existia trabalho nenhum com relação à isso, eu acho que isso vai ter uma repercussão nos próximos anos e até mesmo eu acredito que a Vigilância Sanitária deva cobrar isso rapidamente...E1”

No Estado de São Paulo, o município de Bauru apresenta uma singularidade comum a Ribeirão Preto, pois em Bauru 56% da população é abastecida através de 27 poços artesianos, provenientes também do aquífero guarani. Em Bauru (SP), entre fevereiro e julho de 1999, o monitoramento externo revelou variações no teor de flúor de 0,05 a 1,4 mg/L e considerando o teor ótimo de flúor na água, entre 0,6 e 0,8 mg/L, apenas 16,4 % das amostras apresentaram nível adequado de flúor (TAVARES, BASTOS, 1999).

Os dados encontrados em Ribeirão Preto leva-nos a inferir que os relatórios são tomados como instrumento burocrático-administrativo e o acompanhamento assume um caráter burocrático, com perda da finalidade, do “para quê” se realiza esse acompanhamento e falta ainda uma articulação intersetorial das instâncias responsáveis por essa ação.

A singularidade do sistema de abastecimento público no município e os resultados apontados nos relatórios da VISA e do próprio DAERP justificam a necessidade de se estabelecer um heterocontrole efetivo do teor de flúor na água de abastecimento público, pois a continuidade da medida ao longo do tempo e a manutenção de teores adequados de flúor são fundamentais para a eficácia da fluoretação das águas de abastecimento público na redução da cárie dentária, além de que, da forma irregular com que o flúor chega a alguns setores da cidade, teores de fluoreto abaixo do recomendado representam desperdício de recursos públicos, seja através dos insumos sub-utilizados, ou dos recursos humanos envolvidos na implementação e acompanhamento desse processo.

O I Fórum Nacional Flúor e Saúde recomenda que ações específicas de Vigilância Sanitária sejam desenvolvidas, inclusive com o acionamento do Ministério Público para proteger a saúde da população e destacando um papel estratégico a ser desenvolvido pelos

Conselhos Municipais de Saúde, tendo em vista os riscos de fluorose dentária, quando os níveis de íon fluoreto se encontram acima da faixa ideal recomendada (FORUM NACIONAL ..., 2002).

4.6 O controle social e a fluoretação.

Para ampliar e reordenar as relações entre Estado e a Sociedade Civil, a participação da população surge prevista na Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b), a qual estabelece os Conselhos e Conferências de Saúde como canais para a efetivação da participação no âmbito do SUS, localizando-os como espaços de práticas da participação no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do seu controle social.

O estímulo ao controle social está entre as práticas do Sistema Único de Saúde que possui legislação para níveis municipais, estaduais e federais, constituindo importante fator de democratização na saúde e uma das importantes conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, onde os diferentes segmentos da população têm a possibilidade de participar e interferir em processos de decisões referentes ao Sistema de Saúde.

Concordamos quando Mendes (1999) afirma que com todas as possíveis distorções presentes nesses conselhos, o resultado “aponta para um movimento democratizador” na saúde sem precedentes em nenhum outro espaço da vida nacional.

Para a participação social da população foi criado o Conselho Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, pela Lei Municipal nº 5972 de 23 de abril de 1991, cujo regimento interno foi homologado pelo Decreto Municipal nº 52 de 18 de fevereiro de 1992, integrando a estrutura da Secretaria Municipal da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 1998).

Referente a questão da fluoretação das águas de abastecimento público em Ribeirão Preto, temos que em 24 de março de 1994, o Decreto Municipal nº 80 criou o Conselho Municipal de Fluoretação de Água de Abastecimento Público (ANEXO H).

Em 31 de outubro de 1995 foram nomeados os primeiros participantes do Conselho Municipal de Fluoretação das Águas de Abastecimento, porém, a questão do Regimento Interno permaneceu pendente por vários anos. O decreto de sua criação previa no artigo 3º que na primeira reunião seria escolhido o seu presidente e num prazo de 30 dias seria apresentado ao Secretário Municipal de Governo, uma minuta de Regimento Interno do

Conselho Municipal de Fluoretação da Água de Abastecimento para ser homologada pelo executivo municipal.

Na edição nº 108, em abril de 1999 do Jornal da AORP noticiava : “AORP E SINDIORP¹⁶ PEDEM AÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE FLUORETAÇÃO”, pois o Conselho estava inativo (AORP..., 1999).

Em dezembro de 2004 foi apresentado na Câmara Municipal o projeto de Lei Complementar 844/04 destinado a criar o Conselho Municipal de Fluoretação. Este projeto foi rejeitado pelo executivo, de acordo com o ofício Nº 02/05 de 03 de janeiro de 2005 (RIBEIRÃO PRETO, 2005), sob alegação de inconstitucionalidade, pois segundo o artigo 39, inciso III, da Lei Orgânica do Município:

[...] Compete privativamente ao Prefeito a iniciativa dos projetos de lei que disponham sobre:

III – criação, estruturação e fixação de atribuições das secretarias municipais, dos órgãos da administração direta e das entidades da administração indireta ou fundacional.

Tendo sido vetado pelo executivo, em 04 de março de 2005, a Câmara Municipal de Ribeirão Preto rejeitou o veto total do prefeito municipal, e promulgou nova Lei Complementar sob o nº 1822, criando o Conselho Municipal de Fluoretação da Água de Abastecimento Público, estabelecendo que o Conselho é um órgão colegiado, permanente de caráter consultivo, opinativo e assessor integrante da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde, conforme dispõe o artigo 20, inciso V da Lei Complementar 826, de 22 de janeiro de 1999 (ANEXO K).

A composição desse Conselho contempla a participação de 21 representantes: da Secretaria Municipal da Saúde, do DAERP, da Faculdade de Odontologia/USP, da Universidade de Ribeirão Preto-UNAERP, da Universidade Paulista/UNIP, do Conselho Regional de Odontologia, do Sindicato dos Odontologistas de Ribeirão Preto, da Associação Odontológica de Ribeirão Preto, da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, do Rotary Club, do Lions Club, do Centro Médico, da Câmara Municipal, dos Convênios Odontológicos, da Faculdade Barão de Mauá, do Centro Universitário Moura Lacerda, da Federação das Associações de Bairros de Ribeirão Preto, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas/USP, da Faculdade de Medicina/USP; da Associação Brasileira de Odontologia e um representante indicado pelo Conselho, de notório saber e de relevante participação na área.

¹⁶ SINDIORP: Sindicato dos Odontologistas de Ribeirão Preto.

No decorrer das entrevistas encontramos referências à criação do Conselho Municipal de Fluoretação, porém não houve consenso nos depoimentos, conforme vemos abaixo:

“[...] a primeira comissão de controle da fluoretação foi feita numa EMEI, é uma escola ali no Jose Sampaio, vem toda a sociedade de Ribeirão Preto. Câmara, Legislativo apareceu lá e nos fizemos uma comissão em 92/93 uma coisa assim, então saiu essa comissão, ia resolver tudo! Até hoje não conseguiu sair do papel!. E4”

“[...] a idéia de criar o Conselho Municipal de Fluoretação surgiu de pedidos das entidades de classe, foi trabalhada a idéia de se criar um grupo de pessoas tanto das entidades de classe como da própria Secretaria. Era uma comissão constituída por figuras da sociedade que dariam a essa comissão, aos resultados e ao controle, uma visibilidade e uma credibilidade.E5”

Encontramos também que esse Conselho apresentou dificuldades para sua institucionalização e operacionalização no município:

“[...] nesses dois anos aconteceram de 3 a 4 reuniões, andou sem o ritmo que precisava anda .Quando houve a proposta do regimento, parece que não houve concordância, na Secretaria da Saúde.E5”

“[...] algumas foram reuniões até bem concorridas, não eram reuniões vazias. Mas aí se você começa a fazer reuniões em que nada se decide, lá nós nem decidíamos a data da próxima reunião, você começa a criar um desinteresse, vai esvaziando.E5”

“[...] toda a parte burocrática ficou nas mãos da Secretaria, eu era o coordenador, mas não tinha o que coordenar, depois da primeira reunião em que se discutiu essa minuta, o regimento, a secretaria não marcou mais reunião, eu cobreí do secretário e ele até manifestou estranheza, primeiro por desconhecer em parte esse Conselho e segundo por não estar tendo reuniões na continuidade.E5”

Conforme já opinamos, esses espaços representam conquistas, mas quando o Conselho tem caráter consultivo-opinativo e assessor, acaba configurando uma fragilidade quando não estabelece o caráter deliberativo deste Conselho. Apesar de que esses espaços coletivos realmente precisam ser operativos para alcançar credibilidade, não podemos negar que estes espaços têm disputas de diferentes interesses e, portanto as decisões não fluem com facilidade. Sem dúvida, para esses espaços não perderem potência conforme afirmam alguns dos entrevistados:

“[...] tenho impressão de que esse Conselho não prosperou E7”

“[...]essa Comissão ia resolver tudo,.até hoje não saiu do papel E4.”

Para melhor compreendermos situações como esta, existe a necessidade de acreditar e de entender que a história do processo participativo nas decisões políticas do nosso país é

recente, ainda bastante vulnerável ao enfraquecimento, ao descrédito, e até mesmo ao esvaziamento, pela imaturidade política dos atores sociais na construção de um trabalho coletivo.

Encontramos também, entre os entrevistados, desde o desconhecimento, quanto a não valorização do espaço social representado pelo Conselho:

“[...] confesso que não me lembro da questão da composição desse Conselho da Fluoretação, imagino que deva participar o DAERP, infraestrutura e áreas afim disso. E2”

“[...] não sei se tem razão você ter esse tipo de conselho, vai especializando as discussões. Pensando na questão da integralidade, quando você vai criando muitos conselhos, a instância fundamental é o Conselho Municipal da Saúde. A gente tem uma grande dificuldade: o Conselho de Saúde do Trabalhador faz sua discussão e não traz para o Conselho Municipal da Saúde, a Reforma Psiquiátrica faz sua discussão e não traz... então o Conselho Municipal da Saúde serve para que? o Conselho Municipal da Saúde é a instância fundamental. E2”

“[...] precisa de um órgão assim como observador da situação, a política de saúde bucal depende também da vigilância para saber se está tudo correndo de acordo com aquilo que a gente espera e aquilo que está preconizado. E3”

Concordamos em termos com a afirmativa do entrevistado E2 quando reconhece o Conselho Municipal da Saúde como uma instância fundamental no Sistema de Saúde, mas, no entanto, isto não invalida a existência de um Conselho para um assunto específico como a questão da fluoretação ou outras questões, com vinculação com o Conselho Municipal da Saúde. Em contrapartida, encontramos outro entrevistado que considera o conselho apenas com o caráter de “observador” (E3).

No decorrer desta pesquisa, encontramos então uma manifesta vontade de priorizar as ações voltadas para a fluoretação das águas de abastecimento, no entanto algumas contradições também apontam para o fato de que essa vontade de fazer a fluoretação não alcançou ainda uma suficiente governabilidade para a plena execução dessa estratégia de promoção da saúde bucal.

“[...] na época em 98, eu não poderia deixar de estar tendo olhos também de um momento importante e de um fato ainda mais importante que é a fluoretação. Comecei trazendo para o nosso lado profissionais da área e que gostavam da área, eu dei condições, nós oficialmente implantamos e demos condições para que a comissão técnica pudesse trabalhar, nós nos reunimos inicialmente uma vez por mês e eu como secretário fazia questão de participar das reuniões Trouxemos vários profissionais do DAERP, para que eles pudessem nos relatar o que estava acontecendo na época, aquilo que poderia

ser feito, as nossas necessidades, chegamos até a fazer o levantamento de tudo aquilo que precisássemos para que a gente tivesse 100% de Ribeirão Preto fluoretado com bombas novas e aparelhos de última geração e que teriam um custo muito pequeno. Infelizmente nós não tivemos tempo apto que estivéssemos implantando isso. Infelizmente não se deu essa continuidade, foi um marco no meu entendimento em termos vontade de se fazer e trabalhar o flúor em Ribeirão. Dado a estrutura dos nossos poços, mas não haviam grandes dificuldades, essas dificuldades poderiam ser ultrapassadas por uma força maior e era tudo aquilo que gostariam que a gente fizesse. E7”

Apesar das iniciativas, do discurso e das intenções, reafirmamos pelos dados encontrados que, realmente, o projeto continua no **“e era tudo aquilo que gostariam que a gente fizesse”** (grifo nosso).

A partir das referências ao Conselho Municipal da Fluoretação, buscamos nos jornais da Associação Odontológica de Ribeirão Preto, reconstruir parte da história de sua criação e nas leituras das Atas deste Conselho, uma aproximação com as atividades desenvolvidas pelo mesmo.

A edição do Jornal AORP nº 68 informava que oficialmente no dia 25 de outubro de 1995 seria instalado o Conselho de Fluoretação, para atuar no sentido de garantir a fluoretação de forma “planejada”, informava também que o custo da fluoretação seria de US\$ 186 mil e sua manutenção era orçada em US\$ 10 mil, correspondendo a US\$ 0,20 por habitante (SERÁ..., 1995).

Quatro anos depois, em setembro de 1999, a edição 113 do referido Jornal informava a nomeação dos membros do Conselho Municipal de Fluoretação em agosto de 1999 e que o Conselho anteriormente nomeado em 1995 não chegara a exercer sua função, cabendo ao Conselho “supervisionar todo o programa de Fluoretação” (NOMEADO ..., 1999).

Encontramos na Divisão de Saúde Bucal do Município, as atas das reuniões do Conselho Municipal de Fluoretação, para o período de fevereiro de 2000 a março de 2004. Nesse período foram realizadas 9 reuniões, conforme relacionamos, a seguir:

1) 15 de fevereiro de 2000 – 20 participantes:

exibição de filme sobre o DAERP (92 poços artesanais, com 72 pontos de fluoretação);

conclusão pela certeza de que a automação dos poços seria a solução, havendo viabilidade econômica.

Em maio de 2000 o Jornal AORP noticiou que na próxima reunião do Conselho seria discutido o Regimento Interno e tratariam de questões para a melhoria da fluoretação, com a aquisição de mais unidades de bombas dosadoras. Trazia também que o DAERP expusera numa reunião anterior que em alguns pontos havia oscilações não expressivas, com falta ou excesso de flúor (COMO..., 2000).

2) 24 de maio de 2000 – 08 participantes:

leitura do Decreto 80 de 20/04/94 que criou o Conselho Municipal de Fluoretação, inexistência de representante para a Câmara Municipal; a frequência reduzida de participantes (menor que 50%);

necessidade de redação do Regimento Interno do Conselho (com atribuições, duração, renovação; a suplência dos representantes e a periodicidade das reuniões)

Sobre essas primeiras reuniões, observamos que elas demonstram uma iniciativa e intenção pelo encaminhamento, mas não esclarece o fluxo da tomada de decisões, transparecendo que o assunto é discutido, mas não se consegue efetivamente dar continuidade, o que pode explicar certo desinteresse pela participação. Quanto ao esboço do regimento interno, esta questão permanece desde o decreto de criação do Conselho, mas não localizamos durante a pesquisa qualquer esboço do mesmo.

3) 27 de julho de 2000 – 10 participantes:

solicitado a pontualidade e justificativa para as ausências;

representante do DAERP apresenta custos para automação da fluoretação do poços, mas os valores não são citados na ata;

leitura, sugestões e proposta de Regimento Interno; solicitam encaminhar o estudo e custos ao Secretário Municipal da Saúde, com urgência.

4) 24 de outubro de 2000 – 14 participantes:

proposta para encaminhar ao setor Jurídico da Prefeitura Municipal, a minuta do projeto de Regulamento Interno.

Após esse período, ocorre uma interrupção nas atividades do Conselho, o qual somente retomará suas atividades em agosto de 2003.

5) 20 de agosto de 2003 – 14 participantes:

reunião extraordinária, convocada pelo Sécetário Municipal da Saúde e coordenada pelo Chefe da Divisão de Odontologia;

proposta de retomada das atividades do Conselho;

explicação da interrupção das atividades: estavam aguardando a manifestação do jurídico sobre o Regimento Interno, sendo que a Assessoria Técnica e Legislativa da Câmara Municipal somente devolveu em 2003 e diversos membros estavam cobrando na Secretaria Municipal da Saúde, a retomada do Conselho;

a Divisão de Odontologia oferece apoio logístico para as atividades de Conselho.

De fato, após um intervalo de 3 anos sem reuniões, havia a necessidade de reiniciar as discussões sobre a fluoretação. Talvez a morosidade tenha se complementado com um certo desinteresse, mas quando existiu a cobrança, houve um retorno das atividades.

6) 08 de setembro de 2003 – 17 participantes:

reunião extraordinária: eleição de novo presidente, leitura da minuta do Regimento Interno, sugestão de contato com o advogado do setor jurídico da Câmara Municipal para auxiliar na elaboração da lei complementar para regular os trabalhos do Conselho.

7) 18 de novembro de 2003 – 10 participantes:

reunião extraordinária, leitura do projeto de lei complementar,

presença do advogado do departamento jurídico da Câmara Municipal.

Observamos a ocorrência de ações sequenciais e o encaminhamento das propostas.

8) 17 de fevereiro de 2004 – 11 participantes:

leitura do projeto de lei complementar (inclusão de mais dois participantes; sugerida a criação da suplência para os participantes; o representante do DAERP ficou responsável de realizar levantamento de recursos para solicitar verba federal para a fluoretação.

9) 15 de março de 2004 – 9 participantes:

solicitado uma justificativa a ser enviada ao prefeito, quanto à importância do Conselho e sua regularização por Lei Complementar; ficou para a próxima reunião a análise do levantamento de recursos necessários pelo DAERP.

Vemos aqui novamente a referência aos recursos necessários pelo DAERP, sendo que no período de 1998, um dos entrevistados fez referência de proposta semelhante:

“[...] chegamos até a fazer o levantamento de tudo aquilo que precisássemos para que a gente tivesse 100% de Ribeirão Preto fluoretado com bombas novas e aparelhos de última geração e que teriam um custo muito pequeno. E7”

Nossa pesquisa nas Atas do Conselho foi realizada em dezembro de 2004 e até a última reunião, de maio de 2004, não fora ainda transcrita devido ao fato de que não sido lida e aprovada pelos participantes do Conselho.

Observamos que no desenvolver das reuniões do Conselho Municipal de Fluoretação não encontramos referências aos aspectos técnicos da fluoretação e aos dados de que se dispõe tanto no DAERP quanto na Vigilância Sanitária, que seriam o objeto de pauta e propostas das reuniões. Também não encontramos referências de articulação com o Conselho Municipal da Saúde. Este, enquanto espaço de deliberação das políticas públicas para a saúde do município, constituiria um espaço adequado para publicizar a questão da fluoretação, buscando apoio político às proposições do Conselho Municipal de Fluoretação, inclusive para sua regularização jurídica perante a Secretaria Municipal da Saúde.

O I Fórum Nacional Flúor e Saúde considerou estratégico o papel dos Conselhos Municipais de Saúde para informação da população e participação juntamente com as autoridades sanitárias, sobre as decisões relativas ao emprego do flúor nas águas de abastecimento (FORUM NACIONAL..., 2002).

Acreditamos que a situação da fluoretação das águas de abastecimento público em Ribeirão Preto assume aspectos suficientes para que o grupo de trabalho do Conselho possa promover discussões e encaminhamentos mesmo antes de sua legalização e nesse sentido compactuamos com Campedelli e Benko (1989) quando afirmam que:

“[...] a legalização de uma atividade por si só não garante que ela seja legitimada. O que a legitima é o existir continuamente, e o fato de ser importante mesmo não estando legalizada.”

Assim, avaliamos que vale a pena investir no Conselho Municipal de Fluoretação considerando-o como um espaço para o exercício da intersetorialidade, de estabelecimento de vínculo entre a academia e o serviço e ainda para o desenvolvimento de decisões construídas coletivamente. Além de poder fornecer subsídios para o gestor municipal e para o Conselho

Municipal da Saúde nas questões específicas da fluoretação, tornando-se um espaço com potência técnico-política e ética em defesa dos princípios do SUS.

Com a edição da Lei Complementar nº 1822, de 4 de março de 2005 (ANEXO K), pela Câmara Municipal, permanece a pendência de homologar um Regimento Interno para o Conselho Municipal de Fluoretação, cuja decisão final ainda caberá ao Executivo Municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Consideramos que nosso estudo, à semelhança daqueles desenvolvidos segundo uma análise metodológica qualitativa, não é “fechado ou definitivo” mas sim uma aproximação sucessiva de uma realidade que está em constante transformação. A temática da fluoretação das águas recortada segundo o olhar de alguns atores sociais: atores do nível central da Secretaria Municipal da Saúde e do Departamento de Águas e Esgoto de Ribeirão Preto, deixa em aberto o caminho para futuras investigações, analisando outras perspectivas, tanto com outros atores sociais, quanto com relação à ampliação das técnicas utilizadas para a coleta de dados empíricos.

Ribeirão Preto enquanto pólo educacional em saúde, com a presença de três faculdades de Odontologia apresenta um grande diferencial de qualidade na formação de seus profissionais, conforme foi apontado por alguns dos entrevistados. Quanto à assistência odontológica oferecida na rede pública, o município desenvolve ações coletivas e de assistência odontológica individual, nas quais a urgência odontológica é assegurada a todos os cidadãos e as ações programáticas são dirigidas a grupos sociais e epidemiologicamente mais vulneráveis, com ênfase na população de pré-escolares e escolares e a grupos sociais específicos que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde. A clientela a exemplo daquela da atenção médica, se constitui a partir da demanda espontânea, com a finalidade de atendimento clínico, conformado num cotidiano onde o acesso se dá através de um problema individual já instalado.

A atenção em saúde bucal revela-se coerente com os pressupostos do modelo de formação dos profissionais da Odontologia, que baseada no flexnerianismo, exerce uma prática individual, tecnicista, especializada, biologicista e curativa.

Se considerarmos o índice CPO-D como indicador de saúde bucal para a população de 12 anos, veremos que o município alcançou um importante avanço, porém o índice CPO-D que em 2002 foi de 1,65 aumentou para 1,95 no ano de 2004 (um aumento de 18,2% em relação a 2002) (RIBEIRÃO PRETO, 2004).

Tendo em vista que a OMS fixou dentre outras metas para o ano de 2010, um índice CPO-D menor ou igual a 1,0 aos 12 anos de idade, para que esta meta seja alcançada é fundamental que medidas de saúde pública para prevenção da cárie sejam mantidas e ajustadas, sendo que a fluoretação da água de abastecimento público, como a medida de maior alcance populacional, merece atenção especial na sua implementação e manutenção dentro dos teores adequados de flúor.

Embora os níveis de cárie tenham dado mostra de grande declínio no período de 1992 a 2004, permanece o problema quanto a manutenção do teor adequado de íon fluoreto (entre 0,6 a 0,8 mg/L). O que pudemos verificar com os dados disponíveis desde 1997 e mais recentemente, nas análises realizadas pela Vigilância Sanitária, que apontou que no período de setembro a dezembro de 2004, dentre 63 coletas, 43 amostras (62,3%) estavam com teores abaixo do recomendado.

Identificamos no decorrer das estratégias desenvolvidas para efetuar o acompanhamento da fluoretação, um processo fragmentado de articulação, entre a Vigilância Sanitária, Divisão de Odontologia, Departamento de Água (DAERP). Ocorre uma delegação de responsabilidades, com perda da intersectorialidade e da interdisciplinaridade que esta questão suscita e assim, o acompanhamento acaba por ter um caráter burocrático, com perda da finalidade de efetivamente fornecer subsídios para a articulação técnica e política necessárias para a melhoria da qualidade da fluoretação oferecida ao Município.

Embora o sistema de fluoretação de águas de abastecimento de Ribeirão Preto não seja o desejável, somos levados a considerar que a fluoretação ainda não se encontra entre as ações prioritárias da política de saúde bucal do município e reconhecemos existir um campo em aberto para os profissionais da saúde e particularmente para os odontólogos, para ser explorado enquanto objeto de investigação que demanda ser melhor compreendido, mais publicizado, na perspectiva de reunir subsídios que possam mobilizar tanto os usuários, quanto os trabalhadores para as decisões sobre essas ações, pois se houve vontade política em alguns momentos, esta não foi suficiente para superar os obstáculos para uma efetiva fluoretação de toda a água de consumo, dentro dos parâmetros que a OMS, o Ministério da Saúde e a legislação recomendam.

Ao longo dos últimos 10 anos tivemos iniciativas e cobranças junto às administrações municipais que se sucederam, no sentido de instituir e operacionalizar uma participação e controle social sobre o processo da fluoretação, mas todo esse movimento foi incipiente para a efetiva operacionalização da participação e de melhorias da qualidade da fluoretação de águas realizada no município. Criou-se o Conselho Municipal de Fluoretação em 1994, mas este apresenta dificuldades para se institucionalizar, carecendo de uma articulação política com outros espaços de participação social, a exemplo do Conselho Municipal da Saúde.

Ainda assim, consideramos uma importante estratégia o investir na institucionalização e efetividade do Conselho Municipal de Fluoretação, enquanto espaço para o exercício da intersectorialidade, do vínculo entre a academia e o serviço, fornecendo subsídios para o gestor

municipal, para o Conselho Municipal da Saúde, constituindo-se em espaço técnico-político e ético de defesa dos princípios do SUS.

Finalmente, esperamos que este trabalho contribua também para mais uma vez chamar a atenção sobre a importância da análise de dados constantes em sistemas de informações rotineiros e periódicos e a potencialidade de sua utilização como instrumento de gerenciamento dos sistemas disponibilizados para a prestação de serviços à população. E que a identificação de seus limites e das questões nele não respondidas sirvam de incentivo para o desenvolvimento de outros estudos que possam, cada vez mais, subsidiar processos de decisão na gestão dos serviços públicos de saúde, de forma a buscar atender aos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação e controle social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.:O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva- rede básica de Saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n.2/3, p.64-75, abril/set.1991.

AMARANTE, L.M.; JITOMIRSKI, F.; AMARANTE, C.L.F. Flúor: benefícios e controvérsias dos programas de fluoretação. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 1, n. 4, p.22-30, 1993.

ANDRADE, M.G. N.; TORRES, I.A. A polêmica da fluoretação das águas de abastecimento público como método de prevenção da cárie dental. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.46, p.56-9, mar. 1995.

AORP e SINDIORP pedem ação do conselho municipal de fluoretação. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, nº 108, abr. 1999, p.7.

AORP Continua cobrando trabalho do conselho municipal de fluoretação.**Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, nº 82, fev.1997, p.3

BAELUM, V.; FEJERSKOV, O. Diagnóstico da cárie dentária: um momento de reflexão a caminho da intervenção? In: FEJERSKOV, O; KIDD, E.: **Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico**, São Paulo: Santos Ltda, 2005, cap.6, p.101-110.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Association of the DMFT index with socioeconomic and dental services indicators in the state of Paraná, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.143-152, jan/feb 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 1977.

BARROS. E. R. C.; TOVO M. F.; SCAPINI,C. Análise crítica da fluoretação de águas, **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.38, n.4, p.247-254, 1990.

BASTING, R. T.; PEREIRA, A. C.; MENECHIN, M. C. Avaliação da prevalência de cárie dentária em escolares do Município de Piracicaba (SP), Brasil, após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público, **Revista Odontol. Univ. de São Paulo**, Piracicaba, v.11, p. 287-292, 1997.

BATALHA, B.H.L.**Binômio fluoretação da água e cárie dentária**. São Paulo: CETESB, Companhia de Tecnologia e Saneamento Ambiental, Secretaria de Obras e do Meio-ambiente, p.3-15, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicações/tabfusão/tabfusão.cfm>>. Acesso em 10 de janeiro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**.Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, n.59, 26 mar., Seção I, p.266-270, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1469/GM do Ministério da Saúde de 29 de dezembro de 2000. Aprova a norma de qualidade da água para consumo humano, que dispõe sobre procedimentos e responsabilidades inerentes ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano, estabelece o padrão de potabilidade da água para consumo humano, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 10 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde Bucal. Parecer técnico de 24 de agosto de 1999-Comitê Técnico-Científico de Saúde Bucal. Fluoretação da água de consumo público no Brasil. Brasília/DF, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/bucal/inicial.htm>>. Acesso em 23 de abril de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em saúde bucal**; 1ª etapa: cárie dental: projeto. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 142, de 17/11/1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 nov. 1994, p.179.

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

_____. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em saúde bucal**: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 137p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 635 de 25 de dezembro de 1975. Estabelece os critérios e teores da para a adição do íon fluoreto. D.O.E., 30 de janeiro de 1976.

_____. Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação das águas em sistema de abastecimento. **Diário Oficial da União**, 37 jul. 1975

_____. **Coleção das Leis de 1975**: Decreto nº 76.872, de 22/12/1975. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional; 1976. v. VIII; p.687-8.

BUENDIA, O. C. **Fluoretação de Águas**: manual de orientação prática. São Paulo; American Med, 1996. 138p.

BUZALAF, M. A.R.; GRANJEIRO, J.M.; DAMANTE, C.A.; ORNELAS, F. Flutuations in public water fluoride level in Bauru, Brasil. **J. Public Health Dent.** v. 62, n. 3, p.173-176, 2002.

CALVO, M. C. M. **Situação da fluoretação de águas de abastecimento público no Estado de São Paulo**, 1996, 196f., Dissertação(Mestrado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, 2^a. ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 35-44.

CAMPEDELLI, M. C.; BENKO, M. A. Consulta de Enfermagem ao paciente egresso. In: CAMPEDELLI, M.C. et al.: **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989. p.128-136.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: MEHRY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CANGUSSU, M.C.T.; NARVAI,P.C.; FERNANDEZ, R.C.; DJEHIZIAN, V. A fluorose no Brasil: uma revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.7-15, jan-fev 2002.

CAPELLA, L.E.; CARCERERI, D.L.; PAIVA, S.M.; ROSSO, R.A.; PAIXÃO, R.E.; SALTORI, E.K. Ocorrência de fluorose dentária endêmica.**Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.36, p. 371-375, 1989.

CAPOZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família**, 2003, 260 p., Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas, 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CDC]. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. **MMWR Rep.** , Atlanta, v.50, n. RR-14, p.1-42, 2001.

_____. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. **Morbidity and Mortality Weekly Reports**, Atlanta, v. 48, n. 41, p. 933-940, 1999.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 2 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p.113-126.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica: para uso de estudantes universitários**. 2 ed., São Paulo: Mc Graw Hill, 1983.

CHAVES, M.M. **Odontologia Social**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CHAVES M. M.; FRANKEL, J. M.; MELLO, C. Fluoração de águas de abastecimento público para prevenção parcial da cárie dentária. **Revista da APCD**, São Paulo: v.7, n.2, p. 27-33, 1953.

COMO é feita a fluoretação em Ribeirão Preto. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n.111, jul.1999, p.6

COMO se encontra a fluoretação em Ribeirão Preto. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n.57, maio 1993, p.4.

CORDÓN, J. A. P. **A inserção da Odontologia no SUS**: avanços e dificuldades. 1998. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Brasília:1998.

CORDÓN, J.A. Avanços na gerência e desenvolvimento de sistemas de saúde bucal no Brasil: considerações críticas. In: ENATESPO, 13 /CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA, 2., 1997, Cuiabá: **Anais**, 1997.

CYPRIANO, S. ; PECHARKI, G. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.19, n. 4, p. 1063-1071, jul/ago 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO [CROSP]. Fluoretação das águas da Região Metropolitana. **Informativo CROSP**, São Paulo: v.10, n.23, p.1-13, mar. 1985.

CURY, J. A. **Uso do flúor e o controle da cárie como doença**. In: BARATIERI, L. N.; MONTEIRO, S.; ANDRADA, M. A. C.; VIEIRA, L. C. C.; RITTER, A. V.; CARDOSO, A. C. (Org.), **Odontologia Restauradora – fundamentos e possibilidades**. São Paulo: Santos; 2001. p.32-68.

DAERP garante 100% de flúor em Ribeirão Preto.**Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n. 147, ago. 2003a, p.5.

DAERP informa sobre uso do flúor. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n.148, set.2003b, p.3.

DE LIEFDE, B. The decline of caries in New Zealand over the past 40 years, **New Zealand Dental Journal**, Wellington: v. 94, p.109-13, 1998.

DEN BESTEN, P.K. Biological mechanisms of dental fluorosis relevant to the use of fluoride supplements.**Community Dent Oral Epidemiology**, v.27, p.41-7, 1999.

DOMINGUES, J.E.G.; OLIVEIRA, A.G.R.C. **A vigilância sanitária em fluoretação de águas de abastecimento público** : uma análise de suas necessidades, 1996, 196p. Monografia (Especialização em Odontologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1996.

DEMO, P. **Participação e Planejamento** – arranjo preliminar, **Rev Administração Pública**. São Paulo: v.25 , n.3, p. 31-54, jul./set. 1991.

ELLWOOD, R. ; FEJERSKOV, O. **O uso clínico do flúor**. In: FEJERSKOV, O; KIDD, E.: Cárie Dentária: a doença e seu tratamento clínico, São Paulo:Santos, 2005, cap. 13, p.189-222.

ENATESPO, 17./CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE BUCAL, 6., 2002, Brasília. Relatório final... Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/enatespo/relatfinal.htm> >. Acesso em 05/01/2004.

FERREIRA, H. C. G.; GOMES, M. M. M.; SILVA, K. R. C. S.; RODRIGUES, C. R. M. D.; GOMES, A. A. Avaliação do teor de flúor na água de abastecimento público do Município de Vitória (ES). **Revista da APCD**, São Paulo: v.53, n. 6, pág. 455-459, 1999.

FEJERSKOV, O. **Fluorose Dentária**.São Paulo: Santos, 1994.

FLÚOR: AORP cobra atuação do conselho. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n.79, nov.1996, p.7.

FLÚOR: faculdades fazem o monitoramento. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n.86, jun.1997, p.5.

FLUORETAÇÃO: Daerp desenvolve projeto com recursos próprios.**Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**.Ribeirão Preto: n.59, nov.1994, p.12.

FORUM NACIONAL FLUOR E SAÚDE, 1.,2002, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre, 2002.

FRAZÃO, P.; PEVERARI, A.C.; FORNI, T. I. B.; MOTA, A.G.; COSTA, L.R. Fluorose Dentária: comparação de dois estudos de prevalência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.20, n.4, jul./ago. 2004.

FRAZÃO, P. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In: BOTAZZO, S. F.; TORRES, S. F. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal**: questões e perspectivas. Bauru: EDUSP/ Fundação Editora da UNESP, 1998. cap.7, p.159-174.

FREITAS, V. P. S.; BRÍGIDO, B.M.; BADOLATO, M I.C.; ALABURDA, J.Padrão físico-químico da água de abastecimento público da região Campinas.**Rev Inst.Adolfo Lutz**, Campinas: v. 61, n.1, p.51-58, 2002

FUNASA, Centro Nacional de Epidemiologia e Coordenação de Vigilância Ambiental. **Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano SIS Água**, Brasília,2000. fascículo 1.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo:v. 35, n. 2, mar./abr., 1995.

GOMES, G. S.; BARILLI, A L.; MARTELLI, C. B.; LOPES, C.L.; REIS, E. A.;BRUSADIN, E.B.; VASCONCELLOS, M. C. **Modelo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto(SP)**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, 1993. Mimeografado.

IYDA, M. Saúde Bucal, uma prática social. In: BOTTAZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**. Bauru: EDUSP/Fundação Editora da UNESP, 1998. p.127-140.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. Dental caries in american indian children. **Public Health Bull**, v.239. Washington: GPO, 1937.

KOZLOWSKI, F. C.; PEREIRA, A. C. Métodos de utilização do flúor sistêmico. In: PEREIRA, A.C.; ASSAF, A.V.; RONCALLI, A..R.; PERES, A.S.; et al. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre:Artmed, 2003. cap.14,p.265-274.

LARSEN, M. J.; BRUUN, C. Esmalte/Saliva –Reações químicas inorgânicas. In: WEYNE, S. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro:Artes Médicas,1988. cap. 10, p. 169-193.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G. **Preventive medicine for the doctor in his community**. An epidemiological approach. New York: Mcgraw Hill, 1958. p.20-9

LEVCOVITZ , E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-328, 2001.

LIMA, Y. B. O. **Dose de risco de fluorose dental a que são submetidas crianças em região de água fluoretada**: avaliação do efeito da temperatura ambiental e da exposição a dentifrícios fluoretados, 2000, 186p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2000.

LIMA, Y. B. de O., CURY, J. A. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. **Rev Saúde Pública**, v.35. n.6, p.576-581, dez. 2001.

LOUREIRO, C.A.; OLIVEIRA, F.J. **Inversão da atenção**: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte, Estação Saúde, 1995. 125p.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A . **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

LUOMA, H.; FEJERSKOV, O.; THYLSTRUP. O efeito do flúor na Placa, na Estrutura do Dente e na Cárie. In: WEYNE, S. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro:Artes Médicas Ltda, 1988. cap. 16, p. 293-332.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 9-20.

MAIA, L. C. **Análise da fluoretação das águas de abastecimento público no município de Niterói-RJ**, 2001. 183f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense,Rio de Janeiro, 2001.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a saúde**. 2. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

MESTRINER JUNIOR, W. **Análise de fluoreto no esmalte dental**: estudo comparativo de regiões com níveis regulares e irregulares de fluoreto na água de abastecimento. 1994. 76f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 4. ed., São Paulo:Hucitec, 1998. 269p.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 16. ed., Petrópolis: Vozes, 2000.

MOYSES, S. J. Políticas de Saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v.4 , n..1, p. 30-37, 2004.

MURRAY, J.J. **O uso correto do fluoreto na saúde pública**. São Paulo: Santos. 1992. 134p.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In : PINTO, V. G. (Org.).**Saúde Bucal Coletiva**, 4. ed., São Paulo: Santos, 2000. p. 341-351.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. A Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiology**, v. 23, p. 331-339, 1995.

NARVAI, P.C. **Vigilância Sanitária da fluoretação das águas de abastecimento Público no município de São Paulo, Brasil, no período de 1990-1999**.2001. 148f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

_____. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v.5, nº 2, p. 381-392, 2000.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R. A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, v.1,n. ½, p. 25-30, 1999.

_____. **Vigilância Sanitária e Saúde Bucal**. São Paulo:EDUSP, 1998.

_____. Dentifrícios: vigilância sanitária no Brasil. **Boletim SOBRAVIME**, v.3, p.12, 1996.

_____. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 1994. 113p.

NOMEADO o conselho de fluoretação. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, n.113, set.1999, p.10.

NOVAES, H. M. D. Tecnologias e Saúde: a construção social da prática odontológica. In: BOTAZZO, C.; TORRES, S. F.(Org.). **Ciências Sociais e Saúde Bucal**: questões e perspectivas. Bauru: EDUSP/Fundação Editora da UNESP, 1998. cap.6, p. 141-158.

NUNES, T.V.F.C.; OLIVEIRA, C.C.C; SANTOS, A.A.; GONÇALVES, S.R.J. Aspectos da fluoretação das águas e a fluorose – revisão de literatura. **Odontologia Clínico-científica**, Recife: v.3, n.2, p. 97-101, maio /ago. 2004.

OLIVEIRA, A.G.R.C.;ARCIERI, R.M.;UNFER,B.;COSTA,I.C.C.;MORAES,E.; SALIBA, N.A.**Modelos assistenciais em Saúde Bucal no Brasil**: tendências e perspectivas. **Rev. Ação Coletiva**, v.2., n.1, jan./mar.1999.

OLIVEIRA, C.M.B.; ASSIS, D. F.; FERREIRA, E.F. Avaliação da fluoretação da água de abastecimento público de Belo Horizonte, MG, após 18 anos. **Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais**, Belo Horizonte: v 1, p.62-66, 1995.

PEREIRA, M. J. B. **Enfermeiros na rede básica de saúde de Ribeirão Preto e as políticas de saúde**: situação atual. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1997. Mimeografado.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**.2001. 256f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEZZATO, L. M. **O processo de formação do técnico em higiene dental e do atendente de consultório dentário**: uma história silenciada. 2001.189f. Dissertação(Mestrado) Faculdade de Odontologia, Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba 2001.

PINTO, V.G. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In: Krieger, L. (org.) **Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo:Artes Médicas, 1997, cap.1, p. 29-41.

_____. Índice de cárie no Brasil e no mundo. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v.1, p. 8-12, 1996.

_____. **A Odontologia brasileira às vésperas do ano 2000**: diagnóstico e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993a. 192p.

_____. Revisão sobre o uso e segurança do flúor. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 41, n.5, p. 263-6, 1993b.

_____. **Saúde Bucal**: odontologia social e preventiva. 3. ed. São Paulo: Santos, 1992. cap 13. p.275-319.

_____. **Saúde Bucal**: panorama internacional. Brasília: Ministério da Saúde, SNPES, Divisão Nacional de Saúde Bucal. Brasília: 1990.

PORTO ALEGRE. I Fórum Nacional Flúor e Saúde. XVII ENATESPO, Relatório final. Porto Alegre, 2002. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/enatespo/relatfinal.html>. Acesso em 05/01/2004.

QUEIROZ, L.F.N. Textos Normativos x Contextos Locais: Estudo de caso sobre os dilemas do processo de Descentralização. In: PIERANTONI, C.R.;VIANNA, C.M. (Org.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 93-132

QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: T.A Queiroz, 1991. 171p.

RAMIRES, I., CATTANI, L.; GREC, R.H.C., MOURA, P.G., LAURIS, J.R.P., BUZALAF, M.A.R. Avaliação do tipo de água consumida pela população de Bauru, SP. In: SBPqO, **Anais**, 2003. p.225

RIBEIRAO PRETO. Câmara Municipal. **Diário Oficial do Município**. 03 jan. 2005. Disponível em
< <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/dom/200501/050110/i73executivo.htm>> . Acesso em 11 jan. 2005.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Recursos Humanos. Disponível em
<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude.gov.br>>. Acesso em 28 de novembro de 2004, 2004a.

_____.Departamento de Água e Esgoto de Ribeirão Preto (SP)-DAERP.Ribeirão Preto, 2004b. Disponível em <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude.gov.br>>. Acesso em 28 de novembro de 2004, 2004b.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em
<<http://www.saude.gov.br/saude.gov.br>> Acesso em 28 de setembro de 2004.2004c

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico 2004**. Ribeirão Preto, 2004d.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Mensal da rede de distribuição do sistema de abastecimento público de água.DAERP**. Período de dezembro de 2000 a setembro de 2002.Ribeirão Preto, 2004e.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Mensal da rede de distribuição do sistema de abastecimento público de água-DAERP**. Período de dezembro de janeiro de 2003 a junho de 2004.Ribeirão Preto, 2004f.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Consolidado do PRÓ-ÁGUA**. Período: setembro a dezembro de 2004. Ribeirão Preto, 2004g.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Consolidado do PRÓ-ÁGUA**. Período: ano 2001 a 2004. Ribeirão Preto, 2004h.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Consolidado do PRÓ-ÁGUA**. Período: janeiro a junho de 2003. Ribeirão Preto, 2003.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Consolidado do PRÓ-ÁGUA**. Período: janeiro a dezembro de 2002. Ribeirão Preto, 2002.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância Sanitária. **Relatório Consolidado do PRÓ-ÁGUA**. Período: abril a dezembro de 2001. Ribeirão Preto, 2001.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde-Período 2000-2004**, Ribeirão Preto, 2000.

_____. Secretaria Municipal da Saúde.Divisão de Saúde Bucal.**Dosagem de Flúor na Água**. Janeiro a agosto de 1999.Relatórios da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. 1999.

_____. Secretaria Municipal da Saúde.Divisão de Saúde Bucal.**Dosagem de Flúor na Água**.abril de 1997 a dezembro de 1998.Relatórios da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP. 1998.

RIBEIRÃO: 100% da água agora tem flúor. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto: n.76, ago. 1996, p.5.

RING, M.E. **História Ilustrada da Odontologia**. 1. ed. São Paulo: Manole Ltda, 1998. 320p.

RODRIGUES, C.R.M.D. Fluorose. **Revista da APCD**, São Paulo: v.53, n.5, p.399, set./out. 1999.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis:Vozes, 1992.

SANTORO, A.M.C.V. **Teor de flúor nos chás industrializados no Brasil e seu significado para a saúde bucal**. 1997. 160f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SÃO PAULO. **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 2005**. São Paulo: Fundação SEADE,2005. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 11 jan. 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS 4, de 10 de janeiro de 2003. **Diário Oficial do Estado do Estado de São Paulo**, São Paulo,11 jan. 2003, seção 1, p.35 [publicada retificação parcial no D.O.E, de 13 de fevereiro de 2003, Seção 1, p.22].

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-95 de 27.06.2000. Recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de Cárie Dentária. São Paulo. Disponível em < http://www.saude.gov.br/html/fr_bucal.htm >.Acesso em 28 ago. 2004.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SS 250 de 15 de agosto de 1995. Define teores de concentração de íon fluoreto nas águas para consumo humano, fornecidas por sistemas públicos de abastecimento. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 15 ago. 1995. Seção 1, p.11.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-45 de 31 de janeiro de 1992. Institui o programa de vigilância da qualidade da água para o consumo humano – Pró – Água e aprova diretrizes para a sua implantação no âmbito da Secretaria da Saúde. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 01 de fev. 1992. Seção 1, p.27.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-329, de 13/11/1987. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 14 nov. de 1987. Seção I, p.12.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-293 de 25 de outubro de 1996. Estabelece os procedimentos do Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 25 out. 1996.

SCHNEIDER FILHO, D.A.; PRADO, I.T.; NARVAI, P.C.; BARBOSA, S.E. **Fluoretação da água**. Como fazer a vigilância sanitária? Rede Cedros, Manual, Rio de Janeiro (RJ), Série Cadernos de Saúde Bucal 2, 1992.

SERÁ instalado o conselho de fluoretação. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, n. 68, out. 1995, p.3

SERRA, C. G. **A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes**: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. 131f., Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, M.F.A. Flúor Sistêmico: aspectos básicos, toxicológicos e clínicos. In: KRIEGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: ABOPREV/Artes Médicas, 1997. p. 141-165.

SIMFLUÓR 98: 1^o Simpósio de Fluoretação. **Jornal da Associação Odontológica de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, n. 100, ago. 1998, p.7.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C.R.; VIANNA, C. M.(Org.). **Gestão de Sistemas de Saúde**, Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 2003. cap.1, p.15-58.

TAMBURUS, J.R.; BIONDI, T.M.S.; ALECRIM, L.M. **Proposta para fluoretação das Águas de Abastecimento Público no Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 1993. Mimeografado.

TAVARES, P.G., BASTOS, J.R.D.E.M. Concentração de flúor na água: cárie, fluorose e teor de flúor urinário em escolares de Bauru (SP). **Revista da APCD**, São Paulo: v.52, n.5, p.407-414, 1999.

TERNER, V., CURY, J.A. Prevalência de cárie dental em escolares de cidades com água fluoretada ou não fluoretadas e assistência odontológica: levantamento e análise crítica. **Cadernos ABOPREV**, Rio de Janeiro, p 81-89, 1992

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1992.

URBANO, L.A. **A Privatização da saúde e a implantação do SUS**: cenários de uma cidade. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003.

VIANNA, R.B.C.; CHAVES, M.M.; CHIANCA, T.K. **Fluoretação da água**. Como fazer a vigilância sanitária? Cedros, 1992.

VILLENA RS, CURY, J. A. Flúor: uso racional na primeira infância. In.; NAHAS, S. **Odontologia na 1a infância**. São Paulo: Santos; 1998. p.291-314.

VIEGAS, A.R.; VIEGAS, Y.; FERNANDEZ, R.A.C.; ROSA, A.G.F. Fluoretação da água de abastecimento público. **Revista da APCD**, São Paulo, v.41, n.4, p. 202-204, 1987.

VIEGAS, Y., VIEGAS A.R. Prevalência de cárie dental na cidade de Campinas (SP), Brasil, depois de quatorze anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 39, p.272-282, 1985.

WERNECK, M.A F. **A saúde bucal no SUS**: Uma perspectiva de mudança. Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1994. Disponível em <http://planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_teses/werneck.pdf>. Acesso em 30 jan.2004.

World Health Organization [WHO]. **Fluorine and fluorides**. Geneva: WHO,1984. (Environmental Health Criteria, 36).

WEYNE, S. C. A construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de Saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 1-26.

ZANETTI, C.H.G. **As marcas do Mal estar Social no Sistema Nacional de Saúde**: o caso das políticas de Saúde Bucal no Brasil nos anos 80. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

ZANETTI, C.H.G.; LIMA, M.A.U.; RAMOS, L.; COSTA, M.A.B.T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.13, p.18-35, jul. 1996.