CELSO ZILBOVICIUS

**A SAÚDE BUCAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
INTEGRALIDADE SELETIVA EM UMA CONJUNTURA
NEOLIBERAL**

São Paulo

2005

Celso Zilbovicius

**A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde:
integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obter o título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Deontologia e Odontologia Legal

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercília de Araujo

São Paulo

2005

FOLHA DE APROVAÇÃO

Zilbovicius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

São Paulo, **08/04/2005**

Banca Examinadora

1) Prof^a. Dr^a. MARIA ERCILIA DE ARAUJO

Titulação: Professor Associado

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof. Dr. ANTONIO CARLOS FRIAS

Titulação: Professor Doutor

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof. Dr. CARLOS BOTAZZO

Titulação: Professor Doutor

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*À memória de meus pais Carlos e
Julieta Zilbovicius, que mesmo
ausentes fisicamente, sempre
estiveram por perto.*

*À Mônica, minha maior referência de
amor, carinho, compreensão e apoio.*

*Ao Mauro, que sempre mostrou
caminhos e soluções.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa.Dra.*Maria Ercília de Araujo* que, muito mais do que uma mestra tornou-se, com sua amizade e carinho, a grande responsável por esta minha “nova-velha” trilha de lutar por uma saúde bucal mais justa no Brasil.

Ao colega Prof.Dr.*Antonio Carlos Frias* que, muito mais do que a colaboração nesta pesquisa constrói, no dia-a-dia junto comigo, esta profunda amizade e cumplicidade em todos os momentos.

À colega Profa.Dra.*Simone Rennó Junqueira* pela amizade, respeito, ajuda e força, além da leitura crítica.

À Dra.*Maria da Candelária Soares*, pela permanente colaboração e empenho para tornar possível esta pesquisa.

Aos amigos e colegas da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, *Vladen, Tânia e Julie*, pela colaboração e ajuda.

Aos professores do Departamento de Odontologia Social da FOU SP, que sempre me acolheram como um membro da casa.

Às secretarias do Departamento de Odontologia Social da FOU SP, *Andréia, Laura, Marieta e Sônia*, pela amizade e disponibilidade constantes.

Aos meus eternos mestres *Marcos e Miriam Smaletz* pelo afeto, carinho e apoio permanentes.

Aos Professores *Paulo Capel Narvai, Marco Antonio Manfredini e Carlos Botazzo*, pelos anos de luta, exemplo e aprendizado.

Ao Dr.*Nilton Zebrak*, diretor do CS II Butantã pela amizade, incentivo e compreensão.

Ao Dr.*George Strozberg*, sócio de todas as horas.

“Nunca digam ‘isto é natural!’”

***Estranhem o que não for estranho
Tomem por inexplicável o habitual
Sintam-se perplexos ante o cotidiano
Tratem de achar um remédio para o abuso
Mas não se esqueçam de que o abuso é sempre a regra.
Desconfiem do mais trivial, na aparência singelo,
Examinem o que parece habitual
Suplicamos expressamente: não aceitem
O que é de hábito como
Coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de
Humanidade desumanizada
Nada deve parecer natural,***

Nada deve parecer impossível de mudar.”

(Bertold Brecht)

Zilbovicius C. A saúde bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

RESUMO

Nesta pesquisa foram avaliados o atual processo de inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva de política macroeconômica neoliberal vigente no país desde as duas últimas décadas do século XX e a aplicação dos princípios de universalidade e integralidade no sistema através da análise da oferta de serviços especializados em saúde bucal na rede pública do Sistema Único de Saúde dos municípios que compõem o Estado de São Paulo, o perfil de recursos humanos que compõem a equipe de saúde bucal dos serviços, o acesso da população à assistência odontológica por faixas etárias e a oferta de ações coletivas para esta população. Através da colaboração da Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo foi enviado um questionário para as secretarias de saúde de todos os municípios que integram o Estado (total de 645). Obteve-se o retorno de 377 respostas (58,4%) de municípios de todas as direções Regionais de Saúde do Estado, sendo todos credenciados em alguma modalidade do SUS. Entre as especialidades oferecidas, a endodontia apresentou-se em primeiro lugar, porém com uma baixa percentagem (29,7%), seguida por Cirurgia Oral Menor (26,8%), Prótese Total (26,5%) e periodontia (15,6%). Um pouco mais da metade da amostra (52,5%) declarou ofertar assistência odontológica a toda a população. A grande maioria dos municípios declarou realizar ações coletivas para crianças na faixa etária de 3 a 14 anos (98,1%), e somente 11,1% realizam estas ações para adultos. Através desta pesquisa foi possível verificar que a opção neoliberal adotada pelos governos brasileiros nesse período, teve uma forte influência na desaceleração da implantação do SUS no país, apesar do arcabouço jurídico elaborado pela sociedade brasileira garanti-la, não foi o único fator que contribuiu para o quadro ainda tímido de universalização e de integralidade da saúde bucal no Estado de São Paulo, mesmo que com um avanço do modelo adotado. A integralidade é realizada de forma seletiva para algumas faixas etárias, no que diz respeito à associação de assistência odontológica e ações coletivas de cunho preventivo. Assim, a busca de um novo modelo em saúde bucal no SUS ainda não se completou.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde - Saúde Bucal - Universalidade - Integralidade - Neoliberalismo

Zilbovicius C. Oral health and the Brazilian Unified Health System (SUS): selective comprehensiveness in a neoliberal conjuncture. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.

ABSTRACT

In this research the current process of insertion of oral health care in the Brazilian Unified Health System (SUS) in a perspective of a neoliberal macroeconomic policy that has been adopted by Brazilian governments since the final decades of the 20th Century was analyzed. The application of the principles of universal access and comprehensiveness in the system was studied through an analysis of the offer of specialized services in oral health in the public chain of the Brazilian Unified Health System (SUS) in the cities of the State of São Paulo. The research included a study of the profile of the human resources of the oral health team of the system, the access of the population to dental care by age groups and the offer of preventive actions for this population. With the collaboration of the Oral Health Dept. of the São Paulo State Health Secretary, a questionnaire was sent to all the cities of the State (645 in total). Upon return of the questionnaires, database was created and analyzed. Return percentage was 58, 4 % (377 questionnaires) from all regions of the State. Endodontics was the specialization most offered in the system although in a low percentage (29, 7%) followed by periodontics, oral semiology and BMF Surgery. A little more than half of the sample (52,5%) declared that access to the dental care is universal. The great majority of the cities (98,1 %) offer preventive actions to age group 3-14 years old and only 11,1% offer these actions to adults. Through this research it is not possible to affirm that the neoliberal policy is the only factor that contributed for this timid profile of the oral health care model adopted concerning the universal access and comprehensiveness, this one being adopted in a selective manner to some age groups regarding the perspective of a joint model of care and prevention strategies, although the strong influence of the economic policy in the slow movement of improvement of the SUS in the country, besides the legal outline of the system elaborated by the Brazilian society.. Therefore, the process of building a new oral public health model in Brazil is not completed yet.

Key-words: Brazilian Unified Health System - Oral Public Health - Universal Access - Comprehensiveness - Neoliberalism

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1	Distribuição de freqüência da amostra, segundo número de municípios por Direção Regional de Saúde - Estado de São Paulo, 2004	72
Tabela 5.2	Distribuição de freqüência dos municípios da amostra segundo porte - Estado de São Paulo, 2004	73
Tabela 5.3	Distribuição de freqüência da amostra, segundo modelos de gestão no Sistema Único de Saúde - Estado de São Paulo, 2004	73
Tabela 5.4	Distribuição de freqüência de cirurgiões-dentistas na amostra, segundo carga horária semanal de trabalho na rede pública - Estado de São Paulo, 2004	74
Tabela 5.5	Distribuição de freqüência dos municípios da amostra, segundo especialidades odontológica oferecidas na rede pública - Estado de São Paulo, 2004	76
Tabela 5.6	Distribuição de freqüência dos municípios da amostra, segundo grupo etário coberto pela assistência odontológica na rede pública - Estado de São Paulo, 2004	77
Tabela 5.7	Distribuição de freqüência dos municípios da amostra, segundo grupos etários para os quais são realizadas ações coletivas na rede pública - Estado de São Paulo, 2004	78

SUMÁRIO

p.

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
2.2	O PROJETO NEOLIBERAL E O PAPEL DO ESTADO NA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL	23
2.3	UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?	30
2.4	A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO	36
2.5	A SAÚDE BUCAL COLETIVA NO CONTEXTO BRASILEIRO: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA	40
2.6	O SUS E A SAÚDE BUCAL: IMPASSES E DIFICULDADES	47
2.7	A UNIVERSALIZAÇÃO X EXCLUSÃO NA SAÚDE BUCAL	48
2.8	O PROGRAMA “BRASIL SORRIDENTE” E A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	52
2.9	O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE POPULAÇÕES ADULTAS E IDOSAS	53
2.10	RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE BUCAL COLETIVA	57
2.11	O ESTADO DE SÃO PAULO E A SAÚDE BUCAL	59
3	OBJETIVOS	64
4	METODOLOGIA.....	65
5	RESULTADOS	71
5.1	PERFIL DOS MUNICÍPIOS	71
5.2	PERFIL DE RECURSOS HUMANOS NA REDE PÚBLICA	74
5.3	ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL	75
5.4	ASSISTÊNCIA	77
5.5	AÇÕES COLETIVAS	78
6	DISCUSSÃO	79
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	94
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

O século XX no Brasil foi marcado por um processo de importantes reformulações no âmbito da saúde coletiva. Desde a época em que epidemias dizimavam parcelas significativas da população - quando o Estado atuava de forma meramente campanhista -, até o projeto de construção de um sistema que atendesse às necessidades de saúde de toda a população, um longo e árduo caminho foi percorrido.

As inúmeras dificuldades e contradições - conseqüências de um processo em permanente transição e construção - encontradas ao longo dessa caminhada, ao invés de gerarem posturas derrotistas, mostraram o dinamismo de uma sociedade que busca resolver seus principais problemas estruturais de forma desafiadora e instigante.

O processo de resgate da consciência sanitária e da elaboração de uma cidadania sanitária, que marcou as duas últimas décadas daquele século, acompanhou a retomada da reconstrução das estruturas democráticas brasileiras, que se encontravam desgastadas ou mesmo destruídas após um período de 20 anos do regime autoritário que desrespeitou as mínimas reivindicações da sociedade por uma rede de serviços públicos que minimizassem o grande fosso de exclusão social no qual o povo brasileiro havia mergulhado.

Assim, a luta por uma saúde como direito de toda a população brasileira retrata o reposicionamento político de buscar uma nova relação Estado/sociedade, que requer a participação desta de forma democrática junto aos atores clássicos da saúde, na qual as necessidades trazidas pela própria sociedade são aliadas aos

instrumentos epidemiológicos para que o sistema sanitário responda de maneira eficaz aos anseios da mesma.

O desafio de construir um sistema público de saúde que, mais do que atender às necessidades de saúde imediatas do povo brasileiro, fosse calcado em um novo paradigma do processo saúde/doença - no qual esse binômio significasse a organização de uma atenção voltada à prevenção da doença aliada aos diversos elementos que caracterizam a saúde, como acesso a trabalho, moradia, transporte, cultura etc., além de um sistema integral que resolvesse de forma eficaz os problemas de saúde da sociedade -, não se esgotou com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), que criou o Sistema Único de Saúde. É um processo social que, segundo Mendes (1996), tem características de lenta maturação mas de construção da cidadania.

A reforma sanitária, movimento iniciado na década de 70 do século XX e que representava o anseio de um segmento importante do movimento sanitarista brasileiro, visava romper com uma estrutura de assistência em saúde arcaica e excludente, já que garantia o acesso à população vinculada ao sistema previdenciário - e, portanto, ligada ao formalismo trabalhista -, enquanto que uma parcela importante da população ficava à mercê de um sistema filantrópico que, sem participar de uma rede pública e administrada pelo Estado, não dava conta de resolver de forma integral os problemas de saúde dos que o procuravam (FLEURY, 1994).

Apesar deste processo de construção do Sistema Único de Saúde, com princípios de universalização, integralidade e equidade garantidos pela Carta Magna Brasileira (BRASIL, 1988) e regulamentados pelo corpo jurídico e legal do país delimitar a saúde como direito do povo e dever do Estado - visão inédita nos cinco

séculos de existência da nação brasileira -, muitos obstáculos ainda se encontram e que, de certa maneira, poderiam justificar o permanente estado de crise em que a saúde pública brasileira se encontra - confirmado por setores importantes da sociedade, inclusive a mídia - que tensionam a relação da sociedade com o SUS, alimentando uma imagem de que este seria um “sistema para os pobres”, e que geram e alimentam o processo de universalização excludente exposto por Favaret Filho e Oliveira já em 1990.

A opção neoliberal, que caracterizou o processo do desenvolvimento capitalista da maioria dos países do mundo ocidental no final do século XX, preconizou a diminuição das atividades do Estado, inclusive nas ações de cunho social, promovendo transformações na estruturação do bem-estar social e dificultando a promoção de políticas que diminuíssem as diferenças sociais e melhorassem a qualidade de vida das sociedades. Esta nova visão da atuação do Estado na sociedade, em rota de colisão com os princípios do SUS, favoreceu o crescimento de um sistema de saúde de cunho privatista e mercantilizado em paralelo ao sistema público, confirmando os preconceitos de uma parcela significativa da população, que vê nessa modalidade de seguridade a solução eterna de seus problemas de saúde, sempre baseada no atendimento imediato, sem qualquer abordagem preventiva da doença, e regulamentada por uma leitura consumista, que transformou a saúde em mercadoria. O modelo preconizado pela cartilha neoliberal, ajustado pelas diversas propostas de reformulação do sistema de saúde brasileiro desde a sua criação, traz perspectivas de solução à crise da saúde que o país atravessa, como a adequação, por parte do Estado, de um pacote mínimo de ações na saúde, não mais configurando o sistema de forma universal, integral e hierarquizada que, agregando os diversos níveis de atenção e

complexidade tecnológicas, respondesse aos anseios de uma sociedade tão heterogênea, do ponto de vista de perfil sanitário, como a brasileira.

Durante esse período, a saúde bucal não foge à regra de todo o sistema de saúde. De uma visão artesanal a uma odontologia tecnicamente elogiável, ela ainda não mostra competência em expandir essa qualidade para a maioria da população. Apesar dos avanços obtidos no perfil epidemiológico de saúde bucal e de ações fundamentais que levaram ao declínio da cárie dental no final do século, como a fluoretação das águas de abastecimento público, não realizada de forma universal no território nacional, ainda é possível verificar-se um contexto de inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde de forma tímida e pouco resolutiva (ARAÚJO, 2000; GARRAFA; MOYSES, 1996; NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999).

A reforma sanitária tem uma projeção significativa na área da saúde bucal, o que gerou a construção de novas diretrizes e uma perspectiva de ruptura com os modelos assistenciais em saúde bucal que priorizavam populações definidas como escolares de redes públicas e relegavam a população adulta aos atendimentos de urgência que, na maioria das vezes, levam à mutilação muito mais do que a qualquer possibilidade de resolução do problema bucal. A nova formatação do binômio saúde/doença em saúde bucal requereu um esforço de profissionais que, contrapondo-se ao modelo hegemônico corporativo da odontologia brasileira, criaram mecanismos de escuta social diferentes e permitiram que esta odontologia se transformasse em saúde bucal coletiva e trouxesse um raciocínio embasado em um paradigma diferente daquele modelo elitista, mercantilista e corporativo (CORDÓN; GARRAFA, 1991).

Adequar estas novas perspectivas da saúde bucal, geradas como fruto de um processo de Reforma Sanitária Bucal das duas últimas décadas do século XX aos

princípios e diretrizes do SUS ainda se caracteriza como um marco fundamental deste dinâmico processo. Embora muitos resultados tenham sido obtidos nesta direção - apesar da resistência de gestores do Estado em priorizar a questão da saúde bucal como se esta não fosse vital no contexto sanitário brasileiro, além da oposição destrutiva de setores preventivistas da odontologia brasileira -, ainda se assiste a um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva própria da saúde bucal, tema que será abordado neste trabalho.

A minimização de uma atenção básica em saúde bucal, reflexo da pouca integração da saúde bucal ao SUS e talvez reflexo da própria ideologia neoliberal que acompanhou a implantação deste no Brasil, justifica a pesquisa sobre a atenção secundária em saúde bucal, aqui realizada na perspectiva do Estado de São Paulo, que detém o maior contingente populacional do país. A pesquisa apresentada neste trabalho tem como objetivo, assim, verificar o grau de hierarquização da assistência em saúde bucal nos municípios do Estado de São Paulo pois acredita-se que, passados os primeiros momentos de organização da atenção em saúde bucal, que visavam provocar um declínio significativo da alta prevalência de cárie, é de suma importância conhecer a possibilidade de extensão a níveis mais complexos de atenção, possibilitando a resolução de problemas de um contingente populacional tradicionalmente excluído e cujo perfil epidemiológico de saúde bucal ainda tem se apresentado em níveis alarmantes.

A opção pela abordagem da incorporação da média complexidade tecnológica em saúde bucal no contexto do SUS é fruto da experiência diária do trabalho na rede pública do município de São Paulo - que, ainda que rica, é frustrante -, de poder universalizar o direito de acesso a uma população adulta e idosa, tradicionalmente excluída de programas de atenção em saúde bucal no país sem,

contudo e de fato, universalizar o acesso na medida em que, em muitas situações, a ausência de um eficaz sistema de referência e contra-referência gera um processo mutilador, afastando ainda mais esta população da perspectiva de uma reabilitação necessária (MANFREDINI, 1997).

Essa realidade requer ainda estudos de análise estrutural da rede de assistência em saúde bucal, em todos os níveis de atenção para que, ao se planejar a continuidade do processo de reforma sanitária bucal no país, em um momento histórico em que os níveis de cárie dos anos 80 já não são mais alarmantes para crianças, seja possível pensar a saúde bucal de forma universal e integral, sem a clássica exclusão, fazendo desta um exercício de conquista social, em uma perspectiva de cidadania sanitária.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A reconstrução das estruturas democráticas brasileiras, ocorrida, ainda que de forma tímida, na década de 80, envolveu um processo de construção de um novo modelo da saúde coletiva brasileira.

Esse processo, de importante cunho político dada a conjuntura pela qual passava o país, tem como marco introdutório a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em setembro de 1978. A declaração da Conferência formalmente adotou a atenção básica em saúde como foco de ação cujo objetivo seria prover o acesso a ações integradas de saúde de forma universal.

A noção de saúde como um direito figura no primeiro item da declaração de Alma Ata (HALL; TAYLOR, 2003):

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde-estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade-é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

A década de 1970 apresentava uma piora significativa dos índices de morbimortalidade em muitos países em desenvolvimento, e algumas ações como intervenções efetivas nas populações carentes (rehidratação oral e vacinas) mostraram ser uma importante estratégia para diminuir o acesso a hospitais, dando

origem ao termo “atenção primária” (HALL; TAYLOR, 2003; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Assim, a Conferência de Alma Ata, ao adotar formalmente a estratégia de atenção primária como forma de atingir um sistema mais equitativo e acessível para as populações carentes, refletia um processo de questionamento sobre a eficiência dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento desde a década de 1960 que, em muitos casos, acompanhava o processo de independência de regimes coloniais (GWATKIN, 2001; HALL; TAYLOR, 2003).

Ao estudar a eficiência da atenção primária em populações africanas, Gwatkin (2001) demonstra que esta estratégia conferia maior benefício para os 20% mais ricos do que para os 20% mais pobres da população e, portanto, advoga pela necessidade de uma reforma de sistemas de saúde que não significasse uma simples ruptura com modelos antigos e sim a organização de um modelo que abarcasse todos os níveis do sistema e que envolvesse a negociação da dívida externa do país com possíveis agências de fomento financeiro internacionais.

A adoção de uma estratégia de atenção básica acarretava, de um lado, o acesso a serviços em saúde considerados essenciais para uma população excluída socialmente, mas não evitou o desencadeamento de um processo de crise na saúde que pode ser considerado universal (MENDES, 1996).

A saúde é constatada, conforme Mendes (1996, p. 15), “nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública”.

Faveret Filho e Oliveira (1990, p. 148) assinalam que

Segundo inúmeros autores, a política de saúde esteve basicamente orientada para a assistência médico-hospitalar em detrimento da medicina preventiva. Dentro do modelo médico-assistencial, privilegiou-se a subcontratação de serviços por produtores privados (lucrativos, filantrópicos, médicos credenciados, etc.), cuja participação na oferta cresceu continuamente até o final da década de 70, comprimindo a participação dos agentes públicos tanto no atendimento ambulatorial quanto no hospitalar, embora mais naquele do que neste.

Segundo Monti (1992, p. 38), uma das características criticadas era a

Dicotomia de ações, entre aquelas ditas preventiva e as curativas ou de assistência médica. Enquanto às primeiras se propunha a execução pelo Estado, com financiamento oriundo, em geral, do orçamento fiscal, as demais ficavam por conta de uma rede de estabelecimentos privados, em regra de natureza hospitalar que, inexperientes na atuação e na demanda por recursos públicos, cresceram enormemente na década de 1970, sob o patrocínio do poder oficial.

O sistema de saúde no Brasil transitou, segundo Mendes (1996), do sanitarismo campanhista - início do século até 1965 - para o modelo médico-assistencial privatista, citado anteriormente, para caminhar em direção a um sistema plural.

Neste processo, uma das questões limitadoras do modelo médico-assistencial individual era a limitação do direito à saúde do cidadão. O embasamento na concepção de seguro social desde a criação deste modelo que recolhia contribuições de trabalhadores, empresas e governo para devolvê-las, sob a forma de benefícios, incluindo a assistência médica, não retratava a complexidade do processo saúde/doença e limitava sua cobertura àqueles que se encontravam no mercado de trabalho formalmente empregados, excluindo parcelas imensas da população brasileira que ficava a mercê de sistemas de filantropia e benevolência religiosa. Assim, uma parcela importante da sociedade brasileira era automaticamente excluída de qualquer assistência médica bem como de ações de cunho preventivo em qualquer nível de atenção (MONTI, 1992).

Portanto, até a década de 1970, o Brasil se encontrava numa posição de penúria sanitária com ações pouco efetivas para a melhoria do perfil epidemiológico de sua sociedade, com níveis de desigualdade social alarmantes e, neste momento, sob o comando de um Estado autoritário que pouco investia numa melhoria do sistema de saúde pública do país (GIOVANELLA et al., 1995/96).

O movimento conhecido como Reforma Sanitária nasce, segundo Monti (1992), do reconhecimento que a sobrevivência do modelo de assistência à saúde estava ameaçada e havia, assim, a necessidade da reestruturação e reorganização do sistema de saúde brasileiro, processo este embasado segundo novos paradigmas.

Almeida, Giovanella e Mattos (2002, p. 138) apontam uma agenda na Reforma Sanitária que

Reivindicava o acesso universal, sem relação com o vínculo empregatício em uma perspectiva de saúde como direito da cidadania; descentralização político-administrativa; hierarquização do sistema de atenção; indução a maior participação social e crítica a medicina de base privatista e curativa.

Assim, esta busca por um novo paradigma no sistema de saúde brasileiro tem como marco histórico principal a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, que mobilizou não somente profissionais e técnicos da saúde, mas outros setores representativos da sociedade brasileira.

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 65) aponta:

Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

O relatório concebe, neste contexto, a idéia de reestruturação do sistema de saúde brasileiro numa ótica de direito e não mais um benefício como retorno a contribuições, rompendo assim com um modelo clássico excludente. Para tal, segue o relatório (BRASIL, 1986, p. 65):

[...] Este direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las....

A VIII Conferência Nacional de Saúde, assim, é considerada como um ponto de mutação no processo de formulação da política nacional de saúde (FLEURY, 1994).

O próprio texto do Relatório Final da Conferência já aborda a necessidade da criação de um Sistema Único de Saúde, demarcando o que viria a ser o texto constitucional, promulgado em 1988 que reafirmava, numa base jurídico-legal os princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

Segundo Fleury (1994, p. 47):

A Reforma Sanitária, ao materializar um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, levou à sobrevalorização dos aspectos formais, que, ainda que imprescindíveis, não são suficientes para a garantia da concomitância dos processos reais, em uma cultura em que o mundo da norma legal e o mundo da vida nem sempre se correspondem.

Mendes (1996, p. 62) acrescenta que:

A Constituição Federal de 1988 incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretivas extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica organizacional referida pelos princípios da reforma sanitária.

O sistema consagrado na Constituição Federal, para Botazzo (1999, p. 19) é:

Antes de mais nada democratizado, seria parte de um projeto de sociedade radicalmente transformada na qual o controle dos trabalhadores, forma de exercício de poder sobre o Estado, orientaria o sentido dessa transformação.

O processo de controle social, regulamentado pela Lei 8142/90 (Brasil, 1990) que trata da participação social na elaboração das políticas de saúde abriria espaço para este processo de democratização do direito da saúde como cidadania onde a formulação de estratégias para o sistema seria fruto de discussões em colegiados representativos e não mais um processo verticalizado.

Segundo Mercadante (2002), este novo conceito impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro, tanto no sentido de direito à saúde como direito social como na definição de um novo paradigma para a ação do Estado na área.

O conceito de seguridade social conforme estabelecido pela Constituição Federal (CF) “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988) delimitou uma nova perspectiva para a organização do que poderia ser reconhecido como o “Welfare State” brasileiro.

Na abordagem da saúde, a CF reconhece que:

Art 196- o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução de risco e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

Este artigo da Constituição brasileira confere, de forma inédita, a noção de saúde como direito da sociedade brasileira e demarcando, de forma clara, a necessidade de intervenção estatal para garanti-lo.

Confirma-se, assim, a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento e a necessidade da estruturação da máquina estatal como protagonista do processo que visa suprir as necessidades multifatoriais do processo saúde/doença da população brasileira (MERCADANTE, 2002).

Este processo inclui, já no texto Constitucional, a adoção de princípios como segue:

Art. 198- as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera de governo e 3) a participação comunitária.

Tanto o texto constitucional como posteriormente a legislação de regulamentação do sistema (Leis nº 8080, de 19/9/1990 e nº 8142, de 28/12/1990), delineiam o SUS como um sistema constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público que são de relevância pública (MENDES, 1999).

Mendes (1999) aponta que, tanto o texto constitucional quanto a Lei 8080, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, apesar das ambigüidades que permeiam o tecido social brasileiro e os conflitos de interesses entre os setores público e privado, limitam-se ao sistema público de saúde, não incluindo dispositivos reguladores do setor privado moderno, seja na sua vertente de produtores de insumos, seja no denominado subsistema de atenção médica supletiva.

Esta limitação do marco jurídico da nova configuração da política nacional de saúde é um reflexo do que Botazzo (1999) afirma que o poder não teria interesse numa pauta abrangente e procuraria obstaculizá-la por todos os meios, gerando um mecanismo tenso entre vários setores envolvidos no processo.

Assim, a formatação do arcabouço jurídico-legal que concebeu o Sistema Único de Saúde, apesar de reafirmar os fundamentos primordiais do movimento sanitário introduzindo a noção de direito da saúde e da universalização do sistema, traz também limitações que, aliada a uma realidade de crise, deram origem às tensões que caracterizam o sistema de saúde brasileiro desde a última década do século XX.

Fiori¹ (1991, apud MENDES, 1999, p. 49) afirma que:

Em síntese, os sanitaristas no governo e na Constituinte, ao proporem a universalização do direito à saúde e ao tentarem adequar as estruturas

¹ Fiori JL. Democracia e reformas; equívocos, obstáculos e disjuntivas. Documento preparado para OPAS/OMS, representação do Brasil. Brasília: mimeo; 1991.

estatais às novas responsabilidades, desconhecera inicialmente e acabaram parcialmente derrotados pelo avanço inexorável da crise mais profunda que acompanhava o processo de redemocratização: uma crise fiscal e política do Estado que sinalizava o esgotamento da estratégia desenvolvimentista e da coalizão sociopolítica que a sustentou durante seus longos anos de sucesso industrializante e fracasso social. Na verdade, os reformistas tentaram avançar gerindo instrumentos e impondo novas responsabilidades a um Estado já incapaz de reverter o quadro social gerado anteriormente e exponenciado pela crise.

2.2 O PROJETO NEOLIBERAL E O PAPEL DO ESTADO NA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL

A estruturação do marco jurídico legal do Sistema Único de Saúde, no final da década de 80, veio acompanhada de uma forte onda globalizante e neoliberal que não só provocou mudanças significativas nos sistemas de saúde do hemisfério norte, classicamente fundamentados no modelo do “Welfare State”, como freou o processo de reformas sanitárias em diversos países da América Latina e mesmo a dinâmica de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Sem ser objeto específico deste trabalho, é fundamental a análise dos conceitos neoliberais introduzidos no contexto econômico brasileiro no final do século XX que, ainda que não apresentem uma relação direta de causa e efeito na lentidão do processo de estruturação do sistema de saúde universal brasileiro, contribuem para as tensões geradas nesse processo, como será analisado adiante.

Soares (2003) aponta que o processo de ajuste global na economia mundial, numa perspectiva neoliberal e conhecido como o “Consenso de Washington” visava desregular os mercados, privatizar os setores públicos e a redução do Estado e que, no Brasil configurou-se, sobretudo, na metade final da década de 80.

A proposta neoliberal, contudo, exerceu importantes influências na condução da reestruturação das políticas públicas de seguridade social e especificamente na área da saúde, como analisado a seguir.

Almeida (2003, p. 187) destaca estas influências ao analisar os processos de reforma nos vários países capitalistas e mostra que estes

[...] formalizaram uma agenda de reforma “pós-Welfare” também para a área sanitária, inicialmente para os países centrais, mas que se expandiu para a periferia questionando os princípios estruturadores dos sistemas de saúde até então, colocando sob suspeita a universalização e a equidade, onde elas existem, e pregando a impossibilidade de alcançá-las, onde esses objetivos ainda eram uma aspiração.

A crise econômica mundial que afetou, desde o final dos anos 70, tanto países desenvolvidos e os chamados em desenvolvimento, marca o início de uma nova leitura capitalista que se contrapunha ao modelo do “welfare state”, do período pós-guerra caracterizado, segundo Esping-Andersen (1999) pelo universalismo e por uma importante redução no papel do mercado no âmbito do bem estar social. O foco desta análise parte, segundo Laurell (1997, p. 161) do “postulado de que o mercado é o melhor mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação das necessidades dos indivíduos”. Esta noção gera uma forte tensão entre os princípios do “Welfare State” como provedor de necessidades básicas da sociedade e o sistema econômico mercantil (SOARES, 2001).

A demarcação teórica do neoliberalismo já aparece no pós-guerra como uma reação teórica e política contra o Estado Intervencionista e de bem-estar. (ANDERSON, 2003).

Num processo que variava conforme as características das economias capitalistas, o neoliberalismo busca alternativas na crise fiscal do estado, marcante desde a década de 1970, mas ao mesmo tempo coloca em cheque o próprio papel do Estado na sociedade enquanto provedor de serviços. (ALMEIDA, 2003).

No âmbito da saúde, é possível detectar um cardápio de ações na atuação do Estado que enfatiza:

- a) Uma reestruturação dos gastos sanitários e a estruturação dos serviços, restringindo a oferta de serviços, gerando uma redistribuição destes entre o setor público e o privado bem como uma repressão à demanda destes serviços.
- b) A introdução de mecanismos competitivos, provocando um deslocamento do poder monopólico dos prestadores de serviços.
- c) A necessidade de um redirecionamento de prioridades de gestores.
- d) A abertura do mercado de serviços na área da saúde (ALMEIDA, 2003).

Almeida (2003, p. 187) observa ainda que:

Esta movimentação caracteriza uma mudança de paradigma da intervenção estatal no campo social, cujos elementos centrais seriam, no discurso político-ideológico, a busca de uma melhor relação entre os consumidores dos serviços e o governo que os proporcionava. De fato, a mudança crucial de paradigma foi na direção de tentar transformar o compromisso governamental de garantia do direito de acesso aos serviços para todos os cidadãos que deles necessitassem em políticas que se baseavam num conceito de demanda expressa segundo as preferências do consumidor e que levassem em consideração a questão dos custos.

Viana (2003, p. 210) coloca este processo numa questão fundamental, ao perguntar:

[...] é possível reduzir o papel do Estado e de sua responsabilidade pela atenção à saúde dos cidadãos, como induzem ou desejam induzir o enfraquecimento da esfera estatal - no plano econômico- e as novas orientações políticas para a área social advindas do discurso e das práticas neoliberais?

O arcabouço teórico desta análise neoliberal e de vertente economicista e suas influências no investimento em saúde pode ser encontrado no Informe sobre o Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial- “Investindo em Saúde”. Este relatório, além de traçar um panorama geral sobre a saúde no mundo, enfoca a promoção da saúde e a assistência sob um prisma de custo-benefício, numa preocupação com a

pobreza e a exclusão social de países classificados como de renda média ou baixa. (BANCO MUNDIAL, 1993; ELIAS, 2001; WORLD BANK, 1987).

O relatório do Banco Mundial apresenta propostas para as políticas governamentais na área da saúde com três vertentes distintas:

- a) A criação, por parte dos governos, de uma ambientação social que permita a melhoria da saúde das famílias.
- b) A racionalização do custeio público no setor saúde através de cortes nos gastos públicos, eliminando os subsídios públicos aos setores sociais de alta renda; facilitar a participação do setor privado, ampliando a cobertura do seguro saúde.
- c) O incentivo a uma diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 1993; WORLD BANK, 1987).
- d) Para a obtenção de um modelo economicamente viável, o Relatório do Banco Mundial propõe a reorientação dos gastos governamentais na saúde voltadas para a base da pirâmide do sistema, ou seja, voltados para uma assistência médica de amplo acesso na atenção primária através da adoção de pacotes de programas de saúde pública que estejam voltados, no mínimo, para cinco grupos de intervenções quais sejam: serviço de assistência à gestante (pré e pós-natal), planejamento familiar, controle de tuberculose, controle das DST e atendimento das doenças graves comuns em crianças pequenas-diarréias, infecções respiratórias agudas, malária e desnutrição aguda (BANCO MUNDIAL, 1993; WORLD BANK, 1987).

Ao abordar a função do setor público e do setor privado na prestação de serviços clínicos, o Relatório (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 115) afirma:

Em muitos países em desenvolvimento os sistemas sanitários administrados pelo governo são grandes demais e deveriam ser reduzidos. Para tanto, são necessárias alterações jurídicas e administrativas que facilitem a prestação de serviço pela iniciativa privada (ONG ou entidades com fins lucrativos), e é necessário também que as ONG recebam subsídios públicos para

prestarem os serviços do pacote essencial e que haja corte de novos investimentos em hospitais públicos terciários. Por outro lado, os serviços de saúde do setor público poderiam ganhar muito em eficiência caso a administração dos hospitais e programas do governo fosse descentralizada e aperfeiçoada.

Lima (1995/96), ao analisar as propostas de Laurell frente às considerações do relatório do Banco Mundial enfatiza a importância de se conhecer este relatório porque não é unicamente um ponto de referência obrigatório no debate sobre a política sanitária, senão porque muitas das mudanças em andamento ou por iniciar nos países latino-americanos estão fundamentadas em suas propostas.

O relatório abre espaço, na década de 90, a um processo de mercantilização do setor saúde onde a universalização e o direito à saúde são combatidos e responsáveis pela situação de crise. Estas propostas, assim, propiciam um redesenho do papel do Estado na sociedade e sua relação com esta. O Estado, mesmo na abordagem neoliberal tendo um papel limitado, não é descartado em termos de providências que visem à manutenção da saúde da população (ELIAS, 2001).

Esta noção de “Estado mínimo”, segundo Dupas (2001, 2001), era fundamental para resolver os problemas de um setor público estrangulado por suas dívidas.

O autor (DUPAS, 2003, p. 70) ainda sintetiza a dissonância criada entre o discurso liberalizante das elites e sua “práxis” política pois a

[...] questão quanto ao futuro papel dos Estados nacionais continua em aberto, bem como a crescente disparidade entre as demandas sociais e a impossibilidade do Estado atendê-las de modo convencional. De fato, enquanto o capitalismo global prospera e as ideologias nacionalistas explodem em todo o mundo, o Estado-nação perde seu poder.

Segundo Cordeiro (2001, p. 322), o projeto de reforma do Estado visava estabelecer

[...] uma nova racionalidade na gerência pública capaz de conviver com as políticas macroeconômicas que implicam a redução do papel do Estado concentrando-o em funções regulatórias, retirando-o da prestação direta de serviços, separando funções de financiamento e de provimento de serviços.

A redução do tamanho e poder de intervenção do Estado, de acordo com a cartilha neoliberal, propicia uma redução da cidadania, onde o direito à saúde fica ameaçado ou, pelo menos, restrito a algumas estratégias residuais (LAURELL, 2000; MARTINS, 1996).

Felipe (1992, p. 49) afirma que este reposicionamento do Estado poderá corresponder a um “asseguramento universal de direitos mínimos, sociais inclusive, para cidadãos mínimos”. O autor segue afirmando que

[...] tal cidadania restrita significará, de fato, estratificação, porque os segmentos mais privilegiados buscarão comprar algo que realmente cubra as suas necessidades e porque as classes sócias desprovidas da condição de fazê-lo serão clientes obrigatórias das políticas sociais restritas, que tenderão, por sua vez, a ser organizadas e dirigidas para estes extratos, numa perspectiva focalista.

A alternativa neoliberal de reestruturação e organização do sistema de seguridade social brasileira, incluindo a atenção à saúde, gerou conflitos políticos entre o bloco que dá sustentação à política neoliberal apoiando a extensão da saúde de mercado através das diversas modalidades: clássica relação direta serviço/profissional com cliente e as empresas de grupo ou cooperativas de profissionais com o intuito, segundo Campos (1992) de moderar o projeto original do SUS, anulando seus aspectos mais socializantes e o bloco que defende a regulamentação da relação SUS/medicina privada e mercantilizada, resguardando os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e especificamente do Sistema Único de Saúde.

Campos (1992) destaca o comportamento, neste contexto, de parcelas mais ativas de trabalhadores que, mesmo defendendo o SUS e a ampliação das ações do

Estado, reivindicam acesso, para parcelas importantes do movimento sindical brasileiro, a alguma modalidade de atenção privada. A adesão a convênios e seguros de saúde faz parte, atualmente, das agendas de negociação de muitas categorias. Esta aparente contradição compromete a organização do controle social do SUS, já que setores de tradição política que, historicamente defendem modelos redistributivos e universais, acabam por refletir, em suas reivindicações, as próprias tensões do modelo mercadológico e economicista frente ao modelo coletivo.

Laurell (1997, p. 163) sintetiza a ação do Estado segundo a ideologia neoliberal, afirmando:

No campo específico do bem estar social, os neoliberais sustentam que ele pertence ao âmbito privado, e que as suas fontes “naturais” são a família, a comunidade e os serviços privados. Por isso, o Estado só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são, a rigor, de apropriação coletiva.

Atualmente, uma eventual crise do modelo neoliberal e a incapacidade do Estado em gerir políticas de bem-estar é aventada por Dupas (2003, p. 73) quando afirma que:

As teses neoliberais dos anos 80 haviam definido o Estado como intrinsecamente ineficaz, moralmente incapaz e totalmente dispensável para definir ações públicas eficazes. Segundo elas, os mercados livres e a competição seriam suficientes para criar um padrão mundial de empregos e de “welfare” privado.

O autor (DUPAS, 2003, p. 73) ainda complementa analisando a dificuldade da ação estatal ao afirmar que:

[...] os Estados nacionais, premidos por orçamentos cada vez mais restritos em razão da imperiosidade dos equilíbrios fiscais e da progressiva inadequação dos programas de previdência, mostraram-se cada vez mais incompetentes em lidar com os efeitos perversos da globalização, especialmente o aumento da exclusão e do desemprego. Finalmente, a classe política e seus partidos foram erodindo sua credibilidade e inviabilizando-se como mediadores das demandas sociais e aspirações coletivas.

Assim, a política de saúde pública desenvolvida no Brasil ao longo dos anos 90 apresenta uma importante influência do modelo neoliberal, mesmo tendo adotado a ênfase na atenção básica, como estratégia para aumentar o acesso de populações classicamente excluídas deste modelo.

Marques e Mendes (2002, p. 170), ao analisarem este processo ocorrido nos anos 90, comentam a respeito desta estratégia mas alertam que ela significa , apesar do modelo neoliberal, acessar a população excluída:

[...] esta estratégia não é distinta daquela recomendada por agências internacionais e por programas de cunho neoliberal, que priorizam as despesas de baixo custo, de preferência focadas na população de baixa renda, não importando quais sejam os argumentos que animam essa recomendação. No Brasil, porém, a ênfase na atenção básica significa, antes de tudo, possibilitar que o conjunto da população seja atingido por esse nível de atenção, o que confere contornos diferentes daqueles subjacentes às propostas neoliberais.

2.3 UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?

A implantação e estruturação do Sistema único de Saúde, desde o final da década de 80, vêm acompanhadas de um processo de construção de um projeto neoliberal que, se não destruiu os paradigmas sugeridos pelo movimento da reforma Sanitária e posterior normatização, impôs à sociedade brasileira desafios marcados pela convivência simultânea de três subsistemas: o subsistema de alta tecnologia, o subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema público (MENDES, 1999).

Estes subsistemas, segundo Mendes (1999, p. 59) “não constituem blocos homogêneos; ao contrário, apresentam em maior ou menor grau, contradições entre

as distintas modalidades assistenciais que os integram” formando um “sistema do tipo membrana”, que será discutido posteriormente.

Segundo Campos (1992, p. 41):

Há no Brasil uma clara hegemonia do que poderíamos denominar de forma de produção neoliberal, compondo uma estrutura de serviços que utiliza várias modalidades assistenciais: a do trabalho assalariado, de pequenos produtores autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresas e ação estatal.

Campos (1992, p. 41) destaca ainda, a necessidade, para a manutenção do projeto, de uma atuação do Estado que

[...] teria de prover suporte econômico-financeiro até ao próprio setor privado, realizar ações de abrangência coletiva, e até mesmo prestar atendimento individual às parcelas que não conseguem se incorporar ao mercado”. Raciocínio este que, segundo o autor, poderiam ser consideradas estranhas ao liberalismo clássico.

A hipótese de que, no Brasil, há um modo hegemônico de tendência neoliberal se confirma através da política econômica dos últimos 20 anos que, contradizendo as diretrizes de descentralização, configura-se segundo Cohn (1997), numa relação entre as esferas de governo caracterizada pelo pagamento por serviços prestados.

Segundo a autora, esta lógica se transforma num processo de “desconcentração”- transferência de encargos sem transferência de autonomia para a formulação e gestão da política de saúde local, associada a uma estreita dependência do nível central em termos de financiamento (COHN, 1997).

Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 275) afirmam que:

A adoção de critérios de repasse dos recursos federais exclusivamente por remuneração da produção de serviços-em que pese os benefícios relacionados à criação de critérios explícitos na alocação de recursos federais, à padronização e uniformização dos pagamentos efetuados, à difusão de sistemas de informações que permitem um maior controle dos pagamentos, à avaliação e auditoria analítica dos serviços prestados, a maior racionalização dos gastos e à diminuição das irregularidades no aporte de recursos-fere a autonomia gestora das instâncias de governo locais.

O Estado brasileiro, assim, assume uma posição de elaborador de uma política de saúde teoricamente universalista mas que, ao mesmo tempo, regula o processo de descentralização, impondo condições aos municípios para o recebimento de verbas para o desenvolvimento de programas específicos, como a estratégia do Programa de Saúde da Família e consolida, de certa forma, uma política de organização de serviços de saúde fortemente influenciada pelos aspectos econômicos e mediada por instrumentos mercadológicos (DALMASO, 1994; JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1994; LIMA et al., 2002).

Para Elias (2001, p. 93)

[...] esta lógica termina por reproduzir, de modo perverso os mecanismos determinantes das desigualdades (inter e intra-regionais, clivadas pelo desenvolvimento econômico que apresentam) e da exclusão social, acentuando ainda mais a marginalização de parcelas significativas da população.

O sistema público de saúde apresenta-se assim, com serviços deteriorados e sem credibilidade, segundo Giovanella e Fleury (1996). Ao mesmo tempo e coerente com o modelo neoliberal, o Estado brasileiro adotou um sistema que co-financiar o sistema de saúde privado, através de uma política de isenções e renúncias fiscais, mediante a redução integral destes gastos no Imposto de Renda tanto de pessoas físicas como jurídicas e outros benefícios como a isenção da cota patronal sobre a folha de salários de empresas médicas ditas ‘filantrópicas’ “que desempenham atividades nitidamente lucrativas (OCKÉ-REIS, 2000).

Elias (2001, p. 71), ao abordar a organização do sistema de saúde brasileiro, questiona o termo “sistema de saúde” e, na melhor das hipóteses, admiti-lo apenas no plural,

[...] dado que o caso brasileiro atesta a possibilidade da convivência de um sistema público com vários outros privados e estanques entre si, arranjos de modo a beneficiarem-se dos subsídios diretos (financiamento), indiretos (renúncia fiscal) e cruzados (assistência médica especializada a beneficiários de planos privados) que o Estado lhes oferece.

Soares (2003, p. 38), ao analisar as conseqüências das chamadas “reformas” neoliberais destaca que a existência de sistemas públicos de repartição e de sistemas privados de capitalização gerou

[...] uma brutal dualidade no acesso entre aqueles que podem e os que não podem pagar diretamente por bens e serviços públicos considerados direitos básicos e essenciais nos sistemas de proteção social, como o direito à saúde e o direito à proteção na velhice e na invalidez.

Estes sistemas de saúde, não mais se configurando num único sistema, se interpõem num processo de “regulação seletiva” pois como se, separados por uma membrana fictícia semipermeável, como mostra a Figura 2.1, permitissem o acesso aos usuários do sistema privado às ações de cunho preventivo, que são universalizadas além de acesso aos procedimentos de alta tecnologia e alto custo ofertados pelo Estado (transplantes, por exemplo) e, ao mesmo tempo, impedindo o acesso dos usuários dependentes do SUS à rede médica e hospitalar da rede da medicina privada (em nível secundário de atenção). Destaca-se, porém, que o Estado, como citado anteriormente, atua, mesmo que de formas distintas, dos dois lados deste modelo de sistemas (COHN, 1997).

Figura 2.1 – Modelo esquemático do sistema de regulação seletiva.

Ocké-Reis (2000, p. 129) afirma que “apesar do setor privado ser quase autônomo em relação aos gastos públicos em saúde, ele não independe do Estado, devido às suas articulações com o padrão de financiamento público”.

Este mecanismo limitante vem encontrando inúmeras deformidades, nos últimos anos, como no caso do subsistema de alta tecnologia, onde se verifica um processo de privatização crescente que busca, através da criação de fundações de direito privado, autarquias especiais, etc, uma forma de buscar fontes de financiamento e investimento de recursos públicos, mas acompanhados de contratos

com a medicina privada, criando mecanismos de discriminação com pacientes do SUS, no sistema conhecido como “dupla-porta” (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Nos últimos anos, uma nova modalidade vem sendo acrescentada aos vários “sistemas de saúde” brasileiros. Como forma de ocupar os espaços vazios deixados pelo Estado, inúmeras organizações não-governamentais (ONG’s) refletem a organização da sociedade civil reivindicando um caráter público passam a atuar em diversos setores da sociedade, inclusive na saúde, de forma substitutiva ao que, a princípio, deveria ser uma atuação do Estado. Com forte capacidade de influenciar as mídias e “sensibilidade social”, esta nova organização pode representar um recuo das políticas públicas e a admissão de esgotamento dos Estados nacionais em sua missão de mediar tensões sociais e refletir um desejo dos governos de empurrar para o âmbito privado as responsabilidades de cunho social, advindas do processo crescente de exclusão social (DUPAS, 2003).

Configura-se, assim, uma rede de sistemas que, de forma simultânea, competem e complementam-se entre si, mas traduzindo de forma complexa, uma dicotomia que impede a implantação dos princípios de universalidade e equidade garantidos, inclusive, pela Carta Magna brasileira (ELIAS; COHN, 2003).

Mendes (1999, p. 53) afirma que, neste contexto:

[...] a expansão da universalização do sistema de saúde vem sempre acompanhada de mecanismos de racionamento, especialmente a queda de qualidade dos serviços públicos que, concomitantemente, vai expulsando do subsistema público segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado.

2.4 A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE E A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO

A existência de “sistemas de saúde” paralelos no Brasil, a permanente tensão entre estes e ações do Estado nas várias modalidades gerou um fenômeno que Faveret Filho e Oliveira (1990) denominaram de universalização excludente.

Segundo estes autores (1990, p. 155), a universalização dos serviços públicos de saúde brasileiros possui uma “velocidade distinta daquela imposta à expansão de sua rede de serviços”, gerando um ciclo de degradação da qualidade destes.

Para estes autores (1990, p. 155):

A universalização no caso brasileiro, dadas as suas especificidades, parece estar assumindo a função, não de incluir efetivamente todos os segmentos sociais na alçada do atendimento público da saúde, mas de garantir o atendimento aos setores mais carentes e resistentes aos mecanismos de racionamento. Com esta caracterização específica do processo de universalização, ou seja, excluindo para o subsistema privado os segmentos médios em diante, abre-se um espaço para que o Estado se capacite a atender mais eficientemente os setores sociais que continuaram possuindo no subsistema público o seu referencial básico de assistência.

Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde configura-se, no ideário neoliberal, como um “subsistema público” que estaria a serviço de um processo de universalização residual, onde este se apresenta como modalidade assistencial para os pobres, conforme Mendes (1999).

Ainda segundo Faveret Filho e Oliveira (1990, p. 160):

A análise das tendências do setor saúde mostra, mesmo que ainda preliminarmente, que o direito universal de acesso aos benefícios das políticas sociais oscila entre a intenção de colocar o “Welfare State” brasileiro no molde institucional redistributivo e uma tendência estrutural que o encaminha para o padrão residual, com uma circunscrição da clientela-alvo, mesmo que para isso não haja nenhuma reformulação no quadro legal estabelecido.

Bahia (2001, p. 330) aborda esta dicotomia descrevendo uma demarcação entre os modelos:

Muitos supõem que a existência de dois sistemas de saúde é uma realidade tangível. Expressões como “só fica no SUS quem não tem recursos para comprar um plano” ou mais elaboradas “se quem pode pagar tem plano de saúde dá para o SUS cuidar melhor dos pobres”, denotam uma clivagem praticamente intransponível entre ambas redes assistenciais.

Noronha e Soares (2001, p. 450) também seguem na mesma abordagem desta dicotomia quando apontam:

Cada vez mais segmentos de maior renda da população, profissionais e prestadores públicos e privados de saúde sonham com a miragem de um dia virem a ingressar ou aumentar sua participação no mundo dos planos e seguros de saúde. É crescente a cisão entre uma assistência para ricos e remediados financiados privadamente (e subsidiados pelo setor público por políticas de renúncia fiscal) por planos e seguros de saúde e uma assistência para pobres financiada por recursos fiscais administrada dentro da lógica do SUS.

Segundo Ocké-Reis (2000), os incentivos de fortalecimento do setor privado poderiam ter sido canalizados em direção à melhoria do acesso e da qualidade do SUS.

Esta lógica de raciocínio evitaria, de certa forma, o processo de universalização excludente, principalmente num momento de recessão econômica, onde uma parcela significativa da população inicia sua marcha de retorno ao SUS devido à incapacidade de arcar com os volumosos custos da atenção privada.

O processo de exclusão é analisado por Giovanella et al. (2002), ao alertarem que o processo de universalização excludente não pode ser de responsabilidade do SUS já que inúmeros mecanismos reguladores haviam sido implantados nos sistemas públicos de saúde brasileiros antes da institucionalização deste e que o SUS, embora apresente alguma seletividade, não representa uma política de caráter residual, sendo responsável pela maior parte da assistência médica do país.

Mendes (1999, p. 56) analisa a “universalização excludente” como um fator negativo na composição política do SUS, quando afirma:

[...] ao expulsar grupos sociais portadores de maior capacidade de vocalização, contribui para erodir as bases sociais da reforma sanitária ao anular a capacidade de formação de opinião pública das camadas médias e a força de mobilização dos sindicatos ligados aos setores industriais modernos. Por consequência, “as bases de apoio político para a melhoria dos serviços (públicos) se esvaem e cresce o risco de uma perpetuação do circuito: má qualidade-expulsão de setores organizados- baixa atividade reivindicatória- má qualidade”.

Noronha e Soares (2001, p. 450), porém, apontam para uma retomada do processo de Reforma Sanitária quando salientam que:

Ainda há espaços a defender e reconquistar na re-construção do SUS. A reorientação dos marcos da política macroeconômica do país é fundamental para que se liberem os meios e recursos econômicos, políticos e administrativos para a continuidade do esforço brasileiro de reforma setorial democrática. Igualmente deve ser retomada, dando cumprimento aos dispositivos, ainda em vigor da Constituição brasileira, a construção da Seguridade Social, onde previdência, saúde e assistência social constituem-se braços integrados e articulados de uma política social abrangente. O sistema de saúde deve continuar a ser concebido e construído como um sistema nacional de saúde, vale dizer que a totalidade de seus recursos, públicos e privados, devem subordinar-se a uma política nacional de saúde. Os sistemas privados devem estar submetidos aos dispositivos regulatórios e normativos que orientam a implementação desta política e articulados com as instâncias subnacionais de gestão e submetidos ao controle social previsto na legislação. A reforma sanitária brasileira ainda é jovem e encontrará forças para avançar.

Na dinâmica de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, o processo de universalização do sistema de saúde e a busca pela integralidade na atenção constituem-se em focos permanentes da discussão do perfil do modelo sanitário no país. Este conceito incorpora, dentro do sistema, a base de articulação entre os serviços na busca de um modelo que seja capaz de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades da população (CECILIO, 2001). Assim, a complexidade tecnológica disponível é incorporada dentro de uma visão de rede de serviços que não necessariamente se encontre numa Unidade Básica de Saúde, mas deve estar disponível para a população, pois como afirma Cecílio (2001, p. 118):

Sem este acesso, não haveria integralidade possível: finalização do cuidado, resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que a pessoa está vivendo. A garantia dessa integralidade do cuidado tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual.

Para tal, criou-se um sistema de referência e contra-referência para que, de forma hierarquizada, garanta o acesso de cada indivíduo conforme sua necessidade. Este processo requer a absorção de profissionais capazes de entender que a prática cotidiana implica em compreender as necessidades geradas em cada indivíduo e interpretá-las de forma consistente, pois conforme afirma Pinheiro (2001, p. 74):

[...] ao se criar um sistema de referência e contra-referência que funcione, é necessário muito mais que o estabelecimento de um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, mas sobretudo reconhecer que nesse sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde local no qual está situado.

Assim, a integralidade reflete um desafio aos atores do sistema pois , como afirma Mattos (2004, p. 1413):

[...] uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção (chamemos por hora assim) e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Esta busca por um modelo universalizado e baseado numa integralidade com capacidade de responder às necessidades da população, absorvendo os diversos níveis de complexidade necessários para tal, esbarrou num processo de reformas econômicas que, ao invés de reformular as estruturas estatais, racionalizando-as e equipando o sistema de condições fundamentais para que o modelo sanitário funcionasse de forma adequada, foi limitado por princípios macro-econômicos que, na ânsia de regular as finanças do Estado, optou por umas

abordagens mercantis, competitivas e liberalizantes, deixando os princípios do Sistema Único de Saúde relegados a conceitos secundários e residuais.

2.5 A SAÚDE BUCAL COLETIVA NO CONTEXTO BRASILEIRO – A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA

O processo da Reforma Sanitária que se iniciou nas últimas duas décadas do século XX e que deram origem aos alicerces do Sistema Único de Saúde teve influências significativas para a evolução da Saúde Bucal Coletiva neste período.

A construção de um novo paradigma na saúde bucal que se integre aos princípios do SUS e que rompa com o classicismo corporativo odontológico faz parte de inúmeros debates em encontros e conferências, além da profusão de uma literatura acadêmica de importância relevante para que os modelos de assistência incorporem a noção da atenção em saúde e possam delimitar a saúde bucal não mais como uma área isolada do campo da saúde, gerando inclusive fenômenos sociais preocupantes como a “oficialização” da mutilação dentária como um processo natural decorrente do envelhecimento e que, portanto, caberia à sociedade conviver com ele de forma passiva. (BOTAZZO, 1996; WERNECK, 1994)

Neste sentido e visando servir de base para a análise de campo realizada para esta dissertação, alguns aspectos da busca deste novo paradigma são abordados, sustentado pela abordagem da Saúde Bucal Coletiva sem, contudo, pretender-se esgotar o assunto ou abordar todas as questões que este conceito envolve.

Narvai (1994, p. 106), ao abordar o campo da saúde bucal coletiva, expõe:

Assim, pretendendo romper com todas as odontologias adjetivadas, a saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade.

A Saúde Bucal Coletiva representaria, assim, a interface da Reforma Sanitária no âmbito odontológico, mas com a abordagem específica de uma realidade de um modelo classicamente construído numa visão privativa, como aponta Botazzo (2003).

O autor (2003, p. 18) aponta que a afirmação deste caráter privativo da odontologia:

[...] retira da esfera pública tanto o profissional quanto o paciente. Assim, doença e terapêutica expressam relações entre pessoas, sem que necessariamente interessem à sociedade ou ao Estado. Mas significa, do mesmo modo, que se a profissão odontológica pode se haver no seu próprio âmbito, os dentes dos homens-e o que se venha a fazer deles-não precisam ser do interesse público.

Um grande impasse, portanto, apresenta-se. Por um lado, um vasto desenvolvimento científico e tecnológico da odontologia, mas que, acompanhando uma visão neoliberal, transforma este benefício em artifícios mercadológicos e, ao mesmo tempo, excludentes no contexto amplo da sociedade.

Contribuindo para a análise do modelo clássico e como ele se reflete nas ações da saúde coletiva, o grupo de debates encarregado de analisar e oferecer sugestões da odontologia nos serviços básicos da VII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1980 (BRASIL, 1980, p. 176) concluiu que “ [...] existe entre a atual forma de prática e organização do modelo assistencial odontológico e os princípios que orientam a filosofia de atenção primária um abismo muito grande”.

O grupo descreve as características do modelo de prática e assistência odontológica como **ineficaz, ineficiente, descoordenado, com uma má distribuição, de baixa cobertura, com alta complexidade, voltado a um enfoque curativo, de caráter mercantilista e monopolista, com uma inadequação no preparo de recursos humanos** e com uma dependência externa, na medida que baseia sua prática numa tecnologia importada, “cuja condições em nada reproduzem as existentes em países não desenvolvidos ou em desenvolvimento, reforçando assim um contexto de dependência econômica e cultural[...]”. (BRASIL, 1980, p. 177).

A preocupação com a hierarquização do modelo também fazia parte do rol de sugestões deste grupo como se nota (BRASIL, 1980, p. 177):

[...] o grupo recomenda que a participação da odontologia num programa de atenção primária à saúde se faça tomando como referência a rede assistencial hierarquizada em complexidade crescente, em três níveis de serviços compostos cada um por um elenco de atividades adequadas às possibilidades de execução existentes ou que venham a se criar nessa estrutura hierarquizada que se pretende implantar.

Estavam, assim, demarcadas as bases para a construção de uma abordagem de cidadania em saúde bucal, mas não antes do mesmo grupo advertir, de forma lúcida, que (BRASIL, 1980, p. 178):

[...] o grupo julga que decisões firmes, corajosas e profundas deverão ser tomadas sob pena de se cair num superficialismo que nada mais representará do que a mudança de roupagem na participação da odontologia nos programas de saúde. Considera o grupo que haverá parte de segmentos mais conservadores da sociedade e da própria odontologia sérias resistências ao processo de mudança, mas que se impõe uma nova forma de participação não só por razões técnicas, mas, sobretudo como resposta a uma população que quer e, felizmente, no momento exige um direito que legitimamente é seu: o direito de possuir saúde bucal.

Dando seqüência aos marcos históricos que embasaram o que aqui se denomina Reforma Sanitária Bucal Brasileira (termo este que, em nenhum momento pode ser desmembrado do processo de Reforma Sanitária Brasileira e sim utilizado

como um recorte metodológico) e que, para Córdon (1996, p. 38): “[...]recria, junto às populações, o que em algum momento poderá vir a ser o modelo de saúde bucal coletiva, contextualizado e real, o que ajuda a formular novos conceitos[...]”, torna-se fundamental um resgate do relatório da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1986a), realizada já sob influência das decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde, fundamental para a revolução sanitária do final do século XX, como já abordado anteriormente.

Neste sentido, chama-se a atenção que já no início do Relatório Final da Conferência, a saúde bucal é contextualizada, de forma clara, no marco da saúde geral e apresentada como (BRASIL, 1986a):

[...] parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do Estado em sua manutenção.

Esta abertura de relatório demonstra a intenção clara de romper com a visão isolacionista do modelo apresentado pelo grupo da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986b), reforçando a necessidade de abordar a questão da odontologia numa perspectiva ampla integrada e respeitando o binômio saúde/doença.

O relatório também afirma, indo ao encontro da tensão público-privado das ações do Estado que a “ineficiência dos Serviços Públicos é devida a uma política deliberada que privilegia os serviços privados, em detrimento da manutenção e ampliação dos órgãos públicos” (BRASIL, 1986b).

A inserção da odontologia no SUS, com todos os princípios e diretrizes deste é, pela primeira vez abordada de forma a nortear as ações da saúde bucal coletiva. Esta inserção é abordada por Córdon (1998, p. 559) como:

[...] uma transformação de uma prática, que leva novos conceitos, conteúdos e formas de organização, criando novos vínculos entre os sujeitos históricos que entram como atores sociais no SUS (trabalhadores da saúde, diretores, acadêmicos e a população, todos em igualdade de condições para, de uma maneira mais radical e mais orgânica, intervir na solução das necessidades da sociedade total).

Cordón (1996, p. 38), em outro artigo, afirma que:

[...] esta visão engloba a odontologia integral (restrita e preventivista porém que se opõe ao mercantilismo) imbuída de organização coletiva, conscientização do problema de saúde, politização estratégica e uma decisiva participação da coletividade que é o agir em sociedade e que constitui o desafio de construir novas relações transformadoras entre os trabalhadores da saúde e a sociedade ou seja, entre os atores sociais no SUS.

A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993 (BRASIL, 1993), aconteceu numa conjuntura diferente de sua antecessora, numa perspectiva de consolidação dos instrumentos democráticos brasileiros e com os principais marcos jurídicos e legais do SUS em vigência. O relatório final desta conferência traz algumas considerações fundamentais para a análise da inserção da Saúde Bucal no SUS.

A opção neoliberal da política econômica brasileira, já mencionada anteriormente, é um reflexo da prática hegemônica e é abordada no capítulo de introdução do Relatório Final (BRASIL, 1993), como segue:

A política recessiva adotada e o modelo de desenvolvimento imposto à nação nas últimas décadas geraram concentração de renda, drenou capitais para o exterior na forma de pagamento de dívida externa, promoveu uma acelerada e caótica urbanização, aumentou a miséria e a concentração de renda, refletindo-se drasticamente nos indicadores de vida da população; e em nome de uma suposta modernidade, o aparelho do Estado foi desmantelado e os monopólios se apropriaram de empresas públicas, mesmo quando rentáveis, aprofundando o quadro preexistente da privatização do Estado.

No que diz respeito às dificuldades da implementação da Reforma Sanitária Brasileira, da implantação do SUS e da incorporação plena da atenção a saúde bucal no sistema, o relatório arrola uma série de elementos que mapeiam a conjuntura neoliberal da prática, em contraste com a proposta coletivista. Entre estes

vários aspectos, pode-se destacar o distanciamento da prática estatal e o descomprometimento administrativo com a estruturação da política pública de saúde como segue (BRASIL, 1993):

A ausência de orientação por parte das Secretarias Estaduais de Saúde sobre o processo de municipalização, revelando um profundo "desinteresse" pela descentralização e falta, na maioria dos Estados, de uma política de regionalização e hierarquização dos serviços claramente definida, favorecendo a comercialização de planos de saúde sem qualquer relação com a realidade epidemiológica dos municípios.

Outro elemento amplamente debatido no Relatório Final da II CNSB diz respeito à política ineficiente de formação de recursos humanos na saúde bucal desde a formação acadêmica até a (BRASIL, 1993):

[...] ausência de uma política que estimule a realização do trabalho através de equipes multi-profissionais, dificultando a integração dos profissionais da saúde, em função do despreparo gerencial, da prevalência dos baixos salários, da falta de reciclagem, da má qualificação e dos desvios de função, principalmente quanto ao pessoal auxiliar.

O modelo de atenção proposto reflete o compromisso com os conceitos básicos da Reforma Sanitária, como segue (BRASIL, 1993):

A viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento concreto de um modelo de atenção à saúde bucal que incorpore os compromissos da reforma sanitária e aponte para a construção de um novo modelo de atenção orientado pelas propostas de universalidade do acesso, da integralidade e resolutividade das ações, com a inclusão de especialidades segundo os perfis epidemiológicos da população, tendo como pré-requisito básico a efetivação do processo de municipalização da saúde, na construção do Sistema Único de Saúde.

A necessidade de se estabelecer um sistema hierarquizado com todos os níveis de atenção é verificada quando o relatório sugere que é necessário (BRASIL, 1993):

- Garantir que os municípios que não possuem estrutura de saúde suficiente para o atendimento especializado em saúde bucal, realizem consórcios entre si para viabilizar a resolução dos mesmos;
- Garantir o atendimento odontológico especializado em ambulatorios de especialidades através de um sistema de referência e contra-referência.

Os dois eventos e respectivos relatórios finais, além de se configurarem no marco legal da Reforma Sanitária Bucal Brasileira (talvez e com a devida proporção, o que a própria Constituição Brasileira acompanhada da posterior Lei 8080/90 representem para o Sistema Único de Saúde), confirmam a noção de saúde bucal num sistema universal, integrado e de resolubilidade a todas as faixas etárias como um direito da população e, portanto, são fundamentais na análise de uma política pública brasileira na área da saúde inclusive porque confirmam a necessidade de uma mudança na perspectiva da prática diária, embasada num novo paradigma que não mais reflita a odontologia de cunho liberal, residual e secundária, como vinham sendo caracterizadas as experiências estatais no Brasil desde a década de 40. (ARAUJO, 2000; BRASIL 1990; CORDÓN, 1997; 1998; JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004; NARVAI, 1994).

Este processo social de construção da cidadania em saúde bucal, conquistado através dos marcos do Sistema Único de Saúde, com a participação de diversos segmentos da sociedade brasileira constituiu, também, os referenciais da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004 cujo relatório será abordado adiante.

Botazzo, Bertolini e Corvelho (1995) afirmam que a discussão sobre a inserção da saúde bucal no contexto do SUS ocorreu dentro de uma articulação cada vez mais densa de trabalhadores em saúde bucal ao movimento da reforma sanitária, o que possibilitou a politização dessa discussão.

Propõe-se, assim, buscar uma solução, através de um novo modelo de atenção, à contradição histórica da odontologia brasileira, que reforçada pela prática neoliberal das últimas décadas, confirma a tese de Garrafa (1993, p. 54) que afirma:

Trata-se de uma odontologia tecnicamente elogiável pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançados nas diversas especialidades, cientificamente discutível (uma vez que não tem demonstrado competência

em expandir essa qualidade para a maioria da população) e socialmente caótica (pela inexistência de impacto social frente às iniciativas e programas públicos e coletivos implementados).

Garrafa (1993, p. 57) defende a idéia que:

[...] as políticas de saúde bucal e a própria odontologia devem passar a ser vistas pelos seus executores dentro de sua verdadeira dimensão social, ou seja, como um mero instrumento a ser utilizado para atingir uma finalidade maior que é a verdadeira cidadania para o nosso povo.

2.6 O SUS E A SAÚDE BUCAL: IMPASSES E DIFICULDADES

A integração da atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde vem acompanhada de contradições e dificuldades. O termo atenção à saúde bucal é importante na análise do contexto do SUS já que se configura de forma mais apropriada à proposta integral do SUS.

Para Narvai (1992, p. 4) a atenção à saúde bucal é constituída:

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

Assim, os impasses e desafios da saúde bucal se encontram em como configurar esta rede de atenção cujo objetivo é oferecer à população uma resolução aos seus problemas bucais, garantindo um acesso universal às ações de assistência

e prevenção, incluindo a promoção de saúde, a recuperação da doença, a reabilitação e a manutenção do estado de saúde.

Entre os vários impasses para este processo, podem ser detectados a questão da universalização e exclusão da saúde bucal, o quadro epidemiológico de populações adultas e idosas, os recursos humanos do sistema e o processo de gestão da saúde bucal no contexto de municipalização e descentralização.

Garrafa (1993, p. 55) já apontava para uma tensão entre a odontologia e o Sistema Único de Saúde nos primórdios deste sistema brasileiro quando afirmava que:

Durante todos estes últimos anos, o setor de saúde bucal tem se esquivado a fazer parte formal do SUS, procurando atuar através de canais paralelos e pouco claros na busca de recursos específicos para atender a programas também isolados e igualmente especiais.

2.7 UNIVERSALIZAÇÃO X EXCLUSÃO NA SAÚDE BUCAL

A adequação de um sistema universal em saúde bucal coletiva depara-se com uma abordagem histórica que comprova a permanência de formas de exclusão na organização dos serviços públicos odontológicos (BOTAZZO, 1996).

A assistência odontológica a crianças e gestantes fez parte de várias experiências brasileiras desde ações de cunho clínico-restaurador em populações escolares até ações preventivas que visavam controlar a epidemia de cárie que se alastrava no Brasil (ROSA et al., 1992).

Manfredini (2003, p. 57) afirma que:

No caso da saúde bucal, a viabilização do direito à universalidade e à integralidade das ações é ainda mais precária. A maior parte dos serviços

públicos odontológicos ainda atende exclusivamente crianças em idade escolar matriculadas em escolas públicas e nas faixas etárias próximas ao ano de ingresso na primeira série. Na saúde pública, ainda praticamos uma odontologia baseada em sistemas de atendimento de 40 anos atrás.

Segundo o mesmo autor, em outro artigo (MANFREDINI, 1997, p. 84):

Ao tratar só de crianças e gestantes, o setor público não incorpora segmentos populacionais com maior capacidade de pressão; aos adultos abrem-se apenas as portas da mutilação, geralmente realizadas por serviços próprios em “pronto-socorros” ou, mais freqüentemente, por serviços privados contratados ou conveniados.

O processo de excluir a chamada “geração perdida” é ainda, segundo Manfredini (1997, p. 84) uma “desculpa para o fato de se priorizar e muito mais se “exclusivizar” na faixa etária infantil a preocupação com os cuidados em assistência odontológica”.

Para Botazzo, Bertolini e Corvelho (1995, p. 43), a questão da universalização:

[...] tinha um poder mobilizatório imenso por conta das características que o setor público apresentava, nas formas quase perversas da exclusão de clientela, pelo recorte de algumas patologias ou de grupos definidos como prioritários, ambas ao sabor da política de controle social, manifestadas ao nível do aparelho do Estado.

Souza (1996), ao analisar a inserção da saúde bucal no SUS também confirma a idéia de exclusão quando aponta que a assistência, em muitas localidades, é destinada à população escolar e que demais grupos ficam limitados às urgências.

A introdução de uma população adulta ao sistema de atenção acarreta numa nova força política de demanda pela integração menos tímida da saúde bucal no SUS como aponta Manfredini (1997), ao relatar esta experiência no município de Santos. O autor afirma (1997, p. 84) que este processo contribuiu para que

[...] houvesse maior pressão social para ampliação da rede assistencial. Esta se expressou, num primeiro momento, pela reivindicação de ‘mais dentistas’. Nas duas últimas Conferências de Saúde, as demandas mudam; passam a ser reivindicações pela ampliação de serviços de endodontia

(tratamento de canal), além da criação de novos serviços (prótese e ortodontia).

Mais um impasse é, assim criado. A inclusão desta população, teoricamente não mais excluída do sistema, acarreta não somente a simples demanda de uma inserção efetiva da saúde bucal no SUS, mas passa, também, a demandar uma rede hierarquizada desta assistência odontológica, que possa de fato dar conta de suas necessidades (RONCALLI, 2003).

Souza (1996, p. 84) aborda a questão da hierarquização quando afirma que:

Há que se considerar a existência de saberes e de práticas algumas vezes impossíveis de serem realizadas por um único profissional, visto que são dimensionados para determinadas especialidades odontológicas que, se fossem incorporadas aos serviços, ampliariam sobremaneira a capacidade de produzir cuidados à saúde bucal. São tímidas as atividades voltadas para a endodontia, periodontia, ortodontia preventiva, cirurgia oral menor e prevenção do câncer bucal, só para citar algumas.

Para Cordón (1996, p. 40), ao abordar a questão da universalidade, confirma a necessidade da mudança da prática pois:

A chamada demanda acumulada produzida pelo sistema capitalista contraditoriamente, acumulador de riqueza e que nega o apoio às ações sociais, é difícil de ser controlada e eliminada a continuar o mesmo modelo de prática odontológica, como réplica da prática privada liberal, ainda que se maximize a produção e o controle de qualidade nas atividades seja muito eficiente.

A ausência de uma demanda política por um acesso mais universal é abordada, ainda por Cordón (1996, p. 41) ao retratar uma experiência em Curitiba:

Num distrito sanitário de Curitiba, ficou clara a importância deste trabalho participativo e transparente, conscientizador dos problemas de saúde que preocupam tanto à população como aos trabalhadores de saúde e é aí, ao nível local, onde a integralidade aparece, onde a universalidade vira exigência e onde a equidade é pré-requisito de atenção.

Ainda abordando a questão da universalização do sistema, Roncalli (2000, p. 116) enfoca a noção de priorização, quando aponta que:

A implementação de modelos universais, como pressupõe o ideário do SUS, ou seja, nos quais todos os cidadãos tenham acesso irrestrito, envolve a elaboração de estratégias que combinem o estabelecimento de prioridades

a partir do conceito de equidade da atenção com medidas de caráter coletivo e individual que apontem para uma maior resolutividade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

O autor (RONCALLI, 2000, p. 17) ainda sugere que a agenda da reforma sanitária bucal ainda apresenta desafios ao apontar que:

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

No documento editado pelo Ministério da Saúde que aborda as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004d), a universalidade e acesso configuram-se como um dos princípios norteadores das ações em saúde bucal:

[...] buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade de todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento.

Neste sentido, ainda se faz pertinente a afirmação de Manfredini (2003, p. 57) quando afirma que “ao mesmo tempo em que caminhamos rumo à universalização das ações de atenção à saúde bucal, engatinhamos na perspectiva da universalização da assistência”.

2.8 O PROGRAMA “BRASIL SORRIDENTE” E A III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Como estratégia para mudar o perfil de saúde bucal no Brasil apresentado nos resultados do Levantamento epidemiológico SB Brasil 2003, o Ministério da Saúde lançou, no início de 2004, um documento intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” que apresenta as linhas fundamentais das ações a serem implantadas no país, numa perspectiva de reorientar o modelo de atenção, onde utiliza uma concepção de saúde (BRASIL, 2004d):

[...] não mais centrada na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, na incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e no desenvolvimento das ações intersetoriais.

Esta nova estratégia, que visa ampliar e qualificar a assistência desde a atenção básica até a estruturação da oferta de atenção secundária e terciária, reafirma a necessidade de uma reformulação no sistema de trabalho, incluindo a noção de equipe de saúde bucal e não mais centrada na figura do cirurgião dentista, teve suas primeiras movimentações com o lançamento do Programa “Brasil Sorridente” que prevê, entre ações de cunho preventivo como a efetiva fluoretação de águas de abastecimento em municípios com estação de tratamento de água que ainda não o fizeram, um importante incentivo financeiro para os municípios instalarem, dentro de uma lógica populacional e de cobertura, os Centros de Especialidades Odontológicas com atendimento nas especialidades de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, semiologia e atendimento a pacientes especiais além de Laboratórios de prótese dental para a execução de próteses totais e removíveis.

Este importante processo de elaboração de uma política efetiva, por parte do governo federal, foi debatido pela III Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, que refletiu um processo de debates ocorrido em todas as unidades federativas do país e cujo tema central foi “Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA; FRIAS; ZILBOVICIUS, 2004)

Este tema foi debatido a partir de quatro eixos temáticos:

1. Educação e construção da cidadania
2. Controle social, gestão participativa e saúde bucal.
3. Formação e trabalho em saúde bucal
4. Financiamento e organização da atenção em saúde bucal

O relatório final da Conferência reafirma os conceitos abordados nas conferências anteriores quando expõe que (BRASIL, 2004a):

Na odontologia, a viabilização de uma nova prática em saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolubilidade das ações que realiza.

2.9 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE POPULAÇÕES ADULTAS E IDOSAS

A análise de um sistema de saúde não pode prescindir da abordagem epidemiológica que, no século XX, contribuiu para que a sociedade pudesse enxergar de forma mais clara suas questões de saúde e doença e como enfrentá-las.

Rouquayrol e Almeida Filho (1999, p. 15) apontam que, entre outras funções da Epidemiologia, esta serve como “um dos elos de ligação comunidade/governo, estimulando a prática da cidadania através do controle, pela sociedade, dos serviços de saúde”.

Pinto (2003, p. 25) aponta que:

O quadro epidemiológico reflete com nitidez algumas das principais características de nossa sociedade: economia em crise prolongada, agudas desigualdades salariais e sociais, sistema educacional com ênfase na formação de nível superior, produção agrícola voltada para a exportação, grande número de pessoas de baixa renda e um estado de pobreza relativa ou absoluta.

Frazão (2003, p. 74), ao abordar as questões epidemiológicas em saúde bucal, afirma:

Para os dentistas que trabalham no planejamento e na avaliação de programas de saúde bucal, as informações epidemiológicas têm um valor fundamental para monitorar as oscilações dos níveis de saúde bucal da população e o impacto das ações extra e intra-setor saúde.

Assim, a saúde bucal coletiva tem lançado mão, no Brasil, de importantes dados epidemiológicos que mostram um processo de declínio da prevalência de cárie nas populações jovens.

Pinto (2003, p. 25) aponta que:

De uma situação de prevalência muito elevada de cárie na infância até a década de 1980, o país percorreu uma acelerada trajetória na qual a tendência de queda do índice CPO se consolidou, resultando numa redução de aproximadamente 62% , considerada a idade de 12 anos, entre 1986 e 2002.

Segundo o Levantamento Epidemiológico Nacional SB-2003, o índice CPO-D para crianças de 12 anos, em nível nacional, é de 2,78, ou seja, abaixo da meta preconizada pela OMS para o ano 2000 para esta faixa etária (BRASIL, 2004b).

Se por um lado, o declínio da experiência de cárie dental de escolares brasileiros, conforme a análise de Narvai, Frazão e Castellanos (1999) se deveu a fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados

aos dentífricos e a adoção de uma política de ações coletivas no sistema de saúde, o mesmo quadro não pode ser verificado para as populações de adultos e idosos brasileiros.

Os levantamentos epidemiológicos oficiais (não incluindo as pesquisas locais), demonstram que não houve nenhuma melhora no perfil de saúde bucal destas populações nos últimos 20 anos além da cárie não se constituir no único problema de saúde bucal da população, principalmente quando se aborda adultos e idosos.

O Levantamento Epidemiológico de abrangência nacional que examinou adultos na faixa de 50-59 anos apresentou um índice CPO-D para esta idade de 27,27 na região sudeste e para a faixa de 35-44 anos o índice era de 22,83 para a mesma região (BRASIL, 1989).

Ao abordarem os resultados deste levantamento, Cangussu, Coelho e Castellanos (2001, p. 246) apontam que

[...] a necessidade de uso de prótese total chegava a 41,64% da população dos 35 aos 44 anos, com associação inversa à renda, enquanto dos 50 aos 59 anos este índice atingiu 73,5% da população, sem diferença entre os estratos, caracterizando a assistência odontológica mutiladora e a inevitabilidade da perda dental em todos os níveis de renda.

Pinto (1997), ao abordar a evolução da porcentagem de edentulismo na idade adulta da população brasileira, mostra que em 1986, cerca de 10% da população de 34 anos apresentava ausência total dos dentes. Aos 41 anos e aos 48 anos esta porcentagem subia para 20 e 30 % respectivamente. A partir desta idade, a proporção progride chegando a 40% aos 53 anos, 50% aos 58 anos, 60% aos 63 anos, 70% aos 68 anos e 80 % aos 70 anos de idade.

No Estado de São Paulo, o quadro não apresenta resultados mais favoráveis. No Levantamento Epidemiológico realizado em 1998 pela Secretaria do

Estado da Saúde em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, obteve-se um CPO-D para a faixa etária de 35-44 anos de 21,56 enquanto que para a faixa etária de 65-74 anos este foi de 29,00. Deve-se levar em conta, também, que para esta faixa etária, o nível de desdentados foi de 69% da população com uma necessidade de prótese total de 17,8% para o arco superior e 20,6% para o arco inferior (SÃO PAULO, 1999).

Frazão, Antunes e Narvai (2003, p. 55), ao estudarem a perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade no Estado de São Paulo a partir dos dados deste levantamento, indicam correlações significativas entre:

[...] perda dentária precoce e as variáveis ligadas ao grau de desenvolvimento humano e aos indicadores sociais dos municípios contribuem para fortalecer a hipótese que identifica no processo social mais amplo uma força de determinação de algumas manifestações do processo saúde-doença-neste caso, aquelas relacionadas com um importante aspecto da saúde bucal.

O Levantamento Epidemiológico realizado no Estado de São Paulo, em 2002, mostrou um índice CPO-D de 20,32 para as idades de 35 a 44 anos e de 28,18 para a faixa etária de 65 a 74 anos. Nota-se, assim, um tímido declínio na experiência de cárie no Estado sem, contudo, representar qualquer alteração na análise do perfil de saúde bucal para estas populações (SÃO PAULO, 2003).

Os resultados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003 confirmam esta análise. Os índices CPO-D para as faixas etárias de 35-44 anos e 65-74 anos foram 20,13 e 27,79 respectivamente, ainda correspondendo a uma experiência de cárie considerada muito alta (BRASIL, 2004b).

Se estes índices mostram uma elevada experiência de cárie, o componente P do índice, que indica a perda dentária mostra resultados alarmantes neste levantamento. Na faixa etária de 35-44 anos, este componente perfaz uma porcentagem de 65,72% da composição do índice enquanto que, para as idades de

65-74 anos, esta porcentagem se eleva para 92,95% , mostrando claramente uma situação de mutilação dental considerável e permanente no Brasil, acarretando, automaticamente, numa demanda nada desprezível por serviços de reabilitação protética para esta população (BRASIL, 2004b).

O levantamento ainda apresenta dados importantes quanto ao local de atendimento odontológico destas populações. O serviço público mostrou-se como o local principal de atendimento odontológico para estas faixas etárias com 48,16% para 35-44 anos e 40,50% para 65-74 anos, o que comprova a importância de um planejamento de atenção universal e não mais delimitadora em termos de idade para o acesso à assistência (BRASIL, 2004d).

Os resultados apresentados acima reafirmam a idéia que, para a população adulta e idosa, a Saúde Bucal Coletiva Brasileira ainda se apresenta em estado de dívida social, mostrando uma história crítica de exclusão e mutilação, como demonstrado por diversos levantamentos epidemiológicos que abordaram estas faixas etárias (BOTAZZO; BERTOLINI; CORVÊLHO, 1995; CANGUSSU; COELHO; FERNANDEZ, 2001; MOIMAZ et al., 2002).

2.10 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

A formulação de um novo paradigma para a saúde bucal coletiva que permita formatar um sistema mais integral e universal requer uma análise do papel central dos recursos humanos no processo de trabalho.

Segundo Narvai (2003, p. 476):

As características epidemiológicas, a magnitude e a qualidade das necessidades da população no que se refere às ações de atenção à saúde bucal-ai incluídas as atividades assistenciais individuais, tanto as orientadas ao controle da incapacidade bucal quanto as de natureza preventiva, constituem o referencial básico para tratar das questões relacionadas aos recursos humanos odontológicos no país. Nesse sentido, é indispensável explicitar que tanto as instituições formadoras, quanto às empregadoras de recursos humanos, devem orientar suas respectivas missões institucionais à efetiva implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, imprescindível para a alteração, em abrangência e profundidade, do nosso perfil epidemiológico. Isto implica, certamente, profundas transformações também no sistema brasileiro de formação de recursos humanos odontológicos, o qual se encontra, pelo menos desde 1970, sem qualquer definição substantiva de diretrizes às quais os Formadores tenham de se submeter e que possibilite ao poder público efetivamente avaliá-los.

Para Botazzo (1996), a prática odontológica estrutura-se com base no modelo de consultório onde a “fração pública” desta odontologia ratifica esse modelo e permanece como prática de exclusão social.

O autor (2002), ao fazer o discurso de abertura do VI Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO)-2002, afirma que:

Os propósitos do setor público não podem ser confundidos com os dos produtores privados. Incorporar técnicos e auxiliares de saúde bucal no processo de trabalho –THD e ACD- é tarefa urgente e jamais cumprida. Apontamos com frequência que o setor público reproduz acriticamente o modelo privado da odontologia e depois nos esquecemos que a força de trabalho em saúde bucal é um dos traços distintivos de superação desta crítica. E continuamos atrelados ao enfoque clínico da faculdade em parte porque continuamos seduzidos por ele e em parte porque nos é difícil vermo-nos em oposição às entidades da categoria.

A este modelo deve ser acrescida a clássica visão monopolista do saber do cirurgião-dentista, onde este é o centro de qualquer atividade clínica e nada nem ninguém é capaz de substituir o conhecimento adquirido nas faculdades, que num outro reflexo do contexto neoliberal brasileiro, foram criadas sem nenhum critério nos últimos anos, totalizando, no início de 2004, 161 faculdades que formam, anualmente, quase 10.000 profissionais, das quais 48 encontram-se no Estado de São Paulo (BRASIL, 2004a).

A formação do cirurgião-dentista é retratada por Garrafa (1993, p. 54) quando afirma que:

As universidades continuam jogando todo ano no mercado um oceano de novos profissionais de nível superior (médicos, dentistas, enfermeiros, nutricionistas, etc) que na sua maioria ou não se interessam pelo que significa a reforma Sanitária e muito menos o SUS, municipalização, universalidade, equidade [...].

O desinteresse de alunos de graduação pelas questões da saúde coletiva reflete uma construção de uma imagem social que reforça o cirurgião dentista voltado a uma prática individualista, mercadológica e tecnicista. Este interesse, infelizmente, ressurgiu depois da graduação e voltado ao estudo preparatório para concursos, quando o mesmo graduado se depara com a incompatibilidade da imagem recebida no curso e a realidade do mercado de trabalho brasileiro.

2.11 O ESTADO DE SÃO PAULO E A SAÚDE BUCAL

A estruturação de um novo modelo de atenção em saúde bucal para a rede pública do Estado de São Paulo acompanhou o processo de implantação do SUS no país. O “Programa Estadual de Saúde Bucal – Diretrizes para os Programas Regionais e Municipais”, aprovado pela Resolução CIS-SP 12/89 apontava para a organização de um modelo assistencial que alterasse a prática odontológica, preconizando a universalização da atenção dentro de uma visão epidemiológica; reorganizando os processos de trabalho com a incorporação de pessoal auxiliar trabalhando em clínicas modulares e estruturação de uma rede hierarquizada de

assistência, utilizando inclusive a rede conveniada e contratada para os níveis secundário e terciário (SÃO PAULO, 1989).

O Relatório Final da II Conferência Estadual de Saúde Bucal, realizada em 1993, apontava para uma heterogeneidade no desenvolvimento das ações de saúde bucal nos diversos municípios do Estado de São Paulo, com importantes discrepâncias regionais (SÃO PAULO, 1993).

Quanto à assistência, o Relatório apontava que (SÃO PAULO, 1993):

[...] no atendimento à saúde bucal não se observam os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização e hierarquização dos serviços. Na verdade, existem apenas, de maneira geral, atendimento de urgência e procedimentos coletivos desorganizados.

Ainda que preconizasse a universalização da assistência, o Relatório afirma que (SÃO PAULO, 1993):

Deve-se utilizar critérios sociais e epidemiológicos com a participação da comunidade para se estabelecer prioridades, que não impliquem em exclusão social. Grupos populacionais tradicionalmente “não prioritários”, como, por exemplo, 0 a 3 anos e adultos, devem ser considerados, com a priorização do atendimento da faixa etária de 4 a 14 anos em espaço próprio, dentro da Unidade Básica de Saúde.

Naquele momento, ainda percebia-se uma priorização da assistência para as populações mais jovens, mesmo que no nível primário de atenção.

A atenção secundária é mencionada na medida que o relatório (SÃO PAULO, 1993) aconselha que: “O SUS deve garantir o atendimento especializado em centros de referência de especialidades odontológicas ou ambulatorios de especialidades através de um sistema de referência e contra-referência”.

Este relatório serviu como base para a elaboração do documento “Diretrizes para a Política de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo”, apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde em 1995, onde este modelo descrito é ratificado,

reforçando inclusive a universalização do acesso à assistência e à atenção, incluindo aí as ações coletivas para toda a população (SÃO PAULO, 1995).

Já nas considerações iniciais, o documento aponta o eixo desta política, quando afirma (SÃO PAULO, 1995, p. 6):

É escopo desta Política criar condições para que os municípios do Estado de São Paulo organizem seus serviços de saúde bucal de forma a possibilitar o alcance das metas estabelecidas localmente, coerentes, entretanto, com as metas estaduais e nacionais e ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Essas metas referem-se à redução e ao controle da cárie dentária, da doença periodontal, das oclusopatias e do câncer bucal, dentre outras.

Este documento também reafirma a necessidade de um planejamento de assistência em todos os níveis mantendo o princípio de hierarquização, como foi abordado (SÃO PAULO, 1995, p. 11): “A hierarquização dos serviços deve ser definida para que o usuário tenha acesso aos diferentes níveis de complexidade tecnológica e se aumente a capacidade resolutiva dos equipamentos”.

A hierarquização do sistema é abordada de forma clara, como segue o documento (SÃO PAULO, 1995, p. 12):

Assim, atividades de elucidação diagnóstica, cirurgia bucal, endodontia, periodontia, ortodontia e prótese devem ser desenvolvidas em centros de referência e ambulatorios de especialidades, estabelecendo com a rede básica um sistema de referência e contra-referência. Em municípios menores tal sistema pode ser viabilizado por meio de consórcios intermunicipais e convênios com outras instituições.

O mesmo documento (SÃO PAULO, 1995, p. 15) aborda também, de forma contundente, a questão de recursos humanos ao afirmar a necessidade de uma importante análise desta questão:

A Constituição da República assegura competência ao SUS para ordenar a formação de recursos humanos para a saúde. Tal ordenação deve ser compreendida em suas dimensões quantitativa e qualitativa; ou seja, quantos e quais RH são necessários à sociedade. Assim, tanto a formação quanto o desenvolvimento de recursos humanos estarão orientados para a implantação e consolidação da Equipe de Saúde Bucal como sujeito do trabalho nos Sistemas Locais de Saúde. A proporção de cirurgiões-dentistas (CD) por habitantes no Estado de São Paulo pode ser considerada satisfatória, de modo geral. Trata-se de mantê-la e prosseguir enfrentando o

problema da anacrônica monopolização do processo de trabalho pelo profissional de nível universitário. A SES considera desnecessária, pelo menos até o final deste século, a abertura no Estado de São Paulo de novos cursos para a formação de cirurgiões-dentistas. Para dar conseqüência a esse entendimento, atuará junto ao Conselho Nacional de Saúde e aos órgãos de “gestão” do SUS e do Sistema Educacional, para fazer **valer** seu papel “ordenador” nesse campo. Isso implica produzir profundas transformações no sistema de formação de recursos humanos odontológicos, o qual encontra-se, presentemente, também NO Estado de São Paulo, sem controle efetivo por parte do poder público.

Esta movimentação política em direção a uma nova estruturação do sistema de saúde bucal no Estado de São Paulo, fundamentado nos alicerces dos princípios do SUS caracteriza-se pelos Encontros Paulistas de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO), importante espaço de intercâmbio de experiências e idéias da saúde bucal coletiva paulista, (um destes já citado anteriormente) cujas cartas finais que, ao reproduzirem e resumirem as discussões de cada evento, denotam um substancial crescimento nas propostas de reformulação do sistema de saúde bucal paulista.

Dentre as várias cartas, destaca-se a mais recente, elaborada no encontro de Marília, em maio de 2004 onde, entre as asserções, observam-se as considerações sobre a atenção secundária, como demonstra a recomendação (SÃO PAULO, 2004): “Destinar recursos financeiros do governo estadual em complementação aos dos municípios para o custeio dos centros de referência de especialidades odontológicas de caráter regional”.

Além da recomendação reforçando o conceito da hierarquização do sistema, ainda observa-se uma ênfase nesta abordagem, como segue (SÃO PAULO, 2004): “Assegurar que a montagem de centros de especialidades seja precedida de um diagnóstico das necessidades de saúde bucal da população da área de abrangência”.

A questão de recursos humanos também foi amplamente abordada pela Carta de Marília, quando são sugeridas ações que visam à formação de recursos humanos para as equipes de saúde bucal, educação permanente destas incluindo aí os Agentes Comunitários de Saúde (na medida em que a saúde bucal seja inserida no PSF), bem como a necessidade de se envolver as questões de saúde bucal nas várias instâncias da participação social do SUS (SÃO PAULO, 2004).

Neste sentido, é possível observar, através de uma bibliografia centrada em documentos oficiais, que a elaboração de cunho técnico e política de um novo modelo de gestão da saúde bucal coletiva no Estado de São Paulo vem sendo construída desde o início do processo de implantação do SUS no Estado, não ficando à margem deste, tanto no nível central como no controle social. Este fato justifica a opção metodológica de resgatar esta bibliografia como referencial teórico para a análise de uma situação atual do sistema.

Assim, é possível afirmar que, mesmo que o processo de implantação do Sistema Único de Saúde tenha ocorrido de forma lenta e com permanentes intervenções de uma ideologia econômica reducionista e conservadora, ocorreu uma importante configuração política através de um arcabouço jurídico que configura a saúde como direito da sociedade. O permanente controle deste processo, exercido pela sociedade brasileira e sua participação neste, deve garantir, entre outras medidas, a implantação e execução de uma oferta de assistência e estratégias no plano da atenção a saúde, por parte dos gestores em todos os níveis de governo, que caminhe no sentido de universalizá-las e que busque, numa perspectiva ampla, a integralidade destas; razão pela qual optou-se, neste trabalho, pesquisar como este processo tem se dado na prática, na área da atenção a saúde bucal no Estado de São Paulo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Discutir, a partir da revisão de artigos e documentos oficiais, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil - com ênfase na inserção da saúde bucal nesse sistema -, no que diz respeito à universalização da assistência e à busca por uma integralidade, sob a perspectiva da política econômica de cunho neoliberal adotada no país desde o final da década de 80.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Analisar o acesso da população, por faixas etárias, à assistência e ações coletivas, bem como a oferta de serviços especializados nos municípios que compõem o Estado de São Paulo, visando identificar o grau de universalização da assistência e a integralidade da atenção com relação à saúde bucal.

4 METODOLOGIA

O Estado de São Paulo, localizado na região sudeste do território nacional, ocupa uma área de 248.209,426 km² e, segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano 2000 (IBGE, 2000), conta com uma população de 37.032.403 habitantes distribuídos em 645 municípios. Estes municípios se encontram divididos, para efeitos administrativos da Secretaria do Estado da Saúde, em 24 regiões conhecidas como Direções Regionais (DIR), distribuídos conforme o Quadro 4.1:

Quadro 4.1 – Numero de municípios, segundo Direção Regional de Saúde (DIR), Estado de São Paulo, 2004.

DIR	MUNICÍPIO POLO	N° de Municípios
I	SÃO PAULO	01
II	SANTO ANDRÉ	07
III	MOGI DAS CRUZES	11
IV	FRANCO DA ROCHA	05
V	OSASCO	15
VI	ARAÇATUBA	40
VII	ARARAQUARA	25
VIII	ASSIS	25
IX	BARRETOS	20
X	BAURÚ	41
XI	BOTUCATÚ	30
XII	CAMPINAS	42
XIII	FRANCA	22
XIV	MARÍLIA	34
XV	PIRACICABA	25
XVI	PRESIDENTE PRUDENTE	45
XVII	REGISTRO	15
XVIII	RIBEIRÃO PRETO	25
XIX	SANTOS	09
XX	SÃO JOÃO DA BOA VISTA	21
XXI	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	12
XXII	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	100
XXIII	SOROCABA	48
XXIV	TAUBATÉ	27
TOTAL		645

Fonte: São Paulo (2003)

Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2004), o Estado de São Paulo dispõe de 60.045 cirurgiões dentistas (CD), 485 técnicos de higiene dental (THD), além de 9.208 auxiliar de consultório dentário (ACD). Destes, 9.381 CD, 3.927 ACD e 242 THD trabalham na rede pública (SÃO PAULO, 2004a).

Num processo paralelo à abordagem teórica da análise da situação da inserção contemporânea da saúde bucal no Sistema Único de Saúde no que diz respeito à universalização da atenção e a hierarquização da rede e servindo como referencial para uma análise do sistema, foi realizada uma pesquisa junto a todos os municípios do Estado de São Paulo (645), configurando-se como um censo, para verificar o acesso da população, por faixas etárias, à assistência e ações coletivas, bem como a oferta de serviços especializados nos municípios que compõem o Estado de São Paulo, visando identificar o grau de universalização da assistência e a integralidade da atenção com relação à saúde bucal. Um primeiro questionário piloto foi elaborado junto com uma carta de apresentação, com o objetivo de ser submetido aos interlocutores de saúde bucal da Direção Regional de Saúde V (região de Osasco, na região metropolitana de São Paulo) da Secretaria do Estado da Saúde.

Esse questionário foi dividido em 6 partes a serem preenchidas pelos interlocutores:

- a) Identificação do município com nome, população, DIR correspondente e porte municipal, que seria preenchido pela coordenação da pesquisa.
- b) Perfil da atenção em saúde bucal, com número de cirurgiões dentistas na rede pública, prestando serviços em escolas públicas, em Unidades Básicas de Saúde, em ambulatórios de especialidades bem como o número de Unidades Básicas de Saúde com atendimento odontológico.

- c) Atenção secundária incluindo o número de ambulatórios de especialidades com saúde bucal, pronto-socorros com atendimento odontológico 24 horas ou outros serviços de urgência.
- d) As especialidades prestadas no município e o questionamento sobre a existência de um sistema de referência e onde este é feito.
- e) A assistência visando conhecer as faixas etárias cobertas tanto por assistência individual como por ações coletivas.
- f) Indicadores de saúde bucal com informações sobre a atenção básica e a atenção secundária.

Estes interlocutores dos 15 municípios que constituem a citada DIR reúnem-se periodicamente para debater assuntos pertinentes à realidade de saúde bucal da região no Comitê de Saúde Bucal da DIR V. Entre estes, nove municípios da região foram contatados e retornaram os questionários devidamente respondidos com comentários.

A partir do questionário original, foram feitas as seguintes alterações:

- a) No perfil de atenção em saúde bucal, foram delimitados os campos para a colocação do número de cirurgiões dentistas com carga horária de 20, 30 e 40 horas semanais.
- b) Foram acrescentadas especialidades que não constavam do menu anterior.
- c) No que se refere ao sistema de referência e contra-referência, foi constatada a existência de um sistema de referência oficial e um outro, não-oficial, por parte dos municípios, o que foi devidamente corrigido no questionário e permitindo a identificação das especialidades e onde o sistema é realizado.

d) Foi suprimida a parte de indicadores, pois os interlocutores de saúde bucal alegaram dificuldade no preenchimento destes campos, o que ocasionaria uma demora na devolução do questionário ou mesmo uma não devolução do mesmo.

Assim, um novo questionário foi elaborado já incorporando as sugestões dos interlocutores de saúde bucal dos municípios da DIR V. Este questionário foi devidamente diagramado para que todas as informações e tivessem contidas numa única página para facilitar o preenchimento (ANEXO B).

Foram tiradas 645 cópias do tipo xerox (custo de R\$49,00). Além disso, foram adquiridos 645 envelopes de papel craft tamanho médio juntamente com 645 envelopes de correspondência tamanho médio (custo total R\$51,00), pois o objetivo era enviar os questionários já com envelopes devidamente selados para a remessa do retorno por parte do coordenador de saúde bucal de cada município do Estado de São Paulo. Para tal, foi confeccionado um carimbo (custo de R\$12,00) com os dados do pesquisador (nome endereço) que foi utilizado nos envelopes para a postagem dos questionários respondidos bem como foram adquiridos 650 selos de correspondência individual (custo de R\$345,00). Como o selo tinha o valor de R\$0,50 e este corresponde ao valor de postagem de cartas com dados pessoais e não institucionais, foi elaborado um lembrete colado no verso de cada envelope solicitando ao remetente que colocasse seus dados pessoais no envelope e não dados institucionais, para não haver problemas de postagem.

Estes envelopes contendo o questionário a ser preenchido e um envelope para a postagem foram encaminhados à Secretaria do Estado da Saúde (área técnica de saúde bucal), que encaminhou aos municípios, na figura do Secretário de Saúde Municipal, juntamente com uma carta de apresentação, explicando o

propósito da pesquisa e visando facilitar a colaboração e retorno da pesquisa ANEXO C).

Para a devida tabulação e apuração dos dados, foi utilizado o programa EPI 6.04 (de domínio público), do Center of Disease Control do Departamento de Saúde do governo americano.

Assim, na medida que os envelopes contendo os questionários respondidos chegavam à residência do pesquisador, os dados eram devidamente digitados.

A classificação de porte dos municípios seguiu o modelo utilizado pelo Projeto SB Brasil 2003, do Ministério da Saúde que teve como objetivo pesquisar as condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004f) e classificou os municípios em cinco portes:

1. Até 5.000 habitantes;
2. De 5.001 a 10.000 habitantes;
3. De 10.001 a 50.000 habitantes;
4. De 50.001 a 100.000 habitantes;
5. Mais de 100.000 habitantes

Os valores do **IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**, do IBGE, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e da Fundação João Pinheiro (FJP), foram obtidos através das informações do perfil de cada município do Estado de São Paulo, contidas no *site* da Fundação SEADE (SÃO PAULO, 2004a). O IDHM é construído tomando-se município como unidade de análise, a partir das dimensões de longevidade, educação e renda, que participam com pesos iguais na sua determinação. O IDHM se situa entre 0 (zero) e 1(um), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento humano. Para referência, segundo

classificação do PNUD, os valores distribuem-se em 3 categorias (SÃO PAULO, 2004a):

- a) Baixo desenvolvimento humano, quando o IDHM for menor que 0,500.
- b) Médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800.
- c) Alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

As especialidades odontológicas contidas no questionário foram selecionadas com base nos procedimentos contidos na tabela de procedimentos de especialidades odontológicas do DATASUS (BRASIL, 2004g).

5 RESULTADOS

A porcentagem de retorno dos questionários enviados foi de 58,4%, o que representa um total de 377 municípios de um total de 645 que compõem o estado de São Paulo. A lista de municípios que responderam ao questionário encontra-se no Anexo D.

5.1 PERFIL DOS MUNICÍPIOS

A distribuição dos municípios por regiões distritais de saúde (DIR) está apresentada na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 – Distribuição de frequência da amostra, segundo número de municípios do Estado de São Paulo por Direção Regional de Saúde, 2004

DIR – Munic. Polo	MUNICÍPIOS		
	DIR Nº	Amostra Nº	%
I- São Paulo	1	1	100
II-Santo André(ABCD)	7	5	71,4
III-Mogi das Cruzes	11	5	45,4
IV- Franco da Rocha	5	3	60,0
V- Osasco	15	9	60,0
VI- Araçatuba	40	21	52,5
VII- Araraquara	25	15	60,0
VIII- Assis	25	18	72,0
IX- Barretos	20	9	45,0
X- Bauru	41	23	56,1
XI- Botucatu	30	13	43,3
XII- Campinas	42	29	69,0
XIII-Franca	22	13	59,1
XIV-Marília	34	26	76,5
XV- Piracicaba	25	19	76,0
XVI-Pres.Prudente	45	28	62,2
XVII-Registro	15	7	46,7
XVIII-Rib. Preto	25	15	60,0
XIX-Santos	9	5	55,5
XX-São J. da Boa Vista	21	14	66,7
XXI-S.J.Camp.	12	9	75,0
XXII-S.J.do Rio Preto	100	54	54,0
XXIII-Sorocaba	48	26	54,2
XXIV-Taubaté	27	10	37,0
TOTAL	645	377	58,4

A Tabela 5.2 apresenta a distribuição dos municípios extratificado por porte populacional segundo o número de habitantes, na amostra pesquisada.

Tabela 5.2 – Distribuição de freqüência dos municípios segundo porte, na amostra, Estado de São Paulo, 2004.

MUNICÍPIOS		
PORTE (n^o habitantes)	N^o	%
Até 5.000 hab.	101	26,8
De 5001 a 10.000 hab.	61	16,2
De 10.001 a 50.000 hab.	132	35,0
De 50.001 a 100.000 hab	37	9,8
Mais de 100.001 hab.	46	12,2
TOTAL	377	100,0

Em termos populacionais, a soma da população dos municípios que responderam à pesquisa foi de 28.813.610 habitantes, o que representa uma porcentagem de 72,5% da população do Estado - 39.710.055 habitantes segundo dados da Fundação SEADE em fevereiro de 2005 (SÃO PAULO, 2005).

No que diz respeito à modalidade de gestão dentro do Sistema Único de Saúde, nota-se que todos os municípios se encontram credenciados em uma das três possíveis modalidades de gestão, conforme mostra a Tabela 3:

Tabela 5.3 - Distribuição de freqüência da amostra, segundo modelos de gestão no Sistema Único de Saúde, Estado de São Paulo, 2004.

GESTÃO	N^o	%
Plena da Atenção Básica	150	39,8
Plena da Atenção Básica Ampliada	148	39,2
Plena do Sistema	79	21,0
TOTAL	377	100,0

Em termos de desenvolvimento, a média de IDH-M do total de municípios foi de 0,782, situando na categoria de **médio desenvolvimento humano** de acordo com a classificação do IBGE. O município de menor IDH-M registrado foi Itaoca, com 0,650 e o maior foi São Caetano do Sul, com 0,919.

5.2 PERFIL DE RECURSOS HUMANOS NA REDE PÚBLICA

A amostra dos municípios apresentou um total de 7.051 cirurgiões dentistas trabalhando no Sistema Único de Saúde com carga horária distribuída conforma mostra a Tabela 5.4.

Tabela 5.4 - Distribuição de freqüência de Cirurgiões Dentistas na amostra, segundo carga horária semanalde trabalho na rede pública, Estado de São Paulo, 2004.

CARGA HORÁRIA SEMANAL	N °	%
20 horas	5.836	82,7
30 horas	254	3,6
40 horas	961	13,6
TOTAL	7.051	100,0

Com relação ao local de trabalho do cirurgião dentista, 97,6% dos municípios declararam ter cirurgiões dentistas trabalhando em 1763 Unidades Básicas de Saúde com assistência de saúde bucal (4606 profissionais) e 77,2% de municípios ainda contam com cirurgiões dentistas prestando assistência em escolas públicas (total de 1493 cirurgiões dentistas, correspondendo a 21,1% de cirurgiões dentistas).

Em termos de pessoal de nível médio, obteve-se um total de 2.906 auxiliares de consultório dentário, onde 17% dos municípios declararam não dispor de nenhum

ACD e 52,7% dos municípios têm entre 1 e 5 ACD. O total de técnicos de higiene dental obtido foi de 232 sendo que 91,2% dos municípios não dispõem deste profissional em suas equipes de saúde bucal. Estes resultados mostram um baixo número de equipes de saúde bucal multiprofissionais no Estado de São Paulo, inclusive dificultando a inserção de equipes de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família, já que as duas modalidades previstas para saúde bucal requerem estes profissionais (Portaria MS n° 1444 - BRASIL, 2000).

5.3 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

A presença de ambulatórios de especialidades em saúde bucal foi constatado em 19,6% dos municípios (74 municípios) num total de 116 ambulatórios, onde trabalham 1275 cirurgiões dentistas (18,0% do total de profissionais). Um total de 149 Unidades Básicas de Saúde realiza procedimentos de especialidades odontológicas. A presença de pronto socorro com atendimento 24 horas para urgências foi constatada em 23 municípios, totalizando 36 pronto socorros.

Tratando-se de especialidades odontológicas oferecidas, 48% dos municípios declararam não dispor de atendimentos especializados (181 municípios). Entre as especialidades oferecidas em 196 municípios (52,0% da amostra), a Tabela 5.5 mostra a distribuição de porcentagens:

Tabela 5.5 - Distribuição de frequência de municípios na amostra, segundo especialidades odontológicas oferecidas na rede pública, Estado de São Paulo, 2004.

ESPECIALIDADE	Nº	%
Endodontia	112	29,7
Cirurgia Oral Menor	101	26,8
Prótese Total	100	26,5
Pacientes Especiais	95	25,2
Periodontia	59	15,6
Semiologia	52	13,8
Prótese Removível	51	13,5
Cirurgia BMF	38	10,1
Ortodontia	22	5,8
Prótese Fixa	10	2,7

No que diz respeito ao sistema de referências, 231 municípios (61,3%) declararam dispor de sistema de referências oficiais para especialidades odontológicas. No caso afirmativo, foi solicitado que fossem listadas as especialidades e as principais respondidas foram endodontia, periodontia, cirurgia e semiologia. No que se refere à localização destas referências, a maior parte das respostas referiram-se a grandes centros urbanos próximos e a Faculdades de Odontologia. Estes mesmos resultados foram obtidos para o sistema de referências não oficiais, que foram respondidos por 96 municípios (25,5%). Somente 45 municípios declararam ter sistemas oficiais e não oficiais de referência.

Entre os municípios que responderam ao questionário, 284 (75,3%) responderam que não dispõem de sistemas de referência para especialidades odontológicas.

5.4 ASSISTÊNCIA

A Tabela 5.6 mostra a frequência de atendimento odontológico por faixa etária:

Tabela 5.6 - Distribuição de frequência de municípios na amostra, segundo grupo etário coberto pela assistência Odontológica na rede pública, Estado de São Paulo, 2004.

Grupo etário	N °	%
0 a 2 anos	244	65,4
3 A 14 anos	351	93,1
15 a 21 anos	303	80,4
gestantes	331	87,8
adultos	313	83,0
idosos	315	83,6

O total de municípios que declararam universalizar o acesso a todas as faixas etárias foi de **52,5% (197 municípios)**, ou seja, pouco mais da metade da amostra. Deve-se alertar que este número poderá estar refletindo respostas que incluem um atendimento de urgências, o que deveria ser analisado numa pesquisa qualitativa sobre acesso a esta assistência. No que diz respeito ao atendimento a populações específicas, destaca-se que 32 municípios (8,48%) declararam oferecer assistência odontológica somente a crianças de 0 a 14 anos e a gestantes, não atendendo adolescentes, adultos e/ou idosos.

5.5 AÇÕES COLETIVAS

A Tabela 5.7 mostra a distribuição de frequência de ações coletivas por faixa etária entre os municípios que realizam tais procedimentos:

Tabela 5.7 - Distribuição de frequência de municípios na amostra, segundo grupo etário que realizam ações coletivas na rede pública, Estado de São Paulo, 2004.

GRUPO ETÁRIO	N °	%
0 a 2 anos	216	57,3
3 a 14 anos	370	98,1
15 a 21 anos	63	16,7
Gestantes	148	39,3
Adultos	42	11,1
Idosos	91	24,1

Estes resultados mostram uma tendência de realização de ações coletivas de cunho preventivo voltadas para crianças, não universalizando o acesso a estas ações às demais faixas etárias, confirmando a noção de um processo de integralidade seletiva.

6 DISCUSSÃO

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil numa perspectiva universal rompeu com inúmeras barreiras na tentativa de poder preencher o vácuo histórico de políticas públicas sociais brasileiras que, de uma forma geral, sempre se apresentaram com uma tendência de exclusão, não respondendo às necessidades da sociedade brasileira, esta marcada por uma realidade de desigualdade e injustiça social.

O final do século XX foi marcado, assim, por um paradoxo sem precedentes para a saúde brasileira. Por um lado, a estruturação de um marco jurídico-legal de um sistema de saúde brasileiro que refletia uma importante movimentação política – a Reforma Sanitária- que traduzia os anseios históricos não só advindos de setores técnicos do movimento sanitário, mas que sintetizava expressões de vários segmentos da sociedade brasileira, balizando o que consideramos a maior Revolução Sanitária já ocorrida neste país. Este processo, que considera saúde/doença como um dos elementos do conjunto de direitos essenciais e básicos de toda a sociedade para sua digna sobrevivência como moradia, trabalho, lazer, transporte entre outros e não mais mercantiliza a saúde, demarcando as bases de um “welfare state” brasileiro, provocou a elaboração de novos paradigmas para a atenção em saúde, inclusive permitindo uma participação maior da sociedade de forma mais democrática na elaboração das políticas públicas como ocorrem nas Conferências de Saúde, em todos os âmbitos políticos da Federação. Este processo pode ser visto, através da vasta literatura científica que aborda a reforma sanitária ocorrida no Brasil além dos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde,

destacando a VIII CNS (Brasil, 2004) em cujo Relatório observa-se claramente um processo de construção de um sistema mais redistributivo, menos mercantilizado, mais universal e acessível à sociedade brasileira.

Ao mesmo tempo em que este processo se consolidava e o Sistema Único de Saúde vai sendo implantado, o Estado brasileiro adota uma política marcadamente de cunho neoliberal, caracterizada pela redução de atividades estatais reguladas pela leitura de um “Estado mínimo”, como expõem vários autores citados nesta dissertação entre os quais Cohn (1997); Laurell (1997; 2000) e Souza (1996). Estes mecanismos, consolidados no processo político de reestruturação das estruturas democráticas no país, vieram acompanhados de reformas fiscais de ajuste no erário público, seguindo as recomendações das agências internacionais de financiamento como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, cujo relatório que trata da saúde dos países em desenvolvimento refletem de forma profunda o reflexo destas opções liberalizantes na diminuição e compactação das atividades do Estado neste setor, vital para o desenvolvimento de qualquer sociedade, independente de seu grau de desenvolvimento.

A redução das atividades do Estado, na área da saúde, acompanhada de um processo de regulação seletiva e um descomprometimento do próprio Estado com políticas de cunho social, geraram um descompasso e uma desaceleração na implantação efetiva do SUS no Brasil onde a “cesta mínima” da qual trata o Relatório do Banco Mundial (1993) e contraposto por Laurell (2000) poderia sugerir uma opção pela organização de uma atenção básica como suficiente para a política neoliberal da saúde, não se estruturando de forma planejada e eficiente para atender a grande demanda da sociedade brasileira por todos os níveis de atenção

na saúde, incluindo ações especializadas de média e alta complexidade. Os anos que se seguem à implantação do SUS para a área da saúde, são marcados por resultados silenciosos a favor do novo sistema implantado enquanto que setores mais resistentes a mudanças “vendiam” para a sociedade imagens de filas intermináveis, falta de profissionais ou estes em permanente estado de greve por questões salariais e assim se consolidava a imagem que o SUS, gerido pelo Estado, é ineficiente e incompetente.

Todos estes processos, capitaneados por governos que geriam o Estado visando reduzir as atividades deste em setores vitais da sociedade, fortaleceram as estruturas de um outro sistema que, de forma paralela e numa prática mercantilista, absorvia uma parcela considerável da sociedade brasileira através do consumo de planos de assistência médica provada, permitindo a estes consumidores “comprar” sua atenção médica especializada (no nível secundário de atenção), obter seus benefícios junto ao Estado (isenção fiscal como, por exemplo, o abatimento de despesas com o sistema de saúde privado na declaração de renda) e, ao mesmo tempo, usufruir ações públicas e universais em nível primário (como ações de prevenção e vigilância, marcadamente universalizadas) e terciário (alta tecnologia), organizadas e oferecidas pelo mesmo sistema que rechaçam.

Assim o SUS, não mais se configurando como o sistema único de saúde, passa a ter características residuais, atendendo em todos os níveis de atenção os setores “menos” favorecidos da sociedade e excluindo os setores “mais” favorecidos, efetivando o sistema que Faveret Filho e Oliveira (1990) designaram de universalização excludente.

Apesar da Reforma Sanitária ter sido considerada como esgotada em sua abordagem inicial, como sugerem Elias e Cohn (2003), as contribuições de Noronha

e Soares (2001) mostram-se pertinentes na conjuntura atual; onde a reforma Sanitária tem uma agenda importante na consolidação do SUS como o sistema de saúde brasileiro que regule, através de conceitos como equidade e integralidade, os mecanismos adjacentes e supostamente suplementares de assistência sem, contudo, aumentar os mecanismos de exclusão ou entregar ao mercado a missão de regular e resolver, simultaneamente, os principais problemas de saúde do povo brasileiro.

Sem ser possível (e não ter sido o objeto de estudo), nesta dissertação, fazer uma relação denexo causal entre o processo neoliberal e a estruturação do SUS no país pois, para tal, seriam necessárias metodologia e abordagens distintas, é possível afirmar que houve reflexos importantes na opção político-econômica de governos brasileiros desde a configuração constitucional da Seguridade social brasileira no processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, acarretando o convívio forçado deste com um sistema paralelo e, às vezes, porque não concorrente, porém com profundas concepções distintas a respeito de saúde e como resolver a demanda de doença da população.

Apesar destes mecanismos, aqui designados como sistema de membrana da saúde brasileira, são incontáveis os avanços e resultados positivos que a implantação do SUS trouxe para a sociedade brasileira entre os quais destacam-se os métodos de prevenção de aids, reconhecido internacionalmente e o número de procedimentos de alta complexidade realizados pelo SUS anualmente em todo o território brasileiro.

A saúde bucal brasileira também passou por profundas transformações, acompanhando o processo de Reforma Sanitária brasileira. A noção de saúde bucal coletiva não só permitiu uma ruptura com um modelo hegemônico da odontologia

brasileira, como o descrito pelo Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde e que trouxe importantes benefícios para a sociedade brasileira, mas permitiu um processo de politização maior no campo odontológico para que novas propostas e alternativas fossem delineadas para conter o histórico processo de universalização excludente da odontologia pública brasileira que, agregando fatores próprios aos conceitos discutidos por Faveret Filho e Oliveira (1990), refletiu-se em resultados dramáticos para a sociedade como os obtidos da pesquisa realizada pelo IBGE, em 2000 (PNAD) que mostrou que 18,7 milhões de brasileiros nunca haviam visitado um dentista, o que corresponde a quase 10% da população brasileira.

Três fenômenos poderiam contribuir para este processo de exclusão e integralidade seletivas da atenção em saúde bucal na sociedade brasileira que, de forma conjunta ou separadamente, atuam como fatores de resistência para a construção de um paradigma de saúde bucal mais acessível e democrático. Além dos fatores já expostos que podem ter dificultado o processo de implantação do SUS que dizem respeito ao processo neoliberal que freou as ações do Estado na área da saúde, uma visão tecnicista e corporativa continua exercendo um papel preponderante nas práticas cotidianas da odontologia brasileira. A visão que isola o campo bucal do restante do corpo humano como se este fosse autônomo e auto-suficiente e que, portanto, o papel exclusivo da profissão seria restaurar, de forma mais eficiente e sofisticada possível este pequeno universo de forma desagregada ao resto da saúde e da forma de vida da população fez com que a prática do serviço público, para muitos profissionais, não passasse de uma contribuição fixa à sua renda mensal sem qualquer vínculo ou comprometimento com sua prática coletiva.

Outro fator importante seria a visão clássica dos gestores da saúde pública brasileira que a saúde bucal não é prioritária, pois não é “tão” ameaçadora para os

níveis de saúde/doença do povo brasileiro e, portanto, pode ser elaborada no contexto da saúde pública como secundária com ações de cunho preventivista voltadas para uma população priorizada, sem se ater com as reais necessidades de toda a população podem ter contribuído para as justificativas neoliberais que a odontologia, por ser muito custosa e “desnecessária”, ficaria restrita, por parte do Estado, a uma assistência universal de cunho mutilador enquanto que, de forma paralela e ainda em menores proporções que a medicina, a modalidade de odontologia de grupo cresce no Brasil atingindo, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, cerca de 4 milhões de habitantes, segundo a ANS (Brasil, 2004b) e com 45 % do número de cirurgiões dentistas no país cadastrados em alguma destas modalidades.

O terceiro fator diz respeito à própria postura da categoria odontológica que, mesmo com um processo de reforma sanitária em desenvolvimento, manteve-se, através de suas instituições corporativas, confirmando um processo de especialização elitista da profissão, reiterando a necessidade de se aprimorar o conhecimento científico e tecnológico numa perspectiva liberal e individualista.

O processo histórico da reforma sanitária bucal brasileira abordado nesta pesquisa dando ênfase aos documentos oficiais que delinearam suas ações mostra com clareza que estes três fatores podem ser superados com propostas eficientes inclusive como já demonstraram os índices epidemiológicos de prevalência de cárie em jovens de 12 anos. À opção pela cárie dental devem ser agregados uma visão mais abrangente das doenças bucais para uma abordagem mais universal, incluindo aí uma leitura multidisciplinar das questões da saúde bucal. Este processo encontra-se em permanente transformação, agregando à sua agenda questões não resolvidas

pela saúde bucal brasileira como a universalização de todos os níveis de atenção, sem excluir setores da população por não poder atender às suas necessidades.

Como recurso metodológico para analisar os reflexos deste processo na Saúde Bucal Coletiva optou-se por uma pesquisa para conhecer o perfil da atenção secundária em saúde bucal no Estado de São Paulo através de um questionário respondido pelos coordenadores e/ou responsáveis pela saúde bucal dos municípios paulistas.

Antes de se analisar propriamente a pesquisa, fazem-se necessárias algumas considerações quanto às limitações desta metodologia. O envio de um questionário ao coordenador de saúde bucal do município faz com que as informações obtidas sejam reflexo de um discurso de somente um dos atores sociais do processo, no caso o gestor público. Outros instrumentos e estudos seriam necessários para avaliar o acesso efetivo da população aos serviços declarados como existentes como este acesso se dá no cotidiano do sistema bem como a cobertura destes. A opção de um questionário pode, em algumas circunstâncias, dar margens a interpretações distintas às inicialmente pretendidas pelo pesquisador seja por um simples descuido ou por vezes como ânsia de mostrar uma situação ideal porém ainda distante de uma realidade local. Neste sentido, as interpretações dos resultados desta pesquisa ficaram restritas aos dados efetivamente obtidos nas respostas recebidas, não tendo sido confrontadas com outras fontes de informação.

Os resultados obtidos sugerem um momento de transição importante de um modelo clássico hegemônico para um modelo de atenção em saúde bucal delineado de acordo com os pressupostos do SUS e apresentados pelos Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e pelos diversos autores apresentados.

É possível observar que todos os municípios retratados já se encontram em uma das três modalidades de gestão do SUS, dentro dos parâmetros de municipalização para transferência de recursos preconizados pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/96 de 06/11/1996) que introduziu as modalidades de gestão plena da Atenção Básica e a gestão Plena do Sistema Municipal diferenciadas pelos recursos de assistência especializada ambulatorial e hospitalar que a última recebe bem como pela Norma Operacional da Assistência (NOAS-SUS 01/2001), que introduziu a modalidade de gestão da Atenção Básica Ampliada, ampliando os recursos da atenção básica com mínimo de média complexidade (NORONHA; SOARES, 2001).

O quadro de recursos humanos ainda reflete uma centralidade na figura do cirurgião dentista, confirmando a análise do relatório Final da VII Conferência Nacional de Saúde. A grande maioria de cirurgiões dentistas (82,7%) são contratados num regime de 20 horas semanais e somente 13,6% num regime de 40 horas, sugerindo um impasse a ser resolvido pelos municípios na questão da inserção de equipes de saúde bucal às equipes de saúde da família já que as modalidades previstas pelo Ministério da Saúde para o recebimento de recursos especiais prevêm um regime de 40 horas para o cirurgião dentista.

No que diz respeito ao pessoal auxiliar de nível médio, é possível observar uma elevada porcentagem de municípios que não dispõem de THD (91,2%), dificultando a formação de uma equipe de saúde bucal, não mais centrada somente na pessoa do CD. Estas observações confirmam a idéia apresentada por Botazzo (2002), ao afirmar que a prática pública não deve reproduzir a prática privada, o que vem ocorrendo devido ao baixo número de pessoal auxiliar integrado bem como vão de encontro às idéias de Narvai (2003) quanto à necessidade do poder público se

envolver na formação e desenvolvimento dos recursos humanos odontológicos no país.

Ao se analisar as modalidades de assistência, nota-se ainda a presença da assistência individual em escolas (com 77,2% de municípios com modalidade de assistência em escolas), o que sugere uma resistência no sentido de permanência deste modelo, não condizente com uma proposta de aumento do número de equipes de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde visando a universalização da assistência, como discutido por Botazzo (2002) e Manfredini (2003) além dos resultados de levantamentos epidemiológicos mostrarem um declínio da prevalência da cárie destas populações escolares, como analisado por Narvai, Frazão e Castellanos (1999).

Quanto à oferta de assistência odontológica na rede básica, os resultados mostraram que a grande maioria das Unidades Básicas de Saúde mantém algum tipo de assistência odontológica (97,3%), mesmo que seja somente na atenção primária.

Os resultados que abordam a atenção secundária e, portanto, a hierarquização do sistema; sugerem uma situação de baixa oferta. Um número baixo de ambulatórios de especialidades odontológicas (19,6% dos municípios dispõem de AE) bem como a quase ausência de atendimento de urgência (93,9 % dos municípios declaram não dispor de Pronto Socorro aberto 24 horas) mostra que, apesar de se ofertar uma assistência especializada, esta pode ainda estar sendo prestada nas Unidades Básicas de Saúde, o que requer uma análise mais aprofundada, pois 22,2 % de UBS dos municípios têm assistência em nível secundário. Estes resultados podem sugerir a presença de dentistas especialistas na rede básica que, de modo individual, fazem procedimentos especializados.

A baixa oferta de ações especializadas em saúde bucal é confirmada pelos dados de produção e repasses financeiros obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS). Segundo estes dados, foi repassado pela União, em 2003, um montante no total de R\$ 3.759.229.260,86 referente à média complexidade em todo o Sistema Único de Saúde e deste valor, somente 0,93 % (35.119.556,00) correspondem às ações especializadas em odontologia (SIASUS) o que sugere uma fraca intervenção do poder público no financiamento da atenção secundária em saúde bucal. Seguindo a mesma fonte de informação, é possível extrair que, de toda a produção de procedimentos odontológicos no SUS, as ações de especialidades perfazem uma porcentagem de 3,65 % do total para o Brasil e 3,40% para o Estado de São Paulo, no ano de 2003. Estes dados não condizem com a demanda epidemiológica das populações adultas e idosas, conforme o Levantamento Epidemiológico SB 2003, que requerem uma oferta maior de atenção secundária para terem suas necessidades atendidas.

Um estudo de acesso mais aprofundado seria necessário para a análise da assistência em nível secundário inclusive pelo fato de haver municípios que declararam ofertar procedimentos reabilitadores protéticos e não dispõem nem mesmo de ambulatórios de especialidades. Estes resultados podem sugerir, principalmente para municípios de pequeno porte, um sistema de encaminhamentos à rede privada, o que não caracteriza uma oferta dentro do SUS e o que descaracterizara princípios fundamentais deste. Este raciocínio é reforçado pela existência de um sistema de referências não oficiais incluindo diversas Instituições de Ensino Superior no próprio município ou em municípios próximos que confirmam a importância destas num sistema de referência para o SUS, mas que, em muitas vezes, por não existir acordos formais entre os gestores locais do SUS e as

faculdades, ficam à mercê de disponibilidade de vagas residuais, acarretando longas esperas e não caracterizando uma oferta de boa resolubilidade. Ainda quanto à oferta de atenção secundária, é importante destacar que quase metade dos municípios (48 %) declarou não dispor de assistência nesta modalidade.

Quanto aos resultados de assistência por faixa etária, ainda é possível verificar que crianças de 3 a 14 anos representam a faixa etária predominante dos atendimentos apesar da frequência de assistência a adultos e idosos ter sido elevada relativamente, seria necessária uma avaliação da qualidade desta assistência pois pode ter havido uma confusão nestas respostas, onde atendimentos de caráter emergencial foram incluídos, o que não caracterizaria uma assistência regular nos serviços. Neste sentido, a universalização da assistência ainda representa um objetivo a ser atingido, mesmo em nível de atenção básica.

As ações coletivas reforçam a idéia anterior já que enquanto a grande maioria destes procedimentos é realizada para população infantil (98,1% para faixa etária de 3 a 14 anos) somente 11,1% dos municípios declaram realizar ações coletivas para populações adultas e 24,1% para idosos, configurando-se, novamente, uma situação de universalidade e integralidade excludentes e seletivas.

Deve ser levado em conta que a metodologia adotada pode gerar erros significativos nas respostas bem como uma manipulação até mesmo política já que os questionários foram respondidos por coordenadores de saúde bucal dos municípios, podendo gerar constrangimentos ao responder o questionário.

Neste sentido, reafirma-se a necessidade de novas pesquisas qualitativas para a análise da atenção em saúde bucal neste momento de mudanças de estratégias políticas bem como um aprofundamento maior nas análises quantitativas de acesso da população aos serviços declarados como existentes nesta pesquisa.

O lançamento do Programa “Brasil Sorridente”, Brasil (2004e) por parte do Ministério da Saúde marcou um processo importante para a melhoria do acesso à atenção em saúde bucal em todos os níveis , visando atingir uma integralidade universal de ações; tendo este sido referendado pela III Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004c), realizada no mesmo ano. Os resultados obtidos nesta pesquisa mostram uma oferta em atenção secundária baixa que poderia ser melhorada com a instalação efetiva dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios de Prótese conforme previsto no Programa. O grande desafio, assim, fica delimitado pelas ações e estratégias que devem ser efetivadas pelos poderes municipais que, mesmo com a existência de um programa de governo federal, não priorizam essas ações em seus municípios inclusive por deficiência das instâncias de controle social locais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde no Brasil, criado após um importante movimento por mudanças no quadro sanitário brasileiro e confirmado pela Constituição de 1988, reafirma a noção de saúde como um direito e que deve ser implantado de forma integral e universal no país, representando um importante avanço para a sociedade brasileira. O processo histórico e as opções macroeconômicas neoliberais adotadas pelos governos brasileiros nas últimas duas décadas do século XX e no início deste século retardaram a implantação efetiva deste sistema bem como deram origem a subsistemas destes que dividiram, de forma excludente, a sociedade brasileira em duas divisões: os “SUS dependentes” e os “afortunados” clientes da medicina suplementar brasileira.

A saúde bucal coletiva no Brasil também apresentou avanços importantes nos últimos 20 anos no que se refere à sua inserção no modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde, que incorporou à sociedade brasileira a noção de direito à saúde e este sendo um dever do Estado. Os estudos epidemiológicos, porém, mostram que o perfil de saúde bucal, principalmente em populações adultas, continua refletindo uma prática mutiladora e pouco resolutiva. Os resultados obtidos nesta pesquisa, onde a oferta de atenção secundária em municípios do Estado de São Paulo é ainda baixa seria indicativo destes resultados, mas não o único motivo.

Sem ter sido objeto específico desta pesquisa, outros fatores que podem estar causando este processo de exclusão social e, portanto, gerando um fenômeno de universalização excludente específico na saúde bucal brasileira devem ser levados em consideração neste momento que o governo federal retoma questões e

demandas históricas importantes da saúde bucal brasileira e requerem estudos aprofundados que complementam os estudos epidemiológicos e as análises de oferta e acesso a serviços.

A adoção de uma política macroeconômica de cunho neoliberal que prega a diminuição das ações do Estado e reduz os recursos deste para possibilitar um maior acesso da população a uma política de atenção voltada à saúde e não somente à doença, contradizendo os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, gerou uma divisão de subsistemas na saúde brasileira, que refletiu também na saúde bucal brasileira. A transformação, tanto política como econômica, do SUS num “subsistema” residual, desfigurando este de sua imagem verdadeira de Sistema Nacional de Saúde do país contribuiu para este processo de desaceleração da implantação de novas estratégias na saúde bucal brasileira.

Assim, ao se implantar uma nova estratégia de saúde bucal como o programa “Brasil Sorridente”, que procura solucionar as deficiências da atenção em saúde bucal nos vários níveis de complexidade e integrar ações de cunho preventivo às ações curativas de forma integral e universal, faz-se necessário um fortalecimento do controle social e da participação da sociedade brasileira no sentido de garantir a implantação destas medidas, em todos os níveis de governo, visando a viabilização política e econômica destas, respeitando os princípios de descentralização e autonomia municipal já que foram inclusive deliberadas na III Conferência Nacional de Saúde Bucal, instância que refletiu a crescente demanda da sociedade por uma saúde bucal resolutiva e universal e não somente voltada a alguns grupos etários.

A questão da formação de profissionais de saúde bucal, tanto em nível acadêmico como técnico bem como a devida capacitação dos profissionais que já atuam nas redes públicas, deve estar na pauta de decisões dos gestores do SUS

em todos os níveis de governo pois se o aumento de oferta de atenção secundária nos municípios não vier acompanhada de uma devida elaboração conceitual do significado deste aumento numa realidade como a do Sistema Único de Saúde, há o risco destes profissionais, principalmente os especialistas, adotarem medidas de cunho curativo que reflitam de forma exclusiva suas práticas em clínicas privadas, não contribuindo, assim, para o alargamento do foco da saúde bucal coletiva, historicamente engessado por uma concepção elitista da formação de seus profissionais, o que delimitou ao campo cientificista a atuação corporativa da odontologia brasileira, ficando a retórica da saúde pública ao marco assistencialista e filantrópico.

Neste sentido, é possível afirmar que o processo de reforma sanitária bucal brasileira que visa a construção de uma cidadania plena através da efetivação do direito à saúde bucal de forma universal e integral ainda continua em marcha. A inclusão de estratégias clínicas em todos os níveis de complexidade dentro do Sistema Único de Saúde deve estar agregada a uma política efetiva de ações educativas e preventivas para todas as faixas etárias bem como uma redefinição do perfil profissional de saúde bucal a ser formado nas faculdades brasileiras para que este tenha a oportunidade de se formar dentro e para a verdadeira realidade de saúde bucal brasileira.

REFERÊNCIAS¹

Almeida C. Crise econômica, crise do “Welfare State” e reforma sanitária. In: Gerschman S, Werneck Vianna ML, organizadores. A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.177-201.

Almeida PF, Giovanella L, Mattos M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde Debate* 2002;26(61):137-54.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, organizador. Pós-neoliberalismo. As políticas sociais e o estado democrático. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

Araujo ME. Saúde bucal: entendendo de forma total. In: Feller C, Gorab R, organizadores. Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização. v.1. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p.489-508.

Bahia L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate social dos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):329-39.

Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1993.

Botazzo C. A inserção da saúde bucal no contexto atual do SUS: dificuldades e perspectivas. São Paulo; 1996.

Botazzo C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.17-27.

Botazzo C. A saúde bucal a caminho da universalização: desafios e estratégias. Sorocaba; 2002. [Conferência pronunciada na abertura do VI EPATESPO].

Botazzo C. Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru: EDUSC; 1999.

¹ De acordo com estilo Vancouver. Abreviaturas de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

Botazzo C, Bertolini SR, Corvêlho VM. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Divulg Saúde Debate* 1995;(10):43-53.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Lei n º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Regulamenta o controle social no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 dez 1990a.

Brasil. Lei n º 8080, de 19 de setembro de 1990. Regulamenta o Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set 1990b.

Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Base de dados. Disponível em: URL: <http://www.inep.gov.br> [2004a jul.01].

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Base de dados. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br> [2005 fev.07].

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Base de dados. Disponível em: URL: <http://www.ans.gov.br> [2004b jul.16].

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília de 10 a 12 de outubro de 1986. Brasília: MS, UnB; 1986a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 25 a 27 de setembro de 1993. Relatório Final. Brasília: CFO; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 29 de julho a 01 de agosto de 2004. Relatório Final. Brasília; 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br> [2004d set.20].

Brasil. Ministério da Saúde. VII Conferência Nacional de Saúde. Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Brasília, 24 a 28 de março de 1980. Brasília: CDMS; 1980.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 93. Gestão plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília; 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n º 1444/2.000 , de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União. Brasília; 29 dez. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Programas da Saúde. Brasil Sorridente. Disponível em URL : <http://www.saude.gov.br> .[2004e set.21].

Brasil. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rev Adm. Munic. 1986b;33(181):60-73.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da 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; 2004f.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: CD-MS; 1989.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).Base de dados.Disponível em: URL:: <http://www.datasus.gov.br>. [2004g jul.18].

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RAC. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba/SP, Brasil-2000. Rev Odontol UNESP 2001;30(2):245-56.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell AC, organizador. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p.225-44.

Conselho Federal de Odontologia. Base de dados. Disponível em: URL : <http://www.cfo.org.br> [2004 jul.21].

Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):319-28.

Cordón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saúde Pública* 1997;13(3):557-63.

Cordón J. Dificuldades, contradições e avanços na inserção da odontologia no SUS. *Divulg Saúde Debate* 1996;(13):36-53.

Cordón J. A inserção da odontologia no SUS: avanços e dificuldades [Tese de Doutorado] Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da UnB; 1998.

Cordón J, Garrafa V. Prevenção versus preventivismo. *Divulg Saúde Debate* 1991;(6):10-6.

Dalmaso ASW. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? *Saúde Debate* 1994;(44):35-8.

Dupas G. Economia global e exclusão social. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2001.

Dupas G. Tensões contemporâneas entre o público e o privado. São Paulo: Paz e Terra; 2003.

Elias PE. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil-políticas e organização de serviços. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; 2001. p.59-119.

Elias PEM, Cohn A. Health reforms in Brazil: lessons to consider. *Am J Public Health* 2003;93(1):44-8.

Esping-Andersen G. Les trois mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne. Paris: Presses Universitaires de France; 1999.

Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente- reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planej Políticas Públ* 1990;(3):139-62.

Felipe JS. Saúde, seguridade social e neoliberalismo; os limites das reformas sanitárias na América Latina. *Saúde Debate* 1992;(31):43-53.

Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe, MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. *Rev Bras Odontol* 1997;54(2):107-10.

Fleury S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. *Saúde Debate* 1994;(43):44-52.

Frazão P. Epidemiologia em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 64-82.

Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35-44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Bras Epidemiol* 2003;6(1):49-57.

Garrafa V. Saúde bucal e cidadania. *Saúde Debate* 1993;(41):50-7.

Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. *Divulg Saúde Debate* 1996;(13):6-17.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.

Giovanella L, Drummond J, Skaba MMF, Oliveira RG, Sá VM. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde Debate* 1995/96;(49-50):13-22.

Giovanella L, Lobato LV, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate* 2002;26(60):37-61.

Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados* 1999;13(35):139-46.

Gwatkin DR. The need for equity-oriented health sector reforms. *Int. J Epidemiol* 2001;(30):720-3.

Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust* 2003;178(1):17-20.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD, 1998). Acesso e utilização de serviços de saúde, 1998. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.

Jardanovski E, Guimarães PCV. Eqüidade e modelos de saúde: subsídios para discussão do caso brasileiro. *Saúde Debate* 1994;(42):10-5.

Junqueira SR, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde bucal coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: Rode SM, Gentil SV, coordenadores. *Atualização clínica em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 591-604.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizador. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p. 151-78.

Laurell AC. Globalización, políticas neoliberales y salud. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, coordenadores. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 73-84.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):269-318.

Lima CRM. Reforma do Estado e política de saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. *Saúde Debate* 1995/96;(49-50):39-43.

Lima JC, Azoury EB, Bastos LHCV, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002;26(60):62-70.

Manfredini MA. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra a maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 78-87.

Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde*. Porto Alegre: ArtMed; 2003. p. 50-63.

Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública* 2002;18(supl.):163-71.

Martins AA. Relações estado-sociedade e políticas de saúde. *Saúde e Sociedade* 1996;5(1):55-79.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Públ*, 2004;20(5):1411-6.

Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4^a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mercadante AO. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 235-313.

Moimaz SAS, Tanaka H, Garbin CAS, Saliba TA. Prótese dentária- avaliação do uso e necessidade em população adulta. *Rev Paul Odontol* 2002;24(5):31-4.

Monti JFC. Sistema Único de Saúde: uma reforma no meio do caminho. São Paulo em Perspectiva 1992;6(4):38-44.

Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

Narvai PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L, organizador. *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. 3^a ed. São Paulo; Artes Médicas; 2003. p. 475-94.

Narvai PC. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo; 1992. [texto escrito com a finalidade de subsidiar a Oficina do Grupo de Trabalho "Odontologia em SILOS-Sistemas Locais de Saúde" da Rede CEDROS. Reelaborado após a oficina, incorporando as sugestões apresentadas pelos participantes].

Narvai PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. *Odontologia e Sociedade* 1999;(1):25-9.

Noronha JC, Soares LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):445-50.

Ocké-Reis CO. O Estado e os planos de saúde no Brasil. *Rev Serv Públ* 2000;(1):123-46.

Paim JS, Almeida Filho N. A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.65-112.

Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L, organizador. Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 29-41.

Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L, organizador. Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização. 3^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 25-41.

Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC, organizador. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 28-49.

Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal—universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2000.

Rosa AGF, Souza DS, Schneider Filho DA, Lopes ES, Uchoa HW, Toledo JPG et al. O que fazer nos municípios? Rio de Janeiro: Rede CEDROS; 1992.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

São Paulo (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Base de dados. Disponível em: URL: <http://www.sede.gov.br> [2004a jul.17].

São Paulo (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Base de dados. Disponível em: URL: <http://www.sede.gov.br> [2005 fev.10].

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002. Projeto SB 2000: amostra ampliada para o Estado de São Paulo. São Paulo: SES; 2003.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para a política de saúde bucal do Estado de São Paulo. São Paulo; 1995.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. Carta de Marília. Relatório Final do VII Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. Marília 26 a 29 de maio de 2004. Disponível em: URL : <http://www.saude.sp.gov.br>. [2004b set. 21].

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. II Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo. São Paulo de 25 a 27 de setembro de 1993. São Paulo: SES; 1993.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de Saúde Bucal-Diretrizes para Programas Regionais/Municipais de Saúde Bucal. Resolução CIS 12/89. São Paulo; 1989.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. DIR I - Capital. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento Epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998. Relatório. São Paulo: FSP-USP; 1999.

Soares LT. O desastre social. Rio de Janeiro: Record; 2003.

Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Petrópolis: Vozes; 2001.

Souza DS. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Divulg. Saúde Debate 1996;(6):4-9.

Vianna AL. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: Gerschman S, Werneck Vianna ML, organizadores. A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 203-12.

Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [Tese de Doutorado]. Niterói: Faculdade de Odontologia da UFF; 1994.

World Bank. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington: World Bank; 1987.

ANEXO A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**PARECER DE APROVAÇÃO**
Protocolo 08/05

O Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa "*A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde Brasileiro: uma integralidade seletiva num contexto neoliberal*", de responsabilidade do Pesquisador **Celso Zilbovicius**, sob orientação da Professora Doutora **Maria Ercília de Araujo**.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 16 de fevereiro de 2005

Prof. Dr. **Rogério Nogueira de Oliveira**
Coordenador do CEP-FOUSP

ANEXO B

ANÁLISE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Para uso exclusivo da coordenação da pesquisa (não responder este quadro).

ID _____	Porte _____	IDH-M _____
----------	-------------	-------------

- Nome do Município: _____
- População: _____
- Modalidade de Gestão no SUS: _____

DIR: _____

III- Especialidades no município

- Tipos de especialidades prestadas:

Endodontia	Periodontia
Semiologia	Cirurgia Buco Maxilo
Cirurgia Oral Menor	Ortodontia
Prótese total	Prótese Removível
Prótese Fixa	Outra (especificar)
Atendimento de Pacientes com necessidades especiais	
Não há atendimento especializado	

- Em caso de ausência de Ambulatório de Especialidades, há sistema de referência em Saúde Bucal (mesmo fora de seu município) ?

Sim Oficials, Quais especialidades _____

Em quais municípios _____

Sim Não Oficials, Quais especialidades _____

Em quais municípios _____

Não há _____

IV- Assistência

- Atendimento individual (pacientes agendados para assistência) é realizado para os seguintes grupos etários: (marque um X nos grupos etários).

0 a 2 anos	3 a 14 anos	15 a 21 anos
Gestante	Adulto	Idoso

- As ações coletivas são realizadas voltadas para os seguintes grupos etários (marque um X nos grupos etários).

0 a 2 anos	3 a 14 anos	15 a 21 anos
Gestante	Adulto	Idoso

I- Perfil de Atenção em Saúde Bucal

- Nº de Cirurgiões Dentistas na rede pública

20 horas/semanais
30 horas/semanais
40 horas/semanais

- Pessoal auxiliar

nº ACD
nº THD

- Nº de Cirurgiões Dentistas prestando assistência (atendimento clínico) em escolas públicas: _____

- Nº de Cirurgiões Dentistas realizando ações coletivas em escolas públicas: _____

- Nº de Cirurgiões Dentistas em Unidade Básica de Saúde: _____

- Nº de Cirurgiões Dentistas em Ambulatório de Especialidade ou em UBS's atuando como especialistas: _____

- Nº de UBS's no município: _____

- Nº de UBS's no município com atendimento odontológico: _____

II- Atenção Secundária

- Nº de Ambulatórios de especialidades com Saúde Bucal: _____

- Nº de UBS's com atenção secundária em Saúde Bucal (especialidades): _____

- Nº Pronto-Socorro da rede pública com atendimento odontológico 24 horas: _____

ANEXO C

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

Ofício Saúde Bucal 032/2004

São Paulo, 13 de Abril de 2004

Senhor(a) Secretário(a)

Com nossos cordiais cumprimentos, vimos pedir sua valiosa colaboração para que possam ser levadas a termo duas pesquisas que estão sendo realizadas na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pesquisas que embasarão duas dissertações de mestrado. Para tanto, estamos encaminhando o material em anexo, constituídos por dois questionários e envelopes respostas para os respectivos autores. Os estudos são os seguintes:

Panorama da Atenção em Saúde Bucal no Estado de São Paulo de 1995 a 2004 – Dissertação de Mestrado de Maria da Candelária Soares, desenvolvida na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

- *Análise da atenção secundária em saúde bucal nos municípios do Estado de São Paulo* - Dissertação de Mestrado de Celso Zilbovicius, desenvolvida na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Cabe ressaltar que a interação do conhecimento científico da academia e da prática dos que atuam nas instituições do SUS, seja da instância estadual ou da municipal, possibilita um intercâmbio cujo resultado é aprendizado para todos pois contribui para a melhoria dos saberes e práticas em saúde bucal coletiva, revertendo em benefício para os serviços de saúde e população atendida.

Para que esse processo se concretize é de fundamental importância o preenchimento dos questionários de forma fidedigna, o que temos a certeza que será executado pelo Coordenador de Saúde Bucal do seu município.

Solicitamos a especial gentileza de preenchê-los e devolvê-los **até o próximo dia 15 de maio de 2004**, para os endereços indicados nos respectivos envelopes selados.

Agradecendo a atenção de Vossa Senhoria, aproveitamos a oportunidade para expressar nossos protestos de elevada estima e consideração.

Vladen Vieira
Diretor Substituto da
Área Técnica de Saúde Bucal

ANEXO D

DIR I

SÃO PAULO

DIR II

DIADEMA
RIBEIRÃO PIRES
SANTO ANDRÉ
SÃO BERNARDO DO CAMPO
SÃO CAETANO DO SUL

DIR III

FERRAZ DE VASCONCELOS
ITAQUAQUECETUBA
POÁ
SALESÓPOLIS
SUZANO

DIR IV

CAIEIRAS
FRANCISCO MORATO
FRANCO DA ROCHA

DIR V

BARUERI
CARAPICUIBA
EMBÚ DAS ARTES
ITAPECERICA DA SERRA
OSASCO
PIRAPORA DO BOM JESUS
SANTANA DE PARNAIBA
TABOÃO DA SERRA
VARGEM GRANDE PAULISTA

DIR VI

ALTO ALEGRE
ANDRADINA
ARAÇATUBA
AURIFLAMA
BENTO DE ABREU
BURITAMA
CASTILHO
CLEMENTINA
COROADOS
GUARAÇAI
GUARARAPES
ITAPURÁ
LOURDES
LUIZIÂNIA
MURITINGA DO SUL
NOVA CASTILHO
NOVA LUZITÂNIA
PEREIRA BARRETO
SANTÓPOLIS DO AGUAPEÍ
SUD MENNUCCI
TURIÚBA

DIR VII

AMÉRICO BRASILIENSE
ARARAQUARA
BORBOREMA
DESCALVADO
DOBRADA
DOURADO
IBITINGA
ITÁPOLIS
MATÃO
PORTO FERREIRA
RIBEIRÃO BONITO
RINCÃO
SANTA LUCIA
SANTA RITA DO PASSA QUATRO
SÃO CARLOS

DIR VIII

ASSIS
BERNARDINO DE CAMPOS
BURITIZAL
CANDIDO MOTA
CRUZÁLIA
FLORINIA
IPAUSÚ
MARAÇAI
MOTUCA
OURINHOS
PALMITAL
PARAGUAÇU PAULISTA
PEDRINHAS PAULISTA
RIBEIRÃO DO SUL
SALTO GRANDE
SANTA CRUZ DO RIO PARDO
SAO PEDRO DO TURVO
TARUMÃ

DIR IX

BEBEDOURO
COLINA
COLÔMBIA
EMBAÚBA
GUAÍRA
JABORANDÍ
MONTE AZUL PAULISTA
SEVERÍNIA
TAIÚVA

DIR X

AGUDOS
AREALVA
BARIRI
BAURÚ
BORACÉIA
BOREBI
BROTAS
CABRÁLIA PAULISTA
CAFELÂNDIA
DOIS CÓRREGOS
GETULINA
GUAÍÇARA

ITAJU
JAU
LENCOIS PAULISTA
LINS
MACATUBA
MINEIROS DO TIETE
PIRAJUI
PIRATININGA
PONGAI
PRESIDENTE ALVES
TORRINHA

DIR XI

ÁGUAS DE SANTA BARBARA
ANHEMBI
ARANDU
AREIÓPOLIS
BOFETE
BOTUCATU
CONCHAS
CORONEL MACEDO
ITABERA
MANDURI
PARDINHO
PIRAJU
SAO MANUEL

DIR XII

ÁGUAS DE LINDÓIA
AMPARO
ARAMINA
ATIBAIA
BOM JESUS DOS PERDÕES
BRAGANÇA PAULISTA
CABREÚVA
CAMPINAS
COSMÓPOLIS
HOLAMBRA
ITAPIRA
JARINU
JUNDIAÍ
LINDÓIA
LOUVEIRA
MONTE ALEGRE DO SUL
MORUNGABA

PAULÍNIA
PEDRA BELA
PEDREIRA
PINHALZINHO
PIRACAIA
SANTO ANTONIO DE POSSE
SERRA NEGRA
SOCORRO
SUMARÉ
VARGEM
VÁRZEA PAULISTA
VINHEDO

DIR XIII

CRISTAIS PAULISTA
FRANCA
IGARAPAVA
IPUÁ
ITIRAPUÃ
ITUVERAVA
JERIQUARA
MORRO AGUDO
PATROCÍNIO PAULISTA
RESTINGA
SALES OLIVEIRA
SÃO JOAQUIM DA BARRA
SÃO JOSE DA BELA VISTA

DIR XIV

ADAMANTINA
ÁLVARO DE CARVALHO
ALVINLÂNDIA
CAMPOS NOVOS PAULISTA
FERNÃO
GARÇA
GUAIMBE
GUARANTÃ
HERCULÂNDIA
INUBIÁ PAULISTA
LUCÉLIA
LUPÉRCIO
MARIÁPOLIS
MARÍLIA
OCAUÇU
OSCAR BRESSANE

OSVALDO CRUZ
PARAPUA
POMPEIA
QUINTANA
RINOPOLIS
SAGRES
SALMOURAO
TUPA
UBIRAJARA
VERA CRUZ

DIR XV

ANALÂNDIA
ARARAS
CAPIVARI
CHARQUEADA
CONCHAL
CORDEIRÓPOLIS
CORUMBATAÍ
ENGENHEIRO COELHO
ITIRAPINA
JUMIRIM
LEME
LIMEIRA
MOMBUCA
PIRACICABA
RIO CLARO
RIO DAS PEDRAS
SANTA CRUZ DA CONCEIÇÃO
SANTA GERTRUDES
SANTA MARIA DA SERRA

DIR XVI

ÁLVARES MACHADO
ANHUMAS
CAIUÁ
DRACENA
EMILIANÓPOLIS
IEPÊ
INDIANA
JOÃO RAMALHO
MARABÁ PAULISTA
MARTINÓPOLIS
MIRANTE DO PARANAPANEMA
MONTE CASTELO

NANTES
NOVA GUATUPORANGA
OURO VERDE
PANORAMA
PIQUEROBI
PIRAPOZINHO
PRESIDENTE BERNARDES
PRESIDENTE VENCESLAU
QUATÁ
RANCHARIA
REGENTE FEIJÓ
RIBEIRÃO DOS INDIOS
SANTO ANASTACIO
SANTO EXPEDITO
TARABÁI
TUPI PAULISTA

DIR XVII

CANANÉIA
ELDORADO
ILHA COMPRIDA
IPORANGA
JUQUIÁ
REGISTRO
SETE BARRAS

DIR XVIII

ALTINÓPOLIS
BATATAIS
BRODOWSKI
CAJURÚ
CASSIA DOS COQUEIROS
DUMONT
GUARIBA
GUATAPARÁ
JABOTICABAL
RIBEIRÃO PRETO
SANTA CRUZ DA ESPERANÇA
SAO SIMÃO
SERRA AZUL
SERRANA
SERTÃOZINHO

DIR XIX

CUBATÃO
GUARUJÁ
ITANHAÉM
PRAIA GRANDE
SANTOS

DIR XX

ÁGUAS DA PRATA
CACONDE
CASA BRANCA
DIVINOLÂNDIA
ESPIRITO SANTO DO PINHAL
MOCÓCA
MOGI GUACU
MOGI MIRIM
SÃO JOAO DA BOA VISTA
SÃO JOSE DO RIO PARDO
SÃO SEBASTIAO DA GRAMA
TAMBAÚ
TAPIRATIBA
VARGEM GRANDE DO SUL

DIR XXI

CAÇAPAVA
CARAGUATATUBA
IGARATÁ
JAMBEIRO
MONTEIRO LOBATO
PARAIBUNA
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
SÃO SEBASTIÃO
UBATUBA

DIR XXII

ÁLVARES FLORENCE
AMÉRICO DE CAMPOS
ASPÁSIA
BÁLSAMO
CARDOSO
CEDRAL
ESTRELA D'OESTE

FERNANDO PRESTES
FLOREAL
GASTÃO VIDIGAL
GUARANI D'OESTE
ICÉM
IRAPUÃ
JACI
JOSÉ BONIFÁCIO
MACAUBAL
MAGDA
MARAPOAMA
MARINÓPOLIS
MESÓPOLIS
MIRA ESTRELA
MIRASSOL
MONÇÕES
NEVES PAULISTA
NIPOÃ
NOVA ALIANÇA
NOVA CANAÃ PAULISTA
NOVAIS
NOVO HORIZONTE
ORINDIÚVA
PALMARES PAULISTA
PARAISO
PARANAPUÃ
PARISI
PEDRANÓPOLIS
PIEIDADE
PINDORAMA
PLANALTO
POLONI
PONTES GESTAL
POPULINA
RUBINEA
SANTA ADÉLIA
SANTA RITA D'OESTE
SAO JOÃO DAS DUAS PONTES
SAO JOÃO DE IRACEMA
SEBASTIANÓPOLIS DO SUL
TABAPUÃ
TURMALINA
UNIÃO PAULISTA
URÂNIA
URUPÊS
VITÓRIO BRASIL
VOTUPORANGA

DIR XXIII
APIAÍ
ARAÇOIABA DA SERRA
BURI
CAPÃO BONITO
CAPELA DO ALTO
GUAPIARA
IBIÚNA
ITAOCA
ITAPETININGA
ITAPEVA
ITARARÉ
MAIRINQUE
MENDONÇA
PILAR DO SUL
PORTO FELIZ
QUADRA
RIBEIRA
RIVERSUL
SALTO
SALTO DE PIRAPORA
SÃO MIGUEL ARCANJO
SARAPUÍ
SOROCABA
TAPIRAÍ
TATUI
VOTORANTIM

DIR XXIV

APARECIDA
CACHOEIRA PAULISTA
LAVRINHAS
LORENA
NATIVIDADE DA SERRA
PINDAMONHANGABA
POTIM
SÃO LUIZ DO PARAITINGA
SILVEIRAS
TAUBATÉ