Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema
Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do
século XXI**

Marco Antonio Manfredini

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2010

Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI

Marco Antonio Manfredini

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

À minha esposa Elisa e aos meus filhos Felipe, Marina e Luísa, que me apoiaram neste trabalho, entendendo as minhas ausências e estimulando nos momentos difíceis.

A meus pais, Milton e Regina, que me legaram a mensagem de que a educação é o melhor valor de uma vida.

A meus irmãos, parentes e amigos, pela identificação com este desafio.

Aos usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que sempre me ensinaram que saúde era, é e deve ser direito de cidadania.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Paulo Capel Narvai, pela sua competência e profissionalismo na orientação deste trabalho.

Aos Professores Cláudia Maria Bógus, Luiz Roberto Augusto Noro, Paulo Antonio de Carvalho Fortes e Samuel Jorge Moysés, pelas relevantes contribuições, no processo de pré-banca.

Aos Professores Félix Ramon Ruiz Sánchez e Paulo Antonio de Carvalho Fortes, pelas sugestões, no processo de qualificação dessa tese.

Aos meus colegas de trabalho no período de 2007 a 2010, pela compreensão e apoio para que eu pudesse finalizar este estudo.

Às lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo, pela participação nos grupos focais que viabilizaram este trabalho e pelo compromisso de debater as suas conclusões em todas as regiões da cidade.

À Elizabete e Daniele, pelo apoio à realização e condução dos grupos focais.

À Maria Lúcia e Letícia, da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas orientações na organização das referências.

“Se muito vale o já feito, mais vale o que será”

Milton Nascimento

“E isso através de pequenas histórias, não só por sua extensão, mas também porque sempre me ocorre olhar o universo pelo olho da fechadura, ou seja, redescobrir as grandezas desde o menor. Viajando desde as coisas pequenas em direção às coisas que, verdadeiramente, têm grandeza (que não são as coisas maiores), e recontando a realidade a partir do ponto de vista dos que estiveram lá, mas não foram lembrados porque a história oficial os suprimiu”

Eduardo Galeano

Manfredini MA. Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Introdução - O acesso à assistência odontológica pública é um dos principais problemas na área de saúde bucal. Nesta tese, se discute se os cuidados em saúde bucal são sentidos como necessidade por lideranças de movimentos populares de saúde e como estas lidam com o tema, aborda-se o potencial do capital social como referência teórica para analisar essa questão e apresenta-se um quadro da assistência odontológica na cidade de São Paulo. **Objetivo** - Analisar as representações sociais sobre saúde bucal e controle social entre lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (UMPS). **Método** - Pesquisa qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante realização de grupos focais com lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (UMPS). Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Além disso, fez-se revisão bibliográfica sobre capital social em periódicos brasileiros e utilizaram-se dados secundários para compor o quadro da assistência odontológica na capital paulista. **Resultados** - O processo saúde-doença foi reconhecido como socialmente determinado. Em relação ao entendimento de saúde bucal como necessidade, houve antagonismo. A associação de saúde bucal à saúde geral foi apontada como razão de necessidade. A não identificação da saúde bucal como prioridade foi atribuída à população, aos fatores econômicos, aos governos e à falta de vinculação entre saúde bucal e saúde geral. O princípio da universalização na saúde bucal gerou discursos contraditórios, com forte presença da ideia de que a assistência odontológica deve ser dirigida para as crianças, com a presença de cirurgiões-dentistas nas escolas. As lideranças apontam que a assistência odontológica pública é insuficiente para garantir o acesso; não é resolutiva; tem problemas de infra-estrutura; e dispõe de profissionais que não atendem às exigências da comunidade. A organização da população é condição necessária para a implantação e manutenção de serviços assistenciais, por parte do Estado. Há um forte componente do conceito de saúde

enquanto direito de cidadania, e de que a luta política e social é um vetor para a organização de redes assistenciais. Em relação à especificidade da saúde bucal no controle social, emergiram falas contraditórias. Os estudos realizados no Brasil corroboram a ambigüidade conceitual, dificuldade de operacionalização e aferição do conceito de capital social. Sobre a assistência odontológica na cidade de São Paulo registra-se, entre 2000 e 2009, um crescimento expressivo no número de beneficiários de planos odontológicos, que se elevou de cerca de 660 mil para aproximadamente 1,97 milhão, com a cobertura se expandindo de 6,3% para 17,9% da população paulistana. Por outro lado, é precário o acesso aos serviços públicos. Os indicadores Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e Cobertura Populacional Potencial registraram 3,8% e 8,2% em 2009. **Conclusão** – As representações sociais das lideranças indicam sua visão de mundo e de sua inserção social, destacando-se a condição subalterna com que conseguem influenciar, em algum grau, o processo de decisões sobre as políticas públicas de interesse para a saúde. O capital social não se configura como referencial teórico suficientemente potente para a compreensão das contradições relacionadas à saúde bucal na cidade. Os serviços públicos odontológicos cobrem menos de 10% da população, expande-se a cobertura dos planos odontológicos (18%) e se reproduz a transformação dos cuidados odontológicos em mercadorias, acessíveis apenas aos que podem comprá-la no mercado em saúde.

DESCRITORES: Políticas Públicas de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Participação Comunitária; Serviços de Saúde Bucal.

Manfredini MA. Oral health in the perspective of users of the Unified Health System in Sao Paulo at the beginning of XXI century. [PhD thesis]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo, 2010.

ABSTRACT

Introduction - Access to public dental care is a major problem in the field of oral health. In this thesis, it is discussed whether the oral health care is considered as a need for popular health movement leadership and how they deal with the topic, it is also discussed the potential of social capital as a theoretical reference for analyzing this issue and presents a picture of dental care in São Paulo. **Objective** - To analyze the social representations of oral health and social control among leadership of the “Union of Popular Movements of Health of São Paulo” (UMPS). **Method** - Qualitative research analytical-descriptive-oriented, by conducting focus groups with leadership of the “Union of Popular Movements of Health of São Paulo” (UMPS). For the organization and presentation of data, we used the methodological procedure of the Collective Subject Discourse (CSD). In addition, we reviewed the literature on social capital in Brazilian periodicals and secondary data was used to compose the picture of dental care in the state capital. **Results** - The health-disease process was recognized as socially determined. In relation to the understanding of oral health as a necessity, there was antagonism. The association among oral health to general health was cited as reason of need. The failure on prioritizing oral health was most appointed to the population, economic factors, governments and the lack of linkage among oral health and general health. The principle of universalization in oral health has generated contradictory discourses, with a strong presence of the idea that dental care should be directed toward children, with the presence of dentists in schools. The leadership points out that public dental care are insufficient to ensure access, it is not resolving, it has problems of infrastructure, and have professionals who do not meet the requirements of the community. The organization of the population is a prerequisite for the deployment and maintenance of healthcare services by the state. There is a strong component about the concept of health as a right of citizenship, and that the political and social struggle is a

vector for the organization of health care networks. In relation to the specific oral health in social control, contradictory statements emerged. Studies conducted in Brazil reinforce the conceptual ambiguity, difficulty in operationalizing and measuring the concept of social capital. Dental care in São Paulo enroll between 2000 and 2009, significant growth in the number of dental plan, which amounted to about 660,000 to about 1.97 million, with coverage expanding from 6.3% to 17.9% of the population in Sao Paulo. On the other hand, the access to public services is poor. The indicators “Coverage of First Outpatient Dental Program” and “Population Potential Coverage” recorded 3.8% and 8.2% in 2009. **Conclusion** – Leadership’s social representation indicate their global vision and their social integration, emphasizing the subordinate status that can influence, to some degree, the decision process on public policies related to health. Social capital is not configured as a theoretical powerful enough to understand the contradictions related to oral health in the city. Public dental services cover less than 10% of the population expands the coverage of dental plans (18%) and reproduces the changing of dental care in goods, accessible only to those who can buy it on the health market.

KEYWORDS: Public Health Policies, Access to Health Services; Community Participation; Dental Health Services.

ÍNDICE

<i>Apresentação</i>	1
---------------------	---

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1	Introdução	4
2	Objetivos	10
3	Método	11
3.1	Delimitação do período de estudo	12
3.2	Bases de dados utilizadas e estratégias de busca	13
3.3	Critérios de inclusão e exclusão	14
3.4	Resultados	14
3.5	Normas de apresentação de trabalhos acadêmicos	14

PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA

4	Produtos	17
4.1	Artigo 1: Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI	18
4.2	Artigo 2: Capital social e saúde nas publicações científicas brasileiras no início do século XXI	40
4.3	Artigo 3: Representações sociais de saúde bucal e de controle social entre lideranças populares de saúde do município de São Paulo XXI	61

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

5	Considerações finais	88
6	Referências	90

Anexos

Anexo 1:	Parecer do COEP/FSP/USP, de 26 de março de 2008	94
Anexo 2:	Parecer do COEP/FSP/USP, de 22 de março de 2010	95
Anexo 3:	Página inicial do currículo Lattes do Autor	96
Anexo 4:	Página inicial do currículo Lattes do Orientador	97

Apêndices

Apêndice 1:	Termo de consentimento livre e esclarecido	99
Apêndice 2:	Carta de convite	100
Apêndice 3:	Ficha de identificação	101
Apêndice 4:	Roteiro do grupo focal	102
Apêndice 5:	Ciclo de Debates da UMPS- 2010	103

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de primeiras consultas de odontologia, população do município de São Paulo e porcentagem da cobertura, no período de 2004 e 2005	24
Tabela 2 –	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas, população do município de São Paulo e cobertura de primeira consulta odontológica programática, no período de 2006 a 2008	25
Tabela 3 –	Número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e cobertura populacional potencial no município de São Paulo, em 2001 e 2009	25
Tabela 4 –	Número de beneficiários, segundo o tipo de plano de saúde no município de São Paulo, em 2000 e 2009	26
Tabela 5 –	Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos no município de São Paulo, por faixa etária, em 2000 e 2009	27

APRESENTAÇÃO

O acesso à assistência odontológica pública é um dos principais problemas na área de saúde bucal no Brasil. Os estudos sobre este tema priorizam o debate sobre o ponto de vista do acesso de grupos populacionais aos cuidados odontológicos. Há uma escassez na literatura de análise deste tema, sob o ponto de vista da pressão exercida pela população para garantir este direito.

O estudo propôs-se a analisar se saúde bucal é uma necessidade sentida pela população e as justificativas para a precária organização de movimentos pelo direito à saúde bucal. A pesquisa foi desenvolvida no município de São Paulo, cidade caracterizada pela diversidade social, histórica, cultural, política e ideológica que a constituiu. O período analisado foi o da primeira década do século XXI. Muito embora estes dados não possam ser extrapolados para o conjunto do país, são sugestivos de reflexão, face à importância e características dessa cidade.

Três temas foram objeto deste estudo: as representações sociais sobre saúde bucal e “controle social” por lideranças de movimentos populares de saúde; a caracterização da assistência odontológica pública e suplementar no município; e a possibilidade de utilização do conceito de capital social na saúde.

A análise sobre essas representações sociais possibilitou ir além de estudos anteriores que lidaram com representações sociais de usuários de serviços de saúde bucal, de área urbana e rural, porém não abordando o tema do “controle social”.

A identificação do alcance da assistência odontológica pública e suplementar permitiu o reconhecimento dos recursos com que a sociedade conta para o acesso a cuidados odontológicos na cidade e como essas se desenvolveram na primeira década do século XXI.

A abordagem sobre o capital social nas publicações científicas brasileiras possibilitou a verificação da potência deste referencial teórico para lidar com o objeto da tese e como capital social foi tratado pela intelectualidade brasileira.

O trabalho é apresentado em três partes. A primeira, denominada “Contexto e caracterização da pesquisa”, aborda aspectos relativos ao “controle social” em saúde bucal. Nesta seção, foram detalhados os objetivos e métodos adotados no estudo.

A segunda parte contempla a apresentação dos resultados do projeto de pesquisa de doutorado, representada por três artigos que serão submetidos à publicação em periódicos.

A última parte analisa o desenvolvimento do processo de pesquisa.

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Na segunda metade da primeira década do século XXI, observa-se um aumento considerável nos gastos públicos federais em saúde bucal. Este movimento se acentua a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Brasil Sorridente (CRISTO, 2009). Em relação a estudos em relação aos gastos realizados por estados e municípios, identifica-se o de NASCIMENTO et al. (2009), que verificou gasto em saúde bucal equivalente a 4,97% dos recursos alocados em saúde em Campinas-SP.

Este esforço realizado pela esfera federal decorreu de alguma pressão social? Foi fruto de uma opção de governo num dado momento histórico, com apoio corporativo das entidades representativas da categoria odontológica, que vislumbraram em tal política a possibilidade da ampliação de mercado de trabalho para os profissionais da área?

Ao analisar a construção das políticas públicas de saúde em Santos, SP, no período de 1989 a 1996, MANFREDINI (1997) realçou que “Não há registro da existência de movimentos de cariados ou portadores de doenças periodontais ou de câncer bucal na sociedade brasileira. Das patologias que acometem a cavidade bucal ou a face, só se observam organizações de usuários referentes a pais e mães de crianças portadoras de fissuras e fendas lábio-palatais. Nem a luta por uma dentadura leva a que se constitua um movimento de desdentados. Portanto, a pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação de acesso ao dentista” (...) “outras patologias têm conseguido sensibilizar parcelas da sociedade: estão aí os movimentos de usuários dos programas de saúde mental ou as organizações dos pacientes portadores de DST/AIDS (...) entretanto, as práticas públicas de saúde bucal, muito embora discutidas e debatidas em conferências e conselhos de saúde, não contam com nenhum movimento próprio, externo ao aparelho de Estado, que as sustente. A extrema dependência do institucional tem feito com que em vários municípios e estados, diversos programas tenham sido destruídos no momento de mudanças político-institucionais”.

Em artigo de avaliação sobre a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), o autor (2005) destacava: “Entretanto, onde reside o calcanhar de Aquiles da atual

política? Em minha modesta opinião, no fato de que esta política não se enraizou no âmbito dos estados e dos municípios, não galvanizou a sociedade civil para que esta efetivamente lutasse para que saúde bucal fosse entendida como direito de cidadania e não ganhou os corações e as mentes dos profissionais de saúde bucal do país. Vejam que foram apenas três ‘não’ em uma única frase. Com certeza, poderiam ser dezenas.”

O artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil define que: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.” (BRASIL, 2004).

A Lei Federal nº 8.142/90 (BRASIL, 1990) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo 1º, define a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas do SUS, em cada esfera de governo. De acordo com esta Lei, a Conferência de Saúde deve ser realizada a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Em relação ao Conselho de Saúde, a Lei Federal 8.142/90 dispõe que tem caráter permanente e deliberativo. Este órgão colegiado é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

GUIZARDI et al. (2004) afirmam que “enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. As conferências são, desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes

que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema”.

A produção científica sobre os debates do tema saúde bucal nas Conferências e nos Conselhos de Saúde é exígua. Uma das raras reflexões é a de ALVES-SOUZA e SALIBA (2003), que identificaram as intervenções em saúde bucal em registros das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Após analisarem 591 atas de reuniões de 15 Conselhos Municipais de Saúde, identificaram 134 registros de intervenções em saúde bucal em 90 destas atas, com uma frequência de citação do tema em 15,2% das reuniões. Nestas, o objeto de maior frequência de aparecimento de registros de saúde bucal foi a Bebê-Clinica, denominação dada ao Programa de Atenção Precoce em Saúde Bucal-Odontologia para Bebês, desenvolvido pelo Núcleo de Odontologia para Bebês da Universidade Estadual de Londrina.

As autoras destacam que os temas em saúde bucal abordados não foram capazes de gerar discussões relevantes entre os participantes dos Conselhos Municipais de Saúde. Nas conclusões do estudo, afirmam que “as intervenções em saúde bucal registradas tenderam à caracterização de ações pré-concebidas ou até mesmo já concretizadas nas redes de prestação de serviços odontológicos envolvidas, sugerindo a isenção de registros de estratégias de planejamento em saúde bucal”.

Em outro estudo, realizado com pais de escolares da rede pública municipal de Blumenau, SILVEIRA et al. (2006) constatam que 29% dos entrevistados se abstiveram de responder o item da pesquisa que versava sobre o direito à saúde bucal como responsabilidade do Estado. De um total de 85 pais entrevistados, apenas dois sabiam definir o que é um Conselho de Saúde.

PINHEIRO (2004) destaca que “em que pese o pioneirismo da área da saúde na democratização das relações entre Estado e sociedade civil, mediante a criação de instâncias políticas de participação e controle social nas três esferas de governo - os conselhos -, é possível verificar no cotidiano das instituições a predominância de uma cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária. Nesta, o Estado desempenha papel central, estando sempre inclinado a limitar a participação e a representatividade da

sociedade civil aos tradicionais mecanismos de institucionalidade democrática: os partidos políticos e eleições governamentais”.

Em mesa-redonda sobre “As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS” na XII Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2003, MANFREDINI afirmou: “o SUS não tem dono, e os trabalhadores em saúde não aceitarão que prefeitos e governadores e até mesmo o presidente da República possa se colocar acima das leis e dos pactos”.

O autor destaca que o discurso de que “somos todos SUS” seria “incorreto”, pois “ele coloca do mesmo lado atores sociais que têm interesses claramente divergentes”. Concluía que “reside na politização a força-motriz para efetivação do conjunto das propostas do SUS”. Segundo este entendimento, politizar a saúde significa deixar bem claro que a lógica e as razões de mercado devem se subordinar às políticas de saúde, “tendo o Estado como ente estabelecido para garantir esta subordinação”.

Ao analisar este processo na perspectiva da saúde bucal, o problema é mais complexo. Historicamente, as posições hegemônicas na área têm sido refratárias a reflexões a cerca da relação Estado-Mercado. BOTAZZO (2003) aponta a afirmação do caráter privado da odontologia como posicionamento político, instituidor das crenças da profissão. Segundo o autor, esta opção subtrai da esfera pública o profissional e o paciente; doença e terapêutica expressariam relações entre pessoas, “sem que necessariamente interessem à sociedade ou ao Estado”. O autor realça que predomina entre os profissionais da odontologia, a crença de 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”.

NARVAI (2006) destaca que é preciso considerar tal como faz a Saúde Bucal Coletiva, que “a ‘saúde’ (bucal, no caso) das populações não resulta apenas das práticas de saúde (da prática odontológica, no caso), mas de processos sociais complexos dos quais resultam manifestações biológicas (higidez ou lesões) em indivíduos que vivenciam experiências de sanidade e de dor e sofrimento únicas e singulares. Tal concepção implica (e, num certo sentido, impõe) à *Saúde Bucal Coletiva* uma ruptura epistemológica com a *odontologia*, cujo marco teórico assenta-se nos aspectos biológicos e individuais nos quais fundamenta sua prática, desconsiderando em seu fazer essa determinação de ‘processos sociais complexos’”. Parece relevante assinalar

que, no modo de produção capitalista, tal prática produz o que o autor caracterizou como *odontologia de mercado*, na qual essa base biológica e individual articula-se à transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca e impondo-lhe as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas”.

A esta dificuldade, soma-se o fato de que o avanço da reflexão teórica e dessas práticas ainda tateia a relação com processos de participação da comunidade e movimentos sociais. A própria apreensão da necessidade de assistência odontológica por parte da população é pouco debatida.

Dois exemplos recentes ilustram as demandas pelo acesso à assistência odontológica, por parte de setores populares no município de São Paulo. Muito embora estes dados não possam ser extrapolados para o conjunto do país, são sugestivos de reflexão, face à diversidade social, histórica, cultural, política e ideológica constitutiva dessa cidade. No processo de elaboração do Orçamento Participativo (OP) da Prefeitura Municipal de São Paulo (SÃO PAULO, 2001) para o ano de 2002, constata-se que a saúde bucal foi a segunda especialidade mais exigida pelo público que participou das plenárias, só sendo superada pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

Pesquisa realizada pela União de Movimentos Populares de Saúde (UMPS) nos meses de dezembro de 2002 e janeiro de 2003, sobre atendimentos conseguidos e não conseguidos (n=1.921) em 221 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, constatou como principal problema para os usuários, o acesso ao “tratamento de dentes”. 50,5% dos entrevistados relataram não ter conseguido acesso a serviços de assistência odontológica nas UBS da capital. Para se ter uma idéia da dificuldade do acesso à assistência odontológica, em relação às outras demandas, 56,5% dos entrevistados se consultaram com psicólogos, 82% tiveram acesso a vacinas e 88% receberam controle de pressão.

A organização dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo remonta aos meados da década dos 1970, na zona leste. A primeira Comissão de Saúde foi criada na região do Jardim Nordeste. Em 1983 realiza-se o I Encontro dos Movimentos e Conselhos da Zona Leste, organizado pelo movimento de saúde de São Mateus e pela União de Bairros da Zona Leste, reunindo 37 bairros. A década dos 1980 foi muito

importante para o Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL), com ampliação de conquistas.

Na mesma década, em outras regiões do município, também se estruturam movimentos populares de saúde. NEDER (2001) reconhece a organização destes nas regiões Sudeste, Norte, Oeste e Sul. Estes movimentos diferiam em razão das condições que influenciaram suas evoluções históricas, com uma organização precária e dependente do sucesso de suas lutas, do apoio externo obtido e das relações mantidas na esfera institucional, com governos e partidos políticos.

Em junho de 1997, realizou-se o I Encontro dos Movimentos Populares de Saúde da cidade de São Paulo, quando foi criada a UMPS. O plano de lutas da UMPS era composto pela defesa do SUS; pela luta contra o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), [proposta de saúde privatista conduzida pelos governos Paulo Maluf e Celso Pitta]; pela realização de pesquisa para avaliar o atendimento na cidade; pela realização de reuniões abertas nas unidades do PAS e pela luta para que os conselhos populares e gestores não fossem impedidos de ingressar nas unidades do PAS. A existência da UMPS permitira pautar temas que não estavam no centro das atenções dos movimentos de saúde, como o planejamento da cidade; orçamento participativo; desemprego; violência; políticas públicas intersetoriais (NEDER, 2001).

No momento em que a UMPS completa 13 anos de existência, analisa-se a perspectiva de seus representantes no que diz respeito à saúde bucal. Esse estudo se processa no término da primeira década do século XXI, quando a cidade de São Paulo registrou importante mudança na organização dos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Dimensionar a assistência odontológica e analisar as representações sociais sobre “saúde bucal” por lideranças comunitárias, no município de São Paulo, na primeira década do século XXI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Dimensionar e analisar a assistência odontológica, pública e suplementar, no município de São Paulo na primeira década do século XXI;
- b) Identificar e analisar a produção científica sobre capital social nas publicações científicas brasileiras no início do século XXI;
- c) Identificar e analisar as representações sociais de “saúde bucal” e de “controle social” entre lideranças de movimentos populares de saúde do município de São Paulo;

3 MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante realização de grupos focais com lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (UMPS). Para a análise dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A seleção deste grupo foi intencional, tendo em vista os objetivos da investigação. A UMPS realiza encontros gerais anuais e reuniões ordinárias mensais. Para abordar o grupo, foram realizadas duas participações nas reuniões ordinárias mensais da UMPS, nos meses de fevereiro e março de 2010. Na oportunidade, foram apresentados os objetivos e solicitada participação na pesquisa.

Trinta e um integrantes da UMPS compareceram às sessões do grupo focal, realizadas em três finais de semana no mês de março de 2010, aos sábados pela manhã, na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Inicialmente, cogitou-se a realização de 4 ou 5 sessões de grupos focais. Ao final da terceira sessão, constatou-se a saturação das representações nos depoimentos coletados, o que resultou no término dessas.

As entrevistas foram realizadas com prévia concordância dos entrevistados, que foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos termos da Resolução CNS 196/96. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da FSP/USP, em 20/3/2008, com adendo em 22/3/2010 (Anexo 1).

A técnica do grupo focal foi utilizada como estratégia de investigação. Cada grupo durou aproximadamente 90 minutos, conduzido por dois moderadores, psicólogas especializadas em dinâmica de grupo. O pesquisador não participou dos grupos focais. Os grupos foram realizados em espaços apropriados, em um território neutro e de fácil acesso aos participantes, respeitando o número preconizado na literatura que é de 6 a 15 componentes por grupo (TRAD, 2009). Os encontros foram gravados e transcritos por profissional especializado.

Foram realizadas perguntas abertas, pois estas permitem que os indivíduos entrevistados se expressem livremente, produzindo discursos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2003). O

roteiro de questões orientou o trabalho nos grupos focais, com variações no tempo dedicado a cada uma, nos três grupos.

Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Conforme descrito por LEFÈVRE & LEFÈVRE (2003), o DSC é aplicado em pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo, como representação do pensamento da coletividade. Isto é realizado através da agregação num discurso-síntese dos conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas.

3.1 DELIMITAÇÃO DO PERÍODO DE ESTUDO

A delimitação do período de estudo na primeira década do século XXI foi feita em razão da implantação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, da retomada da implantação do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo e da emergência do debate sobre capital social no país.

Em janeiro de 2004, foi lançado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, que constitui o eixo político básico para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esta política viabilizou a expansão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A implantação do CEO é a característica que mais distingue esta política do que se fez no país até então, em que as ações assistenciais praticamente se esgotavam na denominada atenção básica, direcionada para escolares e gestantes (MANFREDINI, 2009).

No município de São Paulo ocorreu um processo de terceirização dos serviços municipais de saúde, no final da última década do século XX. Houve a implantação do Plano de Atenção à Saúde nas gestões dos prefeitos Paulo Maluf (1993-1996) e Celso Pitta (1997-2000). Em 2001, a prefeita Marta Suplicy é empossada, interrompe o PAS e retoma o processo de construção do SUS na capital.

A partir da década dos 1990, capital social passa a ser corrente com influência intelectual importante nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, este referencial teórico passa a ser debatido na primeira década do século XXI, quando a

intelectualidade sanitária começa a lidar com este tema, em publicações realizadas no país.

3.2 BASES DE DADOS UTILIZADAS E ESTRATÉGIA DE BUSCA

A revisão bibliográfica abrangeu as publicações realizadas no Brasil, com os descritores: capital social, controle social, participação social, participação da comunidade, conferências de saúde, conselhos de saúde, intercalados aos termos odontologia e saúde bucal. Ademais, foram realizadas consultas a livros, periódicos científicos, meios de imprensa, textos diversos, anais de congressos, dissertações, teses e sítios na internet.

No debate sobre capital social, foi realizada revisão bibliográfica, a partir da base eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O estudo foi realizado em todos os índices e em todas as fontes, de artigos publicados em periódicos editados no Brasil, nos idiomas português, espanhol e inglês. Cumpre destacar que a BVS foi desenvolvida pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

As tecnologias e metodologias utilizadas no Modelo BVS são do tipo multi-plataforma e de uso livre, possibilitando o acesso *on-line* e universal à informação técnico-científica relevante para o desenvolvimento da saúde. Cabe assinalar que bases de dados abrangentes estão inseridas nesse portal.

A opção metodológica pelas publicações científicas brasileiras deve-se ao fato de que com o processo da globalização, aumentou a publicação de autores brasileiros no exterior e de autores internacionais no Brasil. Face ao fato da publicação internacional sobre capital social ser muito extensa e abrangente, optou-se pelo recorte do debate sobre capital social nas publicações científicas editadas no Brasil.

Para compor o cenário sobre a assistência odontológica, pública e suplementar, fez-se a busca de dados em documentos oficiais e nas bases eletrônicas da Prefeitura Municipal de São Paulo, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de consulta à literatura científica. O estudo se vale desses dados secundários.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Além dos artigos, foi realizada busca por dissertações e teses que debatessem capital social, no período considerado. Quando a dissertação ou tese havia sido publicada na forma de artigo científico, a dissertação ou tese era desconsiderada.

A revisão utilizou os descritores “capital social” e “saúde”. Quando a busca foi finalizada, o título, descritores, palavras-chave e sumários foram revistos para a seleção final. Após identificação destes artigos, dissertações e teses, estes foram analisados sob o prisma das categorias analíticas de classe social, Estado, políticas públicas, empoderamento e cidadania.

Tais categorias provêm de referenciais adotados no campo das Ciências Políticas, o que nos pareceu apropriado para o desenvolvimento desse trabalho. Contudo, admite-se, para fim analítico, que se houvesse trabalhado com categorias sociais que emergissem do trabalho, os achados principais não seriam alterados.

3.4 RESULTADOS

Os resultados principais da pesquisa foram apresentados, sinteticamente, no formato de três artigos científicos na Parte II desta tese, denominada “Produto da pesquisa”.

3.5 NORMAS DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Esta tese foi elaborada de acordo com as normas de apresentação de trabalhos acadêmicos do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2006). Os formatos de referências foram elaborados de acordo com os preconizados pelo Comitê Internacional de Revistas Biomédicas, conhecido por Grupo de Vancouver, versão 2005, acrescido das adaptações sugeridas no referido Guia.

Por uma razão de forma, optou-se pela apresentação dos três artigos da parte II, de acordo com as orientações da revista Saúde e Sociedade. Dessa forma, têm diferenças

de formatação, em relação às demais partes da tese, notadamente em relação a citações e referências.

PARTE II

PRODUTOS DA PESQUISA

4 PRODUTOS

Nesta parte da tese, apresentam-se os principais produtos acadêmicos obtidos com o seu desenvolvimento. São três artigos, todos originais, redigidos em português e que serão, oportunamente, submetidos à publicação em periódicos editados no Brasil.

Os artigos 1 e 3 discutem o objetivo geral do estudo, debatendo o dimensionamento da assistência odontológica pública e suplementar e a análise de representações sociais sobre saúde bucal por lideranças comunitárias de saúde.

O artigo 2 analisa a emergência do debate sobre capital social nas publicações científicas brasileiras na primeira década do século XXI, tendo em vista que esse tema tem expressiva penetração e influência intelectual nos EUA e Europa.

4.1 ARTIGO 1: ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PÚBLICA E SUPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO NA PRIMEIRA DÉCADA DO SÉCULO XXI

Resumo

Dois movimentos concomitantes ocorrem na primeira década do século XXI, no âmbito dos serviços odontológicos públicos e privados: a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o vigoroso crescimento da assistência odontológica suplementar. Neste artigo, analisa-se o impacto desses fenômenos no âmbito do município de São Paulo. A metodologia utilizada foi a de busca de dados nos documentos oficiais e nas bases eletrônicas da Prefeitura Municipal de São Paulo, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de consulta à literatura científica. O período de estudo foi de janeiro de 2000 a janeiro de 2010. Constata-se que, comparativamente ao quadro geral nacional, a situação do município de São Paulo revela precariedade no acesso ao serviço odontológico público, com reduzida oferta de serviços a adultos e idosos. Indicadores como a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e a Cobertura Populacional Potencial registram valores de menos de 4% e de cerca de 8%, respectivamente, e caracterizam uma situação de grande distanciamento do princípio constitucional do acesso universal aos cuidados odontológicos. O crescimento do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos e de outros planos foi expressivo em igual período, variando de 661.426 em março de 2000 para 1.970.289 em setembro de 2009, o que corresponde a uma ampliação da cobertura populacional de 6,3% para 17,9%. Discutem-se as limitações deste mercado para prover assistência odontológica para todos os brasileiros, reforçando-se a necessidade de continuidade e expansão do Brasil Sorridente.

Abstract

Two concomitant movements occur in the first decade of the XXI century, within the private and public dental services: the entrance of oral health on the agenda of political priorities of the federal government and the vigorous growth of the dental care supplement. This paper analyzes the impact of these phenomena within the city of São Paulo. The methodology used was to search for data in official documents and the

electronic databases of the City Hall of São Paulo, the Ministry of Health and the National Agency for Supplementary Health (ANS), in addition to consulting the scientific literature. The study period was from January 2000 to January 2010. It appears that compared to general national framework, the city of São Paulo shows poor access to public dental services, with reduced range of services to older adults. Indicators such as coverage of First Outpatient Dental Program and Population Potential Coverage record values of less than 4% and about 8%, respectively, and characterize a situation of great distance from the constitutional principle of universal access to dental care. The growing number of insurance beneficiaries exclusively dental and other plans was significant in the same period, ranging from 661 426 in March 2000 to 1,970,289 in September 2009, which corresponds to an expansion of population coverage of 6.3% to 17.9%. Limitation of this market is discussed to provide dental care to all Brazilians, reinforcing the need for continuity and expansion of Brasil Sorridente.

Descritores: Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Políticas Públicas de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Introdução

Ao término da primeira década do século XXI, a odontologia brasileira consolida sua posição como uma das mais importantes no cenário mundial. O país dispõe de 197 faculdades de odontologia e cerca de 229 mil cirurgiões-dentistas estão inscritos nos conselhos que fiscalizam o exercício profissional (CFO, 2010).

O complexo odontológico-industrial é pujante, com predomínio de empresas com maior aporte de capital nacional no setor, que respondem pela produção de equipamentos de ponta, com razoável grau de acúmulo tecnológico e posição de destaque no mercado global. O país é o segundo maior mercado de produtos de higiene bucal no mundo, constituindo-se em uma grande plataforma produtora e exportadora desses insumos (Manfredini, 2006; 2009b).

O quadro epidemiológico indica uma transição para melhor, com redução dos níveis de cárie em crianças. Contudo, persistem importantes desigualdades regionais, observando-se melhores condições nas áreas urbanas de capitais do Sul e Sudeste. Em decorrência da denominada transição demográfica, doenças que acometem mais os idosos, como o

câncer de boca, ganham importância crescente, embora não haja evidência de aumento significativo nos coeficientes de incidência.

Dois movimentos concomitantes ocorrem nesta década, no âmbito dos serviços odontológicos públicos e privados: a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o vigoroso crescimento da assistência odontológica suplementar. Neste artigo, analisa-se o impacto desses fenômenos no âmbito do município de São Paulo, maior cidade do país.

Materiais e métodos

A metodologia utilizada foi a de busca de dados nos documentos oficiais e nas bases eletrônicas da Prefeitura Municipal de São Paulo, do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de consulta à literatura científica. O período de estudo analisado foi de janeiro de 2000 a janeiro de 2010. O estudo se vale de dados secundários, obtidos a partir da coleta e análise das informações obtidas nos documentos, em bases eletrônicas e junto a órgãos dessas instituições.

O município de São Paulo é o maior do país, em termos demográficos e econômicos. Concentra 5,7% da população moradora no Brasil e 26,2% da residente no Estado de São Paulo. Responde por 12% do Produto Interno Bruto do país e por mais de 35% daquele produzido no Estado, sendo superior ao de qualquer Estado brasileiro, com exceção de São Paulo (FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

A cidade é o pólo da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Um em cada dez brasileiros vive na RMSP. A região oferta aproximadamente 5,5 milhões de empregos do Estado de São Paulo e pouco mais de um sexto dos empregos nacionais. Com uma participação de 15,6% sobre o PIB nacional, a RMSP concentra pouco mais da metade do PIB do Estado, equivalendo ao produzido pelo Chile (EMPLASA, 2007).

Rolnik (2004) destaca que, mesmo com a queda da participação relativa do município na produção industrial da Região Metropolitana de São Paulo e do estado, a cidade manteve-se como grande e dinâmico centro industrial, onde a indústria passou por um processo de reconversão, com a modernização tecnológica e gerencial das empresas mais capitalizadas, transnacionais e globalizadas; associada à precarização dos vínculos empregatícios e das condições de trabalho nas micro e pequenas unidades. A cidade

sedia a maior parte da rede de gestão dos serviços financeiros e de prestação de serviços no país. Em 2003, a cidade concentrava 15,6% do consumo de serviços de tratamento dentário; 13,7% de planos e seguros de saúde; 12,7% de viagens e transportes; e 12,5% da educação do país.

A população do município cresce na atualidade a taxas de 0,59% ao ano, valor correspondente a apenas 10% do registrado na década dos 1950 (5,58%). Observa-se a redução de pessoas por domicílio, de 4,8 em 1950 para 3,1 em 2010. O padrão etário da população ficou mais maduro, com o dobro da população de idosos no total da população e diminuição de 5% nos jovens com menos de 15 anos de idade (FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

A cidade caracteriza-se pelos contrastes e pela heterogeneidade sócio-espacial. Com mais de 11 milhões de habitantes, é o município mais rico do país, com aproximadamente 990 mil pessoas residindo em áreas vulneráveis à pobreza. As suas áreas centrais e seu entorno exibem indicadores socioeconômicos mais favoráveis que as áreas periféricas. São Paulo conta com 31 subprefeituras, sendo que as localizadas na periferia apresentam altas taxas de crescimento populacional, com maiores taxas de mortalidade infantil e menor longevidade que as áreas centrais e seus entornos (São Paulo, 2007b).

A partir da análise dos quatro indicadores de saúde bucal que compõem o Pacto de Atenção Básica de 2006, foi identificado o indicador “Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática” para utilização neste estudo, para aferir o acesso a serviços odontológicos públicos. Este indicador aponta o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, com a finalidade de diagnóstico e, necessariamente, a elaboração de um plano preventivo-terapêutico, para atender as necessidades detectadas e posterior realização do tratamento odontológico restaurador no âmbito da atenção básica, em determinado local e período.

Neste indicador, não são referidos atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. Difere, portanto, do indicador “Cobertura de Primeira Consulta de Odontologia”, utilizado até 2005, que incluía os atendimentos eventuais de urgência.

Optou-se pela busca desta informação no Boletim CEInfo em Dados, da Coordenação de Epidemiologia e Informação. Esta opção metodológica decorre do fato de que este instrumento é o utilizado como instrumento público de divulgação de informações de saúde e de apoio aos gestores do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde. Além disto, é disponibilizado em meio eletrônico e distribuído nas prestações de contas realizadas pelo Executivo municipal ao Conselho Municipal de Saúde e à Câmara Municipal. As informações disponibilizadas pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde e as acessadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS foram divergentes das prestadas pelo Boletim CEInfo, utilizado neste estudo.

O Boletim CeInfo registra a primeira consulta odontológica programática, a partir de 2006. Os registros de 2004 e 2005 se referem a primeiras consultas de odontologia, onde se incluíam os atendimentos de urgência realizados na rede pública municipal de saúde. Nos anos anteriores a 2003, não há registros das primeiras consultas de odontologia, no Boletim CEInfo.

Tendo em vista a inexistência de indicador específico, propõe-se a criação de um indicador (Cobertura Populacional Potencial), que é apresentado neste estudo. Este indicador pôde ser construído, a partir de consulta ao sítio eletrônico da Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) do Ministério da Saúde, onde há informações sobre o total de equipes de saúde bucal das modalidades I e II na Estratégia de Saúde da Família. A partir da soma das populações potencialmente cobertas por cada equipe, obtêm-se os valores da referida cobertura, que constam nos registros disponibilizados pela CNSB.

Este indicador difere do cálculo de cobertura potencial, proposto por Chaves e Vieira-da-Silva (2007), que estabelece uma relação de um cirurgião-dentista para cada 3 mil habitantes com renda insuficiente, e dos indicadores “Cobertura Potencial de Recursos Humanos” e “Taxa de Cobertura Real de Procedimentos”, propostos por Ribeiro-Sobrinho, Souza e Chaves (2008). O indicador “Cobertura Populacional Potencial” não estabelece relação entre cirurgiões-dentistas e população e não analisa a capacidade de produção de procedimentos.

A Lei Federal nº 9.656/1998 e a Medida Provisória nº 2.177-44/2001 definem “Operadora de Plano de Assistência à Saúde”, como a pessoa jurídica constituída sob a

modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Brasil, 1998, 2001).

A segmentação estabelecida pela legislação definiu como possibilidades de cobertura assistencial os planos: ambulatorial e odontológico; hospitalar com obstetrícia e odontológico; hospitalar sem obstetrícia e odontológico; hospitalar com obstetrícia, ambulatorial e odontológico e hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial e odontológico. Os planos exclusivamente odontológicos são os que oferecem apenas assistência odontológica. As operadoras de planos privados de saúde exclusivamente odontológicas são agrupadas em cooperativa odontológica e odontologia de grupo. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o termo beneficiário se aplica a pessoa que possui vínculo a um determinado plano de saúde de uma operadora de plano privado de saúde.

Para este estudo, foram utilizadas as informações da ANS sobre o setor da saúde suplementar, por meio do Caderno de Informação da Saúde Suplementar e de acesso a informações disponibilizadas por órgãos da agência. A informação disponibilizada pela ANS permite o conhecimento da dimensão e dinâmica do setor de saúde suplementar por meio de análises espaciais, temporais, demográficas, econômico-financeiras e de dados sobre a atenção à saúde específicos desse setor.

Resultados

A produção científica sobre acesso e utilização de serviços odontológicos, públicos e privados, no município de São Paulo é nula, pois a busca na literatura não identificou artigos sobre o tema.

Documentos oficiais (São Paulo, 2010a) indicam que, em janeiro de 2010, a rede municipal de saúde possuía 434 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 355

(81,7%) dispunham de atendimento odontológico. Em 2004, eram 303. O município tinha 29 clínicas de especialidades odontológicas, ante 17 em 2004. Destas clínicas, apenas três estavam cadastradas no Ministério da Saúde (MS) como Centros de Especialidades Odontológicas - CEO (Brasil, 2010).

O atendimento odontológico também era prestado em 14 serviços odontológicos localizados nos Serviços de Atendimento Especializado em DST/AIDS e 19 serviços em hospitais, pronto-atendimentos e pronto-socorros. O total de cirurgiões-dentistas na rede municipal era de 1.691, sendo que havia 841 auxiliares de saúde bucal e 157 técnicos em saúde bucal (São Paulo, 2010c).

O número de primeiras consultas de odontologia e primeiras consultas odontológicas programáticas, realizadas respectivamente em 2004 e 2005 e de 2006 a 2009, está indicado nas Tabelas 1 e 2. Ressalte-se que na Tabela 1, por se referirem às “primeiras consultas de odontologia”, estão incluídos atendimentos eventuais de urgência.

Tabela 1 - Número de primeiras consultas de odontologia, população do município de São Paulo e porcentagem da cobertura, no período de 2004 e 2005.

Ano	População do município	Primeiras consultas de odontologia	Cobertura de primeiras consultas de odontologia (%)
2004	10.697.738	202.160	1,9
2005	10.766.673	414.301	3,8

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

As equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família do município começaram a ser cadastradas junto ao Ministério da Saúde, a partir de 2001, com 13 equipes. Este número se manteve inalterado até 2007, quando o número se ampliou para 72 ESB. Em dezembro de 2009, havia 129 ESB cadastradas no MS, sendo 71 na modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal) e 58 na modalidade II (cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal). A cobertura populacional potencial é apontada na Tabela 3 (Brasil, 2010).

Tabela 2 - Número de primeiras consultas odontológicas programáticas, população do município de São Paulo e cobertura de primeira consulta odontológica programática, no período de 2006 a 2009.

Ano	População do município	Primeiras consultas odontológicas programáticas	Cobertura de primeira consulta odontológica programática (%)
2006	10.824.242	301.309	2,8
2007	10.882.121	254.729	2,3
2008	10.940.311	266.404	2,4
2009	11.057.629	426.232	3,8

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Tabela 3 - Número de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família e cobertura populacional potencial no município de São Paulo, em 2001 e 2009.

Ano	Número de equipes de saúde bucal	Cobertura populacional potencial (%)
2001	13	0,8
2009	129	8,2

Fonte: Ministério da Saúde.

Levantamento epidemiológico realizado em 2008 constatou que 73,8% das crianças de 18 a 36 meses nunca foram ao cirurgião-dentista, sendo este percentual reduzido para 43,1% aos 5 anos, 17,8% aos 12 anos e 9,3%, aos 15 a 19 anos. Em relação ao acesso à consulta odontológica no último ano, nas idades de 18 a 36 meses, 5, 12 e 15-19 anos, os percentuais foram, respectivamente, de 10,9%, 31,7%, 39,9%, e 47,3%.

O serviço público foi o mais utilizado para as idades de 18 a 36 meses (5,5%), 5 anos (16,9%) e 12 anos (32,6%). Já na faixa etária de 15 a 19 anos, os serviços privados (37,5%) superaram os serviços públicos (20,7%). Em relação aos “convênios e planos de saúde”, como locais de ocorrência da última consulta odontológica, nas idades de 18 a

36 meses, 5, 12, 15-19 anos, os percentuais foram de 3,3%, 7,9%, 10,5% e 14,2% (São Paulo, 2009a).

Esta redução de utilização de serviços públicos em idades maiores havia sido constatada no Inquérito de Saúde no Município de São Paulo (ISA-Capital), em 2003. Foi relatada uma baixa oferta de serviços do SUS para tratamento odontológico individual, em especial de adultos e idosos. Outro diferencial foi escolaridade. Do total de entrevistados com 0 a 3 anos de escolaridade, o SUS respondeu por 30,6% das consultas odontológicas, sendo este percentual reduzido para 18,1% de 4 a 7 anos, 9,5% de 8 a 11 e de 0,9% em habitantes com mais de 12 anos de escolaridade (São Paulo, 2005).

O número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos e de outros planos com cobertura odontológica está indicado na tabela 4.

Tabela 4 - Número de beneficiários, segundo o tipo de plano de saúde no município de São Paulo, em 2000 e 2009.

Tipo de plano	Ano	
	2000	2009
Exclusivamente odontológico	475.668	1.719.790
Outros planos com cobertura odontológica	185.758	250.499
TOTAL	661.426	1.970.289

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

Segundo a forma de contratação dos planos exclusivamente odontológicos, por competência, em setembro de 2009, 11,2% eram individuais ou familiares, 87,8% coletivos e 1,0%, não informados. Quanto à época de contratação, 93,9% eram classificados como planos novos, cujos contratos foram celebrados na vigência da Lei Federal nº 9.656/98, 6,1% planos antigos (celebrados antes da entrada em vigência da referida legislação) e 1,0% não informados.

A taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos na cidade de São Paulo, segundo faixas etárias, nos anos de 2000 e 2009, é apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Taxa de cobertura de planos exclusivamente odontológicos no município de São Paulo, por faixa etária, em 2000 e 2009.

Faixa etária (em anos)	Ano	
	2000	2009
Até 1	2,2	6,2
1 a 4	3,4	9,4
5 a 9	4,0	11,3
10 a 14	4,8	12,1
15 a 19	4,8	12,4
20 a 29	6,4	21,5
30 a 39	7,0	20,2
40 a 49	4,4	15,3
50 a 59	2,4	10,0
60 a 69	1,4	5,1
70 a 79	1,1	3,0
80 ou mais	1,0	2,4
TOTAL	4,7	14,2

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar

O crescimento dos planos exclusivamente odontológicos no período analisado (9 anos e 6 meses) foi da ordem de 261,6%, o que corresponde a um crescimento médio anual de 27,5 %. Em relação à população do município, a porcentagem da população beneficiária de planos exclusivamente odontológicos e de outras modalidades de planos com cobertura odontológica oscilou de 6,3% em março de 2000 para 17,9% em setembro de 2009 (São Paulo, 2010b).

Discussão

O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores, divididos em determinantes da oferta e da demanda (Barata, 2008). Os determinantes da

utilização dos serviços de saúde podem ser relacionados à necessidade de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); aos usuários (características demográficas, sócio-econômicas, culturais e psíquicas); aos prestadores de serviços (características demográficas, tempo de graduação, especialidade, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento); à organização (recursos disponíveis, características da oferta, modo de remuneração, acesso geográfico e social); e à política (tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema (Travassos e Martins, 2004).

O acesso a serviços de saúde é um conceito importante para explicar seu padrão de uso. As condições de acesso refletem as características da oferta de serviços, que podem facilitar ou dificultar a capacidade dos indivíduos utilizarem serviços de saúde de acordo com as suas necessidades (Barreto Junior et al., 2008). Pelo lado da demanda, o estado ou necessidade de saúde é o principal determinante de uso dos serviços. A necessidade percebida, entendida como a identificação de um problema pelo usuário é o elemento mais importante da demanda, sobrepondo-se a outras considerações de ordem demográfica e social (Barata, 2008).

As maiores desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos foram encontradas nos grupos de menor acesso ou utilização, sendo que a participação do Sistema Único de Saúde nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa que na atenção médica (Barros e Bertoldi, 2002). O país convive com graves dificuldades no acesso à assistência odontológica, como constataam as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), sobre acesso e utilização de serviços de saúde, conduzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, 2003 e 2008.

Em 1998, 18,7% dos entrevistados declararam nunca ter consultado um cirurgião-dentista, o que equivalia a 29,6 milhões de brasileiros. Destes, 85,6% eram crianças menores de 4 anos, 20,5% homens e 32,0% população residente em áreas rurais. A porcentagem dos que declararam nunca ter consultado cirurgião-dentista era nove vezes superior entre as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparadas com as que recebiam mais de 20 salários mínimos (IBGE, 2000).

Durante os anos 1990, houve expressivo declínio das ações de saúde bucal no SUS, com o Ministério da Saúde atribuindo baixíssima prioridade para a Política Nacional de

Saúde Bucal, a partir do governo Itamar Franco. Essa segue irrelevante durante os anos 1990, atravessando esse governo e o de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), sem qualquer impulso significativo ou renovação (Narvai e Frazão, 2008).

É neste contexto que se processam a promulgação da Lei Federal nº 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei Federal nº 9.961/00. Tratam-se dos primeiros instrumentos para a regulação da saúde suplementar no Brasil. A partir daí, criam-se os mecanismos para ordenar o mercado de prestação de serviços privados de saúde através de empresas denominadas operadoras de planos e seguros de saúde.

Embora antes da edição da Portaria GM nº 1.444/2000, alguns municípios tivessem, com recursos próprios ainda nos anos 1990, incorporado a assistência odontológica nas atividades do PSF, a referida portaria viabilizou o aporte de recursos federais para implantar equipes de modalidade I e modalidade II. Além disso, fixou valores de um incentivo adicional em parcela única por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos (Brasil, 2000).

Em março de 2001, foram implantadas as primeiras equipes de modalidade I e II. Entretanto, a expansão foi tímida, pois em dezembro de 2002, havia 3.819 equipes modalidade I e 442 equipes de modalidade II implantadas, com uma cobertura populacional de 15,2% da população. Após a posse do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, abriu-se a possibilidade de aglutinação de um projeto comum às forças democráticas que gestavam a saúde bucal como direito de cidadania (Costa et al., 2006).

Em 2003, o IBGE realiza pesquisa sobre acesso e utilização de serviços de saúde. A parcela de brasileiros que nunca foi ao cirurgião-dentista era de 15,9%, o que correspondia a 27,9 milhões de pessoas. A proporção dos que nunca consultaram um cirurgião-dentista era de 81,8% entre os menores de cinco anos, de 17,5% nos homens e 14,3% nas mulheres, de 13,6% na população urbana e 28% na rural. Enquanto 31% da população com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo nunca fizeram uma consulta odontológica, a proporção diminuía para 3%, nos que tinham rendimento superior a 20 salários mínimos (IBGE, 2005).

Em janeiro de 2004, foi lançado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. As diretrizes constituem o eixo político básico para a reorientação das

concepções e das práticas no campo da saúde bucal, sendo conhecida sob a marca “Brasil Sorridente”. A reorganização da atenção em saúde bucal é proposta em todos os níveis de atenção, sendo a reorientação do modelo centrada no eixo do cuidado. Para organizar este modelo são propostas “linhas do cuidado” para a criança, adolescente, adulto e idoso. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, com acesso disponível para todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, de nível secundário e terciário, visando à integralidade da atenção (Brasil, 2004).

A pesquisa sobre o acesso e utilização de serviços de saúde do IBGE em 2008 constatou que a parcela de brasileiros que nunca foi ao cirurgião-dentista caiu para 11,7%. A proporção dos que nunca consultaram um cirurgião-dentista era de 77,9% entre os menores de cinco anos, de 12,8% nos homens e 10,6% nas mulheres, de 10% na população urbana e 20% na rural. Enquanto 98,0% das pessoas pertencentes à classe de rendimento domiciliar *per capita* de mais de 5 salários mínimos já tinham se consultado com um cirurgião-dentista, o percentual foi de 71,3% para aqueles na classe de até 25% do salário mínimo (IBGE, 2010).

O município de São Paulo ingressou na primeira década do século XXI, enfrentando uma grave crise no setor saúde, após as gestões dos Prefeitos Paulo Maluf (1993-1996) e Celso Pitta (1997-2000). A partir de 1996, ocorreu a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), com a divisão do município em módulos gerenciados por cooperativas privadas. Como consequências do PAS, destacaram-se a redução no atendimento direto por parte do município, a elevação nos gastos e a incorporação da lógica da empresa privada nas relações trabalhistas (Junqueira, 2002).

Com a posse da Prefeita Marta Suplicy, em 2001, estabeleceram-se cinco frentes de atuação: a reconstrução da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); a distritalização; a municipalização; a modernização gerencial; e a adoção do PSF como estratégia de reorganização da atenção básica (Silva, 2004). Em 2003, a gestão reconhecia o déficit nas equipes de saúde bucal, principalmente na presença de pessoal auxiliar, atribuído aos oito anos das gestões Maluf e Pitta (São Paulo, 2003).

Em 2003, inquérito de saúde conduzido na cidade (ISA-Capital) sobre morbidade referida e utilização de serviços de saúde identificou que a menor utilização de serviços

do SUS ocorreu para consulta odontológica (11,9%), sendo superada por prevenção de câncer de próstata (25,5%), exame físico da mama (37,6%), mamografia (37,8%), papanicolau (52,3%), morbidade 15 dias (59,5%), pré-natal (63,3%), parto (63,4%) e puericultura (70,7%).

A distribuição por tipo de serviço utilizado para a realização de consultas odontológicas pelos não-atendidos pelo SUS foi de 82,1% em serviço privado, 3,6% em sindicato, 1,1% em previdência governamental, 0,9% em serviço próprio de empresa e 0,5% outros. Em relação ao procedimento “consulta odontológica”, a fonte de financiamento foi de 57,8% para gasto próprio; 6,9% convênio da empresa; 4,2% plano de saúde; 3,8% sindicato; 0,8% previdência governamental; e 13,7% outros (São Paulo, 2005). Em relação ao tipo de profissional procurado no serviço de saúde, 73,7% dos entrevistados relataram ter procurado médicos, 5,1% farmacêuticos, e 0,7% cirurgiões-dentistas (São Paulo, 2007a).

Embora tenha havido aumento na oferta de serviços odontológicos públicos na primeira década do século XXI no município, esta foi insuficiente para ter impacto na melhoria do acesso da população. Robles (2008) destaca que as Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal de São Paulo estavam alinhadas às Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, mas vinham sendo implantadas com dificuldades.

Dois fenômenos ocorridos na primeira década do século XXI ilustram as demandas da população por acesso à assistência odontológica pública na cidade. No processo de elaboração do Orçamento Participativo (OP) da Prefeitura Municipal de São Paulo para o ano de 2002, constatou-se que a saúde bucal foi a segunda especialidade mais exigida pelo público que participou das plenárias, só sendo superada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) (São Paulo, 2001). Junqueira (2002) destaca que a Secretaria Municipal de Saúde, no início do governo Marta Suplicy em 2001, assumia o PSF como a estratégia estruturante do SUS.

Mesmo nesta conjuntura (São Paulo, 2001), a demanda por saúde bucal superou todas as outras especialidades médicas, como saúde da mulher (11^a); do idoso (12^a); de álcool, drogas e dependência (15^a); da criança e do adolescente (19^a); da saúde mental (20^a); de portadores de necessidades especiais (21^a); de assistência farmacêutica (23^a); de saúde

do trabalhador (41^a); e de prevenção e combate às doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS (44^a).

Ao se analisar o perfil sócio-econômico dos participantes das assembleias do OP em 2002, verificou-se que a maioria era de mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, 2º grau incompleto ou completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos, moradora da periferia e pertencente a algum movimento de caráter comunitário-associativo (Sánchez, 2002).

Pesquisa realizada pela União de Movimentos Populares de Saúde (UMPS) nos meses de dezembro de 2002 e janeiro de 2003, sobre atendimentos conseguidos e não conseguidos (n=1.921) em 221 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, constatou como principal problema para os usuários, o acesso ao “tratamento de dentes”. 50,5% dos entrevistados relataram não ter conseguido acesso a serviços de assistência odontológica nas UBS da capital. Para se ter uma idéia da dificuldade do acesso à assistência odontológica, em relação às outras demandas, 56,5% dos entrevistados se consultaram com psicólogos, 82% tiveram acesso a vacinas e 88% receberam controle de pressão.

É neste contexto que se verifica a vigorosa expansão no setor de saúde suplementar da odontologia de mercado, na cidade. Este crescimento pode ser atribuído à mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, ao sofrível acesso da população a serviços de saúde bucal, ao baixo gasto das famílias com o desembolso direto para a assistência odontológica e o significativo peso dos gastos com planos privados de saúde (Vieira e Costa, 2008).

A porcentagem da população beneficiária de planos exclusivamente odontológicos e de outras modalidades de planos com cobertura odontológica no município de São Paulo em setembro de 2009 (17,9%) era superior a do Estado de São Paulo e a do Brasil. O número de beneficiários desses planos no Estado de São Paulo era de 5.991.298 em setembro de 2009, o que correspondia a 14,5% da população. No Brasil, o total de beneficiários era de 15.833.499, o que equivalia a 8,3% da população.

O espaço para crescimento dos planos odontológicos é bastante grande, apontando uma demanda futura a ser suprida e um longo caminho para que os planos odontológicos

cobrissem um maior número de pessoas, em razão das deficiências das políticas públicas de promoção e atenção à saúde bucal (Pietrobon et al., 2008).

Manfredini (2009a) constata o potencial do mercado de odontologia complementar na sociedade brasileira. Mesmo com o consistente crescimento verificado na primeira década do século XXI, o número de beneficiários ainda permanece distante do total de beneficiários dos planos assistenciais médicos. Há um *gap* significativo entre os 12,3 milhões de usuários de planos odontológicos e os 41,9 milhões de planos de assistência médica com ou sem odontologia. Como não há identificação única, pode ocorrer de existirem beneficiários duplicados, caso possuam mais de um plano de saúde.

Este mercado potencial é objeto de variadas projeções, por parte do segmento empresarial. O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG) estima que os planos odontológicos possam beneficiar mais de 40 milhões de usuários nos próximos cinco anos (Oliveira e Leite, 2009). Uma empresa de medicina de grupo projeta em quase 30 milhões o número de novos beneficiários para o setor de planos de saúde odontológicos (Spagnuolo, 2009).

Entretanto, para um país com 191 milhões de habitantes, ficam evidentes as limitações desta modalidade, típica da odontologia de mercado, para prover assistência odontológica para todos os brasileiros. Para Narvai (2002) “odontologia de mercado” corresponde a um modelo de atenção em saúde bucal que se caracteriza pela “prática centrada na *assistência odontológica* ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um *sujeito individual* – o cirurgião-dentista – no restrito *ambiente clínico-cirúrgico*”.

Assim, seja pelas limitações de cobertura próprias deste modelo no contexto brasileiro, marcado por notória iniquidade assistencial, seja pelas contradições desse modelo com os princípios de universalidade, equidade e intersetorialidade, com ênfase na promoção da saúde, ressalta a necessidade de se dar continuidade e expandir o Brasil Sorridente, reconhecendo-o como política de Estado e não apenas de um governo e, sobretudo, buscar envolver as esferas estaduais e municipais na ampliação dos serviços públicos odontológicos.

Considerações finais

O crescimento do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos foi expressivo no município de São Paulo, na primeira década do século XXI. O total de beneficiários desses planos e de outros com cobertura odontológica ampliou-se na cidade de 661.426 em março de 2000 para 1.970.289 em setembro de 2009. Isto corresponde a uma variação de cobertura populacional de 6,3% para 17,9% da população do município, no período.

Este crescimento se dá no mesmo período histórico em que o Estado brasileiro adotou uma nova Política Nacional de Saúde Bucal. As diretrizes desta política foram formuladas com a intencionalidade explícita de se constituírem no eixo político básico para a reorientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, com acesso disponível para todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, de nível secundário e terciário, visando à integralidade da atenção.

Constata-se que, comparativamente ao quadro geral nacional, a situação do município de São Paulo revela precariedade no acesso ao serviço odontológico público, com reduzida oferta de serviços a adultos e idosos. Indicadores como a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e a Cobertura Populacional Potencial registram valores de menos de 4% e de cerca de 8%, respectivamente, e caracterizam uma situação de grande distanciamento do princípio constitucional do acesso universal aos cuidados odontológicos.

Referências

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da PCV 2006. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n.2, p. 19-29, 2008.

BARRETO JUNIOR, I. F. B.; FERREIRA, M. P.; SILVA, Z. P. Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 5-18, 2008.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 708, p. 709-717, 2002.

BRASIL. Lei Federal nº 9.656/98. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Seção 1: p.1.

BRASIL. Medida Provisória nº 2177-44/2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 ago. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 2000; Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e planos*. Setembro 2009. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Total de equipes de saúde da família: saúde bucal no município de São Paulo*. Brasília, 2010.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.5, p.1119-1131, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Dados estatísticos: cirurgiões-dentistas*. Disponível em <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=>>>. Acesso em 14 mai 2010.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006 (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 11).

EMPLASA. Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano- Emplasa. *Indicadores metropolitanos*: Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo, 2007.

FUNDAÇÃO SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. A cidade comemora 456 anos com mudanças no perfil do paulistano. *SP Demográfico*, São Paulo, v. 10, n. 1, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Acesso e utilização de serviços de saúde*: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003*: corpo básico e suplemento acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 172 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008*: um panorama da saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 266 p.

JUNQUEIRA, V. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2002.

MANFREDINI, M. A. *Características da indústria de equipamentos odontológicos e de produtos para higiene bucal no Brasil entre 1990 e 2002*. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

MANFREDINI, M. A. Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde. 2009a. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2009, p. 17-29.

MANFREDINI, M. A. Mercado de produtos de higiene bucal no Brasil: uma análise crítica. 2009b. In: MOYSÉS, S. J.; GROISMAN, S. *Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, Ciclo 3, Módulo 1, 2009, p. 61-87.

- NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos, 2002.
- NARVAI, P. C., FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coord.) *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 1-20.
- OLIVEIRA, R., LEITE, V. S. Planos odontológicos desaceleram expansão. *Gazeta Mercantil*, São Paulo, p. C6, 14 abr. 2009.
- PIETROBON, L. et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1589-1599, 2009.
- RIBEIRO-SOBRINHO, C.; SOUZA, L. E. P. F.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da cobertura do Serviço Odontológico da Polícia Militar da Bahia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n.2, p. 295-302, 2008.
- ROBLES, L. P. *Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ROLNIK, R. São Paulo, novo século: uma nova geografia? In: GARIBE, R.; CAPUCCI, P. *Gestão local nos territórios da cidade: ciclo de atividades com as subprefeituras*. São Paulo: Mídia Alternativa/Secretaria Municipal das Subprefeituras, 2004. p. 25-31.
- SÁNCHEZ, F. R. *Orçamento participativo: teoria e prática*. São Paulo: Cortez, 2002.
- SÃO PAULO. Secretaria de Governo Municipal. Coordenação do Orçamento Participativo. *Propostas da área de saúde para o OP-2002*. São Paulo, 2001.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Revista Saúde*, São Paulo, v. 1, abr, 2003.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - Inquérito de saúde no município de São Paulo- ISACapital 2003: uso de serviços de saúde segundo motivo de procura/procedimento realizado, tipo de serviço, fonte de financiamento e escolaridade. *Boletim CEInfo ISA-Capital*. São Paulo, n. 1, 2005.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - *Inquérito de Saúde no Município de São Paulo – ISACapital 2003 - Principais resultados - estilo de vida, morbidade referida, uso de serviços, auto-avaliação de Saúde e temas especiais*. 2007a. São Paulo, ago 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal do Trabalho. *Atlas do trabalho e desenvolvimento da cidade de São Paulo*. 2007b. São Paulo, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. *Boletim CEInfo em Dados*. São Paulo, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal*. Cidade de São Paulo, 2008-2009. Resumo da primeira fase: crianças e adolescentes. 2009a. São Paulo, 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. *Boletim CEInfo em Dados*. 2009b. São Paulo, out. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde antecipa cumprimento de metas da Agenda 2012. 2010a. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=13863>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. População do município de São Paulo. 2010b. Disponível em <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def>. Acesso em 13 jan. 2010b.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Saúde bucal direito de cidadania!* 2010c. São Paulo, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. *Boletim CEInfo em Dados*. 2010d. São Paulo, ano IX, n. 9, 2010.

SILVA, Z. P. *A política municipal de saúde (2001-2003)*. São Paulo: Instituto Pólis: PUC-SP, 2004.

SPAGNUOLO, S. Setor odontológico vislumbra mercado da AL. *América Economia*, São Paulo. Disponível em <<http://www.americaeconomia.com.br>>. Acesso em: 9 jun. 2009.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

USUÁRIOS estão insatisfeitos com a demora, falta de profissionais e medicamentos. *Jornal da UMPS*, São Paulo, ago 2003, p.2-3.

VIEIRA, C., COSTA, N. R. Estratégia populacional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p 1579-1588, 2008.

4.2 ARTIGO 2: CAPITAL SOCIAL E SAÚDE NAS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS NO INÍCIO DO SÉCULO XXI

Resumo

Analisa-se os estudos sobre capital social e saúde nas publicações científicas brasileiras, na primeira década do século XXI. Procedeu-se à revisão sistemática, utilizando-se os descritores “capital social” e “saúde”. Identificaram-se 15 estudos, sendo 3 de investigação original e 12 de revisão. As categorias analíticas “classe social”, “Estado e políticas públicas”, “empoderamento” e “cidadania” foram empregadas. A maioria dos artigos defende a utilização do conceito de capital social em saúde, em consonância com a literatura dos países capitalistas centrais, a partir da década dos 1990. Os estudos realizados no Brasil corroboram a ambigüidade conceitual, dificuldade de operacionalização e aferição do conceito de capital social.

Abstract

The aim of this paper is to analyze the studies on social capital and health in Brazilian scientific publications in the first decade of the twenty-first century. A systematic review, using the keywords "social capital and health", identified 15 studies, three about original research and 12 about review. Selected articles were analyzed under the categories "social class", "State and public policies", "empowerment" and "citizenship." Most articles advocates using the concept of social capital in health, aligned with the literature of the core capitalist countries, starting in the decade of 1990. Studies conducted in Brazil reinforce the conceptual ambiguity, difficulty in operationalizing and measuring the concept of social capital.

Descritores: Participação Comunitária; Promoção da Saúde.

Palavras-chave: Capital Social.

Introdução

O debate sobre capital social tem aumentado nas últimas décadas, a partir de sua origem no campo da sociologia e das ciências políticas. As comunidades científicas dos Estados Unidos e da Europa têm privilegiado a discussão e a disseminação de estudos sobre o

tema. Pesquisas em bases eletrônicas apontam dezenas de milhares de artigos debatendo esse assunto. Na literatura de saúde pública, o conceito torna-se proeminente a partir de 1996 (Moore et al., 2006).

Segundo o Banco Mundial, capital social se refere às instituições, relações e normas que conformam a qualidade e a quantidade de interações sociais de uma sociedade. Este não seria apenas a soma das instituições que configuram uma sociedade, mas a matéria que as manteria juntas (World Bank, 2009).

A utilização do termo “capital social” também é feita por outras agências internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que o define como o fortalecimento dos mecanismos de participação da comunidade para sua autonomia e empoderamento (OPS, 2006).

Na literatura sobre capital social e saúde, há posições críticas em relação à adoção desse conceito. Segundo essas concepções, os conflitos políticos e, em parte, as iniquidades econômicas sociais teriam os seus fundamentos omitidos, ao se trabalhar com esse referencial. O sentido geral dessa crítica é o de que, em certas análises empreendidas segundo esse referencial teórico, ao optar pela mensuração e tratamento estatístico de processos sociais complexos, opera-se o fenômeno do ocultamento dos conflitos de classes e frações de classes sociais e não a sua explicitação.

Em trabalho de revisão sistemática dos artigos publicados na América Latina e no Caribe, no período de 1990 a 2007, Kripper e Sabag (2009) identificaram 15 artigos, sendo 11 de investigação original e 4 de revisão. O único estudo brasileiro identificado pelos autores foi publicado em periódico norte-americano, de autoria de Patussi et al. (2006a).

O presente estudo objetiva analisar se a utilização do conceito de capital social na produção científica brasileira, na área da saúde, no início do século XXI, foi similar à observada nos EUA e Europa e verificar como esses trabalhos lidaram com as categorias “classe social”, “Estado e políticas públicas”, “empoderamento” e “cidadania”.

Material e Método

Foi realizada revisão bibliográfica, a partir da base eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O período do estudo foi de janeiro de 2000 a setembro de 2009, em todos os índices e fontes, de artigos publicados em periódicos editados no Brasil, nos idiomas português, espanhol e inglês.

A opção metodológica pelas publicações científicas brasileiras deve-se ao fato de que com o processo de globalização, aumentou a publicação de autores brasileiros no exterior e de autores internacionais no Brasil. Face ao fato da publicação internacional sobre capital social ser muito extensa e abrangente, optou-se pelo recorte do debate sobre capital social nas publicações científicas editadas no Brasil. Dessa forma, não se pretendeu recuperar, em profundidade e extensão, todo o amplo e complexo debate sobre o tema, em nível mundial.

Além dos artigos, e de modo apenas complementar, foi realizada busca por dissertações e teses que debatessem capital social, no período sob análise. Quando a dissertação ou tese havia sido publicada na forma de artigo científico, a dissertação ou tese era desconsiderada.

Para os procedimentos de revisão utilizou-se os descritores “capital social” e “saúde”. Quando a busca foi finalizada, o título, descritores, palavras-chave e sumários foram revistos para a seleção final. Após essa etapa, foram excluídos os artigos, dissertações e teses que não se utilizavam ou não se relacionavam com o conceito de capital social, assim como as publicações realizadas em periódicos não-editados no Brasil. Em vários artigos, aparecia a associação “capital” a “social”, mas após leitura, verificava-se que nesses o conceito de capital social não era debatido.

O material foi analisado sob o prisma das categorias analíticas de classe social, Estado, políticas públicas, empoderamento e cidadania. Tais categorias provêm de referenciais adotados no campo das Ciências Políticas, o que pareceu apropriado para o desenvolvimento desta análise.

Resultados

Foram encontrados 98 trabalhos. Não foram encontrados documentos nas fontes da Biblioteca Cochrane e de organismos internacionais (OPAS e OMS). A partir da leitura dos resumos das 98 publicações, foram selecionadas 15, analisadas neste estudo.

Desses 15 trabalhos, 13 eram publicações em periódicos nacionais. Houve uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado. Uma dissertação de mestrado foi excluída, pois fora publicada (artigo). Duas publicações foram feitas no idioma espanhol, uma em inglês e as demais, em português. A primeira publicação é de 2002 e a última de 2009.

Apenas três destes estudos corresponderam a investigação original sobre capital social e saúde: os de Labra e Figueiredo (2002), Maturana e Proganti (2007) e Bastos et al. (2009). Os demais são artigos de revisão ou ensaios, que analisam a utilização de capital social na epidemiologia, controle social, promoção da saúde, políticas públicas, conselhos de saúde e redes sociais. Os estudos de Souza (2003) e Brasil (2007) mencionaram capital social em suas conclusões, porém como mero recurso retórico, uma vez que não identificam o modo de sua aferição.

Labra e Figueiredo (2002) consideraram a possibilidade de o funcionamento regular dos conselhos de saúde gerar um “círculo virtuoso” fomentador de comunidades cívicas imbuídas de uma nova cultura. O estudo foi realizado com conselheiros de saúde, que reconheceram que a participação nos conselhos de saúde os levou a se interessar pelo papel e funcionamento de órgãos públicos, a buscar a superação pessoal e acumular capital cultural, social e político. Segundo os autores, os conselhos de saúde teriam grande potencial para fomentar este “círculo virtuoso”. Reconheceram, porém, a debilidade deste “círculo virtuoso”, no que diz respeito ao “controle social”. Com forte influência de Putnam, o estudo valeu-se da expressão “cultura cívica” para identificar capital social.

Em estudo qualitativo sobre gravidez na adolescência, Maturana e Proganti (2007) abordaram capital social, sob a perspectiva de Bordieu. Fez-se análise de conteúdo, utilizando “capital social ineficiente” como subcategoria analítica, caracterizada como um pequeno poder para alterar sua posição. Concluiu-se que as entrevistadas nascidas em condições de exclusão social apresentavam capital social ineficiente. Ao materializar a gravidez, haveria ganho de capital social com mudança de posição,

decorrente de melhoria nas relações familiares e aquisição de respeito, poder e auto-estima.

Bastos et al. (2009) realizaram estudo quantitativo com usuários do SUS, avaliando capital social, participação da comunidade e formulação de políticas públicas, valendo-se do conceito de Putnam. Concluíram que o acúmulo de capital social em determinada sociedade estaria positivamente relacionado à capacidade dos governos de atenderem às demandas da população. Capital social foi aferido em questionário como confiança interpessoal, confiança nos vizinhos, qualidade do sistema público odontológico e grau de institucionalização no atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Para os autores, as “dotações de capital social” no Rio Grande do Sul seriam diferentes em razão de o norte do estado (com “maiores dotações de capital social”) ter sido colonizado por imigrantes alemães e italianos, com predomínio do minifúndio e da mão de obra não escrava, enquanto o sul (com “menores dotações de capital social”), ter tido colonização portuguesa, com predomínio do latifúndio e da mão de obra escrava.

Capital social e classe social

Ao analisar diversos marcos referenciais e modelos teóricos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis, Almeida-Filho (2004) destaca que o conceito de capital social emerge da sociologia funcionalista e é importante mediador social entre os processos socioeconômicos de base, os estressores sociais e as estratégias de *coping* dos indivíduos. Para o autor embora introduza um importante componente social que amplia o escopo individual da teoria do estresse, o capital social omite os determinantes econômicos da pobreza e privação e as raízes políticas das iniquidades sociais.

Patussi et al. (2006b) apontam que existe uma “bem consolidada relação entre aspectos sócio-econômicos e saúde. Muito menos, tratando-se da realidade brasileira onde o abismo que separa as classes sociais, e a própria exclusão social em si, exercem efeitos devastadores sobre a saúde de uma significativa parcela da população”. Segundo os autores, “formulações teóricas sobre desigualdade e capital social não devem ser consideradas concorrentes, mas sim complementares, tanto nas pesquisas como na definição das políticas públicas na área da saúde. Existem fortes evidências da associação entre capital social e desigualdade de renda, onde a própria desigualdade social corrói os níveis de capital social”.

Maturana e Progianti (2007) sustentam seu estudo nos conceitos de Bordieu, afirmando que no espaço social, os ocupantes das posições dominantes e dominadas envolvem-se permanentemente em lutas, sob várias formas, sem que, necessariamente, constituam-se em grupos antagonistas. O contato com diversas estruturas sociais forma o “habitus”, conhecimento adquirido, constituído por um volume de capital social. A aquisição de diferentes capitais (econômico, cultural ou simbólico) pode ser uma das saídas encontradas pelos dominados para mudar de posição social.

Antunes (2008) aponta a dificuldade de se avaliar a validade das iniciativas que abordam aspectos estruturais da divisão de classes da sociedade capitalista em estudos epidemiológicos, reconhecendo resultados favoráveis de responsividade, com poder discriminatório para identificar associações significantes aos diferenciais de saúde.

Capital social, Estado e políticas públicas

Segundo Fernandes (2002), a aplicação do conceito de capital social na análise institucional e de políticas públicas requer uma abordagem microsociológica. Generalizações neste campo temático podem não conter a precisão necessária para compreender a emergência da cooperação mútua numa dada sociedade.

O principal fator que determina a existência de capital social seria apenas o “background” histórico. Como capital social pode ser produzido ou destruído, os governos, e, portanto, os Estados, têm um papel indispensável na criação ou destruição de capital social. A existência de capital social pode melhorar o desempenho das instituições, tornando-as mais eficientes e responsáveis. Segundo o autor, Estado e sociedade, juntos, podem produzir civismo ou capital social, com uma parte necessitando da outra.

Souza e Grundy (2004) advertem para o risco de que, sob o pretexto de investir em capital social, o Estado transfira ações a ele concernentes para a responsabilidade dos cidadãos, ou “culpe” comunidades de não serem saudáveis, por não serem coesas. O investimento em capital social poderia contribuir para o aumento do poder comunitário, facilitando ações coordenadas que influenciariam a saúde das populações.

Sapag e Kawachi (2007) destacam que o conceito de capital social pode contribuir para o conhecimento do impacto das variáveis sociais em saúde. Realçam que o capital social não pode ser visto de forma isolada, mas contextualizado em respeito ao papel do Estado, às políticas públicas e à dinâmica institucional nos distintos setores.

Antunes (2008) analisa dois paradigmas de aferição de condição socioeconômica em estudos epidemiológicos: capital social e privação material e diferenciação negativa entre os estratos sociais, incluindo-se os mais afetados pela privação pelo Estado. O autor conclui que os dois paradigmas não são mutuamente excludentes ou redutíveis. Realça que o conceito de capital social tem sido criticado, por sua virtual associação ideológica ao neoliberalismo, e que “justiça social” seria propiciada pela reposição de recursos comunitários ou estatais para os indivíduos e grupos prejudicados em relação ao patamar de desenvolvimento humano e de saúde, em particular.

Motta (2008) analisa as abordagens de políticas públicas para os países de “capitalismo dependente”, operadas por organismos internacionais, materializadas nas “políticas de desenvolvimento do milênio (PDM)”. Abordando a introdução de novas bases ideológicas calcadas na teoria de capital social de Putnam, discute a PDM como mecanismo de hegemonia da função de direção intelectual e moral.

Estas novas bases ideológicas seriam elaboradas por coletivos dos intelectuais orgânicos do capital para criar as condições necessárias à reprodução do capitalismo na virada do século. A tarefa de gerar capital social passa a ser acrescentada à função econômica da inserção na educação. Segundo Motta (2008), “instaura-se um processo de desconstrução das possibilidades de luta e de correlação de forças que, na concepção de Gramsci, insere a dinâmica da sociedade civil”.

Bastos et al. (2009) destacam que a conformação histórica e política brasileira são caracterizadas pela importação de um Estado hegemônico perante a sociedade, que não possibilita a formação significativa de capital social. A importação de instituições verticais ibéricas diferenciaria a situação da América Latina do caso norte-americano, onde as instituições inglesas organizaram a sociedade de maneira horizontal, com laços de solidariedade e confiança.

Capital social e empoderamento

Labra (2002) destaca que o capital social e os aspectos culturais a ele vinculados passaram a integrar as recomendações das agências internacionais de saúde para os governos para que incorporassem tais conceitos na formulação e implantação de políticas. Isto foi notório no contexto do debate sobre promoção de saúde, associando capital social ao aumento do empoderamento das comunidades e a estratégias participativas.

Sapag e Kawachi (2007) discutem como capital social pode ter um papel central na promoção de saúde, onde o empoderamento e a participação comunitária, o trabalho interdisciplinar e intersetorial permitiriam avançar nos objetivos da saúde pública e de uma mudança social sustentável. O ponto crítico da relação entre saúde, iniquidade e capital social residiria nas mudanças sociais. A implantação de estratégias e programas que visam ao desenvolvimento global e a superação solidária da pobreza seriam requeridas.

Capital social e cidadania

Labra e Figueiredo (2002) afirmam que numa comunidade cívica, a cidadania é solidária, confiante e tolerante, envolvendo-se nas questões de interesse comum e participando na vida pública. A cultura cívica é expressão das regras de reciprocidade e materialização de sistemas de participação social formados pelas associações da sociedade civil.

Silva (2005) realça que capital social, enquanto propriedade de comunidades específicas, poderia ajudar no desenvolvimento comunitário. O desenvolvimento comunitário aceleraria a qualidade e a extensão dos laços sociais e de confiança, num fluxo de duas vias. Esta forma de desenvolvimento pode delinear uma cidadania ativa própria e autêntica para os integrantes de comunidades geográficas ou de interesses.

Patussi et al. (2006b) realçam que capital social não deve ser um novo apanágio das relações sociais, visando substituição de práticas existentes na sociedade civil, nos movimentos populares ou na legislação. Segundo os autores, idéias como controle social e cidadania não deixariam de ser formas de capital social.

Capital social e outras abordagens

Outros artigos sobre capital social não abordam as categorias analíticas utilizadas neste estudo. Souza (2003) destaca que atividades de integração entre gerações (idosos e adolescentes), utilizando-se do processo de reminiscências, contribuem para fortalecer a confiança mútua e normas de reciprocidade, podendo ser uma alternativa de investimento em capital social.

Costa (2005) aborda o capital social numa perspectiva de variável microsociológica, como sociabilidade, cooperação, reciprocidade, pró-atividade, confiança, respeito, simpatias, em estudo sobre redes sociais, comunidades pessoais e inteligência coletiva. Capital social contribuiria para pensar as novas formas de associação que regulam a atividade humana.

Brasil (2007) estuda o impacto do turismo na promoção da saúde. Conclui que o desenvolvimento econômico baseado no turismo promove vulnerabilidades na população e no meio ambiente, por não desenvolver proporcionalmente o capital social. Adota o conceito de capital social como sinônimo de valores partilhados, cultura, capacidades para agir sinergicamente e produzir redes e acordos voltados para o interior da sociedade.

Bastos et al. (2009) realçam que o acúmulo de capital social numa determinada sociedade está positivamente relacionado à capacidade dos governos atenderem e realizarem demandas da população. As conquistas determinadas pela legislação só se concretizariam, quanto maiores fossem os estoques de capital social disponíveis na sociedade brasileira.

Discussão

O volume de capital social que um indivíduo tem depende da extensão da rede de relações que ele pode mobilizar e do volume de capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada pessoa com a qual se vincula. A existência da rede de relações é produto do trabalho de instauração e de manutenção, necessários à produção e reprodução de relações duráveis e úteis, aptas a produzir lucros materiais ou simbólicos (Bourdieu, 2007).

O capital social pode ser produtivo, tornando possível a conquista de certos propósitos que não seriam atingíveis em sua ausência. Não é propriedade particular de nenhuma

das pessoas que dele se beneficiam, sendo um atributo da estrutura social em que este se insere. A quantidade de capital social gerada é maior, quanto mais as pessoas solicitam ajuda mútua. Quando não mantidas, as relações sociais se extinguem (Coleman, 1990).

A confiança promove a cooperação e quanto mais elevado o nível de confiança numa comunidade, maior a possibilidade de existência da cooperação. Na análise da comunicação e intercâmbio na sociedade, haveria sistemas “horizontais”, em que os agentes têm o mesmo *status* e poder, e “verticais”, nos quais agentes desiguais vivenciam relações assimétricas de hierarquias e diferenças. Confiança, normas e sistemas de participação, tidos como estoques de capital social, tenderiam a ser cumulativos e a reforçar-se mutuamente (Putnam, 2007).

O termo capital social pode ser utilizado por visões conflitantes no espectro político. Aqueles localizados à direita vêem no capital social o argumento para o afastamento do Estado de suas responsabilidades sociais e de políticas de bem-estar; os à esquerda argumentam que o suporte do Estado é crucial para a acumulação do capital social (Baum, 1999).

Szreter e Woolcock (2004) conceituam três tipos de capital social (*bonding*, *bridging* e *linking*). O capital social “*bonding*” refere-se às relações entre membros de uma rede, que se reconhecem como similares, nos termos de suas identidades sociais compartilhadas. O capital social “*bridging*” consiste de relações horizontais de respeito e mutualismo entre pessoas que sabem que não são semelhantes em critérios sócio-demográficos ou de identidade social. O capital social “*linking*” é um modelo de relações e redes entre pessoas que podem influenciar o poder formal ou institucionalizado de autoridades, em diferentes níveis da sociedade.

A utilização de capital social na saúde tem sido objeto de intenso debate nas comunidades científicas européias e norte-americanas. Busca realizada na base de dados Pubmed/MEDLINE usando o descritor "social capital" gerou 58.609 referências indexadas. Quando adicionados os descritores "Social capital" e "health", foram 39.818 referências. A associação dos descritores "Social capital" e "public health" produziu 14.705 achados.

O intenso debate sobre capital social e saúde, registrado na literatura científica dos países capitalistas centrais a partir de 1996, não teve correspondência nas publicações realizadas no Brasil, em igual período, do ponto de vista quantitativo.

Patussi et al. (2006b) constataram que são poucos os estudos brasileiros que utilizam o conceito de capital social como modelo explicativo para padrões de saúde e doença. As evidências sugerem que o conceito tem sido mais difundido e estudado em países denominados pelos autores de “industrializados”. Os autores questionam se os atributos de capital social, estudados em sociedades ricas, poderiam explicar, ao menos, uma parte da variação em níveis de saúde dentro e entre as regiões do mundo, notadamente em sociedades menos desenvolvidas.

Araujo (2003) aponta dois mundos para a utilização do conceito de capital social. Segundo a autora, no caso de capital social e democracia, as sociedades desenvolvidas são as estudadas. Nas regiões mais pobres, a meta é pensar capital social e desenvolvimento, o que dá “um charme especial ao conceito” e o democratiza.

Na literatura internacional, identificam-se posições críticas em relação à adoção desse conceito para explicar a situação de saúde. Lynch et al. (2000) o criticam, em razão de sua conceituação limitada e evidências empíricas. Questionam se os altos níveis de capital social na Associação de Rifles Americanos, ou na máfia, seriam benéficos à saúde pública. Para os autores, um modelo que explique os impactos sobre a saúde como decorrentes das relações materiais existentes na sociedade seria mais benéfico que o de capital social, baseado no funcionamento psicológico individual e nas relações interpessoais informais.

Navarro (2004) aponta que, na década dos 1960 e 1970, a pesquisa em ciências sociais em saúde na América Latina colocou em evidência o modo como as relações de poder entre classe social, gênero e raça/etnia eram reproduzidas no interior do Estado e suas instituições, incluindo a instituição médica. A maioria dos tópicos de pesquisa era sobre o caráter do capitalismo e do imperialismo; sobre como estes eram promovidos e reproduzidos por organismos internacionais, a exemplo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional; e como isto afetava a saúde.

A substituição desta linha de pesquisas por uma nova agenda, a do capital social, teria ocorrido no período de expansão do neoliberalismo, traduzido pelos governos Reagan

(1981-1988), nos Estados Unidos da América, e Thatcher (1979-1990), na Inglaterra, e pelo domínio do discurso econômico neoliberal nas ciências sociais. Muitos pesquisadores que solicitavam financiamento à Comunidade Européia sentiam necessidade de utilizar o termo capital social como marca registrada de respeitabilidade, condição necessária para o recebimento de recursos (Navarro, 2004).

Ao debater se “capital” é a solução ou o problema, o autor destaca a inutilidade e o dano do conceito de capital social. Retoma a importância da política e das relações de poder para explicar o surgimento do conceito nos anos 1980 nos Estados Unidos e a inconsciência dos propósitos decorrentes da promoção deste conceito até a atualidade. Promovido pelo Banco Mundial e pela comunidade acadêmica americana e britânica, o capital social foca a pesquisa em comunidades e indivíduos, servindo-se de um discurso econômico que fala sobre a necessidade de aumento da quantidade de “capital” individual ou coletivo pelo aumento no número de “capitalistas sociais”. Segundo o autor, Putnam utiliza-se do termo “capital”, por entender que os indivíduos necessitariam de capital para competir ou sobreviver melhor num mundo competitivo.

Muntaner (2004) destaca que a literatura sobre capital social omite as iniquidades econômicas estruturais e os conflitos políticos. A utilização do termo “capital” transmite a idéia de que o capitalismo, entendido como a produção privada de bens e serviços visando o lucro e a troca nos mercados, e a coesão social e a integração social seriam compatíveis. Para muitos pesquisadores de saúde pública, “capital social” funciona como uma confortável metáfora. O autor destaca que se Putnam houvesse utilizado termos como “anarquia social” ou “socialismo social” em vez de “capital social”, estes não teriam sido recebidos com tanto entusiasmo e seriam considerados estranhos ou redundantes.

Navarro (2009) aponta que no período de 1980 a 2008, a promoção de políticas públicas no mundo foi influenciada pela ideologia neoliberal. Esta se baseava na idéia de que o Estado deveria reduzir a sua intervenção sobre as atividades econômicas e sociais; que o trabalho e o mercado financeiro não necessitariam de regulação e que o comércio e os investimentos seriam estimulados com a eliminação das fronteiras e barreiras para assegurar a mobilidade total do trabalho, capital, bens e serviços.

No campo da saúde, esta política enfatiza a necessidade da redução da responsabilidade pública sobre a saúde das populações; a necessidade de ampliar escolhas e mercados; a

necessidade de transformar sistemas nacionais de saúde em sistemas de assistência à saúde baseados em seguros; a necessidade de privatização da assistência médica; o discurso de que pacientes são “clientes” e o planejamento é substituído pelo mercado; a responsabilização pessoal individual para a melhoria da saúde; o entendimento de promoção da saúde como mudança comportamental e a necessidade de os indivíduos aumentarem a sua responsabilidade pessoal ao adicionar capital social como um dom.

Sob a perspectiva analítica das categorias classe social, Estado e políticas públicas, constata-se que dos 15 estudos publicados no Brasil, apenas o de Motta (2008) assume explicitamente a posição teórica de rejeição completa ao conceito de capital social, em favor de uma visão gramsciana.

A autora contrapõe-se à abordagem segundo o referencial teórico de capital social, a partir de duas categorias do pensamento gramsciano: as de Estado-educador e de sociedade civil. O Estado-educador decorre do exercício da função educadora de dirigir e organizar a sociedade para uma determinada vontade política. No atual estágio do capitalismo, o Estado aprimoraria seus mecanismos de hegemonia ao exercer as funções de ‘administrador dos ciclos de crise’ do capital e de Estado-educador, em harmonia com o mercado e a ‘sociedade civil’.

A sociedade civil seria essencialmente o espaço da política, de disputa do poder e da dominação, com a finalidade de construção de projetos globais de sociedade e de articulação ético-política. Com sua idéia de construir uma sociedade solidária e coesa, sem conflitos de interesses e confrontos como mecanismo de ‘combate’ às mazelas sociais, o capital social despolitizaria e enfraqueceria os embates no interior da sociedade civil. A autora enfatiza a defesa do sentido gramsciano de sociedade civil, contrapondo-se ao esvaziamento de seu caráter estatal e público.

Os estudos de Souza e Grundy (2004), Patussi et al.(2006b) e Antunes (2008) apontam críticas à utilização do conceito de capital social. Souza e Grundy (2004) afirmam que o crescimento da epidemiologia social associado ao conceito de capital social pode complementar os preceitos da epidemiologia tradicional, contribuindo para a efetivação de um modelo estruturalista para a promoção da saúde.

Patussi et al. (2006b) assinalam que formulações teóricas sobre desigualdade e capital social deveriam ser consideradas complementares e não concorrentes, em pesquisas e na

definição de políticas públicas de saúde. Ressaltam, entretanto, ser necessária a distinção básica entre correlação e causalidade. A falácia comum seria concluir que capital social poderia ser causa para um ou mais desfechos de saúde, sem considerar a possibilidade de que tanto capital social quanto esses desfechos serem determinados por causas externas que lhes seriam comuns.

Antunes (2008) destaca dois paradigmas de mensuração de condições sócio-econômicas: o da liberdade e da oportunidade, onde inclui capital social, e o da igualdade e da equidade. Conclui que ambos não são mutuamente excludentes ou redutíveis e que não existe correspondência imediata entre os paradigmas descritos e posições políticas associadas a concepções ideológicas mais abrangentes. O autor afirma que a descrição desse contraste em termos de posições de direita e esquerda não favoreceria a apreensão da complexidade da temática.

Dos 15 estudos publicados no Brasil sobre capital social e saúde, apenas o de Maturana e Proganti (2007) se refere parcialmente a condições de classe, gênero ou raça/etnia, pois aborda a gravidez em adolescentes nascidas em condições de exclusão social.

Esta omissão da condição de classe, gênero ou raça/etnia nos estudos avaliados reforçam a constatação de Muntaner e Lynch (2002), ao alertar para o fato de que os formuladores do conceito de capital social, instalados em instituições influentes, exercem papel de fomento das teorias sociais, onde coesão social e saúde das populações possam ser alcançadas, sem tratar das iniquidades sociais e conflitos políticos gerados por relação de classe, gênero ou raça/etnia.

Ao mesmo tempo em que, na sua maioria, afastam-se de posicionamentos sobre as categorias classe social e Estado, os artigos publicados no Brasil valem-se das categorias empoderamento e cidadania, vinculadas à Promoção da Saúde e ao autodenominado “controle social”.

Souza e Grundy (2004) destacam que o investimento em capital social poderia ser uma alternativa para cobrir a lacuna entre a retórica das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde e a implementação destas ações. Sapag e Kawachi (2007) destacam a bidirecionalidade entre capital social e saúde, reconhecendo e desenvolvendo o capital social em favor da promoção e aumentando o capital social.

Destaque-se que Kawachi, da Harvard School of Public Health, foi um dos primeiros intelectuais a publicar estudos sobre a relação entre capital social e saúde, em 1997 (Moore et al. 2006). A publicação de seu artigo em publicação brasileira, dez anos depois, reforça o entendimento de que com o avanço do processo de globalização, autores passam a publicar seus artigos em países diversos de sua origem e que capital social faz parte da agenda de debates internacional.

O conceito de “empowerment” é complexo e ambíguo, valendo-se de noções de distintos campos de conhecimento. Há dificuldade inclusive para realizar a tradução fidedigna deste termo para o idioma português. Engloba noções distintas (psicológica e comunitária), nas interpretações do ideário da Promoção da Saúde (Carvalho, 2004). Pode ser associado a abordagens conservadoras ou críticas de Promoção à Saúde. Sua utilização, sem uma reflexão crítica ou análise política das relações de poder na sociedade dissemina visões vagas, românticas e homogêneas de “comunidade” (Ferreira e Castiel, 2009).

Castiel (2004) realça que “comunidade” é uma categoria onipresente nos terrenos da promoção, prevenção e pesquisa das relações entre os aspectos socioculturais e a saúde. O autor retoma as reflexões do sociólogo Ferdinand Tönnies sobre comunidade e sociedade. Tönnies entende “comunidade” como um tipo ideal, uma propriedade característica de organizações onde predomina um espírito de comunhão ou comunalidade, em contextos socio-rurais e em pequenos povoados, enquanto a “sociedade” seria o modo de relação social próprio do individualismo capitalista. Castiel realça que a emergência da noção de “capital social” pode ser interpretada como uma propriedade da comunalidade e/ou coesão social através da vinculação a determinado grupo ou rede relacional, que conferem obrigações e benefícios a seus membros.

Em relação à cidadania, os artigos publicados no Brasil debatem a utilização do conceito de capital social para a análise do “controle social”. Como refere Navarro (2002), o conceito de “comunitarismo” que sustenta as análises de Putnam sobre capital social se notabiliza pela ausência dos temas *poder* e *política*. Esta despolitização se processa na sociedade norte-americana no início do século XXI como consequência de um suposto triunfo do capitalismo, que interditou o debate sobre o tipo de sociedade e sistema econômico desejados. Desta forma, o objetivo da atividade social passa a ser o

acúmulo de capital para que os indivíduos possam competir melhor. Navarro (2002) destaca que o capital pode ser físico, monetário, ou social, mas, não obstante, é capital.

Outros elementos que podem ser destacados na produção científica sobre capital social e saúde no Brasil são a ambigüidade e a dificuldade de aferição deste conceito. Nos estudos publicados no Brasil, capital social foi definido, respectivamente, como “formas e relações não-monetárias de poder e influência” (Patussi et al., 2006b), “relações informais de confiança e cooperação (família, vizinhos, amigos), associação formal em organizações” (Sapag e Kawachi, 2007), “confiança mútua, normas de reciprocidade e solidariedade, engajamento cívico, coesão social” (Souza e Grundy, 2004), “sistemas horizontais de participação cívica” (Labra, 2002), “sociabilidade, cooperação, reciprocidade, pró-atividade, confiança, respeito, simpatias, em estudo sobre redes sociais, comunidades pessoais e inteligência coletiva” (Costa, 2005), “valores compartilhados, cultura, capacidades para agir sinergicamente e produzir redes e acordos voltados para o interior da sociedade” (Brasil, 2007), “conjunto de laços e normas de confiança e reciprocidade contidos numa comunidade que facilitam a produção de capital físico e humano” (Fernandes, 2002), “redes, laços sociais e obrigações mútuas que têm funções duais” (Silva, 2005), “extensão de relações que o indivíduo pode mobilizar e do volume de capital econômico, cultural ou simbólico” (Maturana e Progiati, 2007).

Para Reis (2003), além de não se chegar a uma definição propriamente dita de capital social, a enumeração vaga de seus atributos admite em seu interior fenômenos de natureza fundamentalmente distinta. Segundo o autor, o conceito permanece insatisfatoriamente vago, sendo portador de ambigüidades que problematizariam sua operacionalização teórica.

A maior parte dos estudos sobre iniquidades em saúde não inclui variáveis políticas, embora artigos recentes sugiram que as variáveis da política e do estado de bem-estar social poderiam ser importantes determinantes para a saúde (Espelt et al., 2008). A presença de um partido político no governo, seja só ou majoritário em uma coalizão partidária, por longos períodos de tempo é fator importante para influenciar os níveis de renda e iniquidades sociais e os indicadores de saúde do país, como a mortalidade infantil. Políticas econômicas e sociais redistributivistas e de pleno emprego, adotadas pelos partidos social-democratas em seus governos nacionais no período de 1945 a 1980

na Europa contribuíram para a melhoria dos indicadores de saúde como menores índices de mortalidade infantil (Navarro e Shi, 2001). Iniquidades sociais em saúde por classes sociais são encontradas em três tradições políticas européias (social-democracia, democracia cristã e democracia “tardia”), sendo mais marcantes nas democracias “tardias” e entre mulheres (Espelt et al., 2008).

Ao analisar o Relatório de Determinantes Sociais em Saúde, da Organização Mundial de Saúde, Navarro (2009) diverge da conclusão fundamental que atribui doença e morte “às iniquidades”. Para ele os responsáveis por gerar as iniquidades é que são os responsáveis por doenças e mortes e não as iniquidades, como afirma o Relatório. Navarro sustenta que classe social é uma importante categoria de poder e a luta de classes, potente determinante para a mudança. O desaparecimento da categoria classe social no debate científico tem claras motivações políticas. Para o autor, o poder de uma classe, a dominante, é exercido para fazer com que a categoria analítica classe social seja substituída por categorias de análises menos ameaçadoras à ordem social. Assim, a teoria não é neutra, mas politicamente interessada, ou resultante de interesses políticos dominantes, ou hegemônicos.

O debate sobre capital social, na maioria das publicações realizadas no Brasil, abstrai os conceitos de classe social, gênero, raça/etnia. Os determinantes econômicos e políticos são substituídos por termos como coesão ou integração social. Como afirma Muntaner (2004), valendo-se do exemplo histórico da Guerra Civil na Espanha, a utilização de “capital social” não é uma escolha acadêmica de terminologia inocente ou inconseqüente.

Considerações finais

O capital social é uma corrente com influência intelectual importante nos Estados Unidos e na Europa, nas últimas décadas. No presente estudo, avalia-se a potência deste referencial teórico para lidar com o objeto da saúde e como a intelectualidade sanitária lidou com este tema, em publicações realizadas no Brasil, na primeira década do século XXI.

A produção científica realizada em periódicos brasileiros é reduzida, em relação à Europa e aos Estados Unidos. A maior parte das publicações brasileiras reconhece a possibilidade de utilização desse conceito para o campo da saúde pública. Visões

críticas à abordagem do capital social, observadas na literatura internacional, não são contestadas pela maioria da produção brasileira.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 865-884, 2004.
- ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 562-567, 2008.
- ARAÚJO, M. C. S. D' *Capital social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
- BASTOS, F. A.; SANTOS, E. ; TOVO, M. F. Capital social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177-188, 2009.
- BAUM, F. Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 53, n.4, p. 195-196, 1999.
- BORDIEU, P. O capital social : notas provisórias. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. *Escritos de educação*. Petrópolis, Vozes, 2007. p. 65-69.
- BRASIL, H. S. *O turismo e a promoção da saúde em Fernando de Noronha/PE*. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.
- CASTIEL, L. D. Promoção da saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria “comunidade”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n.5, p. 615-622, 2004.
- COLEMAN, J. *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University, 1990.
- COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 235-248, 2005.

- ESPELT, A. et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 37, n. 5, p. 1095-1105, 2008.
- FERNANDES, A. S. A. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n.3, p. 375-398, 2002.
- FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 68-76, 2009.
- KRIPPER, C. E.; SAPAG, J. C. Capital social y salud en America Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 25, n.2, 162-170, 2009.
- LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil. ? Un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 47-55, 2002. Suplemento.
- LABRA, M. E. ; FIGUEIREDO, J. E. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n.3, p.537-547, 2002.
- LYNCH, J. et al. Social capital- is it a good investment strategy for public health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 54, n. 6, p. 404-408, 2000.
- MATURANA, H. C. A.; PROGIANTI, J. M. A ordem social inscrita nos corpos: gravidez na adolescência na ótica do cuidar em Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 205-209, 2007.
- MOORE, S. et al. Lost in translation: a genealogy of the “social capital” concept in public health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 60, n. 8, p. 729-734, 2006.
- MOTTA, V. C. Ideologias do capital humano e do capital social: da integração à inserção e ao conformismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 549-571, 2008.

MUNTANER, C. Commentary: social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 33, n. 4, p. 674-680, 2004.

MUNTANER, C.; LYNCH, J. Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of *Bowling Alone*'s implications for social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 31, n. 1, p. 261-267, 2002.

NAVARRO, V. A critique of social capital. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 32, n. 3, p. 423-432, 2002.

NAVARRO, V. Commentary: is capital the solution or the problem? *International Journal of Epidemiology*, London, v. 33, n. 4, p. 672-74, 2004.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants on health. *International Journal of Health Services*, Westport, v. 39, n. 3, p. 423-441, 2009.

NAVARRO, V.; SHI, L. The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, v. 52, n. 3, p. 481-491, 2001.

OPS- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok y perspectivas para el futuro*. Washington, DC, 2006. Disponível em <<http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-16-s.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2009.

PATUSSI, M. P.; HARDY, M.; SHEIAM, A. Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. 2006a. *American Journal of Public Health*, New York, v. 96, n. 8, p. 1462-1468, 2006.

PATUSSI, M. P. et al. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. 2006b. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p. 1525-1546, ago, 2006.

PUTNAM, R. D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

REIS, B. P. W. Capital social e confiança: questões de teoria e método. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 21, p. 35-49, 2003.

- SAPAG, J. C.; KAWACHI, I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n.1, p. 139-149, 2007.
- SILVA, A. B. *Multimídia e conectividade entre os Conselhos de Saúde: a plenária virtual permanente*. 2005. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Informação e da Comunicação em Saúde)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- SOUZA, E. M. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n.4, p. 463-469, 2003.
- SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1354-1360, 2004.
- SZRETER, S.; WOOLCOCK M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 33, p. 650-667, 2004.
- WORLD BANK. *What is social capital*. Washington, DC, 2009. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185164~menuPK:418217~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>>. Acesso em: 12 dez 2009.

4.3 ARTIGO 3: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE BUCAL E DE CONTROLE SOCIAL ENTRE LIDERANÇAS POPULARES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Resumo

O acesso à assistência odontológica pública é um dos principais problemas na área de saúde bucal. Neste artigo, se analisam as representações sociais sobre “saúde bucal” e “controle social” entre lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde (UMPS). A pesquisa foi qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante realização de grupos focais com lideranças da União de Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (UMPS). Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O processo saúde-doença foi reconhecido como socialmente determinado. Em relação ao entendimento de saúde bucal como necessidade, houve antagonismo. A associação de saúde bucal à saúde geral foi apontada como razão de necessidade. A não identificação da saúde bucal como prioridade foi atribuída à população, aos fatores econômicos, aos governos e à falta de vinculação entre saúde bucal e saúde geral. O princípio da universalização na saúde bucal gerou discursos contraditórios, com forte presença da ideia de que a assistência odontológica deve ser dirigida para as crianças, com a presença de cirurgiões-dentistas nas escolas. As lideranças apontam que a assistência odontológica pública é insuficiente para garantir o acesso; não é resolutiva; tem problemas de infra-estrutura; e dispõe de profissionais que não atendem às exigências da comunidade. A organização da população é condição necessária para a implantação e manutenção de serviços assistenciais, por parte do Estado. Há um forte componente do conceito de saúde enquanto direito de cidadania, e de que a luta política e social é um vetor para a organização de redes assistenciais. Em relação à especificidade da saúde bucal no controle social, emergiram falas contraditórias. As representações sociais de lideranças comunitárias convergem com o que se encontra na literatura sobre saúde bucal em São Paulo.

Abstract

Access to public dental care is a major problem in the oral health area. In this article, we analyze the social representations of "oral health" and "social control" among leadership

of the Union of Popular Movements of Health (umps). The research was qualitative, with descriptive-analytic orientation, by conducting focus groups with leadership of the Union of Popular Movements of Health of São Paulo (umps). For the organization and presentation of data, we used the methodological procedure of the Collective Subject Discourse (CSD). The health-disease process was recognized as socially determined. In relation to the understanding of oral health as a need, there was antagonism. The association of oral health to general health was cited as reason of need. Failure to prioritize oral health as priority was given to the population, to economic factors, governments and the lack of linkage among oral health and general health. Principle of universalization in oral health has generated contradictory discourses, with a strong presence of the idea that dental care should be directed towards children, with the presence of dentists in schools. Leadership points out that public dental care are insufficient to ensure access, it is not resolving, it has problems of infrastructure, and have professionals who do not meet the requirements of the community. The organization of the population is a prerequisite for the deployment and maintenance of healthcare services by the state. There is a strong component of the concept of health as a right of citizenship, and that the political and social struggle is a vector for the organization of health care networks. As to the specific oral health in social control, contradictory statements emerged. The social representations of community leaders converge with that found in the literature on oral health in Sao Paulo.

Descritores: Políticas Públicas de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Participação Comunitária; Serviços de Saúde Bucal.

Introdução

O acesso à assistência odontológica, pública ou privada, é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. Aspecto pouco abordado sobre o assunto, diz respeito às ações dos movimentos organizados da população para garantir este direito. A participação da comunidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Federal nº 8.142/90, ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do sistema, aponta a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas do SUS, em cada esfera de governo (Brasil, 1990).

“Odontologia” e “saúde bucal” foram objetos de preocupação desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941). Nos registros desta CNS há perguntas, no questionário sobre a situação educacional e cultural dos estados, sobre a assistência odontológica aos escolares; e, no questionário sobre a situação sanitária, sobre a fiscalização e o exercício profissional (CNS-1, 1941). Até a 9ª CNS são esparsos os relatos sobre odontologia e saúde bucal, com a notável exceção da 7ª CNS. A partir da 10ª CNS (1996), as proposições ficaram mais consistentes traduzindo-se em propostas de reorganização dessas ações no âmbito do SUS (Manfredini, 2008; Narvai e Frazão, 2008).

A organização dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo remonta aos meados da década dos 1970, na zona leste. Na região do Jardim Nordeste, foi constituída a primeira Comissão de Saúde, que foi responsável pela organização do movimento de saúde na região e pela disseminação desse tipo de discussão da questão da cidadania e saúde em outros grupos comunitários da cidade (Bógus et al., 2003).

No fim daquela década, na região de São Mateus, o movimento de saúde também adquiriu notoriedade. A população começa a se mobilizar em torno das carências de saúde, dirigindo suas demandas à Secretaria de Estado da Saúde e propondo, de uma forma incipiente, uma nova qualidade de participação na gestão da coisa pública (Jacobi, 1989).

Em 1983 realiza-se o I Encontro dos Movimentos e Conselhos da Zona Leste, organizado pelo movimento de saúde de São Mateus e pela União de Bairros da Zona Leste, onde se localizava o Jardim Nordeste, reunindo 37 bairros. O encontro foi pautado pelo fortalecimento da participação dos moradores na fiscalização e controle de funcionamento dos serviços de saúde e a unificação do trabalho nos bairros. No movimento de saúde da zona Leste, destacaram-se como agentes a Pastoral de Saúde, médicos sanitaristas, grupos vinculados a partidos políticos de esquerda e, numa etapa posterior, da prática de partidos políticos, em especial a influência de militantes do Partido dos Trabalhadores (Jacobi, 1989).

A década dos 1980 foi muito importante para o Movimento de Saúde da Zona Leste (MSZL). Suas conquistas foram ampliadas, com o reconhecimento público de lideranças e o fortalecimento da organização popular. A atuação do MSZL teve um período inicial de rejeição à proposta de institucionalização da participação, seguida de

sua aceitação, mas com a consciência da necessidade de manutenção da autonomia. Na administração da prefeita Luiza Erundina (1989-92), estas questões foram vivenciadas em suas contradições (Bógus, 1998).

Na mesma década, em outras regiões do município, também se estruturaram movimentos populares de saúde. Neder (2001) reconhece a organização destes nas regiões Sudeste, Norte, Oeste e Sul. Estes movimentos diferiam em razão das condições que influenciaram suas evoluções históricas, com uma organização precária e dependente do sucesso de suas lutas, do apoio externo obtido e das relações mantidas na esfera institucional, com governos e partidos políticos.

Neste processo, algumas atividades e circunstâncias favoreceram a troca de experiências e integração entre os movimentos, em cada região e na cidade. Na vigência de governos conservadores e autoritários, isto ocorreria para se contrapor à situação de negação da participação popular, pelo não atendimento das reivindicações e em decorrência da exclusão desses representantes da participação institucional. Nos governos democráticos, onde a fluidez das informações é melhor, diversos segmentos são chamados a participar, com o envolvimento de novos integrantes. Com o surgimento de colegiados de gestão criam-se condições para que esses segmentos sociais influenciem o processo decisório (Neder, 2001).

Em junho de 1997, realizou-se o I Encontro dos Movimentos Populares de Saúde da cidade de São Paulo, quando foi criada a UMPS. O plano de lutas da UMPS era composto pela defesa do SUS; pela luta contra o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), [proposta de saúde privatista conduzida pelos governos Paulo Maluf e Celso Pitta]; pela realização de pesquisa para avaliar o atendimento na cidade; pela realização de reuniões abertas nas unidades do PAS e pela luta para que os conselhos populares e gestores não fossem impedidos de ingressar nas unidades do PAS.

Em 1998, a UMPS realiza o seu II Encontro, ocasião em que se debateram a eleição da Coordenação da UMPS; a criação de entidade com personalidade jurídica (Saúde e Cidadania), para dar suporte aos movimentos; e a formação política para os movimentos e conselheiros populares de saúde.

O III Encontro da UMPS foi realizado em 1999, quando se comemorou o 20º Aniversário do Conselho de Saúde do Jardim Nordeste. No evento, debateram-se as formas de consolidação da UMPS e a retomada de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade, face à crise do PAS (Neder, 2001).

Em março de 2001, no início da gestão Marta Suplicy, a UMPS realiza o seu IV Encontro. A principal tarefa da UMPS seria garantir a independência dos movimentos populares de saúde e respeitar a forma de organização destes nas regiões. A defesa da cidadania e da qualidade de vida; a implantação definitiva do SUS; a eleição de conselhos populares de saúde foram algumas das deliberações. Durante o Encontro, o Coordenador do OP, Félix Sánchez, informou o início da discussão deste, através de Plenárias Regionais, formalizando o convite para a UMPS participar deste processo.

Segundo Neder (2001), os documentos e resoluções dos Encontros da UMPS demonstravam que, nestes eventos, os movimentos procuravam dar destaque à participação da Central de Movimentos Populares e de outros parceiros, como a Igreja Católica, centros de formação e elaboração de políticas, instituições universitárias e parlamentares. A existência da UMPS permitira pautar temas que não estavam no centro das atenções dos movimentos de saúde, como o planejamento da cidade; orçamento participativo; desemprego; violência; políticas públicas intersetoriais.

Analisando-se a documentação produzida pela UMPS nesse período, identificou-se que a temática de saúde bucal não aparecia com destaque, ao contrário de outras áreas de saúde (saúde da família, mulher, criança, adolescente, adulto, vigilância sanitária). Neste artigo propõe-se analisar se os cuidados em saúde bucal são sentidos como necessidade por lideranças da UMPS e como estas lidam com o tema da saúde bucal.

Materiais e métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante realização de grupos focais com lideranças da UMPS. Para a análise dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Maior cidade brasileira, São Paulo constitui-se num local de referência e de influência sobre o restante do país, pela diversidade social, étnica, histórica, cultural, política e

ideológica que a constitui. Muito embora os resultados deste estudo não possam ser extrapolados para o conjunto do país, são indicativos das reflexões sobre o assunto no cenário brasileiro, face à importância e características ímpares desta cidade.

A UMPS realiza encontros gerais anuais e reuniões ordinárias mensais. Para abordar o grupo, foram realizadas duas participações nas reuniões ordinárias mensais da UMPS, nos meses de fevereiro e março de 2010. Na oportunidade, foram apresentados os objetivos e solicitado a participação de interessados na pesquisa.

Trinta e um integrantes da UMPS compareceram às sessões do grupo focal, realizadas em três finais de semana no mês de março de 2010, aos sábados pela manhã, na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Inicialmente, cogitou-se a realização de 4 a 5 sessões de grupos focais. Ao final da terceira sessão, constatou-se a saturação das representações nos depoimentos coletados, o que resultou no término das sessões. Essas se esgotaram em virtude da previsibilidade de resposta. A estrutura de significados teria sido apreendida, pois os grupos não apresentavam novidades em termos de conteúdo e argumentos e se tornavam repetitivos (Veiga e Gondim, 2001).

As entrevistas foram realizadas com prévia concordância dos entrevistados. Esses foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos termos da Resolução CNS 196/96. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da FSP/USP, em 20/3/2008, com adendo em 22/3/2010.

A técnica do grupo focal foi utilizada como estratégia de investigação. O grupo focal constitui-se em espaço privilegiado de discussão e troca de experiências em torno de determinado tema. Seu formato estimula o debate entre os componentes do grupo, permitindo adequada problematização dos temas abordados comparativamente com entrevistas individuais (Trad, 2009).

O grupo focal permite compreender os processos de construção da realidade por determinados grupos sociais. Constitui-se em importante técnica para o conhecimento das representações, percepções, crenças, hábitos, valores, restrições, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes no trato de uma questão, por pessoas que

partilham traços comuns e relevantes para o estudo do problema focado (Gomes, Telles, Roballo, 2009). A expressão das representações seria mais facilmente captada durante o processo de interação em que os comentários de uns de seus participantes podem fazer emergir a opinião de outros (Westphal, Bógus, Faria, 1996).

Cada grupo durou aproximadamente 90 minutos, sendo conduzido por dois moderadores, psicólogas especializadas em dinâmica de grupo. O pesquisador não participou dos grupos focais. Os grupos foram realizados em espaços apropriados, em um território neutro e de fácil acesso aos participantes, respeitando o número preconizado na literatura que é de 6 a 15 componentes por grupo (Trad, 2009). Os encontros foram gravados e transcritos por profissional especializado.

As perguntas foram conduzidas de uma abordagem mais geral para a mais específica, conforme orientam Stewart e Shamdasani (1990). Foram realizadas perguntas abertas, pois estas permitem que os indivíduos entrevistados se expressem livremente, produzindo discursos (Lefèvre e Lefèvre, 2003). O roteiro de questões orientou o trabalho nos grupos focais, com variações no tempo dedicado a cada uma, nas três sessões.

Para a organização e apresentação dos dados, foi utilizado o procedimento metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Conforme descrito por Lefèvre e Lefèvre (2003), o DSC é aplicado em pesquisas sociais empíricas de corte qualitativo, como representação do pensamento da coletividade. Isto é realizado através da agregação num discurso-síntese dos conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas.

O discurso reunido é o modo discursivo e empírico de produção do pensamento coletivo, a partir de depoimentos individuais semelhantes. É montado um processo de organização dos depoimentos verbais provenientes de pesquisa social que utiliza questionário aberto ou semi-aberto, em que através das figuras metodológicas da Ideia Central, das Ancoragens, das Expressões-Chave e do Discurso do Sujeito Coletivo, permite-se a construção de uma série de DSC ao final. Estes discursos-síntese, redigidos na primeira pessoa do singular, reúnem as Expressões-Chave, entendidas como trechos literais dos depoimentos individuais que tem Idéias Centrais de sentido reputado equivalente ou semelhante (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

O DSC é um recurso metodológico destinado a tornar as representações sociais mais claras e expressivas, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam nem são reduzidos a uma categoria comum unificadora (Teixeira e Lefèvre, 2001). A utilização dessa técnica de análise busca reconstruir tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários à expressão de um dado pensamento ou representação social sobre um fenômeno (Lefèvre et al., 2004). Tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, o DSC consiste basicamente em analisar o material coletado, extraído de cada um dos depoimentos (Lefèvre et al., 2003).

Resultados e discussão

Dos entrevistados, 17 (54,8%) eram mulheres e 14 (45,2%) homens. Em relação aos graus de escolaridade, 2 (6,5%) tinham 1º grau incompleto, 3 (9,7%) 1º grau completo; 17 (54,8%) 2º grau completo; e 9 (29,0%) nível superior. Em relação à idade, estas variaram de 43 a 72 anos de idade, sendo que 4 (12,9%) tinham entre 41 e 50 anos; 14 (45,2%) entre 51 e 60 anos; 10 (32,2%) entre 61 e 70 anos; e 3 (9,7%) entre 71 e 80 anos. Em relação ao tempo de inserção no movimento popular de saúde, 13 (41,9%) tinham até 10 anos; 5 (16,1%) entre 11 e 20 anos; 7 (22,6%) entre 21 e 30 anos; 3 (9,7%) mais de 30 anos; e 3 (9,7%) não informaram.

1ª temática: Saúde bucal é prioridade? Como é isto para você?

Para esta questão, os seguintes DSC foram categorizados:

Idéia Central A: Sim, pela relação com a saúde geral

A saúde começa pela boca. A nossa boca é um cartão de visita. Você mastigar bem e fazer uma boa digestão porque se você não mastiga direito você fica ruim do estomago, aí vai aparecendo um monte de problemas. Aquela coisa de que saúde começa pela boca, está mais do que claro. A gente fala de saúde bucal que é tudo, que é por onde você mastiga, que é por onde você ingere a sua alimentação. A saúde bucal é muito importante para as outras saúdes, principalmente a diabete. As pessoas tinham que saber que problema dentário causa muitos problemas de saúde, inclusive problemas cardíacos. A saúde dela está comprometida porque ali tem bactérias, tem um monte de

doenças que vai para a boca e que vai para a corrente sanguínea e para o osso e para tudo. O bucal está ali fisicamente ligado com problemas gástricos, com problemas no esôfago, enfim, uma série de outras coisas, problemas inclusive mandibulares, dores de cabeça, dor de ouvido, é muito mais profundo do que se pode imaginar. E hoje você vê por exemplo, tratados psicológicos, tratados psiquiátricos, de pessoas que tem problemas de não sorrir, de crianças com problemas porque elas tem que colocar aparelho, não por estética, mas porque elas realmente estão deformadas, tem pessoas que ficam deformadas. Então aí você começa a perceber e fala: opa, espera um pouco, dente não é mais estética! Dente é uma necessidade!

Idéia Central B: Não, pela população.

A saúde bucal, infelizmente não é prioridade, não para nós. Nós, usuários, população de uma maneira geral. Não está introjetado para gente que a saúde bucal, ela deve fazer parte, pelo menos é o que a gente conversa em todos os lugares, que ela deve fazer parte da saúde como um todo. Isso é um problema de saúde, mas na nossa consciência não é, nós não vemos isso como doença, a sociedade não vê como doença, não encara como doença. Os dentes também não é, só é quando dói. Se doer aí que vira um problema de saúde. Efetivamente nós nunca discutimos a saúde bucal como prioridade. A discussão com relação à questão bucal a gente não deve, a gente está devendo essa discussão com mais profundidade. A gente nunca votou a bucal como sendo uma parte importante, e o bucal estava muito ligado, principalmente a estética. Até três, quatro décadas, até a quinta, quando eu comecei a existir, ninguém falava em prevenção, ninguém falava em prioridade, isso eu estou falando na higiene bucal. Não ficaram no primeiro ponto de mais importância, de chamar atenção maior a saúde bucal. Ele seria outros setores que eram mais importantes, que é o atendimento médico, que é o médico que falta e que é um especialista, mas não nesse sentido bucal.

Idéia Central C: Não, por fatores econômicos

Mas dá para ser prioridade a saúde bucal, com um preço que é você tratar um dente? Como um assalariado vai pagar um dente? Não tem condições. Então eu olho para a televisão e eu vejo aquela coisa inatingível, você vai no dentista, como é que eu posso fazer um tratamento de um dente, dois dentes e vou pagar cinco mil reais. Porque é um valor, é caro, porque o tratamento que tem mais caro hoje é você tratar da questão bucal.

Idéia Central D: Não, pelos governos

A saúde bucal não é prioridade para governo nenhum.

Idéia Central E: Não, pela relação com a saúde geral

A odontologia não é uma das prioridades porque nunca ouvi que alguém morresse por causa de um dente.

Nos anos 1980, iniciam-se as primeiras formulações sobre “saúde bucal coletiva” no Brasil. Esta prática sanitária reivindica uma origem distinta das “odontologias”, bem como outras articulações e compromissos (Narvai, 2002). Para Narvai e Frazão, 2006, “*Saúde Bucal Coletiva* é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como 'Saúde Coletiva' e que, a um só tempo, compreende também o campo da 'Odontologia', incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o”. Segundo esses autores, a *saúde bucal coletiva* (SBC) advoga que a saúde bucal das populações “não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas”.

Os estudos sobre representação social de saúde bucal no Brasil foram realizados com populações urbanas e rurais, em sua maioria usuárias de serviços públicos de saúde (Abreu et al., 2005). O entendimento de que sujeitos sociais concebem diferentes sentidos à sua boca é constatação importante para a odontologia e a apreensão dos sentidos e significados daquela em diferentes realidades sociais (Ferreira e Alves, 2006).

A inexistência de estudos com a percepção de lideranças de movimentos populares de saúde no país deve ser realçada, face à importância do debate sobre “controle social” e da “saúde bucal coletiva” no país, nos últimos anos. As representações sociais de saúde bucal das lideranças de movimentos populares de saúde em São Paulo expressam os sistemas de valores, noções, práticas, aspirações, significados, desejos e interesses, com que vêem o mundo e as relações em sociedade.

Ao se analisar o discurso de lideranças da UMPS, observa-se que houve antagonismo no entendimento de saúde bucal como prioridade ou necessidade. Como destaca

Martins (1999), a constituição da saúde bucal, como necessidade, expressa uma produção social, relacionada às condições sociais de vida das pessoas, tradições históricas, hábito social e representações sobre o corpo e o processo saúde-doença. Segundo a mesma autora, a necessidade ou carência sentida da atenção odontológica não encontra justificativa somente nas dores e privações que são submetidos os indivíduos das camadas populares.

Para as lideranças da UMPS que defendem a saúde bucal como prioridade, esta, na maior parte dos discursos, baseia-se na associação à saúde geral. Esta associação da saúde bucal à saúde geral foi constatada em estudos anteriores, em que a importância dos dentes e a necessidade de tratamentos foi ressaltada, devido a correlações entre as complicações orgânicas que poderiam advir da falta de saúde bucal (Santos et al., 1988); pela preservação da função mastigatória relacionada com a presença de dentes (Ferreira e Alves, 2006); pelo desempenho de funções biológicas, como mastigação e digestão, e psicossociais, como a linguagem, o afeto e a auto-estima (Ferreira, 2002).

Alguns discursos destacaram o papel da importância da promoção e da prevenção, contrariando o senso comum de que estas pessoas só se interessam pela cura e ou reabilitação. A saúde foi associada às condições de vida, superando o modelo biomédico do processo saúde-doença.

O não reconhecimento da saúde bucal como prioridade foi atribuído à população, aos fatores econômicos, aos governos e à falta de vinculação entre saúde bucal e saúde geral. Ressalte-se que a culpabilização da população pela não-priorização da saúde bucal apareceu em vários relatos. Esta é coerente com uma visão de responsabilização do indivíduo pela doença e pela busca do tratamento apenas em momentos de dor.

Este achado foi constatado em estudos em que o adoecimento bucal foi associado às normas odontológicas de higiene e dieta (Abreu et al., 2005); em que a perda de dentes foi contextualizada como de responsabilidade individual, pela “falta de trato”, “facilidade” e “cuidado” (Mendonça, 2001), e a responsabilidade pessoal como razão com mais significado para o estabelecimento da cárie (Flores e Drehmer, 2003).

A não especificação da “doença oral” foi identificada em estudo de Braga et al., 1983, em que os autores constataram que a boca e seus problemas de saúde estariam implícitos na saúde geral, uma vez que a especificidade e a fragmentação seriam características do saber científico hegemônico. A sensação de estar doente, em relação à

“saúde oral”, só seria compreendida na perspectiva da manutenção e da reprodução da força de trabalho.

A importância do fator econômico como limitador do acesso à saúde bucal foi constatada em outros estudos. As camadas populares não têm acesso a tratamento odontológico, mesmo com enormes necessidades, devido a seu preço elevado (Paixão, 1986); a imagem do cirurgião-dentista é vinculada a um alto custo de tratamento, principalmente entre indivíduos com mais de 50 anos (Cruz et al., 1997); é fator que impossibilita tratamentos mais adequados, contribuindo para a perda precoce de dentes (Hiramatsu et al., 2007); induz à realização da exodontia, por ser uma alternativa mais simples, barata e rápida, na busca da eliminação imediata da dor (Santos et al., 1988); impede a realização de tratamentos odontológicos em escolares, gerando sentimento negativo nas mães destes (Abreu et al., 2005).

Na segunda metade da primeira década do século XXI, observa-se um aumento considerável nos gastos públicos federais em saúde bucal. Este movimento se acentua a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Brasil Sorridente (Cristo, 2009). Em relação a estudos em relação aos gastos realizados por estados e municípios, identifica-se o de Nascimento et al. (2009), que verificou gasto em saúde bucal equivalente a 4,97% dos recursos alocados em saúde em Campinas-SP.

Este esforço realizado pela esfera federal decorreu de alguma pressão social? Ou foi apenas fruto de uma opção de governo num dado momento histórico, com a cumplicidade das entidades representativas da odontologia, que vislumbraram em tal política a possibilidade da ampliação de mercado de trabalho para os profissionais da área? Como ele se expressou em São Paulo?

Dois exemplos recentes ilustram as demandas por tratamento dentário, por parte de setores populares no município de São Paulo. Muito embora estes dados não possam ser extrapolados para o conjunto do país, são sugestivos de reflexão, face à diversidade social, histórica, cultural, política e ideológica constitutiva dessa cidade.

No processo de elaboração do Orçamento Participativo (OP) da Prefeitura Municipal de São Paulo para o ano de 2002, constata-se que a saúde bucal foi a segunda especialidade mais exigida pelo público que participou das plenárias, só sendo superada pelo Programa Saúde da Família (PSF).

A opção preferencial pelo PSF pode ser relativizada, ao se considerar o momento histórico daquele período. Após o processo de implantação do SUS ter sido interrompido nos governos Paulo Maluf e Celso Pitta, com a opção pela terceirização dos serviços através da instituição do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), a capital retomou a reconstrução do SUS, na gestão Marta Suplicy, em que o PSF foi a estratégia central de reorganização dos serviços (Junqueira, 2001).

Mesmo nesta conjuntura (SÃO PAULO, 2001), a demanda por saúde bucal superou todas as outras especialidades médicas, como as por saúde da mulher (11^a); do idoso (12^a); de álcool, drogas e dependência (15^a); da criança e do adolescente (19^a); da saúde mental (20^a); de portadores de necessidades especiais (21^a); de assistência farmacêutica (23^a); de saúde do trabalhador (41^a) e de prevenção e combate às doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS (44^a).

Ao se analisar o perfil sócio-econômico dos participantes das assembleias do OP em 2002, verificou-se que a maioria era de mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, 2º grau incompleto ou completo, renda familiar de 2 a 5 salários mínimos, moradora da periferia e pertencente a algum movimento de caráter comunitário-associativo (Sánchez, 2002).

Pesquisa realizada pela União de Movimentos Populares de Saúde (UMPS) nos meses de dezembro de 2002 e janeiro de 2003, sobre atendimentos conseguidos e não conseguidos (n=1.921) em 221 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, constatou como principal problema para os usuários, o acesso ao “tratamento de dentes”. 50,5% dos entrevistados relataram não ter conseguido acesso a serviços de assistência odontológica nas UBS da capital. Para se ter uma idéia da dificuldade do acesso à assistência odontológica, em relação às outras demandas, 56,5% dos entrevistados se consultaram com psicólogos, 82% tiveram acesso a vacinas e 88% receberam controle de pressão.

2ª Temática: Você pode me explicar como vê a universalização na saúde bucal?

Idéia Central A: A assistência odontológica é para crianças

Quando a gente era criança, a gente tinha dentista na escola, e bons. No começo, o benefício da unidade era para crianças, prioridade de crianças. Até hoje eu não entendi esse critério, nunca me preocupei em saber se é um benefício. Inicialmente na saúde pública, existiam os dentistas só nas escolas, então só cuidava das crianças. Porque se eu não cuidar do jovem que está, começou a ir na escola, que pelo menos na escola ele tem que ir, as vezes está em casa e não se cuida, mas quando ele vai estudar pelo menos tem um dentista lá que vira e vê que está com um problema vai lá e vê o garoto.

Idéia Central B: A assistência odontológica é universal

Eu estranhei agora na ultima vacina, vacinação para idoso, eu fui levar o meu pai, e minha tia e eles exigiram que fizessem uma análise bucal, e eu achei assim um avanço, nunca tinha visto isso. O que temos para oferecer para a saúde bucal do idoso, da criança, do adolescente, porque hoje o idoso está todo banguelo aí porque não tem aonde você se tratar. Ela também teve um problema, que ela só atendia criança, depois ela começou a atender outros fatores de idade, e isso foi chamando muita atenção, então, porque se é , se é a atenção à saúde, então porque só da criança ou só do adolescente e porque não do adulto. O adulto precisava ser atendido também, aí começou aquelas histórias de quem não tinha dentes, a questão das idades, dos desdentados.

O princípio da universalização na saúde bucal gerou discursos contraditórios entre as lideranças. Houve uma forte presença da idéia de que a assistência odontológica deve ser dirigida para as crianças, com a presença de cirurgiões-dentistas nas escolas. Parte desta provém de experiências vivenciadas pelos entrevistados. Ao associar à falta de prevenção à ausência de profissionais nas escolas, destaca-se a dissociação entre o saber técnico e o saber popular.

3ª Temática: Fale sobre a assistência prestada na rede pública municipal

Idéia Central A: A assistência odontológica não dá acesso

Não estamos falando que o serviço que é prestado é ruim, nós estamos falando que o serviço que tem é insuficiente. Tiraram os dentistas das escolas e trouxeram para a atenção básica, só que não formaram uma rede de atendimento, de atenção. O governo fala, quando tem trezentos lá na fila de espera, não! Não vai fazer inscrição mais! Não consigo entender é essa tal de saúde bucal, que tem três dentistas dentro da Unidade de

Saúde e o ano inteiro você está lá e tem uma fila, tem uma fila, você não sabe quanto saiu e nem quanto entrou. Tinha três cadeiras de dentista, tudo bonitinho, material perfeito, tudo em ordem parado lá, só ia uma dentista de terça-feira e aquela fila de mais de mil pessoas esperando o tratamento. Você para conseguir consulta com o dentista para fazer uma simples obturação, você espera três, quatro, cinco meses. Aí se você tiver que fazer a restauração de um dente, eles não fazem, aí você perde o dente, e você vai precisar de um implante, que é mais caro ainda.

Idéia Central B: A assistência odontológica pública não é resolutiva.

Eu tenho que fazer o tratamento dentário, mas eu não, é um serviço que eu não vou achar, até porque muitos dos tratamentos o serviço público não oferece. A pessoa precisa do atendimento e você vai aqui, fica que nem bolinha, que nem ioiô, vai aqui, vai ali, vai acolá, e nada se resolve. Nós que freqüentamos as Unidades Básicas, nós temos que passar isso lá na base: olha fulano, você conseguiu atendimento? Não, eu não consegui. Quanto tempo você está esperando? Um ano, um ano e meio. A gente tem a saúde da família, também que está levando para a Unidade Básica a saúde bucal, mas eles, a gente vai ter que esperar até três, quatro anos, porque é por etapa. Eu fui para colocar essa prótese que não tem material para fazer, eu não estou podendo sorrir, gente! Quando você marca uma consulta para o dentista para daqui quarenta e cinco dias, o pessoal já desistiu porque já saiu do padrão... você está conseguindo me entender?... saiu do padrão de rapidez de São Paulo.

Idéia Central C: A assistência odontológica pública é ruim, por causa da manutenção e condições organizacionais

São equipamentos delicados, esses aparelhos, e dificilmente esses negócios estão funcionando, sempre, olha tem o dentista, mas queimou o aparelho, quebrou uma pecinha lá, às vezes é um negocinho que tinha lá para raspar. Estamos com os equipamentos, nós temos quatro cadeiras, três estão quebradas, uma para funcionar na semana passada, os funcionários tiveram que eles pegar dinheiro do bolso, comprar o que precisava, material não tem material, não tem material, isso é vergonhoso! Equipamento quebrado, não tem material, e a demanda vai lá dar uma olhada na fila. Não tínhamos dentista e depois do conselho batalhar e esse ano vai ter uma dentista, porque os aparelhos estavam mais de um ano que estavam num caixote ainda, no corredor e ficou lá parado. A gente cobra da gerência e não tem atendimento, hora não

tem prótese, hora não tem isso, hora não tem aquilo e tem uma baita de uma estrutura, a estrutura está lá montada e aí quando vai o conselho se dá, mas com essa falha, porque não tem o retorno da gestão. Tem equipamento que quebra e fica até dois anos para ser consertado, por quê? Porque não existe autonomia financeira. Quando foi implantado o Brasil Sorridente, então foi tudo bonitinho, a gente ficou lá no céu, nas nuvens, só que na verdade houve um boicote para que não funcionasse. Na realidade foi isso. Ficou três meses tudo montadinho, e eles foram lá e desmontaram, diz que é para reorganizar, e já tem quatro anos para não funcionar. Está na decadência, tem quatro cadeiras, só funciona uma, essa uma só funciona porque os dentistas pagam para botar a cadeira para funcionar, sem contar que quando chove dá refluxo no local, refluxo de água de esgoto, muito importante, e sobem assim os ratos, as baratas. Nem canal vai fazer, porque falta material, falta material para canal, imagina para qualquer outra coisa maior.

Idéia Central D: A assistência odontológica pública é ruim, por causa dos profissionais

Nós estamos brigando porque tinham os dentistas que estavam acostumados a não, iam lá um pouquinho, faziam aquele trabalho, faziam de conta que trabalhavam e não trabalhavam. O dentista atende, ele atende cinco pessoas por dia, ele abre o dente, tem uma segunda sessão, ele abre novamente, quando é na terceira, o dente já caiu, então quer dizer, precisa ser encaminhado para outro local. Você vai lá num dia da semana e põe a tal massinha, vai embora para casa, volta na semana que vem, a massinha caiu e tem que limpar de novo com a massinha porque senão vai inflamar se fechar. Então quando você vai conseguir fechar o dente totalmente, o dente já perdeu a metade. Não funciona, porque quando você vai num dentista particular, você vai lá e faz dois, três dentes de uma vez em uma hora, e porque no posto de saúde não funciona? Esse tratamento da boca tem que ser não só fazendo a limpeza e colocar a massinha, mas ter um tratamento odontológico adequado. A agenda deles você não tem acesso, não fica na entrada da unidade. Então fica solto, profissional da saúde bucal está solto, ninguém tem que dar satisfação a ninguém, você não tem que me perguntar nada, cuida da vida de vocês e eu cuido da minha. O dentista não é para ficar ele dentro lá do consultório dele, marcando, fazendo a agenda que ele quer não. Existe o próprio cartel entre os dentistas aonde eles não abrem a agenda, se eu tenho que fazer dez consultas, eu faço cinco.

Idéia Central E: A assistência odontológica pública é boa

Nós temos lá na minha UBS, temos quatro dentistas e eles trabalham muito bem, e eu acompanho de perto o trabalho deles.

Os discursos sobre o acesso a serviços odontológicos públicos corroboram achados de estudos anteriores. A assistência odontológica pública é associada à ineficiência e longas filas para se conseguir uma consulta, além da baixa produtividade (Santos et al., 1988); a um modelo tradicional de retirada de fichas para o tratamento de doenças (Ferreira et al., 2006); apresenta problemas de acesso restrito (Ferreira e Alves, 2006); gera insatisfação e revolta com o tipo de atendimento que recebem dos serviços oficiais (Braga et al., 1983).

As lideranças da UMPS apontam que a assistência odontológica pública é insuficiente para garantir o acesso; não é resolutiva; tem problemas de infra-estrutura, como ausência de manutenção e sérias dificuldades organizacionais; dispõe de profissionais que não atendem às exigências da comunidade.

Constata-se que, comparativamente ao quadro geral nacional, a situação do município de São Paulo revela precariedade no acesso ao serviço odontológico público, com reduzida oferta de serviços a adultos e idosos. Indicadores como a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e a Cobertura Populacional Potencial registram valores de menos de 4% e de cerca de 8%, respectivamente, e caracterizam uma situação de grande distanciamento do princípio constitucional do acesso universal aos cuidados odontológicos.

A emergência do discurso sobre o papel do cirurgião-dentista que atua no serviço público municipal corrobora estudos anteriores. Além do acesso aos cuidados médicos, os usuários reivindicam uma atenção e uma escuta personalizada (Paixão, 1986); queixam-se da maneira como os cirurgiões-dentistas os tratam com desprezo (Santos et al., 1981); e necessitam ter suas falas ouvidas para a humanização do cuidado (Nations e Nuto, 2002). As lideranças da UMPS relataram que os cirurgiões-dentistas da rede pública municipal não cumprem a sua jornada de trabalho; são pouco resolutivos ao prestar cuidados odontológicos e não aceitam controles sobre suas práticas, como a organização do agendamento de usuários.

4ª Temática: Conte e explique quando/como surgiu a questão da saúde bucal e o controle social no movimento popular de saúde?

Idéia Central A: Importância da pressão da população para a organização de serviços assistenciais

Quando a população pressiona, o serviço melhora. Em saúde bucal é a mesma coisa, onde a população cobra, vai ter o serviço. Porque a saúde bucal como todo na saúde, só quando a população se organiza e cobra que acontece. Do contrário não acontece. É só na luta que a gente consegue as coisas.

Idéia Central B: Importância da informação para a conscientização da população

Então, é informação. É, tem que fazer campanhas da importância da saúde bucal, e que não é nenhuma mentira, é uma verdade. Porque muita gente, por exemplo, junta dinheiro para fazer, pôr silicone nos peitos, mas não junta dinheiro para pôr um implante dentário. A gente precisa é da conscientização da população, da importância do tratamento da boca, porque tem o câncer bucal, tem o câncer de língua, ou seja, tem os problemas de gengiva que caem os dentes, a dentição perfeita e os dentes caem. É uma questão de consciência da sociedade, e que isso é uma coisa preventiva para a gente ter saúde. Então, é necessário ter uma, talvez seja com campanha, por exemplo, que a gente comece a ter essa consciência para poder cobrar do conselheiro, que a população cobre, o pobre não tem essa consciência. Eu acho que o que está faltando é um pouco de informação com relação a saúde bucal. Surgem alguns folhetos, mas não é um assunto que a prefeitura queira se aprofundar.

Idéia Central C: Inexistência de controle social na saúde bucal

Na saúde bucal não existe controle social. Da unidade básica de saúde, mas intenso assim com a saúde bucal não. Porque, e você falar uma coisa sobre a saúde bucal eles falam: não devemos satisfação a vocês! Tem um setor de profissionalismo que não aceita o conselho e nunca sentou com o conselho, que é o dos dentistas. E quando você questiona alguma coisa dos dentistas, eles falam assim: mas a gente não tem nada a ver com vocês. Os dentistas falam, então há essa controvérsia, eles não querem aceitar o controle social. Então fica solto, profissional da saúde bucal está solto, ninguém tem que dar satisfação a ninguém, você não tem que me perguntar nada, cuida da vida de vocês e eu cuido da minha.

Idéia Central D: Há controle social na saúde, não só específico para a saúde bucal

O controle social, que nós somos conselheiros, ele centra qualquer área dentro da saúde, se eu sou um gestor de uma unidade, seja na questão odontológica, seja em outras questões, o controle social é para tudo que tiver ali em qualquer área, específico. O controle social específico para a saúde bucal ele não existe, nós temos o controle social de acordo com a constituição do SUS, e controle social para a saúde como um todo, para ao SUS.

Idéia Central E: Transparência na construção e definição das políticas

Se os conselhos locais e o próprio conselho municipal, ele tomar uma atitude de fazer com que essas parceiras prestassem conta, exclusivamente da questão da saúde bucal, por exemplo, quantos profissionais você tem, quantos médicos, quantos dentistas você tem ali, você exigir-se de como é que está o quadro, como é que está funcionando o programa da saúde bucal em cada uma dessas parceiras. Mesmo na UBS, a gente nunca discutiu sobre saúde bucal. E é uma nova discussão que a gente precisa discutir.

Observa-se em São Paulo, que há o entendimento de que a organização da população é condição necessária para a organização de serviços assistenciais, por parte do Estado. Há um forte componente do conceito de saúde enquanto direito de cidadania, e de que a luta política e social é um vetor para a organização de redes assistenciais. A organização e a luta da população, na busca do reconhecimento da cidadania, foram fatores associados ao acesso a serviços públicos coletivos, como saúde, educação e urbanização (Paixão, 1986).

A informação sobre saúde bucal foi destacada como elemento central para a “conscientização” da sociedade sobre a importância da saúde bucal. Houve sugestão de realização de “campanhas” neste sentido, por parte de lideranças do movimento popular de saúde.

Analisando a construção das políticas públicas de saúde em Santos, SP, no período de 1989 a 1996, Manfredini (1996) constatou que “Não há registro da existência de movimentos de caridosos ou portadores de doenças periodontais ou de câncer bucal na sociedade brasileira. Das patologias que acometem a cavidade bucal ou a face, só se

observam organizações de usuários referentes a pais e mães de crianças portadoras de fissuras e fendas labiopalatais. Nem a luta por uma dentadura leva a que se constitua um movimento de desdentados. Portanto, a pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação de acesso ao dentista” (...) “outras patologias têm conseguido sensibilizar parcelas da sociedade: estão aí os movimentos de usuários dos programas de saúde mental ou as organizações dos pacientes portadores de DST/AIDS (...) entretanto, as práticas públicas de saúde bucal, muito embora discutidas e debatidas em conferências e conselhos de saúde, não contam com nenhum movimento próprio, externo ao aparelho de Estado, que as sustente. A extrema dependência do institucional tem feito com que em vários municípios e estados, diversos programas tenham sido destruídos no momento de mudanças político-institucionais”.

Esta posição seria reafirmada pelo autor em artigo de avaliação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), em 2005: “ (...) entretanto, onde reside o calcanhar de Aquiles da atual política? Em minha modesta opinião, no fato de que esta política não se enraizou no âmbito dos estados e dos municípios, não galvanizou a sociedade civil para que esta efetivamente lutasse para que saúde bucal fosse entendida como direito de cidadania e não ganhou os corações e as mentes dos profissionais de saúde bucal do país. Vejam que foram apenas três ‘não’ em uma única frase. Com certeza, poderiam ser dezenas (...)” (Manfredini, 2005).

A produção científica sobre os debates do tema saúde bucal nas Conferências e nos Conselhos de Saúde é exígua. Uma das raras reflexões é a de Alves-Souza e Saliba (2003), que analisam as intervenções em saúde bucal em registros das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. As autoras destacaram que os temas abordados não foram capazes de gerar discussões relevantes entre os participantes dos Conselhos Municipais de Saúde; e que “as intervenções em saúde bucal registradas tenderam à caracterização de ações pré-concebidas ou até mesmo já concretizadas nas redes de prestação de serviços odontológicos envolvidas, sugerindo a isenção de registros de estratégias de planejamento em saúde bucal”.

Em relação à especificidade da saúde bucal no controle social, emergiram falas contraditórias. O “controle social” seria necessário e aplicado em toda a política de

saúde, não só na saúde bucal. A necessidade de se garantir a transparência na construção e definição das políticas emergiu com muita força. Tal achado pode ser associado aos vários relatos envolvendo os problemas da gestão no município de São Paulo, que emergiram com grande vitalidade nos grupos. As críticas à terceirização dos serviços, política adotada pelas gestões José Serra (2005-2006) e Gilberto Kassab (2007-2010) foi constante. Vários discursos apontaram a contradição entre as iniciativas adotadas pelo governo federal, na implantação do Brasil Sorridente, e a situação de paralisia existente no município paulistano.

A ausência de “controle social” na saúde bucal também foi creditada à prática profissional dos cirurgiões-dentistas. A pouca participação de cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal nos conselhos gestores locais de unidades de saúde foi apontada em estudo anterior (Manfredini, 2006) e o “controle social” fora o princípio organizativo do SUS menos lembrado por cirurgiões-dentistas da rede pública (Villalba, 2007).

Considerações finais

As lideranças da UMPS reconhecem que saúde e doença constituem um processo socialmente determinado e que a organização da população é condição necessária para a implantação e manutenção de serviços assistenciais, por parte do Estado. Há um forte componente do conceito de saúde enquanto direito de cidadania, sendo compreendida também a noção de que a luta política e social é um vetor para a organização de redes assistenciais que possibilitem o exercício desse direito.

O estudo apresenta limitações, pelo fato de ter sido conduzido em um único município e pela escassez de análises desse assunto. Cabe realçar que, dadas suas características socioeconômicas e políticas, o que ocorre em São Paulo tem repercussão em todo o país.

As representações sociais de saúde bucal das lideranças da UMPS indicam um conjunto de vivências, valores, significados, noções, aspirações, desejos e interesses, próprios de lideranças desses segmentos e estratos sociais. Expressam também, com clareza, sua visão de mundo e das relações sociais, bem como sua inserção social, destacando-se a condição subalterna com que conseguem influenciar, em algum grau, o processo de decisões sobre as políticas públicas de interesse para a saúde.

Referências

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.
- ALVES-SOUZA, R. A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, 2003.
- APRESENTAÇÃO de propostas. *Jornal da UMPS*, São Paulo, 1998, ano I, n. 2, p. 3.
- BÓGUS, C. M. *Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento*. São Paulo: Anablume: FAPESP, 1998.
- BÓGUS, C. M. et al. Programa de capacitação permanente de conselheiros populares de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n. 2, p.56-67, 2003.
- BRAGA, O. F. C.; ELIAS, L.; MENDONÇA, L. L. *Dominação e saúde: o saber popular em saúde oral*. Belo Horizonte: Arte Livre, 1983.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 31 dez 1990. Seção 1: p. 25.694.
- CNS-1. Conferência Nacional de Educação e Conferência Nacional de Saúde, 1ª, Rio de Janeiro, DF, 1941. Folheto nº 5. Serviço de Documentação do Ministério da Educação e Saúde. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf. Acesso em 25 jan 2007.
- CNS-7. Conferência Nacional de Saúde, 7ª, Brasília, DF, 1980. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280 p.

- CNS-9. Conferência Nacional de Saúde, 9ª. Brasília, DF, 1992. Relatório Final. Brasília, Conselho Nacional de Saúde, 1993. 48 p.
- CNS-10. Conferência Nacional de Saúde, 10ª. Brasília, DF, 1996. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 1998. 98 p.
- CNS-11. Conferência Nacional de Saúde, 11ª. Brasília, DF, 2000. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 2003. 198 p.
- CNS-12. Conferência Nacional de Saúde, 12ª. Brasília, DF, 2003. Relatório Final. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. 230 p.
- CRISTO, C. S. *Gasto federal com ações odontológicas ambulatoriais no Brasil: uma análise exploratória*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- CRUZ, J. S. et al. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 11, n.4, p.307-313, 1997.
- FERREIRA, A. A. A. *Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do Bairro de Cidade da Esperança*. 2002. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social)- Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- FERREIRA, A. A. A.; ALVES, M. S. C. F. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 19-30, 2006.
- FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 211-218, 2006.
- FLORES, E. M. T.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 743-752, 2003.

GOMES, V. L. O. ; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 856-862, 2009.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E. ; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1051-1056, 2007.

JACOBI, P. *Movimentos sociais e políticas públicas: demandas por saneamento básico e saúde*. São Paulo: Cortez, 1989.

JUNQUEIRA, V. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2001.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”, São Paulo, 2002. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 12, n.2, p. 68-75, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F. et al. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 405-414, 2004.

MANFREDINI, M. A. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: CAMPOS F. C. B.; HENRIQUES C. M. P. (Org.) *Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta, 1996. p. 51-60.

MANFREDINI, M. A. Brasil Sorridente: sinal amarelo. São Paulo, 2005. Disponível em
<<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/manfredini/artmanfredini101.htm>>.
Acesso em: 22 de jan 2007.

MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: DIAS, A. A. e col. *Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Editora Santos, 2006. p. 43-74.

- MANFREDINI, M. A. Saúde bucal coletiva e cidadania: construção social do campo das práticas e da produção dos sentidos. In: MACAU LOPES, M.G. *Saúde bucal coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 17-30.
- MARTINS, E. M. Construindo o valor saúde bucal. *Ação Coletiva*, Brasília, v. II, n. 2, p. 5-9, 1999.
- MENDONÇA, T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1545-1547, 2001.
- NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Editora Santos, 2002.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes J. L. F., Peres M. A. *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- NASCIMENTO, A. C. et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2009, v. 43, n. 3, p. 455-462, 2009.
- NATIONS, M. K.; NUTO, S. A. S. “Tooth worms”, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine*, v. 54, n. 2, p. 229-244, 2002.
- NEDER, C. A. P. Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médias da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- PAIXÃO, H. H. Saúde e doença: um estudo de representação social. *Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia Universidade Federal de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 23, n. 1/2, p. 9-17, 1986.
- PLANO de lutas. *Boletim da UMPS*, São Paulo, nº 1, 1997, p.3.

- PRINCIPAL tarefa da UMPS. *Boletim da UMPS*, São Paulo, nº 3, 2001, p.2.
- SÁNCHEZ, F. R. *Orçamento participativo: teoria e prática*. São Paulo: Cortez, 2002.
- SANTOS, L. E. et al. *O discurso popular em Odontologia*. Belo Horizonte, 1988.
- SÃO PAULO. Secretaria de Governo Municipal. Coordenação do Orçamento Participativo. *Propostas da área de saúde para o OP-2002*. São Paulo, 2001.
- STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. N. *Focus groups: theory and practice*. (Applied social research methods series). Newbury Park: Sage, 1990.
- TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, 2001.
- TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.
- USUÁRIOS estão insatisfeitos com a demora, falta de profissionais e medicamentos. *Jornal da UMPS*, São Paulo, ago 2003, p.2-3.
- VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opinião Pública*, Campinas, v. 7, n.1, p. 1-15, 2001.
- VILLALBA, J. P. Perfil profissional dos cirurgiões-dentistas e o Sistema Único de Saúde: uma reflexão sobre a capacitação para a prática na atenção básica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

PARTE III

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse tópico, apontam-se algumas limitações dos três artigos. No artigo 1 (Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI), houve a necessidade de proposição de um novo indicador (Cobertura Populacional Potencial), face à inexistência de indicador específico.

Em razão da precariedade dos Sistemas de Informações existentes, utilizamos as variáveis de cobertura de primeira consulta de odontologia, cobertura de primeira consulta odontológica programática e de cobertura populacional potencial, para a finalidade desse artigo.

Reconhece-se a existência de problemas nos Sistemas de Informações, mas se admite que, para o propósito desse estudo, a informação é sugestiva do quadro geral existente no município de São Paulo.

No artigo 2 (Capital social e saúde nas publicações científicas brasileiras no início do século XXI), deparou-se com um tema de grande penetração e influência intelectual nos Estados Unidos da América e na Europa. As variadas implicações desse conceito, com seus fundamentos sociológicos e de economia política, tiveram que ser resumidas ao formato disponibilizado pelos periódicos. Tal razão levou-nos a recortar esse debate, no âmbito das publicações realizadas em periódicos brasileiros.

No artigo 3 (Representações sociais e saúde bucal e de controle social entre lideranças populares de saúde do município de São Paulo XXI), deparou-se com a dificuldade de se tratar de um objeto específico (saúde bucal), num momento de grande enfrentamento dos movimentos da sociedade civil com o Executivo Municipal. O material produzido nos grupos focais foi de grande amplitude, o que abre a perspectiva de estudos posteriores.

Ressalte-se que um desdobramento imprevisto do processo de investigação foi o convite formulado pela União de Movimentos Populares de Saúde para que o pesquisador debatesse o tema saúde bucal, no Ciclo de Debates da UMPS em 2010 (Apêndice 5).

Na oportunidade, apresentaram-se os dados iniciais da pesquisa. É com satisfação que se constata que o estudo produziu esse efeito, permitindo a apropriação dos resultados observados aos “sujeitos” da pesquisa.

6 REFERÊNCIAS

Alves-Souza RA, Saliba O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:1381-8.

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

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 2004.

Brasil. Lei Federal nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 31 dez 1990; Seção 1: 25.694.

Cristo CS. Gasto federal com ações odontológicas ambulatoriais no Brasil: uma análise exploratória [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AD, Matta G, Gomes MCPA. Public participation in health: an analysis of the National Health Conferences in Brazil. *Physis*. 2004;14:15-39.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

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*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Manfredini MA. Brasil Sorridente: sinal amarelo. [internet]. São Paulo; 2005. [acesso em 25 jan 2007]. Disponível em:

<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/manfredini/artmanfredini101.htm>.

Manfredini MA. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF; 2009. p. 155-74.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Narvai PC. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:18-21.

Nascimento AC, Moysés, ST, Bisinelli, JC, Moysés, SJ. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. Rev Saúde Pública. 2009;43: 455-62.

Neder CAP. Participação e gestão pública: a experiência dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2001.

Pinheiro R. Apresentação - democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. Physis. 2004;14:11-4.

Plano de lutas. Boletim da UMPS. 1997;(1):3.

São Paulo. Secretaria de Governo Municipal. Coordenação do Orçamento Participativo. Propostas da área de saúde para o OP-2002. São Paulo; 2001.

Silveira JLGC, Campos ML, Berndt RLE. Educação em saúde como estratégia para o controle social em saúde bucal. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2006;6:29-34.

Trad, LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis. 2009;19:777-96.

As três esferas de Governo: a politização do debate é a força-matriz da construção do SUS. RADIS. 2004;18:20-1.

Usuários estão insatisfeitos com a demora, falta de profissionais e medicamentos. Jornal da UMPS. 2003 ago;2-3.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. São Paulo: A Biblioteca; 2006.

ANEXOS

**ANEXO 1: PARECER DO COEP/FSP/USP,
DE 26 DE MARÇO DE 2008**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 64 /08

Protocolo	1755
Projeto de Pesquisa	CAPITAL SOCIAL E SAÚDE BUCAL NA CIDADE DE SÃO PAULO NO INÍCIO DO SÉCULO XXI
Pesquisador(a)	Marco Antonio Manfredini

26 de MARÇO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua 2.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 20/03/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **protocolo** de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

lrm. Sr.
Prof. Dr. PAULO CAPEL NARVAI
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

**ANEXO 2: PARECER DO COEP/FSP/USP,
DE 22 DE MARÇO DE 2010**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/35/10

22 de março de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o **ADENDO** ao protocolo de pesquisa n.º **1755**, intitulado **"CAPITAL SOCIAL E SAÚDE BUCAL NA CIDADE DE SÃO PAULO NO INÍCIO DO SÉCULO XXI"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Marco Antonio Manfredini** e orientação do(a) Professor(a) **Paulo Capel Narvai**, que solicitou a inclusão das seguintes frases no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: "e que autorizem a gravação das atividades de entrevista"; "o grupo focal vai durar cerca de 90 minutos"; "esclarecemos que não haverá nenhum ganho direto nem risco à integridade dos participantes", considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN/196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso de eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.
Prof. Assoc. Paulo Capel Narvai
Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP

ANEXO 3: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO AUTOR

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Marco Antonio Manfredini) Page 1 of 28

Marco Antonio Manfredini

Marco Antonio Manfredini é pesquisador da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, onde é doutorando, desde 2007, na área de Serviços de Saúde Pública. Concluiu o Mestrado em Ciências (2006), no Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É graduado em Odontologia (1986), pela Universidade de São Paulo e Especialista em Saúde Pública (1986) pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Atualmente é Membro da Comissão Técnica de Assessoramento ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Departamento de Educação na Saúde do Ministério da Saúde (2008-). Atua como facilitador no Projeto de Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (2009-). É Membro da Comissão Técnica de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (2004-). Publicou 14 artigos em periódicos especializados e possui 10 capítulos de livro. Tem ministrado aulas, palestras e conferências, como especialista convidado, em Cursos de Pós-Graduação lato e stricto sensu em várias universidades brasileiras, dentre as quais USP, UNICAMP, UFRN, PUCCAMP, PUCPR. Tem prestado consultorias ao Ministério da Saúde, ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo, e a outros serviços públicos, nas áreas de Formação de Recursos Humanos, Planejamento e Programação em Saúde e Saúde da Família. Atua na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Bucal Coletiva e Odontologia Social e Preventiva. Em sua produção técnica e científica, destacam-se os seguintes temas: planejamento e programação, administração de serviços de saúde, saúde pública, saúde coletiva, saúde bucal coletiva, saúde da família, economia da saúde, flúor, fluorinação das águas e formação de recursos humanos.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 03/08/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/7031114270238175>

Dados pessoais

Nome: Marco Antonio Manfredini
Nome em citações bibliográficas: MANFREDINI, M. A.
Sexo: Masculino
Endereço profissional: Universidade de São Paulo.
Avenida Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira César
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Formação acadêmica/Titulação

2007	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
<i>Título:</i> Capital social e saúde bucal na cidade de São Paulo no início do século XXI, <i>Orientac</i> Narvai.
<i>Palavras-chave:</i> Saúde Pública; Capital social; Controle Social; Saúde Bucal Coletiva; Orçamen
2004 - 2006	Mestrado em Ciências - Área de Concentração Saúde Coletiva...
Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São.
<i>Título:</i> Características da indústria produtora de equipamentos odontológicos e de produtos p
no Brasil entre 1990 e 2002, <i>Ano de Obtenção:</i> 2006.
<i>Orientador:</i> Carlos Botazzo.
<i>Palavras-chave:</i> complexo industrial da saúde; complexo medico-industrial; Economia da Saúde
Odontológicos; Saúde Bucal Coletiva; Produtos para higiene bucal.
1986 - 1986	Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 604h).
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Capital social e saúde bucal na cidade de São Paulo no início do século XXI

Pesquisador Responsável: Marco Antonio Manfredini

Este projeto tem o objetivo de pesquisar se há pressão por tratamento dentário no município de São Paulo e se este tratamento é uma necessidade sentida pela população paulistana no início do século XXI.

Para tanto será necessário realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas realizadas com cidadãos que participaram dos movimentos populares de saúde no município de São Paulo na primeira década do século XXI.

Durante a execução do projeto serão realizadas entrevistas com os cidadãos selecionados, que livremente aceitem responder às perguntas e prestar depoimentos sobre o tema, após serem esclarecidos sobre o estudo, e que autorizem a gravação das atividades de entrevista. Será garantido o anonimato dos participantes, que deverão firmar o termo de compromisso de sua participação. Garantir-se-á impessoalidade e sigilo das respostas ao roteiro elaborado para a pesquisa, respeitando-se aspectos éticos. O grupo focal vai durar cerca de 90 minutos. Os depoimentos obtidos nas entrevistas, anotações de campo e documentos consultados, serão transcritos e analisados com rigor na forma dos resultados do presente estudo. Esclarecemos que não haverá nenhum ganho direto nem risco à integridade dos participantes. Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto.

São Paulo, ____ de _____ de ____ .

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, *Marco Antonio Manfredini*, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____/____/____.

Telefones : 11- 5056-1237

APÊNDICE 2: CARTA DE CONVITE

Caro (a) Amigo (a):

Agradeço pela colaboração com a minha pesquisa. Seguem as informações necessárias:

Data: ____/março (sábado)

Horário: das 9:15 às 11:00 horas

Local: Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715

A Faculdade fica em frente ao Cemitério do Araçá, na esquina da Avenida Dr. Arnaldo com a Rua Teodoro Sampaio. O metrô mais próximo é o Metrô Clínicas.

Em caso de qualquer problema, me ligue a cobrar nos fones: **9168-7080** ou **9946-7540**.

Após a pesquisa, será servido um lanche.

MARCO MANFREDINI

Segue o mapa do local:

APÊNDICE 3: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Ficha de Identificação/Perfil

Data:

Sexo:

Data de Nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Tempo de inserção no (s) movimento (s):

APÊNDICE 4: ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- Vocês fazem parte do movimento popular de saúde, qual sua relação com saúde bucal?
- O que entendem por necessidade em saúde bucal na cidade?
- Como fica a questão da saúde bucal/tratamento dos dentes?
- No movimento popular de saúde, quando e como surgiu a questão da saúde bucal? Contem, expliquem? Se não aparecer, por quê?
- Como as pessoas que vocês conhecem tratam dos dentes? O posto tem atendimento?
- A população o procura para falar da saúde bucal/tratamento dos dentes?
- Quem tem direito à saúde bucal?
- Se não há atendimento, por que não pensaram em alguma forma de organização para este tema específico?

APÊNDICE 5: CICLO DE DEBATES DA UMPS- 2010

União de Movimentos Populares de Saúde - UMPS

Proposta de Cronograma e Temas

MÊS	DATA	TEMAS
ABRIL	27/4 (terça-feira)	Objetivo: validação dos passos do projeto de formação, metas, cronograma e temas do ciclo de debates
MAIO	7/5 (sexta-feira)	1º Debate - Saúde Mental e Luta Antimanicomial Convidado: João Marcolan (Unifesp)
	21/5 (sexta-feira)	2º Debate - O Pacto pela Saúde Convidado: Jorge Kayano
JUNHO	4/6 (sexta-feira)	3º Debate - SUS: Situação Nacional e Conjuntura Convidado: Antonio Alves, Secretaria de Gestão Participativa, Ministério da Saúde
	18/6 (sexta-feira)	4º Debate - A Política de Saúde e a Organização dos Serviços no Estado e na Cidade de São Paulo Convidados: Instituto de Saúde Gastão Wagner Cosems
JULHO	5/7 - segunda-feira	5º Debate - Saúde Coletiva e Trabalho em Saúde: produção da saúde, da doença e do cuidado Convidado: Emerson Merhy
	16/7 - sexta-feira	6º Debate - A questão urbana e a saúde: meio ambiente e modo de vida Convidado: Casa da Cidade
	30/7 - sexta-feira	7º Debate - Saúde da Mulher Convidada: Simone Diniz
AGOSTO	6/8 - sexta-feira	8º Debate - Saúde no Envelhecimento Convidadas: Ana Brêtas (Unifesp) e Ângela Machado (USP Leste)
	20/8 - sexta-feira	9º Debate - A questão da AIDS Convidados: PNDST-AIDS (Eduardo Nunes/GIV)
	27/8 - sexta-feira	10º Debate - Saúde Bucal Convidado: Marco Antonio Manfredini
SETEMBRO	11/9 – sábado	2º Seminário - Saúde, eleições Convidados: candidatos a cargos majoritários