A QUESTÃO EPIDEMIOLÓGICA E A CAPACIDADE DE
RESPOSTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO
BRASIL

VITOR GOMES PINTO

TESE APRESENTADA À FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA.

Orientadora: Prof^a Yvette Viegas

BRASILIA - DF - BRASIL
ABRIL/1992

FICHA CATALOGRÁFICA

PINTO, Vitor Gomes.- *a questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil*. Brasília, 1992. 217+XXXVp.

Tese (Doutoramento) Faculdade de Saúde Pública.
Universidade de São Paulo.

1. Odontologia - Financiamento 2. Serviços de
Saúde 3. Epidemiologia - Indicadores de Saúde
Bucal.

I. Título
CDD. 614.5996
CDU. 616.314.009

A Alfredo Reis Viegas, que muita falta
está fazendo a todos nós

Ao IPEA, onde se passaram dezessete anos,
pelos conhecimentos, experiências e
amizades

S U M Á R I O

AGRADECIMENTOS

SINOPSE

S U M M A R Y

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGIA GERAL	3
4. POPULAÇÃO, DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SISTEMA DE SAÚDE	7
4.1. Caracterização Demográfica	7
4.2. Condições Recentes de Desenvolvimento Nacional As Crises da Década de Oitenta	15
4.2.1. A Mudança Política	15
4.2.2. A Crise Econômica	16
4.2.3. Comparações Internacionais a década perdida	21
4.3. O Sistema de Atenção à Saúde	25
4.3.1. Condições de Saúde da População	25
4.3.2. Oferta e Consumo de Serviços Públicos	30
4.3.3. Evolução do Sistema	35
4.3.4. Financiamento da Saúde na Seguridade Social	39
4.3.5. A Crise Setorial	41
5. O APARELHO PRESTADOR DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	44
5.1. Oferta de Profissionais no País	45
5.2. Postos de Trabalho e Recursos Humanos no Setor Público	53
5.2.1. Serviços da Previdência Social	53
5.2.2. Postos de Trabalho Ocupados em Odontologia	59

5.2.3. Recursos Humanos de Nível Técnico e Auxiliar	64
5.3. Capacidade Instalada do Setor Público	64
6. GASTOS COM SAÚDE	67
6.1. Gastos Pessoais em Saúde Geral	68
6.2. Gastos Pessoais com Atenção Odontológica	72
6.3. Gastos Institucionais e Totais em Saúde Bucal	75
6.4. Análise Conjunta	78
7. A QUESTÃO EPIDEMIOLÓGICA	82
7.1. O Levantamento Epidemiológico Nacional	82
7.1.1. Síntese	82
7.1.2. Pontos a Equacionar	83
7.2. Estimativas por Idade e Renda	
Abrangência e Metodologia Específica	84
7.2.1. Abrangência	84
7.2.2. Modelo de Análise Estatística	85
7.2.3. Dentição por Idade	86
7.2.4. Médias por Idade e Renda	87
7.3. Indicadores Positivos de Saúde Bucal	88
7.4. Ataque de Cárie na População de 5 a 79 Anos	91
7.5. Procura de Atendimento	104
7.6. Necessidade e Uso de Próteses Totais	107
7.7. Edentulismo	111
7.8. Condições de Saúde Periodontal	114
7.8.1. População Sadia e Com Problemas Periodontais	114
7.8.2. CPITN da Amostra Populacional	115

8. PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL	124
8.1. O Nível Central	
Avanços e Retrocessos	124
8.2. A Prevenção da Cárie Dental no Brasil	130
8.2.1. Fluoretação da Água de Consumo Público	131
8.2.2. Fluoretação do Sal de Cozinha	135
8.2.3. Bochechos com Fluoreto de Sódio	137
8.2.4. Aplicações Tópicas com Fluoretos	138
8.2.5. Selantes Oclusais	141
8.2.6. Terapia Intensiva	141
8.2.7. Dentifrícios Fluoretados	142
8.3. Programas Estaduais e Municipais	143
8.4. Temas Relacionados	148
8.4.1. Consumo e Produção de Açúcar	148
8.4.2. Sistema de Ensino Elementar	153
8.5. Compatibilidade entre o Sistema Prestador de Serviços e os Quadros Epidemiológico e Social	158
9. RESPOSTAS DO SISTEMA PRESTADOR DE SERVIÇOS	
SUGESTÕES	160
9.1. Sistema Geral de Atendimento	161
9.1.1. A Organização Local	162
9.1.2. Adscrição da Clientela	162
9.1.3. Participação Social	164
9.2. Serviços Essenciais e Complementares	167
9.2.1. Ações Preventivas	170
9.2.2. Educação em Saúde Bucal	173
9.2.3. Atenção a Crianças e a Adolescentes	174

9.2.4. Atenção a Outros Grupos e Problemas	178
9.2.5. Vigilância Sanitária	180
9.2.6. Vigilância Epidemiológica	182
9.3. Política de Recursos Humanos	187
9.4. Custeio e Remuneração dos Serviços	189
9.5. Linhas de Estudo e Pesquisa	191
9.5.1. Estudos sobre Fatores Etiológicos	193
9.5.2. Estudos Epidemiológicos	193
9.5.3. Estudos sobre o Sistema Prestador de Serviços	193
9.5.4. Estudos sobre Prevenção	194
9.5.5. Educação em Saúde e Opiniões da População	194
9.6. Síntese e Sugestões	194
BIBLIOGRAFIA	197
A N E X O S	1 A

AGRADECIMENTOS

Somente com o apoio fraterno e amigo dos que nos cercam é possível construir e levar avante um trabalho deste porte.

Agradecer a todos certamente não é uma missão das mais fáceis. Mesmo correndo o risco de não mencionar alguém, desejo expressar uma imensa gratidão a todos os que doaram uma parte de si e tiveram um papel fundamental nas diversas fases de elaboração da tese.

Geraldo da Silva e Souza encontrou tempo, entre suas intensas atividades como professor titular de estatística da UNB e pesquisador da EMBRAPA, para desenhar o modelo de análise que permitiu concretizar as estimativas sobre a situação epidemiológica.

No IPEA muitos ajudaram. Maria Emilia Barbosa da Veiga estruturou passo a passo as referências bibliográficas. Nos computadores tive ao meu lado José Adalberto de Paula Ferreira e Luis Carlos dos Santos. A organização final das tabelas e do texto, deixando-os prontos para a impressão, foi feita por Aeromilson Trajano de Mesquita, com o atento acompanhamento de Hercules Abrão de Araújo. Quando foi preciso trabalhar com o "SAS", lá estavam Carlos Henrique Motta Coelho e Moyses Tenenblat. As projeções de população, a identificação dos indicadores econômicos e demográficos e muito apoio estatístico vieram principalmente de Sebastião Francisco Camargo. O modelo para a proposta de vigilância epidemiológica foi elaborado com apuro por Alfonso Arias. José Hamilton Bizarria, mestre de macro-economia, esteve sempre presente quando o desenvolvimento e as crises típicas do desenvolvimento brasileiro entraram na pauta de trabalho. Divonzir Arthur Gusso, na coordenação das atividades de educação, fundamentou as análises sobre o sistema de ensino elementar. Antonio Carlos Xavier deu sugestões muito úteis na interpretação dos liames estatísticos. Da direção de casa, desde o início, não faltou apoio, principalmente da parte de Luiz Carlos Eichenberg da Silva, Liscio Fabio de Brasil Camargo, Emilio Sendim Marques, Sergio Francisco Piola.

No MEC contei com a atenção e a capacidade científica de Liliane de Oliveira e de J. Montenegro.

Antonio Galvão Fortuna Rosa inscreveu-me no curso de doutorado e depois ficou atento ajudando-me a caminhar pelos corredores da Faculdade de Saúde Pública, quase sempre na companhia solidária de Roberto Augusto Castellanos Fernandez.

Em casa, Ilza, Rodrigo Pedroso e Gracielinha estiveram comigo em cada momento, tornando-se parte da tese com seu estímulo e carinho.

Muito mais do que a Orientadora de todo o trabalho, tive na Professora Yvette Viegas uma amiga que me deu, junto aos ensinamentos técnicos, lições de crença na vida e de dignidade que se fizeram inesquecíveis e permanentes. Muitas vezes foi a sua força de vontade e o seu exemplo de Sanitarista que permitiram avançar e, afinal, chegar ao porto de destino no tempo previsto.

SINOPSE

O texto dedica-se, inicialmente, ao estudo das condições de desenvolvimento brasileiro nas áreas econômica e social, retratando a forte crise que caracterizou os anos oitenta. Após examinar o sistema geral de atenção à saúde, analisa o aparelho prestador de serviços odontológicos e os gastos em saúde geral e em saúde bucal para o ano de 1989.

A questão epidemiológica é vista sob a ótica de cinco indicadores principais: ataque pela cárie dental, doenças periodontais, necessidade e uso de próteses totais, edentulismo e procura de atendimento, estimando-se médias, percentuais e valores totais idade por idade para a população de 5 a 79 anos. O estudo dos programas e políticas setoriais engloba as iniciativas de nível central e regional, as ações preventivas e dois temas relacionados à saúde oral: o consumo e produção de açúcar e o modelo de ensino elementar.

Apresentam-se sugestões para estruturação geral do sistema de atendimento odontológico com ênfase em sub-sistemas de prevenção, educação em saúde, atenção a crianças e adolescentes, cuidados a outros grupos e problemas, vigilância sanitária e epidemiológica, além de propor medidas relacionadas à preparação de recursos humanos, ao financiamento setorial e às linhas de estudos e pesquisas.

S U M M A R Y

First of all the text looks at the Brazilian economic and social development showing the strong general crisis of the last decade. After reviewing the global health system, it examines the dental care system and the financial aspects and expenditures of the health and dental sectors for 1989.

The epidemiological question is focused on the basis of five main indicators: dental caries attack, periodontal diseases, needs and use of dentures, edentulism and demand for dental care, including statistical estimations related to averages, percentages and total needs for urban people 5 to 79 year-old. The analysis of the oral health programs and policies includes central and regional actions, preventive measures, sugar consumption and production, and the elementary education model.

Suggestions are presented for the following topics: structure of the dental care system for the Brazilian population with emphasis on sub-systems of prevention; health education; dental care for children, youths and other age brackets; sanitary and epidemiological monitoring programs; dental personnel training; financing and, finally, research recommendations.

1. INTRODUÇÃO

Há uma clara interdependência entre os problemas que afetam uma área específica como a saúde bucal e os que caracterizam o conjunto da sociedade. As análises que constituem o cerne deste trabalho procuram seguir este princípio, evitando o tratamento do diagnóstico e das soluções das grandes questões odontológicas como um oásis particular dentro de um país com tantas desigualdades e carências como é o Brasil.

A década iniciada em 1980 caracterizou-se por uma aguda crise econômica que pouco a pouco afetou cada parcela da população. Paradoxalmente, por vezes setores como a saúde e a educação podem beneficiar-se crescendo nesses períodos de dificuldades globais, pois são tidos como núcleos típicos de políticas sociais compensatórias. Ou seja, as dificuldades de ordem principalmente financeira procuram ser atenuadas por um maior investimento e apoio às áreas sociais.

Os estudos sobre o desenvolvimento brasileiro recente indicam, no entanto, que isto não ocorreu. O país chegou a ser classificado, junto com a Nigéria e o Paquistão, no grupo da "década das oportunidades perdidas", pois embora tenham sido aplicados recursos razoáveis nas atividades sociais, estes em boa parte não chegaram aos seus reais destinatários - as comunidades de menor renda - possivelmente se perdendo nos intricados liames da estrutura intermediária encarregada de implementar os programas governamentais.

O setor saúde, que acumulava pendências não resolvidas nas décadas anteriores, tentou reestruturar-se em meio à crise. Embora o sistema nacional de saúde tenha passado por uma substancial mudança com a aprovação do Sistema Único de Saúde, houve uma pronunciada deterioração dos serviços de atendimento ambulatorial e hospitalar principalmente nas cidades de médio e grande porte.

Como um artefato de efeito tardio, a crise explodiu no setor saúde com maior força no final do decênio, aprofundando-se ao ponto de que por mais de uma vez as pesquisas de opinião popular detectaram-no como o problema número um sentido pelas pessoas, superando até mesmo focos tradicionais de tristezas e de desesperanças como o são as dificuldades monetárias e as questões ligadas à marginalidade urbana. Em consequência, as propostas de solução via privatização dos serviços de saúde começaram a ganhar cada vez mais espaço, traduzindo-se em uma notória expansão das empresas que se dedicam a este ramo de comércio e em uma maior agressividade na divulgação de suas propostas.

Paralelamente, as unidades públicas passaram a perder substância apresentando-se aos olhos de seus pacientes cada vez mais como serviços destinados ao uso apenas daqueles que não conseguem acesso a qualquer outro tipo de atenção médica ou odontológica. Observando todo este evoluir do instável equilíbrio

interno do setor, largas camadas da população, de baixa renda, permaneceram inteiramente dependentes dos serviços públicos, esperando pela sua melhora.

Considerada como uma profissão de exercício individual e privado, a odontologia ao longo dos anos oitenta continuou atraindo um elevado número de novos adeptos, vendo-se afinal envolvida na crise geral quando a essência de seu modelo de ação - liberal por excelência - passou a ser contestado.

Habituada ao entendimento direto com o paciente e aos programas de saúde pública para pequenas comunidades, em geral de escolares, a profissão descobriu que esse tipo de prática não conseguiu melhorar ou sequer manter estáveis os níveis de saúde bucal dos brasileiros. Ao contrário, o país tornou-se um exemplo negativo, liderando as estatísticas internacionais quanto aos índices de ataque pela cárie dental em crianças e adolescentes, não obstante o fato de que a oferta de profissionais de nível superior tenha aumentado ao ponto de representar cerca de 11% da mão-de-obra odontológica disponível no mundo.

A hipótese que norteia este trabalho é de que um exame mais detido dessa complexa realidade, combinando conhecimentos sobre a epidemiologia das doenças bucais e sobre a oferta de serviços clínicos e preventivos com informações gerais sobre os padrões de desenvolvimento social e econômico da nação, possa resultar na identificação de soluções melhores ou mais oportunas para o extenso volume de problemas hoje existente.

São escassos os estudos de abrangência nacional no campo da odontologia de saúde pública e de seu relacionamento com os aspectos econômicos e sociais e com as realidades mais abrangentes do setor saúde em geral. O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde⁽³⁴⁾, relativo à prevalência dos principais problemas da cavidade oral junto à população urbana do país, constitui uma exceção à regra geral. Mas, apenas dados globais chegaram a ser publicados, referindo-se aos números diretamente encontrados no exame da amostra populacional examinada. Um importante e vasto universo de dados permanece inexplorado e sem qualquer tratamento estatístico que permita inferir seus resultados para outros grupos etários que não os examinados e para o conjunto da população urbana.

A obtenção de um quadro epidemiológico bem mais preciso e mais universal só tem significado prático se puder ser comparado com as políticas vigentes e com a oferta existente de serviços clínicos, educativos e preventivos, a fim de encontrar os caminhos e as soluções que mais chances tenham de responder aos desafios dos tempos atuais.

2. OBJETIVOS

- Objetivo Geral

Contribuir para a compreensão das causas e dos efeitos dos principais problemas de saúde bucal da população brasileira, relacionando-os com os padrões de desenvolvimento do país e apontando medidas para sua solução.

- Objetivos Específicos

a) - Construir um quadro epidemiológico global para a população de 5 anos e mais residente em zona urbana no Brasil, incluindo uma estratificação dos dados por estrato de renda familiar;

b) - dimensionar a oferta de serviços e estabelecer a compatibilidade ou não entre o sistema de prestação de cuidados à população, as condições sócio-econômicas e epidemiológicas vigentes;

c) - apresentar proposições alternativas para dar melhor solução aos problemas constatados.

3. METODOLOGIA GERAL

A linha de estruturação do documento aqui descrita não envolve aspectos metodológicos muito específicos ou muito técnicos (sobre a composição de uma tabela ou sobre programas de computação eletrônica por exemplo), os quais são tratados no próprio capítulo a que se referem ou são descritos em anexos.

A partir do Capítulo 4, o trabalho está dividido em seis grandes títulos sequenciais, abordando nos cinco primeiros os assuntos substantivos e no último apresentando as sugestões e conclusões gerais. Pela ordem temos: caracterização geral da população e do sistema de saúde, o aparelho prestador de serviços odontológicos, os gastos em saúde, a questão epidemiológica, os programas de atenção odontológica e as respostas possíveis por parte do sistema de prestação de serviços.

O Capítulo 4 concentra as análises que podem ser consideradas como não odontológicas no sentido estrito. Inicialmente consta uma caracterização demográfica para o ano de 1989, escolhido como referência para os dados devido a ser o período mais próximo para o qual existem informações disponíveis principalmente no que se refere à oferta de serviços e de recursos humanos. Foram utilizadas projeções elaboradas pelo IPEA com base nos dados regularmente fornecidos pelo IBGE através dos Censos e das Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio - PNADs. As estimativas incluem a estratificação dos habitantes por idade, por região e por zona

urbana e rural, com ênfase nas cidades porque os dados epidemiológicos não englobam os camponeses. Há uma evidente dificuldade em trabalhar com projeções num ano de final de década, quase às vésperas do censo populacional que forçosamente irá corrigi-las. Na verdade, segundo o que se sabe através dos primeiros e preliminares dados do censo de 1991, parece haver uma leve super-estimação no contingente demográfico nacional aqui apresentado tendo em vista que as taxas de crescimento mostraram-se algo inferiores ao esperado. A alternativa seria esperar pelos resultados do censo, mas isto significaria atrasar em quase um ano a elaboração final e apresentação da tese.

As mudanças políticas da década, o desenvolvimento da crise econômica e a comparação com a situação internacional estão no Título 4.2, construído com base na leitura e interpretação de três tipos de publicações: análises situacionais e históricas sobre o que se passou no Brasil a nível de políticas globais e macro-econômicas; estatísticas comparadas sobre o período 1980-89 e, finalmente, estudos elaborados por instituições e autores internacionais.

No Título 4.3 o exame do sistema de saúde vigente no país é feito em cinco tópicos: (a) estudo das condições de saúde da população, a partir de dados de mortalidade e morbidade fornecidos pelos Ministérios setoriais (de Saúde e de Previdência e Assistência Social), pelo IBGE ou por pesquisadores da área, destacando-se as contradições nacionais; (b) a oferta e o consumo de serviços públicos, tratando da evolução na década, p.ex., do número de consultas médicas e de hospitalizações custeadas pelo INAMPS com base em dados da DATAPREV e de críticas de estudiosos desse tema; (c) evolução do sistema, referindo-se centralmente à história dos diversos programas na década e à instituição do Sistema Único de Saúde-SUS. Utilizou-se como base de estudo os textos dos programas experimentados nos últimos anos como o PIASS e o PREV-SAÚDE, os decretos, regulamentos e leis mais atuais sobre o SUS e textos de autores contemporâneos, acrescentando uma visão crítica fundada na vivência junto a boa parte desses programas e projetos; (d) financiamento da saúde na seguridade social, examinando a estrutura de gastos e as regras de apropriação e de repasse dos recursos públicos com ênfase nas relações entre o governo federal e as instâncias estadual e municipal. O referencial teórico e os dados básicos provêm das normas e regulamentações do atual Ministério da Saúde/INAMPS, informes financeiros da DATAPREV, orçamentos setoriais e artigos de especialistas; (e) análise da crise que se abateu sobre o setor saúde principalmente no 1o. semestre de 1990 e que na realidade se estende até os dias atuais, agravada pela escassez de recursos e pela debilidade das soluções tentadas neste intervalo. Na falta de textos técnicos, lançou-se mão do vasto noticiário de alguns dos jornais de maior circulação nacional, da época.

O quinto capítulo refere-se ao aparelho de prestação de serviços de saúde bucal. Primeiramente é enfocada a oferta de profissionais no país, com base em informações fornecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (complementadas, p.ex., por dados

do Conselho Regional de São Paulo) e pelo Ministério da Educação, incluindo comparações com a situação de outros países através da utilização de publicações específicas da Federação Dentária Internacional. Um aspecto metodológico significativo neste campo diz respeito ao número de odontólogos em efetivo exercício. As estatísticas dos Conselhos de classe referem-se aos profissionais inscritos e não necessariamente aos ativos. Embora dados estatísticos precisos não estejam disponíveis, sugere-se no texto - com base em discussões técnicas com especialistas da área - que em torno de 15% dos profissionais inscritos não são ativos, incluindo uma coluna a respeito na tabela que discrimina a quantidade de Cirurgiões-Dentistas por estado. Na verdade, o percentual de inatividade pode ser melhor compreendido se for ligado ao tempo total de trabalho e não exatamente ao número de profissionais, pois muitos exercem a odontologia apenas durante meio turno.

No Tópico 5.2, em uma série de tabelas, procura-se identificar o número de postos de trabalho ocupados por Cirurgiões-Dentistas em instituições públicas e para-oficiais. Os critérios metodológicos utilizados estão especificados no próprio capítulo e no Anexo I. A maior parte das informações originais são provenientes de estudos desenvolvidos em 1989 pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e pela Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Odontologia do INAMPS, diretamente junto aos estados. Esta é também a principal origem dos dados sobre a capacidade instalada em termos de equipamentos odontológicos nas clínicas das entidades oficiais e para-oficiais em 1989.

O Capítulo 6 trata dos gastos em saúde oral, englobando os dispêndios estimados tanto na área privada quanto por parte da área institucional. Os critérios metodológicos são bastante específicos e ligados à estrutura das tabelas que acompanham o texto, estando explicitados nos Anexos II e III.

O quadro epidemiológico compõe o Capítulo 7 e se fundamenta no Levantamento realizado pelo Ministério da Saúde na população urbana de 6 a 12, 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos de idade. São feitas estimativas idade por idade dos 5 aos 79 anos de idade para o conjunto do país, aplicando-se os índices obtidos à população para 1989 com duas finalidades: uma, de estimar os índices por grupos quinquenais de idade (5 a 9, 10 a 14, etc.) e, outra, de estimar o volume de necessidades ou de tratamentos realizados para o total de habitantes urbanos. Os critérios metodológicos estão todos descritos no texto, mas vale referir que embora o estudo do Ministério da Saúde tenha representatividade regional (seus resultados foram publicados para o total e para cada uma das cinco grandes regiões), o presente trabalho limita-se a formular projeções a nível nacional tanto por questões operacionais ligadas à extensão e ao volume de dados que significaria acrescentar cinco sub-divisões para cada índice, quanto pela virtual impossibilidade em identificar de maneira ainda mais precisa os programas desenvolvidos nos estados e municípios a fim de relacionar nível de saúde e oferta de serviços, região por região.

No capítulo 8 são analisados os programas desenvolvidos e em desenvolvimento a nível governamental. A ênfase cabe às ações veiculadas no âmbito federal devido à disponibilidade de informações. Uma análise estado por estado e ainda do que tem sido feito nos municípios de maior porte, exigiria estudos locais, gastos e disponibilidade de tempo adicionais. Ainda assim, tornou-se possível incluir três tópicos de fundamental importância: a) estudo, a partir dos documentos oficiais, textos de especialistas do setor e vivências pessoais, das políticas, programas e atividades praticadas a nível central particularmente na década de oitenta e/ou experimentadas atualmente; b) identificação e exame crítico das ações preventivas, método a método, que tem sido implementadas ou para o total da população como é o caso da fluoretação da água de consumo público, ou para grupos específicos como a aplicação de selantes p.ex.. Documentos técnicos, textos de programas e estudos científicos relacionados à eficácia, eficiência e aplicabilidade de cada método constituíram o substrato para este tópico; c) enfoque sobre programas dos estados e municípios que alcançaram maior destaque ou evidência. Aqui as dificuldades crescem devido à escassez de informações, obrigando-nos a tratar o tema de maneira mais genérica que no item anterior, com uma limitação ditada pelo somatório da literatura acessível e das experiências locais melhor conhecidas. Além disso, acrescentou-se uma análise sobre duas questões muito relacionadas com a área de saúde bucal: o consumo e produção de açúcares, e o sistema de ensino elementar brasileiro.

A reduzida compatibilidade entre o sistema prestador de serviços, o quadro epidemiológico e as condições de desenvolvimento a que tem sido submetido o país é discutida no último tópico, utilizando o cabedal de conhecimentos reunidos neste e nos capítulos anteriores.

Finalmente, o Capítulo 9 reúne as sugestões relativas à organização de sistemas locais de saúde bucal e ao sistema de atenção à população, englobando a proposta geral para todas as pessoas, a linha de prestação de cuidados ao grupo prioritário do ponto de vista epidemiológico (crianças em idade escolar primária) e o equacionamento de outros grupos e problemas prioritários. O sub-sistema preventivo e as ações educativas merecem um bloco específico de sugestões, com as medidas que detêm as melhores chances de sucesso a nível comunitário. Em seguida são apresentadas recomendações sobre a concretização de adequados sub-sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária, encerrando com proposições a respeito da preparação de recursos humanos, das modalidades de custeio e remuneração de serviços e das linhas de estudos e pesquisas. integração das ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde.

4. POPULAÇÃO, DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SISTEMA DE SAÚDE

:4.1. Caracterização Demográfica

De acordo com estimativas feitas pela área de demografia da Coordenadoria de Política Social do IPEA^(127,128), a população brasileira em 1.989 era de 144.144.704 pessoas, das quais 105.992.079 ou 73,5% residindo na zona urbana.

Há um risco implícito - que pode ser considerado como inevitável neste momento - em trabalhar com dados populacionais estimados de 1989, ano de final de década, quase ao mesmo tempo em que é realizado o Censo Demográfico nacional que certamente permitirá corrigir eventuais imprecisões cometidas por quem, agora, trabalha com base nos dados de 1.980 e nos obtidos através das diversas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios - PNADs - da Fundação IBGE^(4,5,109,110). Lamentavelmente, problemas de liberação de verbas à época oportuna - coincidindo com a chegada do novo governo e, conseqüentemente, com a implantação de mais um pacote de medidas econômicas envolvendo fortes restrições de gastos públicos - impediram a realização do Censo em 1.990 como estava previsto. Ao contrário de praticamente todas as demais nações, o Brasil adiou o seu Censo para 1.991.

É possível afirmar que o ritmo de crescimento populacional brasileiro tende à estabilização, com base em níveis cada vez mais baixos de mortalidade e de fecundidade. De um lado, tem havido um declínio gradual nas taxas de mortalidade ao longo das últimas décadas, com uma maior aceleração do processo a partir dos anos setenta quando começou a ocorrer um ganho mais significativo em termos de expectativa de vida e uma maior redução nos índices de mortalidade infantil. De outro lado, a fecundidade também a partir da década de 70 começou a mostrar um padrão muito forte de diminuição, depois de ter-se mantido virtualmente estável desde 1940⁽³¹⁾.

O Quadro 1 retrata as mudanças acontecidas no Brasil, de 1940 a 1989, em relação a três indicadores básicos: fecundidade, expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil, mostrando que as tendências se mantêm por vezes ainda mais pronunciadas, como é o caso das duas últimas taxas, na década de oitenta.

Não obstante tenha ocorrido uma melhora relativa global, e apesar de todos os progressos alcançados no campo médico-sanitário, manteve-se uma forte desigualdade social frente às probabilidades de morte, estimando-se que em 1984 um brasileiro pertencente a uma família com renda superior a cinco salários-mínimos poderia viver em média 16 anos a mais que as provenientes de famílias com renda inferior a um salário-mínimo⁽³¹⁾. Esta diferença era de 60% em relação à taxa de mortalidade infantil.

O declínio da fertilidade, porém, aconteceu em todas as regiões e em todas as classes sociais, possivelmente como uma consequência das transformações por que vem passando a sociedade

que tem conduzido, entre outros fatores, a um forte aumento no uso de métodos anticoncepcionais.

Os dados mostrados no Quadro escondem fortes diferenças regionais. Em 1984, p.ex., a Taxa de Fecundidade total era de 4,60 no Nordeste e de 2,70 no Sudeste, enquanto a Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos era de 130,3 em Fortaleza e 80,1 em Recife, em comparação com 56,6 em Belo Horizonte, 49 no Rio de Janeiro e 36,9 em Porto Alegre. a expectativa de vida ao nascer em 1980 variava desde 67,2 anos no sul até 51,0 no Nordeste (5,10,31)

A Taxa Geométrica de Crescimento Populacional apresentou um descenso relativo pouco superior a 15% entre as décadas de setenta (2,48) e de sessenta (2,93). As estimativas do Banco Mundial⁽⁷⁾, que são otimistas em relação às projeções adotadas a nível nacional (127,128), referem um crescimento médio anual de 2,2% entre 1980 e 1989, prevendo que chegará a 1,7% entre 1989 e 2000. Os primeiros resultados do Censo de 1991 já indicam que essas taxas são ainda menores (em torno de 1,89% no período 80-91).

Quanto à distribuição regional da população, vemos pelo Gráfico I que seis em cada dez brasileiros vivem nas regiões sul e sudeste, mais desenvolvidas economicamente. Os Gráficos II e III mostram que a região sudeste é a maior responsável pela urbanização crescente que tem caracterizado o processo migratório interno: 53% da população urbana reside em São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais, ao passo que somente 20% do contingente rural aí se localiza.

Os dados constantes das Tabelas 1 a 3 constituem a base para as estimativas e previsões populacionais feitas no Capítulo 7.

A Tabela 1 fornece a população total, urbana e rural por regiões e por grupos quinquenais de idade. Em seguida, a Tabela 2 discrimina uma a uma as idades de 5 a 14 anos, também com estratificação pelo local de domicílio. Por último, a Tabela 3 apresenta dados idade por idade da população urbana, de 5 a 69 anos, para cada uma das cinco regiões e para o país como um todo.

Períodos variados de "booms" de nascimentos, associados com fluxos regionais de migração mais intensa provocam variações interessantes nos dados de alguns grupos etários. É o caso, por exemplo, da região Sudeste, na qual o contingente populacional dos grupos de 5-9, 10-14, 20-24 e 25-29 anos supera em número aos seus grupos etários precedentes. Fenômeno similar se dá nas regiões Sul e Centro-Oeste para a faixa de 10-14 anos. Mesmo para o Brasil algumas idades (Tab. 1) suplantam as anteriores em estoque populacional.

Para efeitos de definição de políticas de saúde bucal seja nas áreas de prevenção e educação seja no campo clínico, é a grandeza dos números que mais impressiona, ou seja, o grande volume populacional brasileiro que necessita cuidados de saúde. Apenas na zona urbana são 11,5 milhões de pessoas entre 0 e 4 anos; 11,1 entre 5 e 9; 11,5 entre 10 e 14 e 10,7 milhões entre 15 e 19 anos

para citar somente aqueles costumeiramente considerados como os mais prioritários do ponto de vista odontológico.

QUADRO 1
TAXA DE FECUNDIDADE, EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER E
MORTALIDADE INFANTIL POR MIL NASCIDOS VIVOS -
BRASIL, 1940 A 1989

INDICADORES	A N O S						
	1940	1950	1960	1970	1980	1984	1989
TAXA FECUNDIDADE	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	3,53	3,30
EXP.VIDA AO NASCER	41,53	45,51	51,64	53,46	60,08	65,28	66,00
MORT.INFANTIL	163,59	146,37	121,08	113,79	88,00	68,14	59,00

Fontes: Bibliografias 7,31

GRÁFICO I

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR REGIÃO

☐ SUDESTE
 ☐ NORDESTE
 ☐ SUL
 ☐ NORTE
 ☐ C.OESTE

TABELA 1
ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO POR GRANDES REGIÕES, SEGUNDO O DOMICÍLIO, 1989.

IDADES	BRASIL	GRANDES REGIÕES				
		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE
TOTAL	144.144.704	7.887.745	40.784.272	64.399.754	21.718.335	9.374.598
00 A 04	17.261.503	1.190.474	5.983.549	6.657.364	2.308.202	1.121.914
05 A 09	16.837.900	1.105.697	5.512.452	6.666.280	2.252.280	1.101.211
10 A 14	16.495.382	1.066.994	5.209.431	6.719.628	2.344.772	1.154.559
15 A 19	14.903.131	901.680	4.626.526	6.149.293	2.197.880	1.027.752
20 A 24	14.104.451	784.935	4.003.562	6.181.586	2.195.657	958.711
25 A 29	13.116.812	643.894	3.223.581	6.283.964	2.093.256	872.117
30 A 34	10.989.049	523.194	2.411.450	5.580.997	1.750.362	723.046
35 A 39	8.886.356	410.981	1.964.734	4.494.360	1.435.619	580.662
40 A 44	7.175.074	317.554	1.690.543	3.543.376	1.162.814	460.787
45 A 49	5.957.935	262.633	1.444.324	2.907.053	962.784	381.141
50 A 54	5.161.725	213.572	1.243.978	2.554.579	833.530	316.066
55 A 59	4.145.064	160.256	962.337	2.106.283	682.650	233.538
60 A 64	3.384.439	123.232	816.340	1.719.113	551.214	174.540
65 A 69	2.338.580	84.307	514.017	1.217.004	404.592	118.660
70 E MAIS	3.587.303	118.342	1.157.448	1.618.896	542.723	149.864
URBANA	105.992.079	4.333.835	22.700.806	56.622.769	14.954.259	7.380.410
00 A 04	11.494.951	582.611	2.949.131	5.573.457	1.554.588	835.164
05 A 09	11.086.325	542.748	2.667.022	5.570.012	1.510.072	796.471
10 A 14	11.482.601	567.904	2.727.303	5.746.065	1.552.669	888.660
15 A 19	10.700.155	511.609	2.608.504	5.313.883	1.441.862	824.297
20 A 24	10.571.678	453.532	2.405.713	5.458.808	1.474.028	779.597
25 A 29	10.256.866	388.074	2.010.565	5.676.065	1.471.958	710.004
30 A 34	8.778.884	309.467	1.508.869	5.095.042	1.277.691	589.815
35 A 39	7.072.376	239.783	1.202.437	4.064.462	1.057.964	477.730
40 A 44	5.622.096	182.174	1.009.724	3.206.819	844.585	378.794
45 A 49	4.592.472	148.892	841.562	2.609.494	685.097	309.427
50 A 54	3.976.040	122.579	725.049	2.290.705	583.482	254.225
55 A 59	3.210.734	93.952	562.954	1.892.778	474.927	186.123
60 A 64	2.620.417	73.108	479.919	1.547.158	382.342	137.890
65 A 69	1.770.513	49.899	257.273	1.093.499	276.453	93.389
70 E MAIS	2.756.171	69.503	746.781	1.454.522	366.541	118.824
RURAL	38.152.625	3.553.910	18.063.466	7.776.985	6.764.076	1.994.188
00 A 04	5.766.552	607.863	3.034.418	1.083.907	753.614	286.750
05 A 09	5.551.575	582.949	2.845.430	1.096.248	742.208	304.740
10 A 14	5.012.781	499.090	2.482.128	973.561	792.103	265.899
15 A 19	4.202.976	390.071	2.018.022	835.410	756.018	203.455
20 A 24	3.532.773	311.403	1.597.849	722.778	721.629	179.114
25 A 29	2.860.146	255.820	1.213.016	607.899	621.298	162.113
30 A 34	2.210.165	213.727	904.581	485.955	472.671	133.231
35 A 39	1.813.980	171.198	762.297	399.898	377.655	102.932
40 A 44	1.552.978	135.380	680.819	336.557	318.229	81.993
45 A 49	1.365.463	115.741	602.762	297.559	277.687	71.714
50 A 54	1.185.685	90.993	518.929	263.874	250.048	61.841
55 A 59	934.330	66.304	399.383	213.505	207.723	47.415
60 A 64	764.022	50.124	336.421	171.956	168.872	36.650
65 A 69	568.067	34.408	256.744	123.505	128.139	25.271
70 E MAIS	831.132	48.839	410.667	164.374	176.182	31.070

Fonte: Bibliografia 127

TABELA 2
POPULAÇÃO DE 5 A 14 ANOS POR GRANDES REGIÕES, SEGUNDO O DOMICÍLIO. 1989.

IDADES	BRASIL	GRANDES REGIÕES				
		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO OESTE
TOTAL						
05	3.348.116	223.981	1.128.349	1.321.496	444.596	229.715
06	3.339.252	222.043	1.113.717	1.326.484	446.029	230.980
07	3.337.213	220.771	1.101.146	1.332.896	449.269	233.131
08	3.338.951	219.867	1.089.919	1.339.665	453.696	235.804
09	3.344.978	219.055	1.079.321	1.345.720	458.690	242.191
10	3.348.796	218.585	1.069.734	1.353.024	464.866	242.587
11	3.363.243	218.702	1.061.542	1.363.539	472.837	246.622
12	3.349.581	216.510	1.048.527	1.381.040	475.809	247.695
13	3.291.635	210.682	1.027.770	1.338.395	470.691	244.096
14	3.206.048	202.515	1.001.857	1.303.629	460.568	237.479
URBANA						
05	2.195.634	107.549	537.507	1.097.191	299.325	154.062
06	2.198.423	107.412	532.300	1.103.530	299.780	155.401
07	2.210.826	108.029	530.665	1.112.567	301.317	158.248
08	2.229.667	109.167	531.770	1.123.038	303.552	162.140
09	2.251.775	110.591	534.780	1.133.688	308.098	166.620
10	2.280.079	112.427	539.846	1.146.406	309.431	171.969
11	2.317.514	114.805	547.121	1.163.094	314.024	178.470
12	2.330.374	115.680	550.839	1.166.707	315.197	181.952
13	2.303.275	114.094	548.192	1.149.668	310.848	180.472
14	2.251.359	110.898	541.304	1.120.190	303.169	175.797
RURAL						
05	1.152.482	116.412	590.842	224.305	145.272	75.652
06	1.140.828	114.631	581.417	222.953	146.248	75.578
07	1.126.387	112.741	570.481	220.330	147.951	74.884
08	1.109.284	110.700	558.149	218.626	150.144	73.664
09	1.093.203	108.465	544.541	212.034	152.592	75.571
10	1.068.717	106.157	529.888	206.618	155.435	70.618
11	1.045.729	103.898	514.421	200.444	158.814	68.152
12	1.019.207	100.830	497.688	194.333	160.612	65.743
13	988.360	96.588	479.579	188.727	159.843	63.624
14	954.689	91.617	460.553	183.439	157.399	61.682

Fonte: Bibliografias 127, 128

TABELA 3
ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO URBANA POR GRANDES REGIÕES, COM IDADES EXATAS. 1989

IDADES	BRASIL	GRANDES REGIÕES				
		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	C.OESTE
* 0 - 4	11.494.961	582.611	2.949.131	5.573.457	1.564.588	835.164
5	2.195.634	107.549	537.507	1.097.191	299.325	154.062
6	2.198.423	107.412	532.300	1.103.530	299.780	155.401
7	2.210.826	108.029	530.665	1.112.567	301.317	158.248
8	2.229.667	109.167	531.770	1.123.038	303.552	162.140
9	2.251.775	110.591	534.780	1.133.686	306.098	166.620
* 5 - 9	11.086.325	542.748	2.867.022	5.570.012	1.610.072	796.471
10	2.280.079	112.427	539.848	1.146.406	309.431	171.969
11	2.317.514	114.805	547.121	1.163.094	314.024	178.470
12	2.330.374	115.680	550.839	1.166.707	315.197	181.952
13	2.303.275	114.094	548.192	1.149.698	310.848	180.472
14	2.251.359	110.898	541.304	1.120.190	303.169	175.797
* 10 - 14	11.482.601	567.904	2.727.303	5.746.065	1.552.669	888.660
15	2.203.813	107.893	534.936	1.093.248	296.172	171.583
16	2.153.187	104.708	527.927	1.064.879	288.713	166.959
17	2.117.691	101.790	521.071	1.047.343	284.198	163.289
18	2.108.812	99.541	515.170	1.047.944	284.614	161.543
19	2.116.652	97.677	509.400	1.060.466	288.165	160.943
* 15 - 19	10.700.155	511.609	2.608.504	5.313.883	1.441.862	824.297
20	2.118.262	95.508	502.268	1.069.999	290.807	159.681
21	2.116.359	93.181	494.234	1.077.849	293.046	158.069
22	2.114.959	90.764	483.911	1.068.842	295.203	156.239
23	2.113.153	88.310	470.513	1.103.339	296.931	154.059
24	2.108.944	85.789	454.787	1.118.779	298.041	151.549
* 20 - 24	10.571.678	453.532	2.406.713	5.468.808	1.474.028	779.597
25	2.102.741	83.234	438.764	1.132.840	298.962	148.952
26	2.096.256	80.681	422.628	1.146.712	299.902	146.333
27	2.072.861	77.896	404.415	1.149.595	296.007	142.946
28	2.024.882	74.788	383.541	1.136.097	291.978	138.478
29	1.959.925	71.474	361.217	1.110.821	283.119	133.295
* 25 - 29	10.256.666	368.074	2.010.565	5.676.065	1.471.958	710.004
30	1.894.050	68.184	339.093	1.084.616	274.079	128.078
31	1.824.976	64.879	316.672	1.056.333	264.390	122.702
32	1.754.732	61.701	297.249	1.023.349	254.878	117.555
33	1.686.252	58.748	282.584	985.779	246.242	112.901
34	1.618.874	55.957	271.271	944.966	238.101	108.578
* 30 - 34	8.778.884	309.467	1.506.869	5.095.042	1.277.691	589.815
35	1.549.267	53.202	260.007	902.425	229.451	104.183
36	1.478.414	50.525	249.285	858.192	220.585	99.827
37	1.410.374	47.905	239.598	815.716	211.643	95.514
38	1.346.948	45.326	230.797	775.964	202.626	91.214
39	1.287.373	42.825	222.751	741.145	193.660	86.992
* 35 - 39	7.072.378	239.783	1.202.437	4.094.462	1.057.964	477.730
40	1.229.073	40.442	215.504	705.337	184.878	82.913
41	1.172.550	38.147	209.098	670.110	176.290	78.934
42	1.119.954	36.118	202.480	637.831	168.207	75.319
43	1.072.098	34.440	195.144	609.387	160.933	72.194
44	1.028.421	33.027	187.499	584.155	154.306	69.434
* 40 - 44	5.622.096	162.174	1.009.724	3.206.819	844.585	378.794
45	986.647	31.680	180.304	580.049	147.874	66.741
46	948.164	30.410	173.220	536.799	141.602	64.122
47	911.639	29.266	167.104	517.457	136.116	61.697
48	884.868	28.240	162.394	503.110	131.644	59.479
49	863.164	27.296	158.540	492.080	127.861	57.387
* 45 - 49	4.592.472	146.892	841.562	2.609.494	685.097	309.427
50	842.610	26.423	154.744	481.809	124.255	55.380
51	824.612	25.645	151.406	473.061	120.970	53.529
52	802.069	24.726	148.794	461.904	117.313	51.331
53	771.248	23.553	140.043	446.202	112.899	48.551
54	735.501	22.233	132.061	427.729	108.045	45.434
* 50 - 54	3.978.040	122.579	725.049	2.290.705	583.482	254.225
55	701.222	20.970	124.274	410.142	103.405	42.431
56	666.296	19.703	115.977	392.401	98.794	39.421
57	635.893	18.586	109.781	378.270	94.524	36.753
58	612.957	17.709	106.924	362.891	90.799	34.635
59	594.366	16.964	108.018	351.074	87.406	32.884
* 55 - 59	3.210.734	93.952	562.954	1.892.778	474.927	185.123
60	577.405	16.307	105.658	339.962	84.261	31.217
61	566.640	15.785	107.757	331.498	81.784	29.816
62	542.350	14.995	103.951	317.228	78.102	28.075
63	495.748	13.743	90.465	293.428	72.406	28.706
64	438.275	12.279	72.087	265.042	65.791	23.077
* 60 - 64	2.620.417	73.108	479.919	1.547.158	382.342	137.890
65	385.661	10.945	55.457	238.852	59.712	20.695
66	329.342	9.553	36.941	211.246	53.327	18.275
67	307.953	8.949	32.615	196.752	50.553	17.084
68	340.580	9.547	50.415	209.584	53.309	17.748
69	406.977	10.905	81.845	235.084	59.553	19.589
* 65 - 69	1.770.513	49.899	257.273	1.093.499	276.453	93.389
70 E MAIS	2.756.171	69.503	748.781	1.454.522	366.541	118.824
* TOTAL	105.992.079	4.333.835	22.700.806	56.622.769	14.954.259	7.380.410

Fonte: Bibliografias 127, 128

: 4.2. Condições Recentes de Desenvolvimento Nacional: As Crises da Década de Oitenta

O Brasil dos anos oitenta foi um grande cenário marcado principalmente pela violenta crise econômica do início da década e pela deteriorização das condições de vida das grandes cidades onde o aumento da criminalidade e dos núcleos de pobreza ganharam destaque e dimensões antes desconhecidas. Também um período de renascimento de liberdades políticas gerais e individuais consequente à queda do regime militar que desde 1964 dominava o país. Na comparação com os padrões de crescimento internacionais essa foi, com base no conceito de desenvolvimento humano adotado pela ONU, uma década de oportunidades perdidas. Surgiram os ruidosos planos macroeconômicos governamentais, do "cruzado" ao "verão", desiludindo ainda mais a população que logo se habituou aos seus fracassos.

:: 4.2.1. A Mudança Política

O domínio militar, que caracterizara o Brasil e os seus vizinhos do Cone Sul na maior parte das duas décadas anteriores, terminou em 1984 após mais de vinte anos de restrições às liberdades individuais e coletivas. O último governo dessa fase, comandado pelo General João Baptista Figueiredo, coincidiu com o auge da crise econômica e também com uma nova postura norte-americana em relação ao continente que resultou na retirada do apoio às ditaduras implantadas na Argentina, no Uruguai, no Brasil e no Chile. Até mesmo o General Alfredo Stroessner teve que deixar o poder cativo que detinha no Paraguai.

Eleito em 1985 pelo Congresso nacional com forte apoio da população, Tancredo Neves não chegou a assumir a presidência da república, vitimado que foi por uma doença às vésperas da posse. Em seu lugar assumiu o vice José Sarney para exercer ao final um mandato de cinco anos cheio de altos e baixos tanto nas suas políticas econômicas e sociais quanto em relação à própria equipe de governo que sofreu frequentes mudanças, num quadro geral que fez crescer as incertezas e as desconfianças da população. Desde o final de 86 o Presidente Sarney governou praticamente sem apoio da população e sob forte pressão do meio político, adotando a tática da negociação e das composições de interesses para manter-se (2,31,63,81,139).

Ainda assim, o simples fato de que em março de 1990 houve a transmissão normal do poder a um presidente eleito democraticamente, constituiu-se em uma importante conquista para um país habituado a governos de curta duração e a traumáticas derrubadas (o último presidente eleito fora Jânio Quadros que iniciou seu mandato em 60 e a ele renunciou em 61).

A partir de 85 a nação entrou em uma fase de maiores liberdades, embora até hoje as eleições ainda permanecem dominadas pelo poder econômico, fazendo com que sejam eleitos majoritariamente os candidatos com maior suporte financeiro. Não obstante, cresceu no país um forte movimento de oposição ao "status

quo" tradicional, elegendo membros de partidos de esquerda para muitos municípios e quase vencendo a votação presidencial de novembro/dezembro de 1989 com um candidato - Luiz Inacio "Lula" da Silva - pertencente ao Partido dos Trabalhadores. Uma nova divisão do poder, com isto, passou a vigorar no país. O presidente atual, Fernando Collor de Mello, governa com minoria no Congresso Nacional e apesar do acúmulo de poderes que o regime presidencialista lhe confere, com frequência é obrigado a negociar e a voltar atrás nas medidas que procura impor⁽⁸¹⁾.

:: 4.2.2. A Crise Econômica

Ao início do Governo Collor produziu-se nova tentativa de estabilização aproveitando o momento de relativa força e restígio conferido pela eleição recente, mas o fracasso sobreveio cerca de uano depois com insucesso das medidas implantadas pela equipe da Ministra Zélia de Mello (logo substituída) e que incluíram o confisco da poupança bancária da população.

Este quadro repetiu-se em toda a América Latina, despreparada que estava para fazer frente aos aumentos constantes nos preços internacionais dos derivados do petróleo e nos juros da dívida externa ⁽⁶³⁾.

Dois choques fizeram a crise: o primeiro em 1981, com medidas recessivas que ocasionaram uma queda no Produto Interno Bruto -PIB, em cerca de 4,4% e uma redução no desempenho do setor indústria em 8,8%. Com a negociação junto ao Fundo Monetário Internacional - FMI, a fim de estancar a rápida deterioração das contas externas, veio o segundo choque recessivo, o mais duro, em 1983, reduzindo o PIB em 3,4% e a indústria em 5,9% ^(14,16,68,69).

O ritmo de acelerado crescimento alcançado na década anterior (a do "milagre econômico") é estancado e os avanços perdem-se com rapidez, provocando uma importante fissura no chamado ciclo da industrialização da economia brasileira (MPAS/CEPAL,1990). É a fase da "estagnação socialmente truncada" no dizer de Albuquerque e Villela⁽²⁾, caracterizada pela queda da produção seguida da elevação das desigualdades de renda e do aumento da pobreza.

A partir de 1984 inicia-se uma recuperação gradual da economia que atinge o seu melhor momento em 1986, quando os níveis de desemprego retornam a padrões menos insatisfatórios^(14,16,68,69,131). Daí até 1989 a economia comporta-se de forma inconstante e errática, consolidando o quadro de descrédito pelo qual é vista hoje pela população.

O primeiro Plano, dito de estabilização econômica ("Plano Cruzado") veio em 28 de fevereiro de 1986, sendo o de mais triste memória possivelmente por ter sido o que maiores esperanças deu ao país, ao ponto de fazer com que o partido então no governo federal - o PMDB, ganhasse com facilidade as eleições para a grande maioria dos governos estaduais realizadas naquele ano. Com o reagravamento da recessão surgiu o "Plano Bresser" em junho de 1987 e ainda o "Plano Verão" em janeiro de 1989, todos eles tendo como resultados

principais não mais que uma interrupção breve no processo recessivo e um reaquecimento de curto prazo na economia^(14,139,205).

Ao início do Governo Collor produziu-se nova tentativa de estabilização aproveitando o momento de relativa força e prestígio conferido pela eleição recente, mas cerca de um ano depois o insucesso das medidas implantadas pela equipe da Ministra Zelia de Mello (logo substituída) e que incluíram o confisco da poupança bancária da população, tornaram-se também patentes^(14,81).

O Quadro 2 apresenta um conjunto de indicadores sociais e econômicos que em boa parte retratam o modelo de desenvolvimento do país no período. São dados coletados pelo IBGE⁽¹¹¹⁾, que resumem resultados provenientes das "Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios- PNADs"^(108,109,110) realizadas pela instituição de 1981 a 1989. Foram aqui selecionados alguns indicadores mais representativos para os anos de 1981, 83, 86 e 89 a fim de destacar os dois primeiros pontos da crise, o momento de maior recuperação - 1986 - e a situação ao final da década.

Em síntese as seguintes constatações surgem através da análise das PNADs 81-89⁽¹¹¹⁾:

- o êxodo da população rural prosseguiu, reduzindo-se a população camponesa de 28,8 para cerca de 26,5%;

- de um lado houve um aumento de 17% na proporção de idosos (pessoas com 60 anos e mais) e de outro uma diminuição de quase 8% no grupo com menos de 18 anos, produzindo uma modificação ainda pequena mas já representativa e tendencial na pirâmide populacional;

- as taxas de analfabetismo no grupo de 7 anos e mais declinaram de 1/4 para 1/5 no período, ao passo que ocorreu um aumento significativo (de 18,3% para 24,3% sobre o total) das pessoas com 8 anos de estudo ou mais;

- o desemprego atingiu um auge em 1983 com a Taxa de Desocupação abrangendo 4,9% dos homens e 4,8% das mulheres, melhorou bastante em 86 e com altos e baixos situou-se respectivamente em 3,1% e 2,9% em 89;

- a proporção de contribuintes da previdência social em relação à população ocupada não teve alteração na década, mantendo-se com um fraco desempenho em torno de 50%;

- em relação à mão-de-obra, o setor agrícola reafirmou a tendência decrescente dos anos setenta, a indústria de transformação após sofrer forte retração durante a crise maior recuperou-se gradativamente a partir de 85, a construção civil (que chegou a absorver 9,6% do total das pessoas ocupadas em 83 devido ao deslocamento de trabalhadores agrícolas consequente à grande seca do Nordeste naquele ano) diminuiu bastante sua representatividade durante o período e, finalmente, constatou-se

uma sensível tendência de crescimento na participação do comércio e do setor de serviços;

- as mulheres ingressaram com crescente intensidade no mercado de trabalho, saltando de 31,2% da População Economicamente Ativa - PEA- em 81 para 35,2% em 89;

- as famílias tiveram seu tamanho reduzido em quase 10% (4,3 pessoas em média em 81 para 3,9 em 89), aumentando a proporção das que tinham até dois componentes e diminuindo aquelas com sete ou mais pessoas;

- a proporção de domicílios servidos por rede geral de abastecimento d'água e iluminação elétrica aumentou sensivelmente, com um crescimento relativo respectivamente de 21 e 16%;

- o Salário Mínimo Real (medido em setembro de cada ano) de 89 foi 16,3% inferior ao de 81 e 18,9% inferior ao de 86;

- agravou-se a já pronunciada concentração de renda, com o Coeficiente de Gini (varia de 0 a 1: quanto mais próximo a 1, maior concentração) aumentando de 0,55 em 81 para 0,62 em 89, ao mesmo tempo em que uma minoria de dez por cento das pessoas ocupadas passaram a usufruir 53,2% do total dos rendimentos pagos no país em 89 contra 46,6% no início do período;

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina⁽⁶³⁾, houve um aumento na proporção de pobres e indigentes no país entre 1981 e 1986: os primeiros passaram de 39% (cerca de 47 milhões de pessoas) para 40% (54 milhões), enquanto que os indigentes cresciam de 17% (20,4 milhões) para 18% (24,4 milhões). Utilizando critérios em parte diversos dos da CEPAL, autores brasileiros concordam com as altas taxas de incidência de pessoas situadas abaixo da linha de pobreza ^(2,131). Em função do seu tamanho e dos seus problemas internos, o Brasil concentra o maior contingente de pessoas pobres de toda América Latina^(19,63,139), atingindo situações críticas nos seus maiores centros urbanos onde a criminalidade aumentou muito na década, atingindo com violência a adultos e a crianças .

Ao estudarem o período mais intenso da crise, 1981-83, Saboia e Tolipan⁽²⁰⁵⁾ constataram que, na indústria, os estratos populacionais mais prejudicados (houve uma queda de quase um milhão de empregos) foram os mais jovens e os que tinham menor nível de escolaridade, mostrando uma das faces mais perversas dos tempos de aguda recessão econômica.

A instabilidade e as fortes variações a que foi submetida a economia nacional está bem retratada no Gráfico II, pelo qual vemos que mesmo o Produto Interno Bruto (PIB) total voltou a cair em 1990 interrompendo uma recuperação que vinha desde 85, prenunciando a nova crise aguda que em 1992 continua assolando a população brasileira⁽⁸¹⁾. Também em 90 houve uma pronunciada queda no produto do setor: 7,4% a menos que no ano anterior. Já o PIB per capita, que somente em 87 conseguiu superar a cotação alcançada em 1980, caiu em 5,9% no último ano considerado^(14,16,68,69).

GRÁFICO II
VARIAÇÃO DO PRODUTO INTERNO BRUTO - Em %
BRASIL 1980 - 90

QUADRO 2
INDICADORES SOCIAIS - BRASIL, 1981 a 1989

INDICADOR	1981	1983	1986	1989	# 89-81 em %	# 89-81: conceito*
% IDOSOS (60+)	6,4	6,6	6,9	7,5	+17	M
% POP. ATÉ 17 ANOS	44,7	43,9	42,6	41,3	-7,6	M
ANALFABETOS: % POP. 10 ANOS e +	22,3	21,5	19,5	18,2	-18,4	M
PESSOAS C/8 ANOS E + DE ESTUDO(%)	18,3	19,8	22,3	24,3	+32,8	M
NUMERO MÉDIO DE PESSOAS/FAMÍLIA	4,3	4,2	4,1	3,9	-9,3	M
FAMÍLIAS COM ATÉ 2 PESSOAS: %	22,6	23,7	24,3	25,8	+14,2	M
FAMÍLIAS COM 7 E + PESSOAS: %	15,7	13,9	11,9	9,6	-38,8	M
% DOMICIL.SERVIDOS REDE ABAST. ÁGUA	60,1	64,6	69,9	72,7	+21,0	M
% DOMICÍLIOS C/ ILUMIN. ELÉTRICA	74,9	77,9	83,2	86,9	+16,0	M
TAXA DE DESOCUPAÇÃO LABORAL	4,3	4,9	2,4	3,0	-30,2	M
CONTRIB. PREV.SOCIAL (%/PESSOAS OCUP.)	49,9	47,7	49,9	50,6	+1,4	E
PESSOAS OCUPADAS NA IND.TRANSFORM.(%)	16,6	15,8	17,7	17,5	+5,4	E
PESSOAS OCUPADAS NA IND.CONS.CIVIL (%)	8,1	9,6	6,5	6,2	-23,5	M
% PESSOAS OCUP.QUE GANHAM ATÉ 1 S.M.	23,0	29,7	15,7	27,2	+18,3	P
% PESSOAS OCUP. QUE GANHAM + DE 10 S.M.	5,1	4,4	8,4	8,2	+60,8	P
% FAMÍLIAS C/REND. MENSAL ATÉ 1 S.M.	16,6	16,9	12,0	13,2	-27,7	M
% FAMÍLIAS C/REND. DE + DE 10 S.M.	10,7	11,0	16,0	18,0	+68,2	M
ÍNDICE GINI: DISTR. REND.MENSAL DAS PESSOAS OCUPADAS	0,553	0,573	0,573	0,618	+11,7	P
RENDIMENTO MÉDIO MENSAL (valores reais 1989:NCz\$)	739	635	1042	928	+25,6	M
% RENDA AUFERIDA PELOS 10% +RICOS	44,0	46,3	47,9	53,6	+21,9	P

Fonte: Bibliografia 111

* Critérios: M= Melhor; E= Estável; P= Pior.

= Diferença

:: 4.2.3. Comparações Internacionais: a década perdida

Na análise de um conjunto de indicadores sociais constantes do Quadro 3, vemos que o Brasil não tem uma situação melhor que o conjunto da América Latina e Caribe ou do que seus vizinhos do Cone Sul (7). De fato, levamos desvantagem relativa em diversos casos, como em relação à taxa de inflação, à esperança de vida, ao percentual de analfabetos ou à taxa de mortalidade infantil, por exemplo.

A Organização das Nações Unidas -ONU, através do seu Programa para o Desenvolvimento (PNUD) edita a partir de 1990 um Informe sobre o Desenvolvimento Humano. O estudo fundamenta-se numa vasta bateria de indicadores sociais e constroi um "Índice de Desenvolvimento Humano -IDH" que permite uma comparação entre os países. O IDH procura medir a longevidade, o conhecimento e a renda com base na combinação das taxas de esperança de vida ao nascer, de alfabetização e escolaridade média e, ainda, o PIB per capita ajustado pela proporção da população sob a linha de pobreza⁽¹⁸⁴⁾. O IDH varia de 0 a 1, sendo a situação ideal =1. O Quadro 4 reúne dados relativos ao IDH de vinte países selecionados entre um total de 160, mostrando o Brasil como uma nação de desenvolvimento humano médio, ocupando somente a 60a. posição no concerto internacional.

O informe inicial⁽¹⁸⁵⁾ inclui uma dura análise sobre o Brasil, considerando-o junto à Nigéria e ao Paquistão no grupo das oportunidades perdidas na década de oitenta. Em síntese, o informe da ONU coloca que o Brasil falhou no alcance de um desenvolvimento humano satisfatório não obstante seu rápido crescimento, a elevação relativa dos níveis de renda e um gasto substancial do governo em setores sociais. Duas razões são apresentadas no citado documento para explicar o fracasso: a extrema desigualdade na distribuição da renda (uma das piores do mundo, com um Coeficiente de Gini estimado em 0,60 em 76 - 0,56 em 80 e 0,57 em 83) que inclui agudas diferenças regionais, e o direcionamento ineficiente dos recursos públicos os quais terminaram por não chegar aos mais pobres, servindo mais para fortalecer setores de intermediação privada⁽¹⁸⁵⁾.

Isto ocorre numa etapa histórica em que o mundo sofre fortes e surpreendentes modificações políticas: os regimes socialistas da Europa Oriental se modificam, na Suécia os sociais democratas são derrotados pelos liberais pois o povo parece insatisfeito apesar de seu país ser o primeiro em níveis de bem estar de todo o mundo, as nações industrializadas experimentam um crescimento sem precedentes. Retratando em grande parte as idéias e conceitos dos grupos econômicos neo-liberais (entre os quais se destaca a linha do "Thatcherismo") que se opõem às teorias e práticas do "welfare state", recente publicação desenha as tendências para a década atual⁽¹⁵⁹⁾ do mundo já desenvolvido e do mundo que está dando certo, como os chamados "tigres asiáticos" (Coréia, Japão, Cingapura, Hong Kong, Taiwan). É curioso notar que do ponto de vista do capitalismo internacional, de acordo com esta publicação, nada de importante parece passar-se no Brasil. Somos o grande devedor mundial e um dos mais bem comportados pois aqui as ameaças de comoção social têm

sido razoavelmente bem contidas pela estrutura de poder nacional. O Brasil e a América Latina figuram fora do mercado e nenhuma das dez mega-tendências para a década incluem a região.

Não há dúvida de que apenas uma forte dose de auto-iniciativa e de reorganização interna poderá fazer com que a crise que ainda persiste seja substituída por tempos de maior prosperidade que signifiquem a superação dos atuais níveis de privação.

Com base nos mesmos critérios utilizados pela ONU em seu Informe 90 (em 91 os critérios foram aperfeiçoados e não correspondem exatamente aos divulgados no ano anterior), Albuquerque e Villela (2) construíram um IDH nacional que confirma as intensas diferenciações internas (19,220). Para um IDH global de 0,794 em 1988, há uma variação de 0,575 no Nordeste - a região de maior carência sócio-econômica - até 0,872 no Sul, a área mais desenvolvida (0,780 no Norte - 0,818 no Centro Oeste e 0,852 no Sudeste) e, em termos estaduais de 0,469 na Paraíba a 0,907 no Rio Grande do Sul. A expectativa de vida ao nascer era de 58,8 anos no Nordeste e de 70,1 anos no Sul, enquanto que o PIB per capita (em dólares de 88) apresentava uma variação bem mais extrema: 918 dólares no Nordeste, 1401 no Norte, 1949 no Centro Oeste, 2382 no Sul e 3217 no Sudeste, para uma média nacional segundo o estudo de US\$ 2241.

O presente capítulo procurou fazer uma breve análise dos padrões de desenvolvimento nacional na década de oitenta, caracterizada pela depressão econômica e pelo aumento das desigualdades entre as pessoas e entre as regiões após uma fase de relativo avanço na década anterior. Estes acontecimentos foram determinantes na vida nacional e influenciaram fortemente o comportamento dos setores sociais e, nestes, particularmente da área da saúde.

QUADRO 3
INDICADORES DE SAÚDE, DE RENDA E DEMOGRÁFICOS
PARA O BRASIL E PAÍSES OU REGIÕES SELECIONADOS

INDICADOR	BRASIL	A.LATINA E CARIBE	ARGEN- TINA	URUGUAI	PARAGUAI	CHILE	PAISES INDUST.	MUNDO
PNB per capita em dolares 89	2540	1950	2160	2620	1030	1770	18330	3980
INFLAÇÃO ANUAL em % 80-89	227,8	160,7	334,8	59,2	23,2	20,5	4,6	13,2
EXP. VIDA AO NASCER 89	66	67	71	73	67	72	76	65
% ANALFABETOS 15 anos e+, 85	22	17	5	5	12	6	...	...
TAXA MEDIA/ANO CRESC.POP.80-89	2,2	2,1	1,4	0,6	3,2	1,7	0,7	1,8
POPULAÇÃO 0-14 anos:% em 89	22,8	36,6	29,9	20,0	41,1	30,7	20,5	32,6
TAXA MORT.INF./ 1000 N.V.-89	59	50	30	22	32	19	9	54
POP.URBANA:% 89	74	71	86	88	47	85	77	49
CRESC. POP.URB. % ao ano:80-89	3,5	3,1	1,8	0,8	4,6	2,3	0,9	4,5

Fonte: Bibliografia 7

QUADRO 4
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO PARA
20 PAÍSES SELECIONADOS - 1988

PAIS	I.D.H.	CLASSIF.		I.D.H.	CLASSIF.
ALTO D.H.			ALTO D.H.		
JAPÃO	0,993	1	CEI	0,908	31
CANADÁ	0,983	2	URUGUAI	0,905	32
SUÉCIA	0,982	4	PORTUGAL	0,879	36
EUA	0,976	7	C.RICA	0,876	40
N.ZELÂNDIA	0,959	15	ARGENTINA	0,854	44
MÉDIO D.H.			BAIXO D.H.		
PANAMÁ	0,796	54	BOLÍVIA	0,416	110
ROMÊNIA	0,762	58	QUÊNIA	0,399	113
BRASIL	0,759	60	ÍNDIA	0,308	123
TAILÂNDIA	0,713	66	ETIÓPIA	0,166	141
CHINA	0,614	82	SERRA LEOA	0,046	160

Fonte: Bibliografia 184

: 4.3. O Sistema de Atenção à Saúde

Após muitos anos de luta, o setor saúde encontrou um caminho para reestruturar-se durante a década de oitenta. A reorganização do sistema deu-se no bojo da maior recessão econômica já enfrentada pelo país em sua história moderna, não conseguindo - como seria de esperar-se - melhorar as condições de atendimento à população. Ao contrário, acumulou dificuldades que viriam a explodir através de uma crise particular do setor saúde em 1990.

De maneira sintética este capítulo procura examinar esse quadro, em cinco tópicos, enfocando questões relacionadas ao nível de saúde, à oferta e consumo de serviços, ao financiamento, à evolução setorial e à crise.

:: 4.3.1. Condições de Saúde da População

Houve um inegável progresso, na década de oitenta, em termos dos mais conhecidos indicadores de saúde da população. Assim, a expectativa de vida ao nascer aumentou em cerca de seis anos, o coeficiente de mortalidade geral reduziu-se de 39 para 27 por mil e o coeficiente de mortalidade infantil diminuiu em cerca de 33% (7,112,130,221).

A estrutura geral de mortalidade sofreu modificações graduais acompanhando as tendências de urbanização e de maior envelhecimento relativo da pirâmide etária, apresentando como cinco principais causas de óbitos - ao final da década - pela ordem, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas (acidentes, suicídios, etc.), as doenças infecciosas e parasitárias que antes costumavam liderar as estatísticas, os neoplasmas e as doenças do aparelho respiratório. Entre os homens as causas externas ocupam a 2a. posição e os neoplasmas a 3a., enquanto que nas mulheres são os neoplasmas e as doenças do aparelho respiratório que estão respectivamente em 2º e em 3º (10,109,110,111).

É interessante observar que amorbidade, medida indiretamente através das estatísticas de internações hospitalares na rede contratada do INAMPS ⁽¹²⁴⁾ conforme a Tabela 4, difere do quadro de mortalidade oficial. São as "complicações da gravidez, parto e puerpério" que lideram as causas de internação. Junto com as "doenças do aparelho gênito-urinário", que figuram em 5o. lugar, indicam muito provavelmente os efeitos práticos da elevada prevalência de interrupções intempestivas da gravidez e suas sequelas, num país onde o aborto segue sendo um crime.

Nessas condições, não deve surpreender em demasia a constatação da Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição ^(121,122), de que nada menos que 25% das mulheres entre 10 e 54 anos referiram ter tido alguma gravidez interrompida com menos de sete meses de gestação.

O mesmo estudo colheu dados da maior importância sobre morbidade sentida pelas pessoas. As respostas da população ao questionário sobre saúde indica, por exemplo, que num período de

duas semanas, cerca de 16,9 milhões de brasileiros informaram ter tido febre; 19,8 milhões dor de garganta; 14,5 milhões problemas dentários; 34,4 milhões dor de cabeça; 12 milhões dor de barriga e 5,9 milhões diarreia; 13,3 milhões problemas respiratórios; 25,3 milhões nervosismo ou depressão; 4,7 milhões sofreram ferimentos ou queimaduras. Nada menos que 12,8 milhões de pessoas faltaram nesse período às suas atividades normais com uma média de 4,74 dias de afastamento e 26,5 milhões procuraram atendimento de saúde ⁽¹²²⁾.

O mais extraordinário nos dados da Tabela 4, contudo, refere-se ao elevadíssimo número de dias de internação dedicados aos "transtornos mentais" que representam 36% do total. De acordo com informações provenientes da Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde ⁽¹²⁴⁾, os doentes mentais ocupam cerca de 1/5 dos leitos disponíveis no país, sendo que do total de 95 mil leitos psiquiátricos existentes em 1988 - 74% deles públicos - 47 mil são ocupados pela mesma pessoa por mais de cinco anos. Na verdade, a grande massa de leitos está ocupada por problemas que exigem ou baixa permanência ou cuidados apenas de hotelaria elementar aos doentes, significando lucro mais fácil ou mínimo trabalho.

As variações anuais na mortalidade infantil, mostrada na Tabela 5, refletem em parte os efeitos da crise econômica sobre o setor. Há uma tendência declinante global, mas três períodos bastante nítidos podem ser identificados: de 80 a 82 ocorre uma diminuição acentuada no coeficiente, em 83 e 84 no climax da crise observa-se um aumento e finalmente verifica-se um novo descenso a partir de 85 ⁽¹⁰⁾.

A chamada Mortalidade Infantil Tardia, ou seja, a que se verifica entre o 28o. dia de vida e 1 ano é a maior responsável pela diminuição do coeficiente, por relacionar-se mais diretamente com os problemas infecciosos da infância (doenças respiratórias e imuno-preveníveis, septicemias, infecções intestinais) e por ser mais sensível a ações de saúde como as vacinações e a reidratação oral. Quanto às causas, as doenças infecciosas intestinais, principalmente as doenças diarreicas, é que sofreram as mais drásticas reduções ⁽¹⁰⁾.

Mesmo assim, as doenças infecciosas intestinais permanecem sendo a primeira causa de óbito em crianças de até um ano de vida, seguidas pelas infecciosas respiratórias agudas, septicemias, causas congênitas, prematuridade e só depois pela desnutrição. Estudos realizados por profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública ⁽¹⁶³⁾, no Rio de Janeiro, corrigindo os atestados de óbito com entrevistas feitas com os pais, mostra que muitas crianças com menos de um ano não morrem nos hospitais e sim em casa ou nas ruas, e que a subnutrição é fortemente subestimada (de 13,2% do total para 26,5% nesse estudo).

As diferenças regionais continuam muito pronunciadas, assim como entre populações urbanas e rurais. Em 1986, por exemplo, a probabilidade de morte antes de completar um ano de vida no Nordeste era superior em 139% à da região Sul ^(112,130).

A prevalência da desnutrição em menores de cinco anos de idade é de 31% (18% no Sul e 46% no Nordeste) atingindo cerca de 5 milhões de crianças, das quais 806 mil nas formas moderada e grave (122). Embora muito elevada, a proporção de desnutridos encontrada na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição é inferior à constatada em 1974 pelo ENDEF, de 46% no país.

Doenças há muito sob controle no país, como o dengue e a cólera, não só voltaram a manifestar-se como o fizeram de maneira violenta levando a que os poucos recursos usualmente disponíveis para o combate de todas as endemias fossem empregados quase que com exclusividade no seu combate. Com isto, outros problemas endêmicos e típicos de países pobres como o nosso por vezes tiveram suas atividades descontinuadas ou mesmo interrompidas. É o caso, para citar apenas as principais, da malária, da esquistossomose, da doença de chagas e da leishmaniose. A hanseníase manteve-se em níveis surpreendentemente elevados, da mesma forma que as doenças sexualmente transmissíveis agora sumamente agravadas com o acréscimo da AIDS.

TABELA 4
INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA REDE CONTRATADA DO INAMPS
SEGUNDO O MOTIVO - BRASIL, 1989

DIAGNÓSTICO	PACIENTES		DIAS DE INTERNAÇÃO	
	Nº (mil)	%	Nº (mil)	%
1. Complic. Gravidez, Parto, Puerpério	1673	23,15	4125	7,41
2. D. Ap. Respiratório	1128	15,61	6559	11,79
3. D. Ap. Circulatório	859	11,88	6612	11,88
4. D. Inf. e Parasitárias	689	9,54	3876	6,97
5. D. Ap. Genitourinario	658	9,11	2946	5,30
6. D. Ap. Digestivo	552	7,64	2806	5,04
7. Causas Externas	341	4,71	1848	3,32
8. Transtornos mentais	264	3,65	19891	35,75
9. Demais causas	1063	14,71	6975	12,54
10. TOTAL	7227	100,00	55638	100,00

Fonte: Bibliografia 123

TABELA 5

PROBABILIDADE DE MORTE ANTES DE COMPLETAR
UM ANO DE VIDA - BRASIL, 1980 A 1989
(por 1000 nasc. vivos)

LOCAL	1980	1984	1986	1989*
URBANO	85,6	59,6	58,2	...
RURAL	93,8	87,4	84,7	...
TOTAL	87,9	68,1	66,9	59,0

NOTA *: Estimado segundo IPEA/UNICEF 1990 e WORLD BANK, 1991.

Fonte: Bibliografia 221

:: 4.3.2. Oferta e Consumo de Serviços Públicos

Os serviços de saúde no Brasil são predominantemente públicos na área ambulatorial e privados na área hospitalar. Nos anos oitenta constatou-se um aumento de representatividade do setor público, invertendo a tendência das décadas anteriores. Esta tendência, expressa em termos da participação nas consultas médicas e nas internações hospitalares, ocorreu mais em função do crescimento da rede pública do que pelo encolhimento da rede privada.

A Tabela 6 mostra o número e o percentual de unidades de saúde existentes, indicando por exemplo que o setor privado detém 1% dos Centros de Saúde e 83% dos Hospitais, concentrando seu poder de fogo nas atividades mais lucrativas.

A relação entre os setores público e privado quanto aos serviços prestados está retratada nas Tabelas 7 e 8, onde se vê que 57% das consultas médicas, 18% das internações, 46% dos serviços de apoio ao diagnóstico e 52% das consultas odontológicas ligadas ao INAMPS são feitas em unidades oficiais (106, 119, 120, 123, 124).

Comparando-se os diversos prestadores de serviços entre 80 e 89 vemos que:

a) Consultas Médicas

- houve um aumento acentuado nos anos de crise econômica;
- a rede pública expandiu sua participação em 85 e 86, mantendo-se desde aí no mesmo patamar. O crescimento deu-se através dos órgãos governamentais e das universidades, em grande parte via incorporação dos chamados "serviços próprios" previdenciários, face às fortes mudanças na política do INAMPS nesses anos;
- a rede contratada lucrativa, embora tenha reduzido sua participação relativa desde 85, manteve um ritmo crescente quanto ao número total de consultas que subiu de 52 milhões para 59 milhões em 88, baixando para 43,4 milhões somente em 89, numa aparente resposta do setor privado à baixa remuneração praticada pelo INAMPS;
- a rede filantrópica, formada principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia, aumentou sua representatividade percentual mas diminuiu o número de consultas prestadas no período;

b) Hospitalizações

- após um comportamento virtualmente constante nos oito primeiros anos da década, o número de internações hospitalares deu um salto em 88 e 89, subindo da média anual anterior de 11,2 milhões para 13,2 milhões. Não obstante, reduziu-se a proporção de internações por 100 habitantes que situava-se em torno de 9,5 em 1980 e em 9,16 em 89;

- o setor público cresceu muito (163%) no período, fazendo-o via órgãos governamentais até 86 e via Universidades de maneira contínua;

- os Hospitais privados lucrativos tiveram altos e baixos, passando da média de 8,5 milhões de internações/ano no primeiro quinquênio para 7,6 milhões no segundo e fechando 89 com 1,1 milhão de internações a menos que em 80;

- muito significativo foi o crescimento dos hospitais ditos filantrópicos (apenas a instituição o é, pois os médicos que aí trabalham comportam-se como se estivessem numa clínica contratada comum).

Quanto às imunizações, a cobertura anual média obtida de 1987 a 1989 em relação às principais doenças evitáveis por vacinação, foi de 61% das crianças para o sarampo, 56% para a tríplice, 71% para a BCG e 54% para a poliomielite. Estes percentuais são praticamente idênticos, com pequenas diferenças para mais ou para menos, aos obtidos nos triênios 85-87 e 82-84^(130,231), revelando uma preocupante estagnação dos programas de imunização em torno de taxas sem dúvida baixas e insuficientes de proteção à sua população-alvo.

TABELA 6

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL SEGUNDO O TIPO
COM O PERCENTUAL DE UNIDADES PÚBLICAS - 1989

ESTABELECIMENTO	NÚMERO	% DE UNID. PÚBLICAS
CENTRO DE SAÚDE	6320	99
HOSPITAL	5756	17
POLICLINICA	9633	41
POSTO DE SAUDE	7533	98
PRONTO SOCORRO	346	40
UNIDADE MISTA	670	81
LEITOS (mil)	502	25

Fontes: Bibliografias 106, 123.

TABELA 7
CONSULTAS MÉDICAS FEITAS ATRAVÉS DO INAMPS:
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SEGUNDO O PRESTADOR. BRASIL 1980/89

PRESTADOR	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PÚBLICOS	45,8	46,2	45,8	45,9	47,7	52,5	56,6	56,9	54,1	56,9
PRÓPRIOS	32,9	28,5	27,1	24,4	22,1	22,2	21,0	19,0	16,6	16,6
ORG.GOVERN.	11,1	15,4	16,0	18,2	22,1	26,3	31,8	33,8	33,1	33,4
UNIVERSID.	1,8	2,3	2,7	3,3	3,5	4,0	3,8	4,1	4,4	5,9
PRIVADOS	54,2	53,8	54,2	54,1	52,3	47,5	43,4	43,1	45,9	43,1
CONTRATADOS	29,0	29,9	30,9	32,6	32,0	28,0	26,6	24,5	24,8	21,2
FILANTROP.	11,5	10,1	9,3	8,5	7,9	7,7	2,6	6,6	10,2	12,5
SINDICATOS	9,4	9,0	9,1	8,8	8,5	8,1	7,3	6,4	5,9	5,8
OUTROS CONV.	4,3	4,8	4,9	4,1	3,9	3,7	6,9	5,6	5,0	3,6
NUMERO DE CONSULTAS (milhões)	179,7	202,6	206,3	218,6	235,7	238,4	237,5	246,6	237,2	204,7

Fonte: Bibliografia 123

TABELA 8
INTERNAÇÕES HOSPITALARES FEITAS ATRAVÉS DO INAMPS:
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL SEGUNDO O PRESTADOR. BRASIL-80 A 89

PRESTADOR	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
PÚBLICOS	7,6	9,6	10,9	13,6	14,7	17,8	19,8	18,3	17,9	17,7
PRÓPRIOS	1,9	1,6	1,8	2,0	1,8	2,0	2,1	2,0	1,7	1,5
ORG.GOVERN.	4,1	6,3	7,1	8,7	9,9	12,2	13,8	12,4	11,2	11,1
UNIVERSID.	1,6	1,7	2,0	2,9	3,0	3,6	4,0	3,9	5,0	5,1
PRIVADOS	92,4	90,4	89,1	86,4	85,3	82,2	80,1	81,7	82,1	82,3
CONTRATADOS	71,7	69,7	67,1	64,4	66,5	62,8	67,0	63,1	61,3	55,0
FILANTROP.	4,1	3,9	3,6	3,5	3,2	3,3	8,3	15,4	18,0	26,1
SINDICATOS	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
OUTROS CONV.	16,4	16,6	18,3	18,3	15,5	16,0	4,7	3,1	2,7	1,1

Fonte: Bibliografia 123

:: 4.3.3. Evolução do Sistema

A Lei do Sistema Nacional de Saúde de 1975 nunca conseguiu impor-se nem reduzir os abismos que tradicionalmente separavam os vários atores presentes no cenário do setor saúde, como os grupos privados, os sanitaristas, as empresas, etc. e, mal foi aprovada, reacendeu-se a luta e multiplicaram-se os projetos e programas para substituí-la. As análises deste tópico baseiam-se principalmente em documentos e estudos que procuram sintetizar a história no último lustro (18,20,21,32,62,66,71,148,177,200,231).

O Programa Integrado de Ações de Saúde e Saneamento -PIASS, criado em 1976 foi o início do grande esforço de descentralização que se seguiria e que teve um momento importante quando da tentativa não concretizada de aprovar o PREVSAUDE em 1980, um programa conjunto do Ministério da Saúde, da Previdência Social e dos estados^(32,177).

Buscando racionalizar os contratos e os mecanismos de repasse de recursos previdenciários, surgiram em 1982 as Ações Integradas de Saúde, com o mérito de aproximar os quatro Ministérios com atividades na área (Saúde, MPAS, Educação e Trabalho).

A verdadeira abertura das discussões sobre a organização do setor aconteceu a partir de 1985 com a redemocratização do país. Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 ganhou vida a chamada "Reforma Sanitária" que passou a concentrar os esforços de reformulação da área. Os grupos privados boicotaram a VIII Conferência, mas em compensação deu-se uma ampla participação de outros setores da sociedade, quebrando a tradição das discussões fundamentalmente fechadas em torno dos profissionais da saúde.

O SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde⁽⁶⁵⁾ - chega em 1987, e com êle começa a efetiva desestabilização da velha estrutura previdenciária. O INAMPS sofre uma violenta comoção a partir de dentro, sucedendo-se a transferência de suas unidades e de seu pessoal para as Secretarias de Saúde dos Estados, via convênios feitos em geral às pressas pelo então Ministro Raphael de Almeida Magalhães com os governadores. O processo acelerado de transferência produziu muitas distorções (gastos em atividades estranhas ao setor, falta de controles, poucas modificações nos serviços para a população), mas terminou por consolidar-se nas administrações seguintes apesar das resistências dos grupos mais conservadores ou mesmo dos que desejavam que o processo fosse conduzido com maior racionalidade⁽²⁰⁰⁾.

Enquanto as lutas internas, os avanços e os retrocessos se sucediam, na ponta da linha os serviços de saúde continuavam praticamente com a mesma lógica de funcionamento. Os investimentos que já eram reduzidos escassearam ainda mais durante a crise econômica agravando o processo conhecido como de "sucateamento" da rede de saúde. O empobrecimento relativo da previdência social, fruto do empobrecimento do país, alertou a iniciativa privada que em resposta começou rapidamente a diversificar suas aplicações, afastando-se da previdência social (menor pressão sobre as linhas de pagamento dos contratos e convênios) e investindo com vigor na expansão das modalidades de pré-pagamento que desde aí se consolidam em definitivo no Brasil.

A Constituição de 1988⁽¹⁸⁾ com um capítulo específico sobre a saúde, foi aprovada ao tempo em que o SUDS estava em implantação e a crise de atendimento se aprofundava nas clínicas e hospitais.

Em síntese, a nova lei constituinte estabeleceu que "a saúde é um direito de todos e um dever do estado", determinando que é livre à iniciativa privada (considerada como complementar ao setor público) embora seja vedada a participação de empresas ou capitais estrangeiros. Ficou consagrado o Sistema Único de Saúde -SUS, com ações e serviços públicos formando uma rede que deveria passar a funcionar de maneira regionalizada e hierarquizada segundo três grandes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para as ações preventivas e, finalmente, a participação da comunidade. O SUS foi incluído no campo da Seguridade Social, dividindo recursos com a previdência e a assistência social como no antigo modelo que vigora no Brasil desde a criação dos serviços previdenciários^(20,21).

Na prática o SUS restringiu-se ao setor público, evitando qualquer interferência mais significativa no âmbito da rede privada.

Seguindo-se a cerca de dois anos de discussão, em setembro de 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde -LOS, que discrimina o texto constitucional, estabelecendo normas principalmente em relação aos objetivos, campos de atuação e princípios do SUS, competências de cada esfera de governo, participação complementar da iniciativa privada e financiamento setorial. A saúde é

conceituada como um direito fundamental do ser humano. A gratuidade das ações e serviços de saúde da área pública ficou assegurada.

Diversas proposições aprovadas pelo Congresso foram vetadas pela Presidência da República, retirando da LOS⁽²⁰⁾ questões como direitos salariais (plano de cargos e salários, piso nacional por categoria profissional), base financeira visando assegurar recursos mínimos para o SUS e cotas para os municípios, além de aspectos organizacionais como a incorporação de serviços de saúde da LBA ao SUS⁽¹⁷⁷⁾.

Pouco depois, a Lei 8.142⁽²¹⁾ procurou definir critérios sobre a participação da comunidade, organização dos Conselhos de Saúde e repasse de recursos.

Todo esse esforço legislativo deixou um importante núcleo de matérias não resolvidas e que compõem a pauta de lutas dos trabalhadores de saúde de hoje. Essas matérias dizem respeito essencialmente a três tópicos: recursos humanos, direção única incluindo a municipalização e o financiamento. Os dois primeiros pontos são resumidamente analisados a seguir, ao passo que os aspectos ligados ao financiamento constituem o tema do tópico seguinte neste Capítulo.

a) Políticas de pessoal

A remuneração dos profissionais do setor público continua muito baixa. A implantação do SUS fez com que passassem a conviver técnicos com os mais distintos padrões salariais, aquecendo as reivindicações de isonomia. A inexistência de recursos para tanto provocou um dos vetos presidenciais, mas não foram apresentadas soluções alternativas e a reduzida competitividade do setor público em relação à iniciativa privada continua. Nem mesmo a adoção de tempo integral e de lugar único de trabalho foi conseguida, embora em alguns estados tenham ocorrido avanços nesse sentido. A "dupla militância" (profissionais que trabalham parte do tempo em cada setor, público e privado, em geral favorecendo o segundo) continua e as discussões sobre uma maior profissionalização do setor público, criando-se uma carreira a exemplo dos diplomatas e militares, no momento estão relegadas ao limbo.

b) Direção única e Municipalização

A LOS não avançou muito em relação ao pouco estabelecido pela Constituição quanto ao conceito e à prática da direção única do sistema em cada esfera de governo. A União mantém poderes e atribuições que conflitam com os que cabem aos Estados e Municípios. As Secretarias Estaduais de Saúde ficaram com funções pouco claras que as deixam entre os poderes central e local, pois lhes compete basicamente promover a descentralização, acompanhar e avaliar as ações produzidas pela rede, participar da programação e executar de maneira supletiva serviços de saúde. Como a força política dos governos estaduais persiste dentro da estrutura política brasileira, os conflitos em torno dos limites de atribuições ainda são um problema significativo na área da saúde,

ainda que seja inegável que a força e a importância dos municípios aumentou muito desde a implantação do SUS.

A municipalização é a bússola principal do atual processo de reorganização e de relacionamento entre os três níveis de governo, mas vem ocorrendo com lentidão e mais como o resultado de novas políticas de repasses de recursos do que de um processo de fortalecimento dos serviços locais e de concretização dos distritos de saúde que representam a unidade básica do sistema. Na prática, os sistemas municipais enfrentam, além dos problemas em relação aos poderes estaduais, uma forte resistência ao seu crescimento e consolidação em função da arraigada tradição centralizadora do país (as comunidades têm reduzida força política e limitada autonomia) e à desconfiança alimentada por instituições e pessoas para com o governo federal. Este último sentimento faz com que as administrações locais tenham, com fundadas razões, ver transferidas para suas portas as filas que hoje estão em repartições federais como o INAMPS, sem que lhes fique assegurado o repasse regular de verbas ou sem que estas sofram frequentes defasagens motivadas por artifícios embutidos nos muitos planos econômicos governamentais.

A unificação INAMPS/Secretarias e Ministério da Saúde é um processo em andamento que já tem resultados formais importantes mas que também não conseguiu ainda produzir melhoras visíveis no atendimento às pessoas e às comunidades. Ao contrário, em alguns casos tem provocado consequências negativas devido à desarticulação do modelo tradicional sem que o substitua por algo melhor. É o caso, p.ex., das consultas médicas nos "próprios" do INAMPS, que atendiam mesmo que precariamente a segmentos sociais dos mais carentes e que sofreram descontinuidades ou mudanças desfavoráveis de normas e critérios ao passarem para Secretarias de Saúde não habituadas a este tipo de serviço.

O INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde e praticamente o dominou: afora a questão essencial do combate à cólera, a direção do Ministério em 90 e 91 deu tratamento claramente prioritário aos problemas ligados à rede previdenciária, tratando de fazer funcionar a complexa máquina assistencial existente através de tentativas de racionalização dos repasses financeiros e do combate aos desvios e fraudes comuns a essa área.

As ações clássicas de saúde pública passaram a enfrentar maiores dificuldades de desenvolvimento, em parte devido a mudanças administrativas promovidas pelo novo governo em 1990. Dois exemplos parecem significativos a respeito: de um lado, a união da Fundação SESP e da SUCAM (além da ex-Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde-SNABS) em uma só entidade, a Fundação Nacional de Saúde, fez acender sentimentos corporativistas muito fortes arraigados nas duas unidades e ainda não viabilizou uma desejada integração de ações a nível local; de outro lado a desarticulação dos chamados "programas especiais" provocou a descontinuidade de projetos importantes como nas áreas de combate à AIDS, à tuberculose e a problemas de saúde bucal, além de diminuir drasticamente o papel de unidades de peso como a de saúde materno-infantil sob a

argumentação de que as atividades passariam, no novo SUS, a ser em essência normativas.

:: 4.3.4. Financiamento da Saúde na Seguridade Social

Como parte integrante do sistema de seguridade social, para obter os recursos de que necessita a saúde concorre orçamentariamente com pelo menos outras cinco fortes linhas de gastos: benefícios previdenciários (aposentadorias, pensões, etc.), assistência social, seguro desemprego, alimentação/nutrição e ação comunitária. Os recursos, por seu turno, provém de seis fontes principais: contribuições compulsórias dos assalariados (cerca de 47% da receita total estimada para 1989), FINSOCIAL (10%), receita de loterias (1%), contribuição sobre lucros de empresas (11%), PIS/PASEP (1%), orçamento dos Ministérios do setor (24%) e a provisão para fundos de previdência e saúde (6%)^(147,149).

A Constituição de 88 não assegurou recursos mínimos para a saúde como o fez em relação à educação, mas determinou que até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias -LDO, que teve sua 1a. edição em 89 - 30% no mínimo do orçamento da seguridade social, com exceção do seguro desemprego, cabe à saúde. Dispositivo idêntico incluído na LDO para 1991 foi vetado pelo Poder Executivo. Em seguida a Lei 8.142/90 determinou que os municípios que preencherem uma série de seis requisitos passam a receber 70% dos recursos transferidos ao estado pelo Fundo Nacional de Saúde⁽²¹⁾. Falta clareza, porém, quanto ao montante transferido por essa via, além de que os repasses feitos até o final de 1991 continuavam obedecendo em essência a tradição (volume de serviços anteriormente prestados) e o critério da representatividade populacional que em geral é punitivo para os estados de menor densidade demográfica e maior nível de pobreza.

Os seis requisitos não são facilmente satisfeitos por parte da maioria dos municípios e podem jogá-los em intricados liames burocráticos ensejando negociações morosas e não automáticas mormente onde as dissensões políticas forem relevantes, inviabilizando o processo. A simples leitura desses critérios já permite antever os problemas com que devem defrontar-se as localidades menores, com estrutura administrativa debil ou onde o executivo não tenha maioria na câmara: criação de um Conselho Municipal de Saúde, composto por representantes do governo local, dos prestadores de serviços, dos profissionais da área e dos usuários, organizados de forma paritária; criação do Fundo Municipal de Saúde; apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho e pelo Executivo Municipal; instituição da Programação e Orçamento em Saúde (PROS); contrapartida de recursos em proporção não inferior a 10% do orçamento; constituição de uma Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários a implantar em 2 anos^(53,54,71,115,117,149).

Conforme a Resolução 258/91 do INAMPS, "os municípios que não preencherem os requisitos terão seus recursos repassados à Secretaria Estadual de Saúde, que adotará critérios próprios de distribuição"⁽¹¹⁷⁾. Parece lógico que, a prosseguir o processo nessa

linha, aí se desenha um campo fértil para as empresas de consultoria e assessoria que começam a proliferar no setor.

Dados da própria previdência indicam que foram repassados à saúde apenas 22% e 20% dos recursos aplicados respectivamente em 1989 e 1990^(123,124).

Recente bateria de normas e critérios produzida pelo Ministério da Saúde - Portarias 15 a 20/91 e Resolução 258 do INAMPS - ataca fundamentalmente a questão da uniformização de modalidades de pagamento, criando formas unificadas de remuneração para todos os prestadores, sejam eles públicos ou privado.

O setor saúde, em seu todo, movimenta um volume de recursos que *a priori* não pode ser tido como insuficiente. Em 1989 os gastos federais em saúde alcançaram a cifra de NCr\$ 27,5 bilhões (US\$ 9,7 bilhões), dos quais 78,1% provenientes do INAMPS; 18,6% do Ministério da Saúde e 3,3% do Ministério da Educação⁽²³¹⁾. De acordo com as estimativas feitas no Capítulo 6, o dispêndio total alcançou uma soma em torno de 22,1 bilhões de dólares, o que equivale a 7% do Produto interno Bruto.

Em termos proporcionais o gasto brasileiro supera, por exemplo, ao do Canadá e do Reino Unido que dispendem respectivamente 5 e 6% do PIB com saúde; embora no nosso caso isto signifique 153 dólares *per-capita* e, nos dois países citados, cerca de 758 e 625 dólares⁽¹⁴⁹⁾.

Considerando as condições econômicas nacionais, não há como justificar um gasto superior a este, pelo menos sem que antes haja uma séria reestruturação setorial que permita um uso mais equânime (acesso mais universal aos serviços) dos recursos.

Uma distorção importante diz respeito à curiosa combinação entre fontes e usos dos recursos. Assim, por exemplo, em 89 cerca de 38% dos recursos federais foram repassados aos Estados e Municípios, enquanto que 26% serviram para remunerar serviços privados contratados^(123,231). Sem dúvida, seria mais simples e mais correto de um lado que a organização tributária viabilizasse a captação de recursos por parte de quem efetivamente os vai usar e, de outro lado, que os subsídios à iniciativa privada representassem uma parcela bem mais reduzida dos recursos públicos permitindo que fossem gastos diretamente com os serviços oficiais.

No momento, uma das principais lutas no âmbito público está em regulamentar os repasses de recursos federais para estados e municípios (artigo 35 da Lei 8080/90), tornando-os mais automáticos.

:: 4.3.5. A Crise Setorial

Nada acontece de repente e por acaso. As dificuldades foram se acumulando: a falta geral de recursos, os investimentos cada vez mais insignificantes, a voracidade do setor privado contratado, as fraudes consentidas abismando a população e lesando a previdência social, os baixos salários, a não implementação dos planos ou a substituição constante de programas e de dirigentes, as lutas internas do setor muitas vezes predominantemente ideológicas e pouco pragmáticas. Enfim, uma crescente descaracterização do atendimento médico que se tornou cada vez mais pessoal, conduzindo ao fortalecimento da descrença popular em relação aos serviços de saúde.

O resultado foi a instalação de uma crise particular do setor saúde que se fez sentir mais notoriamente no período de abril a agosto de 1990.

A breve análise que se segue a respeito dessa fase apoia-se principalmente no que foi publicado nos jornais da época, uma vez que não há bibliografia técnica específica disponível e que a externalização da crise deu-se através da chamada grande imprensa nacional. Sempre que é feita uma citação, identifica-se sua origem com as iniciais de um dos periódicos consultados (Jornal do Brasil=JB, Estado de São Paulo=ESP) e a data de publicação^(162,163).

As manchetes e as principais páginas dos jornais pouco a pouco povoaram-se de más notícias sobre o setor saúde:

- "Demissão de 17 diretores de hospitais no Rio" (JB 7/4);
- "Ministro flagra em Minas horror da saúde pública" (JB 5/5), referindo-se a visita a PAM (Posto de Assistência Médica) de urgência do INAMPS na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte onde "morreram sete pessoas em doze dias por falta de atendimento";
- "Denúncia contra Hospitais" (JB 8/5) informando sobre morte de menina de 4 anos sem atendimento em clínica de Sta.Cruz, no Rio;
- "A romaria das mães pelos hospitais que se recusam a atender as crianças é uma das principais causas de morte" (ESP 20/5), em entrevista de profissional do Hospital Municipal João XXIII de São Paulo;
- "Bebê é a 9a. vítima em fila para internação" (JB 10/5).

Os Hospitais entraram na linha de fogo: no de Andaraí os leitos foram reduzidos à metade por falta de pessoal, no de Bonsucesso a emergência tem capacidade para 100 pacientes e atende 500, o Hospital Geral do INAMPS de Nova Iguaçu é ao mesmo tempo uma frente de batalha e um inferno (JB 7/4 e ESP 27/5). Em Recife dos 280 leitos do Hosp. G.Vargas só 180 estão disponíveis, enquanto no Agamenon Magalhães "foram suspensas as cirurgias e reservou-se o estoque de oxigênio e medicamentos para a maternidade, emergência e UTI" (JB 6/7). No Hospital Sto.Antonio de Irmã Dulce de Salvador

"mais de mil pacientes se amontoam nos corredores e nos 600 leitos existentes" (JB 11/5). "Hospital de Pato Branco (onde o Ministro da Saúde já teve participação e clinicou) omite socorro (JB 11/5).

A reação da classe médica fez-se sentir com certa energia, embora a grande maioria preferisse o silêncio e a espera de que a situação se acalmasse. Mas nas poucas entrevistas muito do que acontece dentro da rede de serviços e na administração pública e privada transparece. O presidente do Sindicato dos Médicos do Rio declara que "antes da má administração dos Hospitais está a má administração do próprio INAMPS que sucateou os Hospitais da rede privada conveniada" (JB 8/5). No Rio o Presidente da Federação nacional dos Médicos "acusou o Ministro de estar jogando a população contra os médicos, em vez de enfrentar a crise através da ampliação do SUS" (JB 13/5). As surpreendentes palavras do presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo: "eu temo, se for atropelado, ir a qualquer Hospital público de São Paulo, e são raras exceções os Hospitais privados que dão boa assistência...estão todos sucateados" (ESP 20/5). Nesse mesmo jornal estão declarações dos dirigentes do CRM e APM/SP de que "as fraudes verificadas no INAMPS detonaram o caos atual ... a rede hospitalar pública é insuficiente e os estabelecimentos privados desativaram leitos destinados à previdência", e de um professor de clínica médica tentando justificar a categoria em função do caos mais amplo: "os nossos médicos são tão bons quanto eles podem ser neste país".

Em outra ponta da crise estavam os profissionais de saúde com seus pequenos salários: "Greve na saúde é quase esquecida" (JB 7/4); "Hospitais estaduais em greve há um mês e meio" (JB 8/5) sobre Minas Gerais; "Rede estadual em greve há 30 dias" (ESP 18/5) informando sobre demissão de médicos na Bahia; "Greve atinge hospitais em Belo Horizonte e Curitiba" (ESP 23/5). Mais tarde, são os próprios servidores da previdência que param: "Em greve quase 200 mil funcionários do INAMPS" (ESP 7/9) e "Greve pode atrapalhar vacinação" (ESP 14/9).

A população fica assustada e o JB de 25/5/90 destaca que "Inflação perde no IBOPE para a saúde", informando que "pela primeira vez desde o fim do Plano Cruzado em dezembro de 86, a inflação deixou de ser o problema número um dos brasileiros. Agora, o inimigo público é a saúde". O fenômeno, até então muito raro, voltou a repetir-se mais de uma vez em 1991 traduzindo o permanência e o aprofundamento da crise. Em matéria de 19/12/91, p.ex., o mesmo JB informa que para 39,2% dos brasileiros o principal problema é a saúde (37,4% referiram a inflação; 34,3% o desemprego; 33,8% a corrupção; 25% a falta de alimentos; 23,1% o mau governo e 18,2% a segurança pública, mas a liderança nesta pesquisa ficou com a educação que alcançou 47,8% (JB, 19/12/91, pg.5).

A crise de 1990 foi geral e afetou a credibilidade de todo o setor, mas abateu-se principalmente sobre o setor público e sobre a área do INAMPS, terminando por beneficiar indiretamente as clínicas e hospitais privados. Um reflexo dessa situação pode ser visto através da expansão do número e da clientela das empresas de grupo

(linhas de pré-pagamento compostas por cooperativas médicas, caixas de assistência, sistemas de auto-gestão médica e planos empresariais de saúde), para onde passaram a ser direcionados os capitais privados a partir das dificuldades de caixa da previdência e do seu crescente desprestígio.

No último trimestre do ano os jornais, rádios e televisões passaram a ocupar-se de outros temas mais relevantes e a crise a esse nível esvai-se, com o noticiário reservado à saúde voltando ao usual, sendo dominado quase que com exclusividade pelo surto de cólera. Aos olhos do público a crise acaba sem solução, e uma das consequências mais notórias é o aumento da descrença e do temor pelos serviços de saúde oferecidos pelo país. Não é de surpreender que os problemas setoriais tenham voltado à tona com redobrado vigor no segundo semestre de 91, quando agudizou-se a falta de recursos federais para remunerar os hospitais contratados, as tentativas de solução feitas pelo governo não tiveram êxito e, afinal, uma verdadeira onda de processos de corrupção que cercaram as compras efetuadas pelo Ministério da Saúde terminaram gerando a substituição de sua direção.

O desejado e cada vez mais necessário fortalecimento dos serviços públicos ficou mais distante, pois é preciso antes recuperar a desgastada imagem setorial.

A odontologia, como profissão ou como ação de saúde, permaneceu virtualmente à margem deste movimento. Ao não ver questionados seus problemas, optou pelo silêncio.

5. O APARELHO PRESTADOR DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

O modelo de prestação de serviços odontológicos à população continua sendo ao início dos anos noventa predominantemente liberal. Não chega a constituir um verdadeiro sistema de atenção em saúde bucal, pois não possui uma estrutura que lhe dê unidade, funcionando suas diversas partes de maneira independente ou com um limitado nível de relacionamento entre si. Apresenta, em sua essência, a lógica do setor privado liberal, no qual prevalecem as leis de mercado com as distorções próprias impostas a essas "leis" pelas particularidades do setor saúde de maneira geral e pelas formas usuais de entendimento entre pacientes e profissionais em específico.

Em 1.989 um total de 101,9 mil Cirurgiões-Dentistas figuravam como inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia^(27,61,70), embora o mais provável seja de que não mais de 85% estejam em atividade^(3,61,134,179). Em instituições públicas ou para-oficiais, 40,6 mil empregos diretos ou indiretos responsabilizavam-se por aproximadamente 29% do tempo disponível dos profissionais ativos. Isto significa, portanto, que cerca de 71% do tempo total estava dedicado ao trabalho em clínica particular ou junto a instituições privadas, em condições que, na prática, tornam inviável o acesso da maior parte da população, por falta de capacidade de pagamento dos serviços odontológicos em função dos baixos salários recebidos.

Apesar das dificuldades que a escassa disponibilidade de dados causa, é possível afirmar que os gastos com odontologia - e principalmente os desembolsos pessoais - aumentaram de maneira significativa na década: estima-se que no ano de 1989 em torno de 2,4 bilhões de dólares foram gastos com saúde bucal no país, cabendo às instituições do setor público junto com as entidades para-oficiais apenas 30% desse total (os gastos pessoais foram de US\$ 1,7 bilhão).

Uma série de programas públicos foram intentados no Brasil a partir da segunda metade da década de setenta, podendo-se definir o período 1980/89 como uma fase de reorientação do setor, caracterizado pelo aprofundamento e por uma maior democratização das discussões, com importantes mudanças conceituais que levaram ao encontro de novas soluções no campo da saúde pública, embora ainda sem repercussão efetiva sobre a rede de prestação de serviços ou mesmo sobre o nível de saúde das pessoas. A prevenção ganhou uma ênfase bem maior, mas no início dos anos noventa observa-se um refluxo das idéias e propostas de especialistas direcionadas para avanços mais lentos e gradativos, após significativos progressos na linha de sua massificação obtidos pouco antes, quando a fluoretação da água chegou a atingir mais de 60 milhões de pessoas e o Ministério da Saúde colocou em prática um projeto de aplicação tópica de flúor para cerca de 7 milhões de crianças em idade escolar.

Este capítulo procura analisar essa variada gama de acontecimentos, desde as questões ligadas à formação de recursos humanos até a oferta de serviços e seu financiamento, dando ênfase às principais tendências verificadas na década passada a fim de fornecer uma melhor base para o bloco de sugestões de políticas e de medidas práticas que é apresentado ao final.

: 5.1. Oferta de Profissionais no País

A quantidade de Cirurgiões-Dentistas continuou aumentando de maneira acelerada no Brasil, mantendo o comportamento delineado já a partir do período 1965/70 quando foi aberto o caminho para a implantação generalizada de faculdades particulares de odontologia.

De acordo com a Tabela 9, tínhamos 101.880 Cirurgiões-Dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia em 1989. A acentuada tendência à maior presença de mulheres na profissão resultou em que 42,9% do contingente total fosse do sexo feminino, com destaques para o estado da Paraíba onde sua representatividade alcançava a 66% e para Santa Catarina onde essa proporção se limitava a 31,9% (24, 25, 61, 70, 201).

Em função de diversos fatores - entre outros, sub-emprego, redução voluntária do tempo diário de trabalho (comum por exemplo a profissionais com interesses fora da odontologia ou a mulheres que dedicam tempo parcial à profissão), aposentados que permanecem inscritos no Conselho - estima-se que não mais de 85% dos Cirurgiões-Dentistas são profissionalmente ativos. De maneira um pouco mais adequada poder-se-ia dizer que 15% do tempo disponível para a prática da odontologia não é efetivo, mas para melhor visualização prática dessa questão a Tabela 9 inclui uma coluna na qual o total de 85531 profissionais ativos corresponde a 85% dos inscritos (3, 61, 72, 134, 179).

Com base nessas estimativas, tínhamos 1 odontólogo em atividade para cada 1664 pessoas no país em 1989, variando o indicador de 1:3551 na região norte para 1:1183 na região sudeste. São Paulo, Distrito Federal e Rio de Janeiro, pela ordem, são as unidades federadas que mostram as relações mais estreitas, ao passo que Tocantins, Maranhão e Acre figuram no polo oposto, acompanhados de perto por Roraima e Bahia.

Em 1980 o Brasil contava com 61628 odontólogos inscritos nos Conselhos^(48,179). Isto significa que nesses dez anos (80 a 89) o estoque de profissionais cresceu extraordinariamente na ordem de 65,3%, ao passo que a população brasileira aumentava em 20%. Na verdade, a disponibilidade de odontólogos vem crescendo a taxas cada vez mais elevadas nos últimos trinta anos. A relação Cirurgião-Dentista por 10.000 habitantes era igual a 3,28 em 1960, passando para 3,65 em 1970, para 5,13 em 1980 e para 7,07 em 1989, com uma estimativa de chegar a 7,26 em 1990^(70,179,181). A justificativa para este fato certamente não pode ser encontrada na melhora substancial do poder aquisitivo da população, uma vez que isto não ocorreu como vimos na análise econômica desenvolvida no Capítulo 4. As causas mais prováveis estão, de um lado, no forte

apelo que o caráter liberal da profissão representa em uma sociedade na qual a luta por salários dignos é cada vez mais difícil e, de outro lado, na suposição comum de que neste "país de desdentados" as necessidades de tratamento são tão elevadas que não haverá de faltar ocupação para quantos queiram deste ofício ocupar-se.

Tomando-se as estatísticas publicadas pela Federação Dentária Internacional⁽⁸⁴⁾ como referência, temos que em 1989 aproximadamente 11% dos odontólogos existentes na face da terra eram brasileiros, com tendência de uma representatividade crescente se considerarmos que os tradicionalmente grandes centros formadores de recursos humanos nesta área - Estados Unidos e países europeus - vem adotando uma política de restrição de novas vagas e diminuição até mesmo do número total de odontólogos disponíveis para a próxima década.

No Brasil, o aumento da oferta de vagas é a regra. A década de oitenta repetiu o comportamento verificado no decênio anterior, permitindo a criação de dezoito novos cursos de formação de odontólogos. A Tabela 10 relaciona os cursos por dependência administrativa desde a época de criação do primeiro curso, em Salvador da Bahia em 1889, até janeiro de 1990 quando 81 cursos superiores estavam disponíveis^(24,25,27,48). Nesse ano e no começo de 1991 já foram criados três outros, elevando o total para 84⁽⁶¹⁾.

A contar de 1961 houve um aceleração no "boom" de novas faculdades, mas foi nos anos setenta que o setor privado efetivamente interessou-se pelo ramo da formação de Cirurgiões-Dentistas. Até então, uma escola de odontologia era tida como de maior risco econômico em relação por exemplo à implantação de cursos de ciências sociais ou de economia, devido aos seus altos custos e a uma ainda limitada procura. A situação mudou quando esta, que por vezes é tida como "a última das profissões liberais", passou a ganhar mercado tornando-se mais competitiva ao conquistar a preferência de um crescente número de candidatos ao ingresso nas carreiras universitárias. Nos concursos de acesso à universidade realizados em 90 e 91, a relação de candidatos por vaga da odontologia praticamente só foi superada pela verificada na medicina.

O fenômeno da expansão da oferta de vagas ocorre fundamentalmente nos cursos privados, como se pode observar através da Tabela 11: o número de matrículas diminuiu em 7,4% nos cursos do setor público de 1988 para 1990, ao mesmo tempo em que aumentou em 16,00% nas escolas particulares, daí resultando um incremento global da ordem de 3,7%⁽²⁷⁾.

Curiosamente, não se confirmaram até aqui as previsões de fortes aumentos no número de concluintes, que se mantém nos últimos três anos similar ao verificado por exemplo em 1979 e 80. Na verdade, desde 1979 - quando o patamar de cinco mil novos profissionais formados foi rompido, as variações não tem sido muito significativas. Esta constatação fica clara quando se examina os dados da Tabela 12 que nos fornece os concluintes ano a ano desde

1954, mostrando que os maiores saltos ocorreram por volta de 1968/69, depois em 1974, logo em 76/77 e finalmente em 79/80, para alcançar o padrão de aproximadamente 5500 concluintes ao ano somente no final da última década. Provavelmente, isto se passa pela possibilidade que o sistema de ensino brasileiro dá de conclusão dos cursos universitários em um número de anos bem maior que o exigido pelos currículos normais - hipótese que se aplicaria mais aos cursos novos, e pela tendência recente de retardamento no ingresso na vida profissional, que estaria influenciando também no alongamento interno dos cursos universitários.

Uma projeção com base no comportamento verificado no período 54-90^(24,25), feito pela técnica da análise de regressão, indica que no ano 2000 o Brasil formará cerca de 7269 odontólogos, como mostra a Tabela 12. Nesse caso, o estoque de profissionais chegará a um número entre 115 e 129 mil, dependendo da proporção dos que se retirarem do mercado a cada ano - 5% na primeira hipótese e 3,5% na segunda.

A discussão sobre a necessidade e a validade de controlar e reduzir o acesso a profissões super povoadas como a odontologia no Brasil, conta com argumentos pró e contra que têm resultado num aumento regular dos cursos ano a ano. A Associação Brasileira de Ensino Odontológico chegou a obter junto ao Ministério da Educação uma suspensão de abertura de novos cursos, mas o Conselho Federal de Educação tem permitido exceções mesmo que durante breves lapsos de tempo permitindo que mais e mais cursos surjam a cada ano.

Os neo-liberais, cujas teorias tem ganho espaço crescente principalmente nos países industrializados, consideram mais apropriado deixar esta questão para que o próprio mercado se encarregue de resolvê-la com o tempo por meio de suas leis naturais. Assim, um previsível esgotamento de mercado - fazendo com que as possibilidades de ganho em clínicas privadas e de criação de novos empregos no setor público ou para-oficial atinjam a um ponto crítico - regularia a procura pela profissão. De acordo com esta linha de pensamento, novos cursos poderiam continuar a ser autorizados e abertos até o momento em que "naturalmente" não tivessem mais procura. Na verdade, isto não ocorre, pois é conhecida a capacidade que têm as ciências médicas de criar novas demandas para si próprias, introduzindo um componente não natural no clássico processo de relações entre a ciência econômica e o mercado tão bem descrito por Keynes.

É evidente que a discussão principal deveria centrar-se em um ponto anterior à da formação dos recursos humanos. A discussão principal está em como chegar a índices aceitáveis de saúde bucal para a população brasileira, daí derivando tanto o modelo de formação de pessoal quanto o volume de pessoal necessário em cada categoria (odontólogos, técnicos, auxiliares) e que a sociedade poderia suportar. Mesmo em uma economia não centralizada como a brasileira, (ou seja de tipo capitalista, no qual o Estado embora detenha parcela significativa do PIB, não dirige a economia como ocorre nos países socialistas), deveria portanto ser possível adequar a área de formação de recursos humanos de nível acadêmico

às condições epidemiológicas, fazendo com que em carreiras como a de odontologia o crescimento no número de profissionais pelo menos se adequasse aos padrões de crescimento populacional.

TABELA 9

NÚMERO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS INSCRITOS NOS CONSELHOS,
EM ATIVIDADE, PERCENTUAL DO SEXO FEMININO E RELAÇÕES
COM A POPULAÇÃO SEGUNDO O ESTADO - BRASIL, 1989

ESTADO E REGIÃO	TOTAL	EM ATIVI- DADE*	% SEXO FEMININO	POPULAÇÃO (mil)	PESSOAS POR C.D. TOTAL	EM ATIV.*
NORTE	2613	2221	48,8	7888	3019	3551
AC	82	70	...	328	4000	4686
AM	550	467	46,0	1702	3094	3644
AP	73	62	...	205	2808	3306
PA	1395	1186	51,4	3971	2847	3348
RO	379	322	37,2	812	2142	2522
RR	26	22	...	103	3961	4682
TO	108	92	...	767	7102	8337
NORDESTE	14338	12186	53,3	40764	2843	3345
AL	1099	934	57,2	2260	2056	2420
BA	2959	2515	51,9	11088	3747	4409
CE	1884	1601	48,8	6149	3264	3841
MA	726	617	48,3	4929	6789	7989
PB	1764	1499	66,0	3153	1787	2103
PE	3412	2900	50,7	7015	2056	2419
PI	815	693	47,6	2553	3132	3684
RN	1114	947	51,9	2244	2014	2370
SE	565	480	62,1	1373	2430	2860
SUDESTE	64048	54441	41,7	64400	1005	1183
ES	1566	1331	50,1	2471	1578	1856
MG	12760	10846	43,5	15884	1245	1464
RJ	13662	11613	38,8	13725	1005	1182
SP	36060	30651	41,8	32320	896	1054
SUL	14619	12426	37,8	21718	1486	1748
PR	5502	4677	37,5	8719	1585	1864
RS	6752	5739	40,2	8812	1305	1535
SC	2365	2010	31,9	4187	1770	2083
C.OESTE	6262	5323	40,1	9375	1497	1761
DF	1842	1566	43,0	1763	957	1126
GO	2404	2043	38,9	3990	1660	1953
MS	1235	1050	39,7	1735	1405	1652
MT	781	664	37,4	1887	2416	2842
BRASIL	101880	86598	42,9	144145	1415	1664

NOTA *: 85% do total

Fontes: Bibliografias 61, 70, 201.

TABELA 10

ABERTURA DE FACULDADES DE ODONTOLÓGIA PÚBLICAS
E PRIVADAS SEGUNDO O PERIODO, NO BRASIL

ANOS	FACULDADES POR DEP. ADM.				TOTAL NÚMERO	%
	PÚBLICAS			PRIVADAS		
	FEDERAIS	ESTADUAIS	MUNICIPAIS			
1884 a 1900	3	1	-	-	4	4,94
1901 a 1910	1	-	-	-	1	1,23
1911 a 1920	7	-	-	-	7	8,64
1921 a 1930	-	-	2	-	2	2,45
1931 a 1940	-	-	-	-	-	-
1941 a 1950	7	-	-	1	8	9,88
1951 a 1960	3	4	-	3	10	12,35
1961 a 1970	5	5	-	3	13	16,05
1971 a 1980	1	-	3	14	18	22,22
1981 a 1990*	-	3	1	11	18	22,22
TOTAL	27	15	4	32	81	100,00

NOTA *: Até janeiro de 1990
Fontes: Bibliografias 25, 27, 48.

TABELA 11

NÚMERO DE CURSOS, CONCLUINTES E MATRÍCULAS EM
FACULDADES DE ODONTOLÓGIA POR DEPENDÊNCIA
ADMINISTRATIVA - BRASIL, 1988/90

ANO	DEP.ADM.	CURSOS	CONCLUINTES ANO ANTERIOR	MATRÍCULAS EM 30/4
1988	TOTAL	77	5315	26947
	PÚBLICO	45	2945	14127
	FEDERAL	27	1783	8718
	ESTADUAL	15	922	4320
	MUNICIPAL	3	240	1089
	PRIVADA	32	2400	12820
1989	TOTAL	79	5407	28362
	PÚBLICO	46	2922	14212
	FEDERAL	27	1750	8707
	ESTADUAL	15	920	4335
	MUNICIPAL	4	252	1170
	PRIVADA	33	2485	14150
1990	TOTAL	81	5495	27949
	PÚBLICO	46	2880	13080
	FEDERAL	27	1698	8655
	ESTADUAL	15	921	4380
	MUNICIPAL	4	261	1204
	PRIVADA	35	2615	14869

Fontes: Bibliografia 27.

TABELA 12
CONCLUINTES DE CURSOS DE ODONTOLOGIA -
BRASIL: DADOS 1954-90 E ESTIMATIVA
1991-2000

ANO	NÚMERO	ÍNDICE (54=100)	ANO	NÚMERO	ÍNDICE (54=100)
1954	1278	100	78	4715	369
55	1322	103	79	5114	400
56	1351	106	80	5085	398
57	1382	108	81	4895	383
58	1294	101	82	4910	384
59	1167	91	83	5095	399
60	1363	107	84	5262	412
61	1422	111	85	5313	416
62	1367	107	86	5371	420
63	1315	103	87	5345	418
64	1214	95	88	5315	416
65	1015	79	89	5407	423
66	1226	96	90	5495	430
67	1436	112	91	5895	461
68	1621	127	92	6048	473
69	1714	134	93	6200	485
70	1605	126	94	6353	497
71	1901	149	95	6506	509
72	2153	168	96	6658	521
73	2424	190	97	6811	533
74	2942	230	98	6964	545
75	2885	226	99	7117	557
76	3891	304	2000	7269	569
77	4163	326	-	-	-

Fontes: Bibliografias 24,25.

: 5.2. Postos de Trabalho e Recursos Humanos no Setor Público

Um importante estudo realizado pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em conjunto com a Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Odontologia do INAMPS em 1989 fornece a base principal para a construção das Tabelas 13 e 15. Nesta última temos o número de postos de trabalho ocupados por Cirurgiões-Dentistas em instituições oficiais e para-oficiais, estado por estado. Os dados, sempre que necessário, foram complementados com informações provenientes do próprio estado ou dos bancos de dados do INAMPS. Os critérios utilizados e as fontes específicas dos dados estão explicitados no Anexo I.

:: 5.2.1. Serviços da Previdência Social

A Tabela 13 resume os dados referentes ao total de Cirurgiões-Dentistas em serviços próprios e credenciados (pessoas físicas), bem como o número de contratos firmados com pessoas jurídicas credenciadas, órgãos públicos, sindicatos, entidades filantrópicas, faculdades de odontologia e hospitais universitários, abrangendo portanto o universo de serviços prestados via previdência social^(46,47,116).

Nos serviços próprios estão computados os profissionais contratados e assalariados diretamente pelo INAMPS e que desempenham suas atividades em consultórios pertencentes a esta instituição. Os odontólogos credenciados atendem em seus consultórios particulares a pacientes encaminhados pelo INAMPS, obedecendo a padrões pré-determinados quanto aos serviços cobertos e preços (o pagamento dos serviços é feito ao final do mês pelo Instituto, contra a apresentação de relatório e fatura). Um sistema similar é aplicado em relação às empresas credenciadas (pessoas jurídicas), com a diferença de que neste caso é a empresa odontológica que contrata os dentistas, assumindo os encargos trabalhistas e os salários ou pró-labores de acordo com o tipo de relação de dependência estabelecida internamente: profissionais assalariados que atuam na empresa, "pool" de profissionais que atendem em seus próprios consultórios, etc.

Os órgãos públicos incluem desde a Fundação SESP que pertence ao Ministério da Saúde até um vasto universo composto pelos serviços odontológicos das Secretarias de Saúde (e as vezes de Educação também) e de variadas Fundações dos estados e dos municípios. O INAMPS remunera os serviços até um certo limite de acordo com os recursos disponíveis e com a capacidade instalada de cada órgão, que por sua vez atende diretamente a população.

Na rubrica relativa aos Sindicatos, incluem-se tanto as entidades de trabalhadores quanto as patronais que atuam nas zonas urbana e rural. As Entidades Filantrópicas ou beneficentes, que não visam lucro como entidades (este conceito não se aplica aos profissionais que nelas trabalham, o que em parte explica porque muitos hospitais e organizações do gênero apresentam balanços deficitários enquanto seus médicos e odontólogos prosperam

privadamente a olhos vistos) (14,147,180,230) de acordo com o estabelecido pela legislação brasileira específica, atuam em forma similar ao das empresas credenciadas, embora a regra neste caso seja a da prestação direta de serviços e não a sua sub-contratação.

Finalmente, as Faculdades de Odontologia e os Hospitais Universitários contam com convênios específicos com a previdência que, na prática, lhes confere alguns privilégios por exemplo quanto à remuneração e à permissão do trabalho agregado de alunos.

Duas características devem ser destacadas no modelo previdenciário de prestação de assistência odontológica: a) não há um programa definido de cobertura populacional onde grupos de atendimento e metas a atingir estejam estabelecidos, limitando-se a determinar o que pode e não pode ser feito e ser pago; b) há um teto estabelecido para cada prestador e esta é a lei maior do "sistema". No fundo, cada prestador contratado, credenciado ou conveniado (estes termos têm significado similar, variando de acordo com a figura jurídica do prestador sob contrato e com o tipo de serviços que podem ser prestados) precisa atingir o teto que lhe foi definido: se fizer a menos só recebe o que cobrou e se fizer a mais não recebe ou fica com um crédito para o mês seguinte e desde que não volte a ultrapassar seus limites. A possibilidade de fraudes é grande nessas modalidades pois os controles principais estão concentrados sobre a observância ou não dos tetos, o que significa a manutenção da viabilidade financeira do "sistema". Mesmo assim, em alguns casos o teto pode não ser aplicado, ou pelo menos pode ser expandido: é o caso dos convênios com Sindicatos e 86 a 89 com os órgãos públicos, que em odontologia apresentam uma produção por prestador bastante superior à aceita para os profissionais credenciados, entidades filantrópicas e outros convênios, como se pode observar pela Tabela 14 (118,119,120).

A implantação do pagamento por "procedimento" em substituição à remuneração por "unidade de serviço" (passou-se a pagar por uma cirurgia cardíaca ao invés de ato por ato - anestesia, intervenção operatória, sutura, etc.), que tantas mudanças causou nas relações entre pagador e prestador na área médica, virtualmente não teve influência sobre a área odontológica. Aqui, as antigas "unidades de serviço" - restaurações, extrações, etc. - foram em sua maior parte simplesmente transformadas em "procedimentos", ao serem consideradas como indivisíveis.

Os serviços próprios, em 1989, estavam concentrados predominantemente na região sudeste e, aí, no Rio de Janeiro que por si só reunia 29% do total de odontólogos do quadro. Já entre os credenciados predominavam os gaúchos com larga margem sobre os demais, possivelmente como um reflexo do maior favorecimento neste particular ocorrido quando da gestão à testa da previdência de ministro proveniente do Rio Grande do Sul. Entretanto, a região Nordeste detinha proporcionalmente as maiores fatias no mercado de contratação de Sindicatos e de Entidades Filantrópicas, respectivamente com 32 e 39% do total de contratos com a previdência.

Ao analisarmos a produção, através da Tabela 14, cabe ressaltar preliminarmente a inviabilidade de assumir conclusões de conteúdo pelo simples exame desses números, considerando que ao nível local não há supervisão sobre a coleta e que os critérios de preenchimento são variáveis de acordo com cada prestador, estando fortemente sujeitos à influência de considerações predominantemente não clínicas, ou seja, de cumprimento do teto financeiro mensal.

De toda maneira, as seguintes constatações surgem a partir da comparação entre os diversos prestadores quanto ao volume total de serviços no decênio:

a)- o número de consultas e de procedimentos cresceu significativamente até 1984/85, mas a partir da implantação das mudanças na previdência em 86 começaram a decrescer atingindo em 1989 praticamente os mesmos patamares dos anos 1980/81;

b)- a rede pública, que no início da década responsabilizava-se apenas por 1/4 das consultas, chegou a 89 com mais da metade do total, num extraordinário crescimento devido principalmente ao privilegiamento dos órgãos públicos (repetindo o que ocorreu na área ambulatorial médica), à redução da presença dos credenciados e dos sindicatos, acrescido da diminuição da oferta de serviços na segunda metade da década;

c)- os serviços próprios diminuíram sua representatividade de maneira gradual e constante, num fenômeno que só a contar de 86 pode em parte ser explicado pela transferência de profissionais para os órgãos públicos conveniados;

d)- as faculdades de odontologia deram um salto na sua participação relativa sobre os serviços previdenciários por volta de 1982, quando se concretizaram os convênios em que o INAMPS numa tentativa de apoiar-las economicamente passou a pagar atividades extra-muros. Diversas escolas instalaram clínicas para atendimento à população, beneficiando-se bastante com os novos recursos advindos da previdência (em geral o pessoal era pago pelas verbas da própria escola), embora não se disponha de informações sobre possíveis impactos positivos dessa estratégia sobre a melhora dos níveis de saúde das comunidades abrangidas, o que reforça o conceito de que a ausência de programas claros de cobertura populacional e de prevenção termina por inutilizar ou descaracterizar muitos dos esforços e os gastos feitos;

e)- a diminuição da participação da rede privada, notadamente dos odontólogos credenciados e dos sindicatos que detém o maior volume de serviços nesse campo, aconteceu mais pela aplicação de tetos mais rígidos sobre a produção aceita e pelo não encaminhamento de tantos pacientes como antes aos consultórios particulares, do que pelo descredenciamento ou pelo rompimento de convênios. Como os orçamentos não aumentaram e como a política adotada foi de apoio à rede pública, os prestadores privados perderam gradativamente o interesse sobre uma instituição que já não tinha nem o poder nem os recursos dos anos sessenta e setenta;

f)- em 1981 a previdência ainda oferecia no ano uma consulta odontológica para cada 3,5 brasileiros, mas em 1989 esta relação passou a ser de 1:4,2. É uma linha de assistência tradicionalmente tida como precária, que se viu encolhida e que ao final deixou ainda mais desassistidos os que a utilizavam ou dela dependiam por escolha pessoal ou por absoluta falta de opções, contribuindo com sua parcela para os fortes aumentos de gastos pessoais com atenção odontológica conforme análise feita no tópico 5.3.

TABELA 13

NÚMERO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS E NÚMERO DE CONTRATOS
DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DE ACORDO COM
A REGIÃO E O ESTADO* - INAMPS, 1989

REGIÃO/ ESTADO	PRÓ- PRIO	CREDENC. (pessoa física)	CREDENC. (pessoa juríd.)	ORGAOS PÚBLI- COS	SINDI- CATO	ENTID. FILAN- TRÓP.	FAC. DE ODONT.	HOSP. UNIV.
NORTE**	90	44	27	7	61	1	3	2
AC	4	12	0	0	1	0	0	0
AM	25	1	5	1	13	1	2	1
PA	53	31	22	6	47	0	1	1
RO	8	...	...	...	...	...	...	...
NORDESTE	728	1147	49	179	834	119	6	2
AL	141	177	0	1	130	0	0	0
BA	84	192	13	24	238	29	1	0
CE	88	158	14	124	151	57	1	0
MA	42	58	2	0	71	0	0	0
PB	107	51	3	0	23	3	0	1
PE	156	78	7	4	26	10	1	0
PI	45	143	9	0	50	6	2	0
RN	38	218	1	26	74	14	1	1
SE	27	72	0	0	71	0	0	0
SUDESTE	1203	1271	157	763	775	155	18	17
ES	46	11	0	21	78	13	1	0
MG	159	891	3	648	406	63	6	1
RJ	734	163	34	53	109	32	10	9
SP	264	206	120	41	182	47	1	7
SUL	388	2066	28	333	762	11	6	3
PR	84	328	6	281	226	4	5	0
RS	152	1570	14	52	334	7	0	3
SC	152	168	8	0	202	0	1	0
C.OESTE	137	206	3	65	139	19	3	2
DF	30	3	0	0	0	3	1	1
GO	66	199	0	54	97	15	2	0
MS	21	0	0	11	26	0	0	1
MT	20	4	3	0	16	1	0	0
BRASIL	2546	4734	264	1347	2571	305	36	26

NOTA *: Próprios e Pessoas Físicas Credenciadas = número de profissionais

Demais = número de contratos ou convênios

** : Roraima incluída no Amazonas; Amapá no Pará e Tocantins em Goiás

Fontes: Bibliografias 46, 118

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS PROCEDIMENTOS E NÚMEROS
 TOTAIS DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SEGUNDO O
 PRESTADOR, NO PAÍS - INAMPS, 1980 A 1989

PRESTADOR	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
REDE PÚBLICA	24,48	27,58	29,38	34,13	36,33	37,82	44,50	48,57	49,54	53,31
PRÓPRIOS	16,05	14,37	13,32	12,39	10,96	10,15	8,70	7,76	6,38	6,40
ORG.GOVERN.	7,58	12,19	14,65	20,16	23,90	26,54	34,81	39,48	41,68	44,43
UNIVERSID.	0,85	1,02	1,41	1,58	1,47	1,13	0,99	1,33	1,48	1,48
REDE PRIVADA	75,52	72,42	70,62	65,87	63,67	62,18	55,50	51,43	50,46	47,69
CONTRATADA	24,08	23,50	21,99	17,70	16,90	16,03	15,42	15,77	16,18	15,60
ENT.FILANTR.	4,61	3,96	3,90	3,68	3,48	3,14	1,13	1,32	1,61	2,42
SINDICATOS	43,11	41,00	41,40	41,83	40,74	40,68	35,83	32,00	30,66	28,71
OUTROS CONV	3,72	3,96	3,33	2,66	2,55	2,33	3,12	2,34	2,01	0,96
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CONSULTAS (mil)	31517	35745	37051	38682	40649	39953	35089	35204	34614	34224
PROCEDIM. (mil)	56421	63990	66322	67883	72045	69879	61410	64250	67593	57571

Fontes: Bibliografias 119, 120.

:: 5.2.2. Postos de trabalho Ocupados em Odontologia

A Tabela 15 procura contabilizar o total aproximado de postos de trabalho por região e estado, em 1989, ocupados por Cirurgiões-Dentistas segundo a instituição empregadora ou responsável e o número de horas semanais contratadas, em instituições do setor público e em entidades para-oficiais como por exemplo o SESC e o SESC (46,47,85,118,119,140,153,154,155,169,183,201,214,217,223).

É evidente que não se pode falar em número de odontólogos e sim de postos de trabalho, uma vez que um profissional pode ocupar dois ou mais postos.

Os critérios utilizados estão descritos no Anexo I.

Os dados estão organizados em torno de oito grandes grupos institucionais: 1) INAMPS, 2) Fundação SESP, 3) Secretarias de Saúde e de Educação, 4) Prefeituras Municipais, 5) Outras (SESC, SESI, etc.), 6) Faculdades de Odontologia onde há profissionais prestando serviços nos convênios com a previdência social, 7) Sindicatos patronais e de trabalhadores e, finalmente, 8) os Credenciados pelo INAMPS.

No total, estima-se que em 1989 havia 40581 postos de trabalho ocupados por Cirurgiões-Dentistas no país, distribuídos regionalmente com preferência para as regiões sudeste (43%), sul e nordeste (em torno de 47% ambas), e menor ênfase para as regiões Centro Oeste (7%) e Norte (3%).

Considerando-se os profissionais teoricamente em atividade, tínhamos uma relação global de aproximadamente um emprego para cada dois profissionais (1:2,13), com uma variação forte entre os limites de 1:3,1 na região Sudeste para 1:1,3 no Sul e 1:1,2 no Nordeste (1:1,6 no Norte e 1:2,0 no Centro-Oeste).

As Prefeituras Municipais respondem pela maior oferta de postos de trabalho nas regiões Sudeste e Sul, ao passo que este papel cabe às instituições estaduais nas demais. Diferenças importantes podem ser observadas no que respeita à presença das municipalidades na prestação de serviços odontológicos à população, com um forte destaque para os estados economicamente mais fortes ou com maior tradição local ou comunitária, como é o caso de Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais.

No conjunto, estima-se que semanalmente teríamos no país a seguinte situação em termos de horas de trabalho disponíveis:

- 31326 postos de 20 horas = 626520 hs. ou 67% ;
- 6447 postos de 30 horas = 193410 hs. ou 21% , e
- 2794 postos de 40 horas = 111760 hs. ou 12% do total.

Assim, teríamos cerca de 931690 horas de trabalho dedicadas institucionalmente à atenção odontológica no Brasil, por

semana (Gráfico III), correspondendo a aproximadamente 27% do tempo total disponível dos 86598 odontólogos em atividade no país (estimativa com base em 40 hs. disponíveis por profissional por semana).

Esta situação não é compatível com aquela retratada no Capítulo 4.2, onde se viu que em 1989 nada menos que 27% das pessoas ocupadas ganhavam apenas um salário mínimo. Se considerarmos que um trabalhador que ganhe no máximo dois salários mínimos não tem condições de frequentar uma clínica particular de odontologia por absoluta incapacidade de remunerar os serviços de que necessita aos preços que lhe seriam cobrados, vemos que aproximadamente 2/3 dos trabalhadores não tem no Brasil condições reais de serem atendidos em clínicas privadas, nas quais concentra-se quase 3/4 do tempo de trabalho ofertado pelos Cirurgiões-Dentistas brasileiros.

Torna-se evidente, portanto, que o modelo de prestação de cuidados odontológicos adotado de forma predominante no país é incorreto pois na prática a grande maioria das pessoas a ele não tem possibilidade de acesso. Este não é, obviamente, um problema específico da área odontológica, pois afeta de maneira praticamente generalizada as demais profissões, todas elas inseridas no contexto da crise brasileira; não obstante, nela agudiza-se, inclusive em relação à prática médica básica, pois nesta a oferta de serviços públicos e para-oficiais é bem mais ampla.

Do total de horas semanais disponíveis para prestação de cuidados odontológicos sem custo direto à população, mais da metade - 52% - está concentrado nas clínicas das Secretarias de Saúde/Educação (28,7%) e das municipalidades (23,5%), seguindo-se pela ordem: 16,5% em outras instituições; 11,4% em profissionais credenciados em suas próprias clínicas; 11% em Sindicatos; 8,2% nos serviços próprios da previdência social e 0,7% na Fundação SESP.

Cada um desses prestadores de serviços tem suas regras de conduta, suas prioridades e seus modelos de trabalho, constituindo dentro do setor direta ou indiretamente dependente de recursos públicos o que se poderia denominar de um "não sistema". Até mesmo as divisões por áreas de influência ou de cobertura são por vezes obscuras, fazendo com que uma mesma pessoa possa ter direito a utilizar diversos serviços enquanto que muitas outras só tem uma possibilidade ou até mesmo nenhuma. Há empresas, por exemplo, que oferecem serviços de saúde como um salário indireto a seus empregados e as vezes às suas famílias. Mas os seus beneficiados continuam tendo acesso tanto aos serviços públicos ofertados pelas Secretarias de Saúde ou Educação de Estados e Municípios, quanto aos das entidades para-oficiais da sua área laboral (p.ex. SESI aos industriários, SESC aos comerciários), provocando múltipla cobertura de serviços para um mesmo indivíduo. Como a oferta global é limitada, muitos e muitos ficam sem qualquer tipo de assistência, provocando desequilíbrios e desigualdades fortes dentro do setor e particularmente no seio de cada comunidade.

O número de horas contratadas, no caso brasileiro, dificilmente corresponde ao número de horas efetivamente trabalhadas, sendo comuns as instituições onde vigora a estranha regra de que uma vez atendidos todos os pacientes marcados o profissional pode ir embora para casa ou para suas outras atividades. Nesses casos, os atendimentos são muitas vezes prestados de maneira impessoal e com muita rapidez, numa prática que é ainda mais comum entre os médicos. Chegar mais tarde e sair mais cedo constitui costume relativamente frequente, e um profissional poderá até mesmo receber pressões de colegas menos assíduos se decidir-se a cumprir com precisão seus horários de trabalho e a ocupar-se integralmente no tempo contratado com o efetivo atendimento da população que dele necessita; sob argumentos que vão desde os baixos salários que não justificariam tanto empenho, até o apelo a uma discutível "ética profissional" pela qual estariam sendo "prejudicados" os colegas que chegam mais tarde, saem mais cedo, etc. Instituições nas quais é necessário o cumprimento dos horários acordados nos contratos de trabalho, podem ser consideradas como exceções à regra no Brasil. Assim, na prática o tempo total disponível para efetivo atendimento de pacientes em instituições oficiais e para-oficiais é inferior ao tempo teoricamente contratado.

Não existem referências na literatura sobre quanto tempo é retirado da população que necessita atendimento por esta via, mas uma estimativa que aponte uma proporção entre 20 e 30% do tempo total como perdido certamente não estaria longe da realidade.

GRÁFICO III

OFERTA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS: HORAS SEMANAIS POR INSTITUIÇÃO BRASIL, 1989

TABELA 15

POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS POR CIRURGIÕES-DENTISTAS EM
INSTITUIÇÕES PÚBLICAS, PARA-OFICIAIS, CREDENCIAMENTOS E
EM CONVÊNIOS COM O INAMPS, SEGUNDO AS HORAS OCUPADAS NA
SEMANA. BRASIL, 1989.

REGIÃO/ ESTADO	INAMPS 30Hs	F.SESP 40 Hs	SES e SEC			P.MUNIC.			OUTRAS INST.		SINDIC. 20 Hs	CREDENC. 20 Hs	TOTAL
			20 hS	30 Hs	40 Hs	20 Hs	30 Hs	40 Hs	20 Hs	30 Hs			
NORTE*	90	39	347	105	158	127	36	8	150	92	122	103	1377
AM	29	14	283	0	0	90	0	4	97	18	28	24	587
PA	53	20	0	105	72	13	36	0	37	66	94	79	575
RO	8	5	64	0	86	24	0	4	16	8	0	0	215
NORDESTE	728	90	1944	1386	269	884	123	55	1315	140	1668	1252	9862
AL	141	9	159	0	16	17	0	0	39	4	260	177	822
BA	84	20	0	521	0	123	8	14	201	22	476	220	1689
CE	88	10	633	0	0	92	0	0	243	26	302	188	1582
MA	42	7	23	82	54	44	0	0	90	10	142	62	556
PB	107	10	628	0	0	160	15	0	76	8	46	58	1108
PE	156	11	0	570	0	143	10	6	356	39	52	93	1444
PI	45	8	368	0	0	151	0	0	101	10	100	162	945
RN	38	7	133	12	199	134	0	35	151	15	148	220	1092
SE	27	8	0	201	0	20	90	0	58	6	142	72	624
SUDESTE	1203	21	2244	667	1100	5400	215	346	2409	538	1550	1612	17305
ES	46	0	55	0	0	94	0	0	205	50	156	11	617
MG	159	16	722	100	81	1214	53	67	721	167	812	898	5010
RJ	734	5	800	0	0	629	0	9	656	129	218	237	3417
SP	264	0	667	567	1019	3463	162	270	827	192	364	466	8261
SUL	388	13	576	44	313	2530	126	76	1325	337	1524	2126	9384
PR	84	1	72	0	57	1386	0	8	501	116	452	341	3018
RS	152	10	254	43	218	664	74	0	594	148	668	1600	4425
SC	152	2	250	1	38	480	52	68	230	73	404	185	1941
C.OESTE	137	9	700	3	293	226	17	4	701	72	278	213	2653
DF	30	0	196	0	0	0	0	0	278	0	0	3	507
GO	66	3	386	3	9	104	0	0	216	0	194	199	1180
MS	21	4	27	0	263	62	12	4	87	68	52	0	600
MT	20	2	91	0	21	60	5	0	120	4	32	11	366
BRASIL	2546	172	5436	2157	2073	10097	541	547	6966	1441	5142	5306	40581

NOTA *: Acre e Roraima estão incluídos no Amazonas; Amapá no Pará e Tocantins em Goiás.

Fontes: Bibliografias 46,61,85,106,118,146,153,155,

169,175,201,214,217,222.

:: 5.2.3. Recursos Humanos de Nível Técnico e Auxiliar

As informações sobre o número de Técnicos de Higiene Dental (THD) e de Atendentes de Consultório Dentário (ACD) existente nos diversos estados são bastante precárias, principalmente sobre a última categoria e ainda sobre a variada gama de auxiliares sem formação específica que comumente trabalha nas clínicas odontológicas.

Segundo os dados obtidos através dos estudos da Divisão nacional de Saúde Bucal, do INAMPS e de alguns estados para o ano de 1989, cerca de 1320 THDs estavam em atividade no país, assim distribuídos: 73 na região Norte, 72 no Nordeste, 300 no Sudeste, 495 no Sul e 380 no Centro-Oeste. Sua presença era efetiva principalmente nos estados do Pará, Rondônia, Bahia, Piauí, Maranhão, Sergipe, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Distrito federal, com os maiores contingentes concentrados na capital da República, no Paraná, Rio de Janeiro, S. Paulo, Goiás, Pará e Mato Grosso do Sul (47,119,146,154,155,217,223). Uma instituição - o Serviço Social da Indústria - conta com um programa de âmbito nacional para treinamento e contratação de THDs em suas unidades^(218,219).

Apesar de que as profissões de THD e de ACD tenham sido oficialmente instituídas em 1975 pelo Ministério da Educação, sua expansão tem sido muito lenta dada a resistência da classe dos Cirurgiões-Dentistas, ciosa da reserva de mercado de que é detentora. As maiores barreiras na década de oitenta foram levantadas em São Paulo, onde entidades representativas dos odontólogos mostraram-se ativamente corporativistas e conservadoras a respeito da incorporação de pessoal de nível técnico à força de trabalho profissional^(67,79,179,180).

Aonde as Técnicas de Higiene Dental (em geral são do sexo feminino) vêm atuando, os resultados têm sido inteiramente satisfatórios tanto em termos de aumento de produtividade, quanto de redução de custos e aceitação por parte dos pacientes e das comunidades (33,46,47,136,140,155,169,171,203,207,214,216,223),.

O trabalho preventivo tem sido muito favorecido pela atuação do pessoal de nível técnico e auxiliar^(49,51,207).

: 5.3. Capacidade Instalada do Setor Público

Desde que a linha de produção e utilização de equipamentos odontológicos "simplificados" (tecnologicamente apropriados) surgiu em Brasília por volta do ano de 1976, gradativamente o setor público e outras instituições (o SESC do Distrito Federal foi pioneiro neste campo) adotaram este modelo levando-o a consolidar-se a nível nacional.

As clínicas modulares que combinam o trabalho de Cirurgiões-Dentistas, THDs e outros auxiliares, embora ainda representem uma fatia pequena do total de equipamentos instalados na área

institucional, podem ser vistas na grande maioria dos estados brasileiros.

A Tabela 16, que apresenta o total de equipos odontológicos existente nas clínicas do setor público e das entidades para-oficiais com base no estudo da DNSB e do INAMPS, deve ser encarada como uma aproximação parcial e não necessariamente completa da realidade, pois para algumas instituições como Prefeituras de cidades do interior p.ex. não foi possível coletar informações. Nos casos de São Paulo, Rio Grande do Sul e Santa Catarina o número de equipamentos foi estimado em função da quantidade de postos de trabalho^(47,118).

Para o total de 20477 equipos anotados como sendo aproximadamente a capacidade instalada no âmbito institucional, 1/5 localizava-se em São Paulo e 2/5 na região Sudeste.

TABELA 16
NÚMERO ESTIMADO DE EQUIPOS ODONTOLÓGICOS
NA ÁREA INSTITUCIONAL, POR ESTADO, 1989.

ESTADO E REGIÃO	INAMPS (Próprios)	OUTRAS INST. PUBL. E PARA-OFICIAIS	TOTAL
NORTE	52	639	691
AC	...	...	...
AM	17	335	352
AP	-	29	29
PA	29	152	181
RO	-	92	92
RR	-	31	31
NORDESTE	326	4175	4501
AL	35	193	228
BA	47	593	640
CE	45	517	562
MA	10	454	464
PB	44	590	634
PE	79	755	834
PI	23	410	433
RN	20	353	373
SE	23	310	333
SUDESTE	541	8025	8566
ES	18	215	233
MG	112	2310	2422
RJ	246	1300	1546
SP	165	4200	4365
SUL	241	3763	4004
PR	53	1345	1398
RS	86	1608	1694
SC	102	810	912
C.OESTE	146	1329	1475
DF	19	350	369
GO	92	476	568
MS	14	320	334
MT	21	183	204
BRASIL	1306	17931	19237

Fontes: Bibliografias 46, 118.

6. GASTOS COM SAÚDE

No Brasil, o setor saúde tem pouca tradição no trabalho com os aspectos relacionados ao financiamento dos seus serviços, tanto que foi só a partir da segunda metade da década de setenta que o tema começou a ganhar algum destaque nas discussões promovidas pela área pública. Na VIII Conferência de Saúde⁽⁶⁶⁾ o tema financiamento chegou a ser incluído como um dos tópicos principais de análise, consolidando o seu gradativo avanço em termos das prioridades internas da área. Atualmente, as informações disponíveis nas áreas oficiais ainda são restritas e englobam, com maior precisão, os gastos federais aí se incluindo o ator principal que é a previdência social através do INAMPS.

Recentemente a Fundação IBGE deu a conhecer os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares⁽¹⁰⁷⁾ realizada nas Regiões Metropolitanas (R.M.) de Belém, Recife, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além das cidades de Brasília e Goiânia, fornecendo dados sobre despesas familiares com saúde distribuídas segundo os rendimentos em Pisos Salariais (P.S.).

Com base nesses estudos, combinados com informações disponíveis na literatura^(30,44,113,114,147,148,149,202,231) e na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio de maior atualidade⁽¹⁰⁹⁾ quanto às estratificações populacionais por classes de renda, torna-se possível compor um quadro aproximado dos gastos institucionais e pessoais com saúde geral e em particular com saúde bucal no Brasil, por regiões e para o ano de 1989.

Este capítulo representa um esforço no sentido de produzir este quadro global dos dispêndios em saúde, mesmo reconhecendo não ser possível desenvolver um processo de exatidões matemáticas em um universo tão vasto como é o setor saúde brasileiro.

No Anexo II estão descritos os critérios e inferências adotados para as estimativas dos gastos pessoais e no Anexo III para os gastos institucionais.

Calcula-se que no ano de 1989 a partir de todas as fontes, públicas e privadas, o Brasil despendeu em torno de 22,9 bilhões de dólares com saúde, dos quais 2,4 bilhões em cuidados odontológicos, o que corresponde a uma despesa **per capita** de 158,80 e de 16,60 dólares respectivamente.

Estes números ao serem comparados com os dados da PNAD de 1981 revelam um significativo crescimento no volume total de gastos com saúde, tanto públicos quanto privados. Naquele ano as despesas totais com saúde alcançaram o montante de cerca de US\$ 13,0 bilhões, correspondendo à área de saúde bucal em torno de 557,2 milhões de dólares⁽¹⁷⁹⁾. Este é um indicador que de um lado pode ser interpretado como a concretização do caráter compensatório que cabe ao setor saúde durante os períodos de crise econômica e, de outro, como um reflexo da maior capacidade de influência do "marketing" privado que efetivamente conseguiu vender mais serviços em plena

fase recessiva, expandindo principalmente a linha de captação de recursos via seguros-saúde.

No âmbito específico da odontologia constatou-se um crescimento relativo superior ao verificado nos gastos globais com saúde, destacando-se o forte avanço dos gastos pessoais com tratamento clínico como consequência provável da manutenção de níveis muito elevados de doenças bucais e da ainda insuficiente e pouco efetiva rede de serviços públicos.

: 6.1. Gastos Pessoais em Saúde Geral

Os gastos anuais das famílias, em dólares, nas nove R.M., em Brasília e em Goiânia, com saúde geral e com "tratamento dentário", estratificados segundo os rendimentos em P.S., estão na Tabela 17(107).

Nas três R.M. nordestinas situam-se os mais reduzidos padrões de gastos, destacando-se no polo oposto as duas capitais estudadas na região Centro Oeste e as R.M. de São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

De maneira geral, as despesas são maiores nas faixas mais altas de renda, fenômeno que se repete quando se observa a representatividade dos gastos com odontologia em relação ao total em saúde.

Os extremos, segundo a Tabela 17, situam-se na R.M. de Recife onde uma família destina em média 279 dólares ao ano para atendimento em saúde e 20 dólares para cuidados dentários, e na cidade de Goiânia onde essas cifras são respectivamente de 626 e de 130,5 dólares.

A menor participação proporcional das despesas com odontologia verifica-se na faixa de mais de 3 até 5 P.S. em Belém com apenas 1,61%, embora vários outros grupos de baixa renda (à exceção de Brasília e da R.M. de Belo Horizonte) apresentem percentuais semelhantes em todo o país.

De acordo com a Tabela 18, estima-se em US\$ 10,7 bilhões de dólares o volume total de dispêndios pessoais com saúde no país para o ano de 1989(107,109,127,128,231). Cerca da metade do movimento é feito na região sudeste (55,6%), concentrando-se aproximadamente 1/5 na região sul (20%), outro 1/5 nas regiões nordeste (12,6%) e centro-oeste (8,2%) e o restante na região norte (3,6%).

Em torno de 53% dos gastos ocorrem nas Regiões Metropolitanas, 37% nas demais cidades e 10% na zona rural, o que corresponde às relações observadas na PNAD/88(109) quanto à apropriação de renda.

O gasto per capita é semelhante nas regiões sudeste, sul e centro-oeste onde varia de 93 a 99 dólares, mas cai significativamente no nordeste onde é de apenas 33 dólares em média e no norte onde não chega a 49 dólares. Relativamente, as cifras mais elevadas encontram-se nas capitais da região centro-oeste e as

mais ínfimas na zona rural nordestina onde cada habitante despende ao ano somente 17 dólares com saúde. A média nacional para a zona rural não chega a 29 dólares por pessoa.

Quanto à distribuição para o volume global de despesas, temos: Medicamentos US\$ 3,52 bilhões ou 32,8%; Tratamento Dentário US\$ 1,68 bilhão ou 15,6%; Seguro-Saúde US\$ 1,17 bilhão ou 10,9%; Consulta Médica US\$ 800 milhões ou 7,4%; Óculos e Lentes US\$ 610 milhões ou 5,7%; Hospitalização US\$ 460 milhões ou 4,3% e Outros Gastos US\$ 2,5 bilhões ou 23,3%. Cinco pontos podem aqui ser destacados:

- a) o volume relativamente alto dos dispêndios totais, em torno de US\$ 10,7 bilhões, que supera bastante estimativas anteriores e as cifras contabilizadas em 1981;

- b) a destacada representatividade das despesas com medicamentos que atinge cerca de 1/3 do total;

- c) a importância que assumem em cada família e para cada pessoa as despesas com cuidados odontológicos, os quais por si só consomem 15,6% dos recursos destinados à saúde;

- d) a forte expansão do ramo de seguro-saúde, que ao início da década sequer aparecia nas estatísticas dada sua pequena relevância. Esta, aliás, parece ser a explicação mais plausível principalmente para a pequena participação dos gastos com hospitalização, os quais estariam sendo absorvidos na conta do seguro-saúde. Cabe lembrar que é exatamente no campo das internações hospitalares e das consultas médicas básicas que a presença do setor público direto e do INAMPS em suas diversas modalidades de prestação de serviços à população se faz notar com maior força, fazendo com que as pessoas efetivamente tenham menores despesas com essas ações;

- e) a presença significativa do item "outros gastos", respondendo por cerca de 23% do total, e que reúne uma vasta gama de serviços médicos e para-médicos formais ou não, por exemplo nas áreas de fisioterapia, reabilitação, estética, entre outras.

TABELA 17

GASTOS ANUAIS FAMILIARES COM SAÚDE E COM TRATAMENTO
DENTÁRIO SEGUNDO O NÍVEL DE RENDIMENTOS, NAS REGIÕES
METROPOLITANAS, BRASÍLIA E GOIÂNIA

RM/CIDADE	TIPO DE GASTO	TOTAL	(em dólares)									
			RENDIMENTOS FAMILIARES POR PISOS SALARIAIS									
			ATE 2	+2 a 3	+3 a 5	+5 a 6	+6 a 8	+8 a 10	+10 a 15	+15 a 20	+20 a 30	+ de 30
BELÉM	Saúde	408,48	80,89	93,47	167,84	192,78	243,11	328,27	432,53	548,24	905,05	1460,26
	Trat.Dent.:	42,69	2,47	7,19	2,70	11,46	13,93	35,28	21,57	81,79	114,59	204,69
	%	10,45	3,05	7,69	1,61	5,94	5,73	10,75	4,99	14,92	12,66	14,02
FORTALEZA	Saúde	289,85	34,83	55,05	97,07	129,65	208,51	214,58	466,68	485,78	628,46	1496,43
	Trat.Dent.:	33,93	1,12	1,57	3,15	8,31	24,72	19,32	42,92	61,12	66,06	235,47
	%	11,71	3,32	2,85	3,24	6,41	11,85	9,00	9,20	12,58	10,51	15,73
RECIFE	Saúde	279,06	48,53	63,36	99,31	152,56	189,86	228,96	319,06	650,93	691,82	1268,82
	Trat.Dent.:	20,22	4,27	1,35	2,47	12,81	5,39	17,53	21,12	73,25	93,92	76,17
	%	7,25	8,80	2,13	2,49	8,40	2,84	7,66	6,62	11,25	13,58	6,00
SALVADOR	Saúde	300,63	64,04	93,70	115,27	129,42	186,72	224,69	257,04	383,10	473,65	1372,85
	Trat.Dent.:	39,99	1,57	2,25	9,44	5,17	6,52	53,48	17,08	57,52	75,27	235,02
	%	13,30	2,45	2,40	8,19	3,99	3,49	23,80	6,64	15,01	15,89	17,12
B.HORIZONTE	Saúde	409,16	90,55	124,70	188,74	164,92	241,09	353,21	328,27	466,90	999,64	1530,14
	Trat.Dent.:	92,80	14,83	16,63	33,03	22,02	51,23	141,78	74,15	101,78	222,22	355,91
	%	22,68	16,38	13,34	17,50	13,35	21,25	40,14	22,59	21,80	22,23	23,26
R.JANEIRO	Saúde	340,63	65,16	73,02	138,18	194,58	188,96	276,37	312,32	484,66	586,89	1362,52
	Trat.Dent.:	50,33	1,80	2,47	19,77	13,26	26,74	25,84	48,98	97,74	175,48	151,89
	%	14,83	2,76	3,38	14,31	6,81	14,15	9,35	15,68	20,17	29,90	11,15
SÃO PAULO	Saúde	505,55	120,43	168,29	155,71	153,69	257,94	288,50	402,87	676,76	966,39	1379,59
	Trat.Dent.:	82,91	2,25	18,87	14,60	15,05	62,01	64,71	82,24	107,40	148,74	210,31
	%	16,40	1,87	11,21	9,38	9,79	24,04	22,43	20,41	15,87	15,39	15,24
CURITIBA	Saúde	503,75	102,46	195,93	154,36	154,59	275,69	602,84	479,04	708,67	831,13	1532,38
	Trat.Dent.:	100,21	4,27	11,91	27,41	14,60	32,13	50,11	78,64	207,61	184,47	379,72
	%	19,89	4,17	6,08	17,76	9,44	11,65	8,31	16,42	29,30	22,19	24,78
P.ALEGRE	Saúde	427,81	77,29	104,70	144,70	140,21	221,99	255,25	332,09	544,87	853,37	1901,32
	Trat.Dent.:	55,27	1,80	3,59	14,83	5,84	24,27	48,53	52,80	76,39	234,35	136,16
	%	12,92	2,33	3,43	10,25	4,16	10,93	19,01	15,90	14,02	27,46	7,16
BRASÍLIA	Saúde	494,32	116,39	107,85	174,36	142,68	240,42	256,60	392,31	486,00	720,80	1320,28
	Trat.Dent.:	130,09	49,88	26,29	21,34	48,98	36,40	66,73	104,70	137,73	183,12	367,82
	%	26,32	42,86	24,38	12,24	34,33	15,14	26,00	26,69	28,34	25,40	27,86
GOIÂNIA	Saúde	626,43	97,07	302,12	231,43	253,67	286,25	594,08	569,59	639,24	961,00	1846,72
	Trat.Dent.:	130,54	1,80	49,21	32,13	35,50	23,59	70,55	191,66	186,27	226,71	362,87
	%	20,84	1,85	24,23	13,88	13,99	8,24	11,87	33,65	29,14	23,59	19,65

Fontes: Bibliografias 16,107

TABELA 18

GASTOS PESSOAIS ESTIMADOS COM ATENÇÃO A SAÚDE GERAL
SEGUNDO A REGIÃO E A ZONA DE RESIDÊNCIA-BRASIL, 1989

REGIÃO	R.M. E CAPITAIS		DEMAIS CIDADES		RURAL		TOTAL	
	GASTO PER CAP	GASTO TOTAL (US\$ mil)	GASTO PER CAP	GASTO TOTAL (US\$ mil)	GASTO PER CAP	ASTO TOTA (US\$ mil)	GASTO PER CAP	GASTO TOTAL (US\$ mil)
NORTE	79,32	184181	55,52	111706	24,59	87393	48,59	383280
NORDESTE	61,73	625572	33,33	418858	17,28	312129	33,28	1356559
SUDESTE	109,44	3645227	88,65	2066875	33,93	263874	92,79	5975976
SUL	123,37	716039	116,40	1065060	53,48	361739	98,67	2142838
C.OESTE	126,68	505453	88,68	300714	39,27	78304	94,34	884471
BRASIL	102,17	5676472	78,58	3963213	28,92	1103439	74,53	10743124

Fontes: Bibliografias 107,109,127,128.

: 6.2. Gastos Pessoais com Atenção Odontológica

Cada brasileiro despendeu, em média, do próprio bolso, cerca de 11,63 dólares no ano de 1989 com "tratamento dentário" e isto representou um movimento total de US\$ 1.677.124.000,00 no país, segundo a Tabela 19(44, 47, 52, 54, 105, 107, 113, 114, 118, 119, 120, 147, 1149, 217, 223).

Se considerassemos os 86598 Cirurgiões-Dentistas em atividade naquele ano, teríamos um rendimento bruto médio a partir dessa fonte de 1614 dólares mensais por profissional. Na prática há grandes diferenças entre profissionais e entre regiões, além de uma apropriação de recursos muito significativa por parte da indústria odontológica, que também retira sua sobrevivência deste montante.

55% das despesas acontecem nas R.M. e capitais; 36% nas localidades do interior e apenas 9% na zona rural, mostrando que os gastos odontológicos são ainda mais recessivos que os gastos gerais com saúde e que a distribuição global de rendimentos, ao concentrarem-se com maior intensidade nos principais centros urbanos e ao deixar as populações camponesas mais desassistidas.

Este fenômeno se repete em relação às regiões. Segundo a Tabela 20, por exemplo no Nordeste onde está 28% da população, concentram-se somente 15% dos rendimentos, 13% dos gastos totais em saúde e 12% dos gastos em odontologia; ao passo que por exemplo na região Centro-Oeste estas proporções são respectivamente de 6,5% - 8% - 8% e 13%. Em saúde as perdas das regiões Norte e Nordeste terminam por ajudar as demais, num desequilíbrio que - se realmente não consegue beneficiar as populações economicamente melhor situadas devido em boa parte aos baixos níveis de eficiência com que trabalha o setor - tem efeitos desastrosos sobre os menos favorecidos, pois diminui o acesso a serviços que lhes são ainda mais essenciais pelas severas condições econômicas que enfrentam.

Em saúde bucal há importantes diferenças no comportamento das áreas pública e privada quanto aos recursos movimentados nas cinco regiões em que se divide o país. O Norte e o Nordeste são prejudicados em todos os casos, mas a penalização é bem maior no caso dos serviços privados, os quais na prática comportam-se de maneiras a evitar as comunidades de menor poder aquisitivo, privilegiando em consequência os centros financeiramente mais abonados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

TABELA 19

GASTOS PESSOAIS ESTIMADOS COM ATENÇÃO ODONTOLÓGICA
SEGUNDO A REGIÃO E A ZONA DE RESIDENCIA - BRASIL, 1989

REGIÃO	R.M. E CAPITAIS			DEMAIS CIDADES			RURAL			TOTAL		
	GASTO PER CAP	POPUL. (mil)	GASTO TOTAL (US\$ mil)	GASTO PER CAP	POPUL. (mil)	GASTO TOTAL (US\$ mil)	GASTO PER CAP	POPUL. (mil)	GASTO TOTAL (US\$ mil)	GASTO PER CAP	POPUL. (mil)	GASTO TOTAL (US\$ mil)
NORTE	8,29	2322	19249	5,80	2012	11670	2,57	3554	9134	5,08	7888	40053
NORDEST	6,73	10134	68202	3,63	12567	45945	1,88	18063	33958	3,63	40764	148105
SUDESTE	18,05	33308	601209	14,62	23315	340865	5,60	7777	43551	15,30	64400	985625
SUL	19,59	5804	113700	14,50	9150	132675	6,66	6764	45048	13,42	21718	291423
C.OESTE	30,35	3990	121096	21,25	3391	72059	9,41	1994	18763	22,60	9375	211918
BRASIL	16,62	55558	923456	11,96	50435	603214	3,94	38152	150454	11,63	144145	1677124

Fontes: Bibliografias 5,16,107,109,127,128.

TABELA 20
PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DAS REGIÕES SOBRE A
RENDIA, POPULAÇÃO, GASTOS PESSOAS COM SAÚDE
GERAL E SAÚDE BUCAL - BRASIL, 1989

REGIÃO	RENDIMENTOS TOTAIS	POPULAÇÃO	GASTOS COM SAÚDE GERAL	GASTOS COM SAÚDE BUCAL		
				TOTAL	PUBL.	PRIV.
NORTE	4,82	5,47	3,57	2,64	3,21	2,39
NORDESTE	15,39	28,28	12,63	11,63	17,98	8,83
SUDESTE	57,01	44,68	55,63	55,41	47,79	58,77
SUL	15,09	15,07	19,94	19,44	24,12	17,38
C.OESTE	7,69	6,50	8,23	10,88	6,90	12,63

Fonte: Dados das Tabelas 16 e 17

: 6.3. Gastos Institucionais e Totais em Saúde Bucal

O sub-setor institucional pode ser dividido, para efeitos de apropriação de gastos, em seis grandes blocos: I) a previdência social, englobando os serviços próprios do INAMPS, os profissionais e empresas credenciadas, os sindicatos e o que é pago aos órgãos públicos contratados; II) as Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação, que reúnem os cuidados prestados em centros e postos de saúde e nas escolas; III) as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação; IV) Outras Instituições, reunindo um leque que vai desde os Serviços Sociais da Indústria e do Comércio (SESI, SESC) até unidades próprias ou contratadas em polícias, fundações e outras instituições direta ou indiretamente custeadas com recursos públicos; V) Ministério da Saúde, que compreende os gastos da Divisão Nacional de Saúde Bucal e da Secção de Saúde Oral da Fundação SESP; VI) a manutenção dos sistemas de fluoretação da água em 1222 localidades em todo o país.

A exemplo dos dados referidos nos dois tópicos anteriores, os critérios aqui empregados estão descritos no Anexo III.

Do conjunto de estimativas feitas com base no número de serviços, recursos humanos e contratos apresentados no Capítulo 5.2, tornou-se possível construir a Tabela 21 na qual estão condensados os gastos para os seis grandes blocos, segundo a região e incluindo um detalhamento para as quatro sub-divisões relativas aos gastos previdenciários.

Até onde é possível conhecer a contabilidade setorial, na Tabela 21 não há dupla contagem de recursos aplicados, uma vez que nas colunas correspondentes às Secretarias Estaduais e Municipais constam apenas os quantitativos provenientes dos cofres estaduais e municipais; o que é transferido pela previdência social para essas Secretarias está computado na coluna "INAMPS/Órgãos Públicos".

Assim, temos que através das instituições oficiais e para-oficiais foram utilizados para prestação de cuidados à saúde bucal da população em 1989, em torno de US\$ 711,3 milhões. Deste montante, somente US\$ 9,6 milhões destinaram-se à prevenção coletiva da cárie dental através da fluoretação da água de abastecimento público, que era o método de escolha a nível nacional alcançando cerca de 64 milhões de pessoas.

A soma dos recursos institucionais com os dispêndios pessoais resulta num montante de US\$ 2,4 bilhões de dólares para atender despesas relacionadas à saúde bucal no Brasil durante o ano de 1989.

Mesmo reunindo os serviços prestados em suas quatro modalidades principais, o INAMPS participa com pouco menos de 8% (junto com o Ministério da Saúde chega a 8,8%) do custeio das atividades odontológicas a nível nacional, o que é praticamente o mesmo que cabe às Secretarias Municipais e Estaduais, mas bastante inferior ao que é pago do próprio bolso pelas pessoas (70% do total), como mostra o Gráfico VI.

Existem várias análises possíveis a partir do conteúdo da Tabela 21, procurando-se nos itens abaixo limitar a discussão aos enfoques mais relevantes sobre cada bloco institucional e suas interrelações.

a) - apesar da gradual e significativa redução do papel das unidades próprias no volume de serviços produzidos ou custeados pelo INAMPS (vide Tabela 14), elas ainda detêm a fatia predominante com 40% dos dispêndios previdenciários em odontologia. Isto se deve a duas razões principais, quais sejam a baixa remuneração dos serviços contratados e os comparativamente altos salários pagos ao pessoal próprio que envolvem adicionalmente gastos com manutenção de clínicas e com encargos sociais;

b) - os profissionais credenciados pela previdência diminuíram sua participação tanto no aspecto produtivo quanto nos gastos da instituição, limitando-se a captar 17% dos recursos num percentual que coincide que a proporção de serviços prestados em 89. Ao contrário dos demais prestadores, os credenciados concentram suas atividades e seus ganhos principalmente nas regiões sul e sudeste;

c) - os sindicatos urbanos e rurais, que também perderam importância para o INAMPS a partir de 1986, chegaram ao final da década com uma execução em torno de 29% dos serviços e uma captação de 15% dos recursos. Uma explicação possível para essa discrepância de números está na não fixação de tetos pelo INAMPS para a produção e custeio dos sindicatos, o que pode tê-los induzido a apresentar faturas com super-produção artificial de serviços na esperança de receber mais. Das três regiões com maiores contingentes de população rural, os sindicatos aparecem com alguma significância somente no nordeste, num sintoma a mais da descaracterização dos serviços voltados para os camponeses ocorrida desde a extinção do FUNRURAL;

d) - não obstante o célere aumento, na década, de recursos concedidos ao financiamento dos órgãos públicos pela previdência, os 45,6 milhões de dólares destinados às Secretarias de Saúde e Educação dos estados e municípios significaram tão somente a undécima parte do que foi por estas aplicado em atenção odontológica no ano. O fato de que, no universo previdenciário, os órgãos públicos tenham executado cerca de 44% dos serviços e faturado 25% do orçamento específico reflete principalmente a baixa remuneração praticada, embora não se possa descartar a possibilidade de imprecisões ou mesmo de superestimativas nos dados de produção, na esperança de que pudessem ser pagos os excedentes aos tetos praticados pelo INAMPS (as entidades públicas tiveram desde 86 seus limites expandidos mas as restrições orçamentárias terminaram, ainda que de forma mais favorável, por impor tetos nos pagamentos);

e) - no desempenho financeiro do âmbito estadual cabe destacar a predominância das regiões Sudeste e Nordeste em consequência do elevado número de profissionais contratados no primeiro caso pelas Secretarias de São Paulo e também do Rio e de Minas e, no segundo caso, do Ceará, Pernambuco e Paraíba principalmente. Todas as

unidades federadas investem na prestação de cuidados odontológicos à população, estando as variações observadas na Tabela 21 mais ligadas à capacidade econômica de cada uma do que a influências artificiais como por exemplo no caso dos serviços previdenciários;

f) - as municipalidades deram um grande salto na sua representatividade dentro do setor público desde que se manifestou a tendência a seu favor em 86, confirmada quando da aprovação do texto constituinte em 88. A presença de prefeituras economicamente fortes nos três maiores estados do Sudeste e também no Sul condicionam a presença de gastos bem mais elevados nestas duas regiões em relação às demais, prevendo-se que esta situação não deverá ter mudanças significativas durante a década de noventa. Se em relação ao total de recursos os municípios participaram com 7,8% do financiamento em 89, no caso particular da região Nordeste esta proporção limitou-se a 4,4%, fixando-se em 5,2% no Centro-Oeste e em 3,8% no Norte.

g) - no âmbito das "outras instituições", que abrange um extenso leque de entidades, destacam-se por estarem presentes na maioria dos estados, o Serviço Social da Indústria com 2036 Cirurgiões-Dentistas contratados em seus vinte e cinco Departamentos Regionais e o Serviço Social do Comércio. Na prática, têm peso quase similar ao dos outros três grandes do setor público, com a particularidade de que os seus maiores gastos acontecem na região Sul;

h) - reunidos, os dispêndios da Divisão Nacional de Saúde Bucal (US\$ 13,1 milhões) e da Fundação SESP (US\$ 6,5 milhões) representaram somente 0,8% dos gastos totais e 2,6% dos institucionais em 89. Embora limitados, constituem um bom exemplo de redistribuição de investimentos, ao privilegiarem nitidamente as regiões Nordeste e Norte. Acrescente-se ainda que parte desses recursos foram utilizados no custeio de um extenso programa preventivo nos estados;

i) - o ínfimo custo relativo da linha de prevenção da cárie dental através da fluoretação da água de consumo público (cerca de US\$ 0,15 por habitante) fica ainda mais claro quando se vê que a manutenção desta medida significou no ano 0,4% do total e 1,3% do orçamento institucional, além de não onerar na maioria dos estados o setor saúde já que sua implementação cabe essencialmente às companhias de abastecimento d'água;

j) - a relação entre gastos públicos e privados, na área odontológica, é de 3:7, num claro indicativo do caráter privado deste sub-sistema num país onde a maior parte da sua população não dispõe de recursos para frequentar consultórios particulares. Isto ocorre devido à forte influência das clínicas privadas nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, compensando com sobras a quase igualdade verificada no Nordeste onde 45% dos recursos têm origem institucional. Como se pode depreender através da Tabela 21, um dos principais problemas relacionados à perversa distribuição regional dos recursos aplicados pela nação em saúde bucal situa-se na grande

concentração de capitais privados nos núcleos urbanos de mais alta renda do Sudeste e do Centro-Oeste.

: 6.4. Análise Conjunta

Na década de oitenta houve um significativo aumento no volume total de gastos com saúde geral, que passou aproximadamente de 13 em 1981 para 22 bilhões de dólares em 1989. Apesar do crescimento da base financeira, os serviços sofreram uma inegável deterioração na ponta da rede, crescendo em paralelo as desconfianças e as descrenças da população para com os profissionais de saúde, mormente os da área médica. Este parece ser o resultado de um processo de crescimento desordenado, no qual instituições tradicionais foram desestabilizadas sem a implantação de um modelo que pudesse dar melhores resultados com certa rapidez.

No setor público a grande expansão deu-se ao nível local, o que se espera será muito benéfico a médio prazo. Mas o movimento de municipalização não tem conseguido transformar-se em um processo ordenado e sólido, continuando muito dependente dos repasses federais. A luta pelos recursos, particularmente os provenientes das transferências do INAMPS, tem consumido a maior parte das energias dos municípios. O modelo de prestação de cuidados à população não mudou na grande maioria dos municípios. O modelo tradicional implantado pelo INAMPS continua vigente. Em muitos estados e municípios, as Secretarias de Saúde continuam débeis ao ponto de muitas vezes perderem para outras finalidades as verbas que lhe são repassadas. Assim, parte significativa dos recursos continuam não conseguindo chegar ao seu destino final, ou seja, à população. As lutas internas entre estados e municípios ou entre ambos e o governo federal, nem sempre se limitam às particularidades do setor saúde e com frequência são submetidas aos interesses maiores de ordem política ou econômica; em consequência nos últimos anos o processo de transferência ordenada de atribuições, programas, etc. para o poder municipal, que em grande parte deveria caber aos governos federal e dos estados, tem sido prejudicado ao ponto de transformar-se em um voluntarismo que desfavorece nitidamente as localidades menores ou com menor tradição no setor.

Os gastos privados também cresceram bastante, com destaque desta feita para a modalidade de seguros-saúde na forma principalmente de contratos coletivos via empresas, ou seja, como salários indiretos subsidiados por descontos do imposto de renda.

Ainda pouco influenciada pelos seguros (embora as formas de pré-pagamento estejam em forte processo de expansão mormente nas capitais de maior porte, tem pequeno peso no movimento financeiro total da área odontológica), o grande aumento de gastos privados com assistência odontológica deu-se em essência através da prática liberal tradicional, a qual continua predominante.

Na comparação com os dados de 81⁽¹⁰⁸⁾, os dispêndios nacionais com odontologia passaram de 557 milhões para 2,4 bilhões de dólares entre 81 e 89, mas é provável que os recursos aplicados em 81 pelos

municípios estivessem subestimados devido às severas dificuldades em obter informações adequadas à época. De qualquer maneira, não há como negar um extraordinário alargamento na participação municipal no plano da assistência odontológica à população. Ao que tudo indica, no processo gradativo de municipalização ocorrido no último decênio, as administrações locais - em geral sem tradição no fornecimento de cuidados médicos especializados e de hospitalização à população - enfatizaram muito os serviços odontológicos, até mesmo pela relativa simplicidade e facilidade de implementação de um tipo de serviço que certamente era desejado pela comunidade.

GRÁFICO IV
GASTOS PUBLICOS E PRIVADOS EM SAUDE BUCAL - BRASIL 1989
 (Em US\$ milhoes)

☐ OUTRAS INSTIT.	☒ PREF. MUNIC.	☒ SEC. SAUDE E EDUC.
☒ INAMPS E FSESP	☐ GASTOS PESSOAIS	

TABELA 21
GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS EM SAÚDE BUCAL
SEGUNDO A FONTE DE DESPESAS E A REGIÃO - BRASIL, 1989 (em US\$ milhões)

REGIÃO	INAMPS				SEC.SAÚDE/ EDUCAÇÃO	MUNI- CÍPIOS	OUTRAS INSTIT.	MINIST. SAÚDE	FLUORET. ÁGUA	TOTAL PÚBLICO	GASTOS PESSOAIS	TOTAL
	PRÓPRIO	CREDENC.	SINDIC.	ÓRG.PÚBL.								
NORTE	2491	581	867	237	9771	2406	3557	3563	134	23607	40053	63660
NORDEST	20149	7066	1840	6062	47039	12430	17923	10045	1230	123784	148105	271889
SUDESTE	33295	9098	11001	25839	86271	101792	58912	2946	6047	335201	985625	1320826
SUL	10739	12000	10823	11277	23015	56120	40169	1592	1629	167364	291423	458787
C.OESTE	3792	1202	1967	2201	21118	14105	14938	1434	560	61317	211918	273235
BRASIL	70466	29947	26498	45616	187214	186853	135499	19580	9600	721273	1677124	2398397

Fontes: Bibliografias 30,44,47,107,113,114,118,119.

7. A QUESTÃO EPIDEMIOLÓGICA

: 7.1. O Levantamento Epidemiológico Nacional

:: 7.1.1. Síntese

O "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986" realizado pelo Ministério da Saúde com recursos do FINSOCIAL e apoio técnico do IPEA, serve de base para as estimativas feitas neste trabalho⁽³⁴⁾.

Trata-se do único estudo de nível nacional já levado a efeito no Brasil, com uma amostragem confiável e uma metodologia uniforme. Foi feito com o objetivo geral de conhecer os níveis de prevalência dos principais problemas odontológicos na zona urbana e fornecer subsídios para a implantação de um programa nacional de saúde bucal (BRASIL, 1988).

Quatro problemas foram estudados - cárie dental, doenças periodontais, uso e necessidades de prótese total (dentaduras) e procura por atendimento odontológico -, abrangendo dez grupos etários: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos.

Considerando a possível imprecisão de resultados na fase da dentição mista e a não aplicabilidade de índices de prótese em crianças, os problemas periodontais e protéticos só foram estudados nos grupos de adolescentes e adultos, ou seja, a partir dos 15 anos.

Os dados estão estratificados por renda familiar (0 a 2, 3 e 4, 5 e mais salários-mínimos) para as cinco grandes regiões em que se divide o país: sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste. 25.407 pessoas foram examinadas em dezesseis capitais brasileiras, sendo estas cidades consideradas como representativas da situação epidemiológica da população urbana, uma vez que os estudos disponíveis principalmente em crianças não mostravam diferenças consistentes nos índices de doença de pessoas residentes em capitais e em cidades do interior.

Compuseram o estudo: (a) Índice de Ataque de Cárie Dental - CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), (b) Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal-ICNTP (ou "CPITN = Community Periodontal Index for Treatment Needs), (c) Índice de Necessidade e Uso de Prótese Total. Além disto, cada pessoa examinada respondia se procurara ou não atendimento odontológico no último ano.

A seleção da amostra incluiu de um lado estabelecimentos de ensino de 1o. e 2o. grau e, de outro lado, domicílios residenciais selecionados a partir dos setores censitários utilizados pelo IBGE. Os exames efetivaram-se em escolas e em residências.

Um extraordinário volume de informações - mais de quinhentos mil dados no total - foi colocado à disposição dos profissionais brasileiros nesse estudo. Alguns dos enfoques adotados assumiram

conotações de ineditismo em termos de saúde pública: a inclusão de adolescentes e adultos, a adoção do ICNTP, o estudo dos problemas ligados à prótese, a segmentação regional e a unidade nacional, além da estrita comparabilidade com dados internacionais trabalhados pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Dentária internacional.

Tão logo o estudo foi completado, seus dados originais ficaram à disposição das instituições e dos pesquisadores do país. Na prática, tem sido de grande utilidade principalmente para as instituições prestadoras de serviços, mas seu aproveitamento a nível de pesquisa científica pode ser considerado como extremamente limitado.

:: 7.1.2. Pontos a Equacionar

A publicação apenas dos números referentes à amostra estudada, sem um tratamento estatístico específico, só se justifica pela necessidade de apresentação dos resultados iniciais com rapidez e pela não existência de um grupo técnico ou de pesquisadores com tempo e recursos que lhes permitisse aprofundar a análise dos dados originais.

Entre os aspectos não equacionados até o momento, encontram-se por exemplo a análise estatística das diferenças regionais e de diferenças por estratos de renda, estimativas para outros grupos etários e a aplicação dos dados amostrais ao conjunto da população.

Neste trabalho procura-se desenvolver tais pontos, completando dentro das limitações impostas pelos dados disponíveis o esforço iniciado com a realização do estudo nacional.

A análise estatística que é feita a seguir envolve os índices relacionados à cárie dental, às doenças periodontais, aos problemas protéticos e à busca de atendimento, com estimativas para a população urbana brasileira de 5 a 79 anos.

Observando os resultados relativos à amostra e particularmente as Tabelas 4.7 e 8.7 da publicação original, optou-se por não aprofundar o estudo de possíveis diferenças de índices por regiões.

Da análise comparativa que se pode proceder em relação aos dados epidemiológicos e de procura de atendimento segundo os dados primários, é possível concluir que não há um padrão global ou uma tendência uniforme ou preponderante em termos regionais no país. Os dados não permitem sustentar qualquer afirmativa de superioridade ou inferioridade de uma região perante as demais no conjunto, tendo em vista que as melhores e piores posições em um hipotético "ranking" nacional alternam-se na dependência do indicador ou do grupo etário selecionado.

Em relação à cárie dental, p.ex., o Nordeste apresenta a melhor condição relativa na população jovem e adulta, mas no grupo de 6 a 9 anos predomina o Sul e de 10 a 14 anos o Sudeste. As mais favoráveis condições periodontais alternam-se segundo a idade entre

o Sul e o Nordeste e quanto à prótese com raras exceções não há diferenças de significado estatístico entre quatro das cinco regiões (a exceção é o Nordeste, com a pior situação). Finalmente, se considerarmos como um signo positivo o fato de que mais pessoas procurem atendimento odontológico - embora não se possa relacionar os índices de procura de atenção com os níveis de saúde bucal (PINTO, 1989) - os percentuais mais altos pertencem ao Norte, seguido pelo Centro-Oeste, depois pelo Nordeste e Sudeste juntos, ficando o Sul com os menores índices.

: 7.2. Estimativas por Idade e Renda: Abrangência e Metodologia Específica

:: 7.2.1. Abrangência

O presente estudo concentrou-se na análise dos seguintes fatores:

- índice CPO-D (Dentes Cariados-Perdidos-Obturados);
- componentes C+Ei (Cariados+Extração Indicada, ou necessidades de tratamento) e O+E (Obturados+Extraídos, ou tratamentos realizados) do índice CPO-D;
- pessoas híginas, com necessidades de tratamento periodontal e edêntulas (sem dentes) segundo o índice CPITN;
- pessoas que não necessitam nem usam e pessoas que necessitam ou usam prótese total;
- pessoas que receberam atenção odontológica no período de um ano.

Inicialmente foram feitas estimativas idade por idade, dos aos 79 anos com base sempre nos dados da amostra examinada no Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal ⁽³⁴⁾. Em seguida obteve-se médias por grupos quinquenais de idade, ponderadas pela população urbana de cada idade estimada para o ano de 1989. Isto significa aplicar os índices obtidos no estudo nacional ao ano mais próximo para o qual seria possível conseguir dados referentes à oferta de serviços e de recursos humanos e informações sobre programas de prestação de serviços à população.

Admite-se, implicitamente, que os índices não sofreram modificações representativas entre 1986 e 1989, considerando principalmente que a expansão da linha de fluoretação de água em diversos estados é recente e ainda não produziu impactos significantes nos níveis de saúde oral da população com 5 anos e mais.

:: 7.2.2. Modelo de Análise Estatística

O modelo de análise estatística foi desenvolvido por SOUZA⁽²²²⁾, com base econométrica^(94,206) e está descrito a seguir em relação ao índice CPO-D. O mesmo modelo foi utilizado para os demais índices e proporções.

a)- Variável dependente

Os dentes atacados pela cárie -CPO-D, foram medidos como sendo um percentual relativo ao total de dentes existentes na boca em cada idade. Pode ser interpretado neste contexto como uma probabilidade.

b)- Variáveis independentes

Classes de renda e idade

D1 = 1 se Classe 1 de renda, e 0 de outro modo.

D2 = 1 se Classe 2 de renda, e 0 de outro modo.

A Classe 1 corresponde a uma renda familiar de até 2 salários; a Classe 2, de 2 até 5 salários.

Sendo D1=0, e D2=0, temos a Classe 3 (mais de 5 salários).

c) Modelo e Procedimentos

Ajustou-se um modelo de regressão linear do tipo "CPOD = x + yD1 + zD2 + Desvio + Erro", com objetivo de obter estimativas do CPOD por classes de renda e idade e também acessar o impacto dessas variáveis na configuração linear (efeitos de renda e idade).

A fim de estabilizar a variância de distribuição residual e de torna-la aproximadamente normal utilizou-se a transformação arco-seno (dá como resultado o ângulo, em radianos, cujo seno é "x"). Esta transformação mostrou-se mais adequada aos propósitos do estudo do que as obtidas nas tentativas com os modelos logístico e probito, alternativos ao modelo adotado. Os resultados alcançados apresentam alta significância e boa representatividade em termos de adequabilidade do modelo de previsão. O emprego da transformação arcsen (bem como a do probito) restringe os valores preditos e os intervalos de confiança aos limites entre 0 e 1. Considerando-se 1=36, evita-se assim que as estimativas sejam superiores em qualquer caso ao número total de dentes existentes na boca.

d) Resultados

Relativamente ao CPOD observa-se alta significância dos efeitos renda e idade no modelo ($p < .01$).

Com base no modelo ajustado foram feitas previsões pontuais e intervalares para as médias das várias populações envolvidas. Isto

foi possível para idades e classes de renda presentes ou não no modelo amostral⁽²²²⁾.

:: 7.2.3. Dentição por Idade

Para estabelecer o número médio de dentes presentes na boca em cada idade fixa, adotou-se três critérios:

(a) utilização dos dados reais coletados no Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal para as idades de 6,7,8,9,10,11,12,15,16,17,18 e 19 anos;

(b) estimativas para as idades de 5, 13 e 14 anos com base nos estudos de McDonald & Avery⁽¹⁴²⁾, Graber⁽⁹³⁾ e Sato⁽²¹¹⁾, e em projeções dos dados do Levantamento nacional⁽³⁴⁾;

(c) aceitação do total de 32 dentes presentes para as pessoas de 20 anos em diante. Embora existam pequenas variações devido a alguns dentes com erupção tardia ou inclusos, considerou-se que a metodologia e os resultados do estudo não seriam afetados.

Pode-se considerar que os dados apresentados no Quadro 5 representam um padrão brasileiro médio de erupção da dentição permanente:

QUADRO 5

DENTES ERUPCIONADOS POR IDADE BRASIL, ZONA URBANA		
*	5 anos -	2,50
*	6 anos -	5,88
*	7 anos -	9,40
*	8 anos -	11,65
*	9 anos -	14,82
*	10 anos -	18,95
*	11 anos -	23,16
*	12 anos -	25,71
*	13 anos -	27,10
*	14 anos -	27,60
*	15 anos -	27,81
*	16 anos -	28,03
*	17 anos -	28,72
*	18 anos -	29,85
*	19 anos -	30,33
*	20 e + -	32,00

:: 7.2.4. Médias por Idade e Renda

O modelo adotado para efetuar as estimativas fornece resultados para cada idade, estratificados segundo as três faixas de renda estabelecidas no Levantamento original.

Para estabelecer a média de cada grupo etário quinquenal (5 a 9, 10 a 14, etc.), optou-se por utilizar a população urbana de 1989 - o ano de referência do estudo - como fator de ponderação. Assim, para obter a média ponderada p.ex. do grupo de 5 a 9 anos, a fórmula é a seguinte:

$$\frac{(A_1 \cdot X_1 + A_2 \cdot X_2 + A_3 \cdot X_3 + A_4 \cdot X_4 + A_5 \cdot X_5)}{X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5}, \text{ onde}$$

A_1 = CPOD aos 5 anos, A_2 = CPOD aos 6 anos, etc., e

X_1 = População urbana de 5 anos, X_2 = população de 6, etc.

A estratificação da população por faixas de renda seguiu os percentuais reais constatados pela Fundação IBGE para o ano de 1989, população urbana, para os "domicílios particulares permanentes sob condição de ocupação segundo a situação e as classes de rendimento mensal domiciliar". Considerou-se que era possível utilizar as divisões por estrato de renda do IBGE (Até 2 salários-mínimos, 2 a 5 e Mais de 5) para as divisões consideradas no Levantamento Epidemiológico (Até 2, 3 e 4 salários, 5 e Mais), pois neste último foi coletado apenas o número de salários ganhos mensalmente e não o valor monetário percebido, restando como ponto de possível imprecisão somente aquelas pessoas que ganham exatamente 2 ou 5 salários-mínimos, as quais terminam por compensar-se em parte no somatório dos componentes de cada faixa.

Assim, temos:

Até 2 Salários = 22% da população

3 e 4 Salários = 32% da população

5 e + Salários = 46% da população.

Houve um arredondamento das proporções obtidas pela F.IBGE, cujos valores exatos foram 22,28% - 31,84% e 45,89%.

Estes valores foram considerados como válidos para todas as idades. Assim, para chegar à população segundo a renda, multiplicou-se o número total de pessoas de cada idade por 0,22; 0,32 e 0,46, obtendo-se os resultados que compõem a Tabela I do Anexo IV.

: 7.3. Indicadores Positivos de Saúde Bucal

Antes de apresentar os dados referentes a cada índice em particular, reúne-se na Tabela 22 um conjunto de cinco indicadores tidos como positivos em saúde oral. São os percentuais de dentes hígidos (em contraposição aos dentes atacados pela cárie ou CPO), de pessoas com atendimento odontológico no último ano, dos que estão livres de próteses totais - ou seja, que nem as necessitam nem as possuem -, dos que possuem dentes (não edêntulos) e finalmente dos que não apresentam doenças periodontais.

As melhores condições, como o mostra o Gráfico V, pertencem às crianças e aos adolescentes. Em todos os casos há uma gradativa deterioração das condições favoráveis até atingir a 3a. idade quando os piores indicadores prevalecem.

No primeiro grupo etário, de 5 a 9 anos, apenas dois terços dos elementos dentários estão sadios. Um terço, composto principalmente pelos molares dos seis anos e pelos incisivos já sofreram o ataque da cárie dental. Há uma rápida perda da higidez com a idade, de tal modo que entre 40 e 44 anos cada brasileiro residente em zona urbana mantém intactos menos de 30% dos seus dentes.

Os percentuais de pessoas que receberam cuidados odontológicos (pelo menos uma consulta no ano) é relativamente alto, sofrendo uma queda gradativa que pode ser tida como normal pois acompanha a redução na incidência de cárie na fase adulta, embora reflita também o grande volume de extrações praticado no país.

Em relação às "dentaduras", correspondendo aos que não sofreram extrações totais em um ou em ambos os maxilares, é interessante observar que pelo menos até o grupo de 25 a 29 anos a grande maioria (praticamente nove em cada dez) consegue manter a dentição em condições que em princípio são funcionais. Não obstante, isto acontece com 26% dos que têm entre 55 e 59 anos e com um só de cada cem entre os 75 e os 79 anos.

A proporção dos que não perderam todos os seus dentes, nos dois maxilares, é necessariamente superior ao dos que estão livres de próteses, e diminui também com maior lentidão. É uma medida indireta de manutenção da capacidade mastigatória, mesmo que limitada em muitos casos, estendendo-se a 60% das pessoas entre 50 e 59 anos e a pouco mais de 15% dos que se encontram no último grupo etário aqui considerado.

Em todos os casos é muito reduzida a parcela isenta de problemas periodontais, pouco mais de um quarto da população (não edêntula) na adolescência, não chegando a sete de cada mil entre 75 e 79 anos.

TABELA 22
INDICADORES POSITIVOS EM SAÚDE BUCAL
SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO. BRASIL, ZONA
URBANA.

GRUPO ETÁRIO	% DENTES HÍGIDOS	% COM AT. ODONTOL.	% LIVRE DE PRÓTESE TOTAL	% COM DENTES	% SEM D. PERIOD.
5 A 9	75,69	65,74	-	-	-
10 A 14	69,63	63,11	-	-	-
15 A 19	62,71	60,49	98,41	99,77	27,96
20 A 24	55,73	57,71	89,23	98,67	24,19
25 A 29	48,95	54,99	89,00	96,59	21,01
30 A 34	41,98	52,25	80,90	93,64	17,43
35 A 39	34,41	49,50	71,03	85,43	14,16
40 A 44	28,65	46,73	59,91	81,76	9,01
45 A 49	22,54	43,97	48,20	69,51	9,42
50 A 54	16,99	41,24	36,64	60,27	7,08
55 A 59	12,09	38,54	25,87	50,68	5,21
60 A 64	7,92	35,90	16,51	41,13	3,62
65 A 69	4,58	33,20	8,75	31,52	2,26
70 A 74	2,13	30,81	3,69	23,10	1,31
75 A 79	0,63	28,35	1,17	15,44	0,68

GRÁFICO V

EVOLUÇÃO DE INDICADORES SELECIONADOS DE SAÚDE BUCAL E DE OFERTA DE SERVIÇOS-5 A 79 ANOS DE IDADE - BRASIL

: 7.4. Ataque de Cárie na População de 5 a 79 Anos

As Tabelas 23 a 28 reúnem os dados estimados para o índice CPO-D e componentes em relação à população de 5 a 79 anos de idade residente na zona urbana. Foram construídas sobre a base estatística fornecida pelas Tabelas II a VIII (Anexo V), as quais também mostram os percentuais de dentes atacados pela cárie em relação ao total de dentes presentes na boca.

O modelo de análise estatística empregado tem altíssima significância para o CPO-D ($R^2=0,97$, conforme Tabela III-Anexo V) e para os componentes O+E ($R^2=0,96$, Tabela V) e C+Ei (obtidos por diferença), indicando que o índice é quase que inteiramente explicado pelas variáveis idade e renda.

Há um ritmo crescente, e desde o começo acelerado, de ataque de cárie, mantendo níveis muito elevados em todas as idades e em todas as faixas de renda. Aos cinco anos de idade, quando em média apenas 2,5 primeiro-molares irromperam temos, no grupo de mais baixa renda por exemplo, que cerca de 19% dos dentes já estão afetados, portanto com um índice CPO-D de 0,467. A marca de dez dentes afetados por pessoa é alcançada aos 16 anos, os vinte dentes entre 35 e 36 anos enquanto que aos 65 anos a média de 30 elementos ou 95% do total já se constitui em um padrão nacional.

As diferenças por estrato de renda são sólidas e constantes no caso brasileiro, mas diminuem gradativamente com a idade, tendendo à igualdade no final da vida. Assim, aos 6 anos o índice CPO-D do estrato 5 ou mais salários-mínimos de renda familiar tem um valor (1,159) que representa 84% do índice do estrato com até 2 salários (1,274), conforme a Tabela 23. Esta proporção é de 86% aos 12 anos, 88% aos 18 anos, quase 93% aos 35, atingindo praticamente 97% aos 60 anos, 98% aos 70 e 99,3% aos 79 anos de idade.

As razões para as desigualdades epidemiológicas por renda ainda não estão suficientemente claras, podendo especular-se em torno de duas hipóteses e ainda não estudadas: consumo diferenciado de açúcares (formas menos cariogênicas) e efeitos positivos do maior acesso às clínicas odontológicas.

Quanto às causas da virtual similaridade do índice na 3a. idade, certamente situam-se na quantidade extremamente elevada de extrações que se pratica no país em todos os grupos sociais. Como se pode observar no Gráfico VI, que mostra o comportamento dos quatro fatores que constituem o CPO nas idades de 6, 12, 18, 35 e 60 anos, o grande determinante do forte e contínuo crescimento do índice são as extrações que no início representam somente 1,4% do total e no final já tem uma participação equivalente a 84,5%.

Quando examinamos as relações entre tratamentos feitos (O+E, ou seja, dentes obturados e extraídos, equivale a problemas agudos resolvidos) e necessidades de tratamento (C+Ei, dentes Cariados e com Extração indicada), vemos através das Tabelas 24 e 25 e do Gráfico , que unicamente o primeiro evolui paralelamente ao CPO, partindo da média de 0,15 aos 5 anos e chegando a 31,57, ou seja, à

totalidade dos dentes, aos 79 anos. Os fatores C+Ei têm uma evolução inteiramente distinta: partindo da média de 0,32 aos 5 anos, atingem um ponto máximo de 5,33 aos 24 anos e logo voltam a decrescer para atingirem o mesmo ponto inicial entre 72 e 73 anos. Isto, na prática, significa que os elementos cariados (que são a grande maioria do sub-índice C+Ei) em geral não recebem tratamento oportuno, transformando-se em peças extraídas por motivos clínicos ou econômicos, estes últimos motivados pela falta de recursos para remunerar consultas em clínicas privadas.

Na população urbana de 5 a 79 anos de idade - 105,4 milhões de pessoas em 1989 (Tabela I) - estima-se que 1,48 bilhão de dentes foram ou estão atacados pela cárie dental (Tabela 26), dos quais 1,16 bilhão está restaurado ou já foi extraído (Tabela 27), e 318 mil permanecem cariados ou esperam por extração (Tabela 28).

Não obstante o índice de cárie aumente sempre com a idade, o ponto máximo do CPO é alcançado aos 28 anos com praticamente 34 milhões de dentes, diminuindo o número total a partir daí devido à gradativa e predominante redução da população idade por idade.

É interessante observar que, do total de 1,48 bilhão de dentes CPO, menos de 7% pertencem ao grupo considerado como epidemiologicamente prioritário, entre 5 e 14 anos de idade! Este grupo, no entanto, detém 18% do total de C+Ei (com predominância forte para os dentes cariados) e 4% do total de tratamentos feitos (Tabelas 26 a 28). No Gráfico VI podemos ver que um programa de prevenção e de tratamento oportuno que enfatizasse a população de 5 a 24 anos, seria altamente benéfico, evitando o agravamento do quadro que se produz de modo particularmente severo entre 25 e 49 anos.

O Brasil possui larga tradição nos levantamentos epidemiológicos em crianças e de modo especial em escolares de 1o. grau, mas o mesmo não ocorre em relação aos adolescentes e adultos, tanto que o estudo do Ministério da Saúde foi praticamente pioneiro neste campo. Recentemente, dois outros estudos abrangentes e com metodologia similar foram realizados, permitindo comparações com os dados nacionais.

Um deles, concretizado pelo SESI⁽¹³⁸⁾ junto a operários da construção civil do Distrito Federal, obteve resultados muito próximos aos aqui apresentados, como se vê no Gráfico VII.

O outro trabalho, de Rosa el alii⁽²⁰⁴⁾ enfocou a população de 3a. idade da cidade de São Paulo. Para pessoas de 60 anos e mais encontrou um CPO-D de 29,77, quase idêntico ao índice de 30,21 para o grupo de 60 a 74 anos ou de 30,41 para os de 60 a 79 anos do presente estudo. Em ambos os casos detectou-se para as pessoas idosas uma situação altamente crítica do ponto de vista odontológico.

Tomando como referência o banco de dados da OMS^(233,234) acrescido com informações de países latino-americanos⁽¹⁸¹⁾, torna-se possível estabelecer uma comparação dos padrões de ataque pela

cárie dental aos 12 anos de idade entre o Brasil e outras nações, como se pode ver através dos Gráficos VIII e IX.

Quinze países ainda possuem índices muito altos de cárie, com um CPO igual ou superior a 6,0. Incluindo o Brasil, onze deles estão na América Latina; com exceção do Brunei Darussalam, as maiores prevalências de cárie também situam-se nesta área. Computando-se apenas os dados publicados pela OMS, o Brasil encontra-se na terceira posição negativa do "ranking" internacional da cárie em crianças, mas juntando-se os índices latino-americanos ainda não incorporados por Genebra, passamos aproximadamente para o oitavo posto.

Nos nove países mais populosos do mundo, com pelo menos cem milhões de habitantes cada um, observa-se que o único no qual a cárie é uma doença altamente endêmica é o Brasil.

Tanto nas regiões economicamente menos desenvolvidas do globo - África e Ásia p.ex., onde o consumo de açúcar permanece em geral muito baixo - quanto no mundo industrializado que adotou eficazes sistemas preventivos, os níveis de cárie de suas populações são muito baixos ou estão em processo de ativa redução^(178,181,190).

TABELA 23
 ÍNDICE DE ATAQUE PELA CÁRIE DENTAL SEGUNDO
 A IDADE E A RENDA. BRASIL. ZONA URBANA.

IDADE	ÍNDICE CPO-D MÉDIO			MÉDIA TOTAL
	0 A 2 S.M.	J E 4 S.M.	5 E + S.M.	
5	0,516	0,491	0,427	0,467
6	1,274	1,215	1,065	1,159
7	2,133	2,037	1,790	1,945
8	2,763	2,644	2,337	2,529
9	3,678	3,527	3,124	3,375
5 a 9	2,083	1,993	1,757	1,904
10	4,908	4,719	4,188	4,516
11	6,253	5,998	5,374	5,767
12	7,225	6,942	6,222	6,673
13	8,432	8,106	7,290	7,802
14	8,887	8,584	7,728	8,257
10 a 14	7,137	6,865	6,850	6,599
15	10,318	9,956	9,010	9,601
16	10,792	10,427	9,446	10,056
17	11,431	11,057	10,081	10,690
18	12,298	11,910	10,865	11,515
19	12,921	12,526	11,434	12,111
15 a 19	11,538	11,162	10,155	10,782
20	14,080	13,632	12,512	13,215
21	14,528	14,080	12,960	13,663
22	14,976	14,528	13,408	14,111
23	15,424	14,976	13,856	14,559
24	15,872	15,424	14,312	15,287
20 a 24	14,975	14,527	13,528	14,166
25	16,320	15,872	14,720	15,441
26	16,768	16,320	15,168	15,889
27	17,216	16,768	15,616	16,337
28	17,664	17,216	16,064	16,785
29	18,112	17,664	16,512	17,233
25 a 29	17,200	16,752	15,600	14,543
30	18,560	18,112	16,960	17,681
31	18,976	18,560	17,408	18,122
32	19,424	19,008	17,856	18,570
33	19,872	19,456	18,304	19,018
34	20,288	19,872	18,752	19,448
30 a 34	19,390	18,967	17,821	18,533
35	20,736	20,320	19,200	19,896
36	21,152	20,736	20,256	20,607
37	21,568	22,400	21,184	21,658
38	21,984	21,600	20,512	21,184
39	22,400	22,016	20,928	21,600
35 a 39	21,529	21,374	20,381	20,951
40	22,816	22,432	21,344	22,016
41	23,232	22,848	21,760	22,432
42	23,616	23,232	22,176	22,831
43	24,000	23,648	22,592	23,240
44	24,384	24,032	23,008	23,638
40 a 44	23,575	23,203	22,139	22,795
45	24,768	24,416	23,424	24,037
46	25,152	24,800	23,808	24,421
47	25,504	25,152	24,192	24,788
48	25,856	25,536	24,576	25,165
49	26,208	25,888	24,960	25,532
45 a 49	25,473	25,134	24,166	24,763
50	26,560	26,240	25,312	25,884
51	26,880	26,560	25,664	26,218
52	27,232	26,912	26,048	26,585
53	27,520	27,232	26,368	26,898
54	27,840	27,552	26,720	27,233
50 a 54	27,185	26,877	25,999	26,541
55	28,128	27,840	27,040	27,535
56	28,416	28,160	27,360	27,848
57	28,704	28,416	27,680	28,141
58	28,960	28,704	27,968	28,422
59	29,216	28,992	28,256	28,703
55 a 59	28,662	28,399	27,635	28,105
60	29,472	29,248	28,544	28,973
61	29,696	29,472	28,832	29,227
62	29,920	29,728	29,088	29,476
63	30,144	29,952	29,344	29,715
64	30,368	30,144	29,600	29,943
60 a 64	29,890	29,679	29,047	29,435
65	30,560	30,368	29,824	30,160
66	30,720	30,560	30,048	30,360
67	30,912	30,720	30,253	30,547
68	31,040	30,912	30,432	30,719
69	31,200	31,072	30,624	30,894
65 a 69	30,890	30,731	30,241	30,541
70	31,328	31,200	30,816	31,051
71	31,456	31,328	30,976	31,194
72	31,552	31,456	31,136	31,330
73	31,648	31,584	31,264	31,451
74	31,744	31,680	31,392	31,562
70 a 74	31,532	31,434	31,098	31,301
75	31,808	31,744	31,520	31,655
76	31,872	31,808	31,616	31,734
77	31,936	31,872	31,712	31,812
78	31,968	31,936	31,776	31,869
79	32,000	31,968	31,840	31,916
75 a 79	31,910	31,857	31,682	31,788

TABELA 24
DENTES OBTURADOS E EXTRAÍDOS: MÉDIA POR PESSOA
SEGUNDO A IDADE E A RENDA. BRASIL, ZONA URBANA.

IDADE	COMPONENTES O-E: MÉDIA			MÉDIA TOTAL
	0 A 2 S.M.	3 E 4 S.M.	5 E + S.M.	
5	0.117	0.153	0.162	0.149
6	0.315	0.405	0.425	0.394
7	0.575	0.727	0.759	0.708
8	0.802	1.000	1.040	0.975
9	1.141	1.408	1.467	1.376
5 a 9	0.593	0.743	0.775	0.725
10	1.611	1.971	2.047	1.927
11	2.178	2.640	2.733	2.581
12	2.674	3.188	3.291	3.122
13	3.264	3.862	3.998	3.793
14	3.588	4.223	4.361	4.147
10 a 14	2.466	2.939	3.088	3.111
15	4.366	5.117	5.256	5.016
16	4.765	5.522	5.690	5.433
17	5.256	6.060	6.232	5.962
18	5.851	6.716	6.895	6.608
19	6.369	7.249	7.431	7.139
15 a 19	5.311	6.554	6.968	6.471
20	7.168	8.128	8.320	8.005
21	7.616	8.608	8.800	8.478
22	8.096	9.088	9.312	8.973
23	8.576	9.600	9.792	9.463
24	9.056	10.080	10.304	9.958
20 a 24	8.101	9.100	9.305	8.974
25	9.568	10.592	10.816	10.470
26	10.048	11.104	11.328	10.975
27	10.560	11.648	11.872	11.512
28	11.104	12.160	12.384	12.031
29	11.616	12.704	12.928	12.568
25 a 29	10.561	11.623	11.847	11.493
30	12.128	13.248	13.472	13.105
31	12.672	13.760	14.016	13.638
32	13.216	14.304	14.560	14.182
33	13.760	14.848	15.104	14.726
34	14.304	15.392	15.648	15.270
30 a 34	13.173	14.268	14.517	14.142
35	14.848	15.968	16.192	15.825
36	15.392	16.512	16.736	16.369
37	15.936	17.056	17.280	16.913
38	16.480	17.600	17.824	17.457
39	17.024	18.144	18.368	18.001
35 a 39	15.886	17.006	17.230	16.862
40	17.568	18.656	18.912	18.534
41	18.112	19.200	19.424	19.064
42	18.656	19.744	19.968	19.608
43	19.168	20.256	20.480	20.120
44	19.712	20.800	21.024	20.664
40 a 44	18.595	19.684	19.914	19.550
45	20.224	21.312	21.536	21.176
46	20.768	21.824	22.048	21.695
47	21.280	22.336	22.528	22.192
48	21.792	22.816	23.040	22.694
49	22.304	23.328	23.520	23.191
45 a 49	21.239	22.289	22.501	22.156
50	22.784	23.808	24.000	23.671
51	23.296	24.256	24.480	24.148
52	23.776	24.736	24.928	24.613
53	24.256	25.184	25.376	25.068
54	24.704	25.632	25.792	25.501
50 a 54	23.731	24.692	24.885	24.570
55	25.152	26.048	26.240	25.939
56	25.600	26.464	26.656	26.362
57	26.016	26.880	27.040	26.764
58	26.464	27.264	27.424	27.162
59	26.848	27.648	27.808	27.546
55 a 59	25.981	26.827	27.001	26.721
60	27.264	28.032	28.160	27.922
61	27.648	28.384	28.512	28.281
62	28.000	28.704	28.864	28.623
63	28.352	29.024	29.184	28.950
64	28.704	29.344	29.472	29.262
60 a 64	27.946	28.654	28.795	28.563
65	29.024	29.568	29.696	29.507
66	29.344	29.824	29.920	29.763
67	29.632	30.016	30.112	29.976
68	29.888	30.240	30.336	30.207
69	30.176	30.432	30.528	30.420
65 a 69	29.620	30.021	30.124	29.981
70	30.368	30.624	30.720	30.612
71	30.560	30.784	30.880	30.779
72	30.752	30.912	31.040	30.936
73	30.944	31.104	31.200	31.113
74	31.104	31.232	31.328	31.248
70 a 74	30.721	30.911	31.013	30.916
75	31.232	31.360	31.456	31.376
76	31.360	31.488	31.552	31.489
77	31.488	31.584	31.648	31.592
78	31.584	31.712	31.744	31.699
79	31.680	31.776	31.808	31.770
75 a 79	31.453	31.569	31.629	31.571

TABELA 25
DENTES CARIADOS E COM EXTRACAO INDICADA: MEDIA
POR PESSOA SEGUNDO A IDADE E A RENDA, BRASIL.
ZONA URBANA.

IDADE	COMPONENTES C+E: MEDIA			MEDIA TOTAL
	0 A 2 S.M.	3 E 4 S.M.	5 E + S.M.	
5	0,399	0,338	0,266	0,318
6	0,960	0,810	0,640	0,764
7	1,558	1,310	1,031	1,236
8	1,961	1,644	1,297	1,554
9	2,537	2,119	1,657	1,999
5 a 9	1,490	1,250	0,982	1,180
10	3,297	2,748	2,141	2,590
11	4,075	3,358	2,641	3,186
12	4,551	3,754	2,931	3,551
13	5,168	4,244	3,292	4,009
14	5,299	4,361	3,367	4,110
10 a 14	4,671	3,926	5,762	3,498
15	5,952	4,839	3,754	4,585
16	6,027	4,905	3,756	4,623
17	6,175	4,997	3,849	4,728
18	6,447	5,194	3,970	4,907
19	6,552	5,277	4,003	4,972
15 a 19	6,227	4,608	3,187	4,311
20	6,912	5,504	4,192	5,210
21	6,912	5,472	4,160	5,185
22	6,880	5,440	4,096	5,138
23	6,848	5,376	4,064	5,096
24	6,816	5,344	4,608	5,329
20 a 24	6,874	5,427	4,223	5,192
25	6,752	5,280	3,904	4,971
26	6,720	5,216	3,840	4,914
27	6,656	5,120	3,744	4,825
28	6,560	5,056	3,680	4,754
29	6,496	4,960	3,584	4,665
25 a 29	6,639	5,129	3,753	3,050
30	6,432	4,864	3,488	4,576
31	6,304	4,800	3,392	4,484
32	6,208	4,704	3,296	4,388
33	6,112	4,608	3,200	4,292
34	5,984	4,480	3,104	4,178
30 a 34	6,217	4,699	3,304	4,391
35	5,888	4,352	3,008	4,071
36	5,760	4,224	3,520	4,238
37	5,632	5,344	3,904	4,745
38	5,504	4,000	2,688	3,727
39	5,376	3,872	2,560	3,599
35 a 39	5,643	4,368	3,151	4,089
40	5,248	3,776	2,432	3,482
41	5,120	3,648	2,336	3,368
42	4,960	3,488	2,208	3,223
43	4,832	3,392	2,112	3,120
44	4,672	3,232	1,984	2,974
40 a 44	4,980	3,519	2,225	3,245
45	4,544	3,104	1,888	2,861
46	4,384	2,976	1,760	2,726
47	4,224	2,816	1,664	2,596
48	4,064	2,720	1,536	2,471
49	3,904	2,560	1,440	2,341
45 a 49	4,234	2,845	1,665	2,607
50	3,776	2,432	1,312	2,213
51	3,584	2,304	1,184	2,070
52	3,456	2,176	1,120	1,972
53	3,264	2,048	0,992	1,830
54	3,136	1,920	0,928	1,732
50 a 54	3,454	2,185	1,114	1,971
55	2,976	1,792	0,800	1,596
56	2,816	1,696	0,704	1,486
57	2,688	1,536	0,640	1,377
58	2,496	1,440	0,544	1,260
59	2,368	1,344	0,448	1,157
55 a 59	2,681	1,572	0,634	1,384
60	2,208	1,216	0,384	1,051
61	2,048	1,088	0,320	0,946
62	1,920	1,024	0,224	0,853
63	1,792	0,928	0,160	0,765
64	1,664	0,800	0,128	0,681
60 a 64	1,944	1,025	0,252	0,872
65	1,536	0,800	0,128	0,653
66	1,376	0,736	0,128	0,597
67	1,280	0,704	0,141	0,571
68	1,152	0,672	0,096	0,512
69	1,024	0,640	0,096	0,474
65 a 69	1,270	0,710	0,117	0,560
70	0,960	0,576	0,096	0,439
71	0,896	0,544	0,096	0,415
72	0,800	0,544	0,096	0,394
73	0,704	0,480	0,064	0,338
74	0,640	0,448	0,064	0,314
70 a 74	0,811	0,523	0,085	0,385
75	0,576	0,384	0,064	0,279
76	0,512	0,320	0,064	0,245
77	0,448	0,288	0,064	0,220
78	0,384	0,224	0,032	0,170
79	0,320	0,192	0,032	0,146
75 a 79	0,457	0,288	0,053	0,217

TABELA 26
TOTAL DE DENTES CPO. SEGUNDO A IDADE
E A RENDA. BRASIL. ZONA URBANA.

IDADE	Nº DENTES CPO			
	0-2 S.M.	3-4 S.M.	5+ S.M.	TOTAL
5	249429	344890	431393	1025712
6	616411	854405	1076577	2547393
7	1037613	1441423	1820150	4299186
8	1355227	1886452	2396927	5638606
9	1822209	2541559	3235950	7599718
5 a 9	5080889	7068728	8960997	21110614
10	2461936	3443100	4392525	10297562
11	3188111	4448141	5729281	13365533
12	3704127	5176788	6669810	15550725
13	4272671	5974511	7723806	17970989
14	4401722	6184214	8003310	18589246
10 a 14	18028568	25226755	32518732	75774055
15	5002569	7021170	9133924	21157663
16	5112181	7184412	9355942	21652535
17	5325611	7492898	9820285	22638794
18	5705522	8037106	10539637	24282265
19	6016832	8484211	11132817	25633859
15 a 19	27162715	38219796	49982604	115365115
20	6561533	9240369	12191705	27993608
21	6764222	9535469	12616884	28916575
22	6968198	9832362	13044388	29844948
23	7170525	10126906	13468725	30766156
24	7364100	10409071	14466340	32239512
20 a 24	34828579	49144177	65788043	149760799
25	7549681	10679904	14238082	32467667
26	7732999	10947489	14626169	33306657
27	7850995	11122483	14890106	33863584
28	7868853	11155314	14962749	33986915
29	7809605	11078437	14886650	33774691
25 a 29	38812133	54983626	73603755	167399513
30	7733785	10977611	14776620	33488016
31	7618769	10838892	14613825	33071485
32	7498460	10673258	14412953	32584671
33	7372015	10498477	14197974	32068466
34	7225612	10294491	13964277	31484380
30 a 34	37448641	53282728	71965648	162697018
35	7067638	10073945	13683130	30824712
36	6879709	9810036	13775498	30465243
37	6692162	10109568	13743586	30545316
38	6514497	9310097	12709153	28533747
39	6344173	9069689	12393394	27807256
35 a 39	33498178	48373335	66304761	148176274
40	6169355	8822595	12067321	27059272
41	5992950	8572935	11736756	26302642
42	5818746	8326000	11424610	25569356
43	5660688	8112943	11141584	24915215
44	5516953	7908811	10884487	24310251
40 a 44	29158692	41743285	57254758	128156735
45	5376192	7708790	10631170	23716152
46	5235489	7508671	10361980	23106140
47	5115108	7337442	10145012	22597562
48	5033413	7230723	10003390	22267527
49	4976794	7150576	9910493	22037863
45 a 49	25736997	36936203	51052045	113725244
50	4923533	7075222	9810957	21809712
51	4876435	7008547	9734920	21619902
52	4805223	6907288	9610462	21322972
53	4669456	6720830	9354681	20744967
54	4504790	6484639	9040178	20029607
50 a 54	23779438	34196526	47551196	105527160
55	4339278	6247045	8722076	19308400
56	4165359	6004134	8385731	18555224
57	4015575	5782258	8096704	17894537
58	3905285	5630175	7885857	17421317
59	3820313	5514191	7725416	17059921
55 a 59	20245811	29177804	40815785	90239400
60	3743799	5404153	7581458	16729409
61	3701933	5344010	7515176	16561120
62	3569965	5159354	7256903	15986222
63	3287625	4751555	6691694	14730874
64	2928113	4227636	5967567	13123316
60 a 64	17231435	24886708	35012798	77130941
65	2592863	3747776	5290897	11631536
66	2225818	3220688	4552182	9998487
67	2094288	3027302	4285551	9407142
68	2325765	3368975	4767690	10462430
69	2793492	4046600	5733088	12573180
65 a 69	12032226	17411341	24629408	54072975
70	2027548	2937106	4170114	9134767
71	1997928	2894269	4113768	9005964
72	1918740	2782409	3959036	8660185
73	1758173	2552177	3631564	7941913
74	1561138	2266165	3227977	7055280
70 a 74	9263527	13432125	19102457	41798110
75	1243247	1804710	2575972	5623929
76	1222419	1774505	2535445	5532369
77	1172882	1702602	2435196	5310680
78	1072526	1558477	2229086	4860090
79	950400	1381018	1977264	4308682
75 a 79	5661474	8221311	11752964	25635749
TOTAL	337969303	442304448	656295951	1476569702

TABELA 27
TOTAL DE DENTES O-E SEGUNDO A IDADE
E A RENDA. BRASIL. ZONA URBANA.

IDADE	N° DENTES O-E			
	0-2 S.M.	3-4 S.M.	5+ S.M.	TOTAL
5	56455	107498	163114	327067
6	152290	284802	429620	866711
7	279806	514390	771939	1566135
8	393453	713602	1066429	2173484
9	565241	1014560	1519544	3099344
5 a 9	1447245	2634851	3950645	8032741
10	808105	1438091	2146967	4393163
11	1110460	1957835	2913531	5981825
12	1370912	2377355	3527860	7276127
13	1653937	2846479	4235909	8736326
14	1777133	3042397	4516361	9335890
10 a 14	6720547	11662157	17340628	35723332
15	2116807	3608611	5328291	11053709
16	2257185	3804768	5635752	11697705
17	2448728	4106626	6070828	12626182
18	2714507	4532091	6688522	13935121
19	2965808	4909951	7235260	15111019
15 a 19	12503035	20942047	30958653	64423735
20	3340417	5509516	8107016	16956949
21	3546002	5829639	8567020	17942661
22	3766996	6150640	9059468	18977104
23	3986931	6491606	9518314	19996851
24	4201694	6802609	9996055	21000358
20 a 24	18842040	30784011	45247872	94873923
25	4426186	7127113	10461895	22015194
26	4633896	7448585	10923341	23005823
27	4815666	7726305	11320142	23862113
28	4946543	7879218	11535027	24360788
29	5008633	7967644	11655439	24631716
25 a 29	23830925	38148865	55895844	117875634
30	5053628	8029560	11737655	24820843
31	5087745	8035730	11766278	24889752
32	5101918	8031896	11752497	24886311
33	5104616	8011996	11715810	24832422
34	5094398	7973672	11652784	24720854
30 a 34	25442305	40082853	58625024	124150183
35	5060777	7916376	11539439	24516592
36	5006263	7811695	11381652	24199610
37	4944654	7697714	11210780	23853148
38	4883502	7586005	11043679	23513186
39	4821571	7474584	10877383	23173538
35 a 39	24716768	38486373	56052933	119256074
40	4750317	7337479	10692334	22780131
41	4672190	7204147	10476781	22353118
42	4596652	7075953	10287094	21959700
43	4521003	6949246	10100019	21570268
44	4459899	6845176	9945908	21250983
40 a 44	23000060	35412002	51502137	109914199
45	4389862	6728774	9774286	20892922
46	4322942	6607631	9595973	20526546
47	4267938	6515947	9447207	20231092
48	4242270	6460533	9378179	20080982
49	4235440	6443474	9338734	20017648
45 a 49	21458453	32756358	47534378	101749189
50	4223561	6419470	9302424	19945455
51	4226244	6400576	9285803	19912623
52	4195394	6348791	9197235	19741421
53	4115637	6215386	9002745	19333768
54	3997354	6032748	8726207	18756309
50 a 54	20758190	31416971	45514414	97689576
55	3880174	5844937	8464027	18189138
56	3752576	5642522	8169957	17565055
57	3639534	5469704	7909497	17018735
58	3568697	5347725	7732471	16648892
59	3510671	5258567	7602930	16372168
55 a 59	18351652	27563453	39878882	85793988
60	3463319	5179473	7479465	16122256
61	3446627	5146729	7431767	16025123
62	3340876	4981637	7201020	15523532
63	3092183	4604338	6655207	14351728
64	2767668	4115437	5941762	12824867
60 a 64	16110645	24027325	34709220	74847190
65	2462541	3649046	5268189	11379776
66	2126120	3143122	4532790	9802031
67	2007568	2957927	4265606	9231100
68	2239448	3295737	4752650	10287835
69	2701808	3963251	5715116	12380175
65 a 69	11537485	17009082	24534352	53080918
70	1965417	2882882	4157123	9005422
71	1941018	2844011	4101018	8886047
72	1870091	2734290	3946829	8551210
73	1719063	2513390	3624130	7856582
74	1529664	2234119	3221396	6985178
70 a 74	9025253	13208691	19050495	41284439
75	1220734	1792879	2570742	5574354
76	1202781	1756653	2530313	5489747
77	1156428	1687217	2430282	5273927
78	1059643	1547546	2226842	4834030
79	940896	1372723	1975277	4288896
75 a 79	5580483	8147017	11733454	25460954
TOTAL	239325087	372302057	542528932	1154156076

TABELA 28
TOTAL DE DENTES C+E1 SEGUNDO A IDADE
E A RENDA. BRASIL, ZONA URBANA.

IDADE	Nº DENTES C+E1			
	0-2 S.M.	3-4 S.M.	5+ S.M.	TOTAL
5	192974	237392	268279	698645
6	464121	569603	646957	1680681
7	757807	927033	1048211	2733051
8	961774	1172850	1330497	3465122
9	1256967	1526999	1716407	4500373
5 a 9	3633644	4433877	5010352	13077873
10	1653831	2005010	2245558	5904399
11	2077651	2490306	2815750	7383707
12	2333216	2799433	3141950	8274599
13	2618734	3128032	3487897	9234663
14	2624589	3141817	3486949	9253356
10 a 14	11308022	13564597	15178104	40050723
15	2885762	3412560	3805633	10103954
16	2854996	3379643	3720190	9954829
17	2876883	3386272	3749457	10012612
18	2991015	3505015	3851114	10347144
19	3051024	3574260	3897557	10522840
15 a 19	14659679	17257750	19023951	50941380
20	3221116	3730853	4084689	11036659
21	3218220	3705830	4049864	10973914
22	3201202	3681721	3984921	10867844
23	3183594	3635300	3950411	10769305
24	3162406	3606463	4470285	11239154
20 a 24	15986539	18360167	20540170	54886876
25	3123495	3552791	3776187	10452473
26	3099103	3498903	3702828	10300833
27	3035329	3396178	3569964	10001471
28	2922309	3276096	3427721	9626127
29	2800971	3110793	3231211	9142975
25 a 29	14981208	16834761	17707910	49523879
30	2680157	2948051	3038965	8667173
31	2531024	2803162	2847547	8181733
32	2396543	2641362	2660455	7698360
33	2267399	2486481	2482163	7236044
34	2131214	2320819	2311493	6763526
30 a 34	12006336	13199875	13340624	38546835
35	2006860	2157569	2143690	6308120
36	1873446	1998341	2393846	6265633
37	1747508	2411854	2532806	6692168
38	1630995	1724092	1665474	5020561
39	1522601	1595105	1516012	4633718
35 a 39	8781410	9886961	10251828	28920200
40	1419038	1485116	1374987	4279141
41	1320760	1368788	1259975	3949524
42	1222094	1250047	1137515	3609657
43	1139695	1163697	1041564	3344946
44	1057054	1063635	938579	3059268
40 a 44	6158632	6331283	5752621	18242536
45	986330	980017	856884	2823230
46	912547	901041	766007	2579594
47	847170	821495	697805	2366470
48	791143	770190	625212	2186545
49	741354	707103	571759	2020216
45 a 49	4278543	4179844	3517667	11976054
50	699972	655752	508533	1864257
51	650191	607970	449117	1707279
52	609828	558497	413226	1581551
53	553819	505444	351936	1411199
54	507436	451891	313970	1273298
50 a 54	3021247	2779555	2036782	7837584
55	459105	402109	258050	1119263
56	412783	361613	215773	990169
57	376040	312554	187207	875802
58	336588	282450	153386	772425
59	309642	255625	122487	687754
55 a 59	1894158	1614351	936903	4445412
60	280480	224680	101993	607153
61	255306	197282	83409	535997
62	229089	177717	55884	462690
63	195443	147217	36487	379147
64	160445	112198	25806	298449
60 a 64	1120789	859384	303578	2283751
65	130322	98730	22708	251759
66	99698	77566	19392	196656
67	86720	69376	19945	176041
68	86317	73239	15040	174596
69	91684	83349	17972	193005
65 a 69	494741	402259	95057	992057
70	62131	54223	12991	129346
71	56909	50258	12749	119917
72	48650	48119	12207	108975
73	39110	38787	7434	85331
74	31475	32047	6581	70102
70 a 74	238275	223434	51962	513671
75	22514	21831	5230	49575
76	19637	17852	5132	42622
77	16453	15385	4915	36753
78	12883	10921	2245	26059
79	9504	8294	1987	19786
75 a 79	80991	74294	19510	174795
TOTAL	98644216	110002391	113767019	322413626

GRÁFICO VI

INDICE CPO-D E COMPONENTES POR GRUPO ETARIO-BRASIL, ZONA URBANA
(Nº de dentes afetados)

GRÁFICO VII

ÍNDICE CPO-D EM ADOLESCENTES E ADULTOS, EM DOIS ESTUDOS INDEPENDENTES
BRASIL - Zona urbana

▨ Trab. Const. Civil □ Estudo Nacional

Fontes: Bibliografias 34, 141, 226

GRÁFICO VIII
PAISES COM ALTO, MÉDIO E BAIXO ÍNDICE CPO-D EM CRIANÇAS
AOS 12 ANOS DE IDADE

GRÁFICO IX

ÍNDICE CPO-D AOS 12 ANOS DE IDADE NOS PAISES MAIS POPULOSOS

Fontes: Bibliografias 185, 239, 240

: 7.5. Procura de Atendimento

O percentual e o número de pessoas, por idade e renda, que receberam atendimento odontológico durante o período de um ano, está na Tabela 29, com base nas Tabelas VI e VII do Anexo V.

Incluem-se nesta categoria todos os que compareceram a uma clínica ou consultório odontológico público ou privado pelo menos uma vez no ano, seja para receber cuidados de urgência, seja como parte de um tratamento continuado.

Os padrões de procura obtidos neste estudo podem ser considerados como relativamente altos, igualando ou superando 50% da população urbana de 5 a 36 anos e se mantendo num patamar acima de 28% nas demais idades. Estas proporções aproximam-se das constatadas em países bem mais desenvolvidos: nos Estados Unidos cerca de 50% da população recebeu pelo menos uma consulta no ano em 1982; na Suécia no mesmo período em torno de 67% das pessoas receberam tratamento^(84,181). Ainda que uma parcela significativa e não mensurada de pessoas possa ter recebido uma só consulta - o que não necessariamente significa que tenham recebido cuidados adequados - dificilmente poder-se-ia esperar uma proporção superior no caso brasileiro onde a maioria não dispõe de recursos para pagar os preços cobrados nas clínicas particulares. Acrescente-se que as pessoas costumam procurar o odontólogo em geral só quando têm algum problema aparente, ou seja, não vão porque querem e sim porque precisam.

Para o conjunto da população estudada, aproximadamente 54% frequentou algum consultório no ano. É interessante observar que esta proporção é bastante superior à encontrada em outros estudos nacionais.

A Fundação IBGE⁽¹⁰⁸⁾ incluiu a mesma pergunta quando da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios -PNAD- efetivada em 1981, concluindo que 20,3 milhões de brasileiros buscaram atendimento no ano, representando cerca de 17% da população total. Uma vez excluído o grupo de 0 a 4 anos o indicador sobe para 19,4%. Considerando-se a população urbana de 5 a 79 anos, ou seja, a que pode ser de fato comparada com o presente estudo, temos um total de 16,7 milhões de pessoas atendidas correspondendo a 24,45% do total (na zona rural somente 11,8%)

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição realizada em 1989 pelo INAN, Fundação IBGE e IPEA, estimou que cerca de 13,4% da população "procurou atendimento por problema dentário nas últimas duas semanas"^(119,120). Esta proporção foi de 25,7% entre os que declararam ter tido problema dentário nas duas semanas (um em cada dez responderam afirmativamente a esta questão, indicando a prevalência de danos realmente sentidos pelas pessoas. Destes, 53% disseram ainda tê-los no dia da entrevista), e de 8,3% entre os que achavam não ter problemas imediatos.

Por último, há o estudo de 1991⁽¹⁴¹⁾ junto a operários da construção civil, ou seja, uma população adulta de baixa renda

residente em zona urbana: 27,8% "consultaram dentista no último ano".

Segundo a Tabela 29, 7,6 milhões de pessoas de baixa renda (37% do total de 5 a 79 anos nesta faixa econômica), 14,6 milhões de renda média (48,6%) e 28,3 milhões de renda alta (65,5%) foram a consultório em 1989.

Uma explicação provável para o fato de que os resultados deste estudo tenham se situado bastante acima dos demais, está no fato de que as perguntas neste caso foram feitas por odontólogos paralelamente à realização do exame bucal, ao contrário dos outros nos quais esta tarefa cabia a um entrevistador comum que acrescentava o quesito sobre o atendimento a um grande número de outros sobre condições financeiras, de trabalho, etc. Assim, no Levantamento Epidemiológico em princípio a tendência das pessoas teria sido de superestimar sua frequência a consultórios dentários, ocorrendo o oposto nas pesquisas do IBGE e do INAN. No estudo do SESI o quesito em causa foi formulado nas mesmas condições do Levantamento do Ministério da Saúde e seu resultado embora ainda superior apresenta maior similaridade ao obtido para a faixa de menores salários: respectivamente 28 e 37%.

Os maiores percentuais de procura pertencem ao grupo de 5 a 9 anos, com 65,7% ou 7,3 milhões de crianças. Individualmente o maior contingente de clientes - 1,475 milhões - refere-se à idade de 11 anos. 29% da clientela odontológica tem entre 5 e 14 anos; 14% de 15 a 19 anos; 61% é de adultos entre 25 e 49 anos e 10% tem 50 anos ou mais. Neste panorama, é importante ressaltar que 41,6% são crianças ou adolescentes (5 a 19 anos), o período em que o ataque de cárie é mais agudo. Medidas preventivas e educativas eficazes que possam ser aplicadas ou comunicadas com rapidez e de preferência em uma só consulta, certamente podem ser de grande ajuda em uma situação como a aqui diagnosticada.

As pessoas de renda mais alta são claramente predominantes nas salas de espera dos consultórios dentários brasileiros, superando de maneira sistemática os demais estratos econômicos.

As diferenças por renda aumentam com a idade: entre 5 e 9 anos a proporção de pacientes com renda familiar superior a cinco salários supera em 1,57 vezes a de mais baixa renda, ao passo que entre 50 e 54 anos esta distância é de 2,14 vezes e entre 75 e 79 anos chega a 2,82 vezes. Na média geral, de cada 1.000 pacientes, 151 são de baixa renda, 289 de renda média e 560 de renda alta. Quanto maior a idade mais se distanciam os grupos de renda que comparecem às clínicas odontológicas: de 10 a 14 anos por exemplo, essa relação é de 161 - 295 - 544, enquanto que entre 60 e 64 anos passa a ser de 123 - 271 - 606 pacientes.

TABELA 29
 PERCENTUAL E NÚMERO DE PESSOAS QUE RECEBERAM ATENDIMENTO
 ODONTOLÓGICO NO PERÍODO DE UM ANO SEQUENDO IDADE E RENDA,
 ESTIMATIVAS PARA 1989, BRASIL, ZONA URBANA.

IDADE	0 A 2		3 E 4		5 E 6		7 A 9		TOTAL	
	%	Nº PESSOAS	%	Nº PESSOAS	%	Nº PESSOAS	%	Nº PESSOAS	%	Nº PESSOAS
5	50,211	242539	62,095	436281	77,978	787572	66,787	1466391		
6	49,642	240095	61,542	432945	77,504	783779	66,267	1456818		
7	49,073	238682	60,987	431461	77,027	783349	65,744	1453493		
8	48,504	237925	60,432	431178	76,547	785102	65,221	1454205		
9	47,936	237471	59,874	431433	76,063	787873	64,695	1456776		
5 a 9	49,066	1196711	60,979	2163299	77,018	3927675	65,736	7287684		
10	47,367	237601	59,316	432784	75,576	792668	64,167	1463054		
11	46,799	238606	58,756	435737	75,085	800448	63,637	1474792		
12	46,231	237018	58,195	433972	74,591	799595	63,105	1470584		
13	45,664	231389	57,633	424783	74,094	785031	62,572	1441202		
14	45,098	223370	57,071	411159	73,594	762158	62,038	1396487		
10 a 14	46,235	1167984	58,198	2138435	74,591	3939900	63,107	7246320		
15	44,532	215909	56,507	398499	73,090	740953	61,501	1355360		
16	43,966	208267	55,942	385452	72,584	718920	60,963	1312639		
17	43,402	202206	55,377	375268	72,075	708247	60,713	1285722		
18	42,838	198742	54,811	369876	71,563	694200	59,883	1262817		
19	42,275	196859	54,244	367410	71,048	691765	59,341	1256035		
15 a 19	43,414	1021983	55,388	1896505	72,207	3554085	60,490	6472572		
20	41,714	194395	53,676	363840	70,531	687255	58,798	1245488		
21	41,153	191608	53,109	359673	70,010	681565	58,253	1232846		
22	40,593	188876	52,541	355591	69,488	676036	57,708	1220502		
23	40,035	186120	51,972	351439	68,962	670345	57,161	1207905		
24	39,478	183165	51,403	346899	68,434	663888	56,614	1193952		
20 a 24	40,596	944163	52,541	1777441	69,486	3379088	57,708	6100693		
25	38,923	180059	50,834	342050	67,904	656809	56,066	1178918		
26	38,368	176944	50,265	337179	67,372	649653	55,517	1163776		
27	37,816	172452	49,696	329642	66,837	637301	54,967	1139395		
28	37,264	166001	49,127	318324	66,300	617549	54,417	1101874		
29	36,715	158309	48,558	304544	65,761	592878	53,866	1055732		
25 a 29	37,836	853766	49,716	1631739	66,853	3154191	54,986	5639695		
30	36,167	150705	47,990	290865	65,220	568238	53,315	1009808		
31	35,621	143017	47,421	276935	64,677	542956	52,763	962908		
32	35,077	135412	46,853	263086	64,132	517659	52,211	916156		
33	34,535	128116	46,285	249754	63,585	493214	51,658	871084		
34	33,995	121074	45,718	236838	63,037	469425	51,106	827337		
30 a 34	35,122	678323	46,898	1317478	64,173	2591492	52,254	4587293		
35	33,457	114035	45,151	223843	62,486	445315	50,552	783192		
36	32,921	107076	44,585	210928	61,935	421201	50,000	739206		
37	32,387	100491	44,020	198671	61,381	398223	49,447	697385		
38	31,856	94399	43,455	187301	60,826	376875	48,894	658575		
39	31,327	88725	42,891	176693	60,270	356914	48,341	622332		
35 a 39	32,439	504725	44,073	997437	61,431	1998528	49,498	3500690		
40	30,800	83282	42,329	166482	59,713	337601	47,789	587365		
41	30,276	78100	41,767	156716	59,154	319061	47,237	553877		
42	29,754	73311	41,206	147676	58,594	301864	46,685	522851		
43	29,235	68954	40,646	139445	58,032	286194	46,133	494592		
44	28,719	64978	40,088	131928	57,470	271876	45,583	468780		
40 a 44	29,803	368625	41,257	742246	58,643	1516595	46,735	2627466		
45	28,205	61222	39,531	124810	56,907	258277	45,032	444309		
46	27,694	57646	38,975	118004	56,343	245222	44,482	420873		
47	27,187	54527	38,421	112083	55,778	233907	43,934	400517		
48	26,682	51942	37,868	107226	55,213	224738	43,386	383907		
49	26,180	49715	37,317	103074	54,646	216975	42,838	369764		
45 a 49	27,224	275052	38,460	565198	55,815	1179120	43,971	2019370		
50	25,681	47606	36,767	99137	54,079	209611	42,292	356353		
51	25,185	45689	36,219	95573	53,512	202983	41,746	342445		
52	24,693	43572	35,673	91559	52,944	195338	41,202	330469		
53	24,204	41068	35,129	86698	52,376	185816	40,659	313583		
54	23,718	38378	34,586	81402	51,807	175279	40,117	295059		
50 a 54	24,729	216314	35,711	454369	52,982	969026	41,240	1639709		
55	23,235	35844	34,046	76396	51,238	165274	39,576	277515		
56	22,757	33358	33,508	71444	50,669	155298	39,037	260101		
57	22,281	31170	32,971	67091	50,100	146548	38,499	244810		
58	21,809	29410	32,438	63626	49,531	139658	37,962	232693		
59	21,341	27906	31,906	60684	48,962	133866	37,427	222456		
55 a 59	22,324	157688	33,018	339242	50,147	740645	38,545	1237575		
60	20,877	26520	31,377	57975	48,393	128535	36,894	213030		
61	20,416	25451	30,850	55939	47,825	124658	36,363	206047		
62	19,959	23814	30,325	52630	47,256	117895	35,833	194339		
63	19,506	21274	29,803	47279	46,688	106469	35,305	175022		
64	19,057	18375	29,284	41070	46,121	92983	34,779	152428		
60 a 64	20,024	115434	30,397	254893	47,332	570539	35,905	940866		
65	18,612	15791	28,767	35502	45,554	80815	34,255	132108		
66	18,171	13166	28,254	29777	44,987	68154	33,733	111097		
67	17,734	12015	27,743	27339	44,421	62926	33,213	102280		
68	17,302	12964	27,234	29681	43,856	68708	32,695	111353		
69	16,873	15107	26,729	34810	43,292	81047	32,180	130964		
65 a 69	17,726	69043	27,730	157109	44,405	361649	33,199	587801		
70	16,451	10647	26,248	24709	42,729	57822	31,674	93179		
71	16,040	10188	25,775	23812	42,714	56726	31,425	90727		
72	15,639	9510	25,311	22389	41,625	52927	30,688	84827		
73	15,248	8471	24,856	20085	41,084	47722	30,207	76278		
74	14,867	7311	24,408	17460	40,550	41697	29,734	66468		
70 a 74	15,701	46128	25,381	108455	41,821	256895	30,814	411478		
75	14,666	5732	23,944	13613	39,982	32675	29,280	52020		
76	14,075	5398	23,489	13104	39,422	31614	28,747	50117		
77	13,695	5030	23,043	12310	38,871	29849	28,267	47188		
78	13,325	4471	22,605	11031	38,326	26886	27,795	42388		
79	12,965	3851	22,176	9580	37,790	23468	27,332	36899		
75 a 79	13,799	24481	23,109	59637	38,950	144492	28,348	228611		
TOTAL		640421		1460348		2828921		50527823		

: 7.6. Necessidade e Uso de Próteses Totais

Nessa área o Levantamento Epidemiológico limitou-se ao exame das pessoas de 15 anos e mais que necessitavam, usavam ou estavam livres de próteses totais ("dentaduras"), excluindo todo e qualquer outro tipo de aparelhos (unitários, parciais, móveis, etc.). Os critérios utilizados para

Identificar a necessidade de prótese em um ou em ambos os maxilares foram quatro: (a) ausência total de dentes, (b) posse de prótese, mas não a estava usando no momento do exame, (c) presença de qualquer número de dentes, mas indicados para extração, (d) presença de no máximo três dentes, hígidos ou não, por maxilar.

Os resultados, com as estimativas para a população de 15 a 79 anos, encontram-se nas tabelas 30 e 31, e nos referenciais estatísticos do Anexo V, Tabelas VIII e IX. As variáveis independentes idade e renda têm um elevado poder de explicação sobre a variável dependente ($R^2=0,96$, conforme Tabela IX)) estudada demonstrando a adequação do modelo de análise.

No conjunto, cerca de 71% da população de adolescentes e adultos está livre de próteses totais, ou seja, permanece com um número de dentes que lhe permite manter uma eficiência mastigatória integral ou limitada. Mas esta condição é perdida por uma proporção cada vez maior de pessoas à medida em que a idade avança: 90% aos 26 anos permanece isento de próteses totais, entre 32 e 33 anos já são 80%, aos 46 anos são 50% e aos 66 anos já restam somente 10% das pessoas.

Estima-se que 20,97 milhões de residentes em áreas urbanas necessitam ou possuem pelo menos uma "dentadura", praticamente 3 em cada 10 (29,4%) dos que, entre 15 e 79 anos, vivem em cidades. Há uma forte concentração nos grupos de terceira idade. 699 mil ou 3,3% do total têm entre 15 e 24 anos; 9,5 milhões ou 45% têm entre 25 e 49 anos e os demais 10,8 milhões (51%) possui 50 anos ou mais. A distribuição da população urbana segundo estes três grupos etários é, respectivamente, de 30, 51 e 19%.

A partir dos 25 anos aproximadamente a síndrome das extrações em massa começa a manifestar-se fazendo com que as próteses se tornem cada vez mais uma necessidade, seja para manter a funcionalidade, seja para devolver a estética perdida.

O Levantamento Epidemiológico, com base apenas na amostra populacional examinada, constatou que aproximadamente sete em cada dez adultos que não mais têm dentes em um ou em ambos os maxilares já colocaram uma prótese substitutiva.

As camadas de mais baixa renda estão mais sujeitas ao uso de próteses do que as de renda mais alta, notando-se que a distância entre estas extremidades tende a estreitar-se ao longo da vida. Assim, aos 25 anos por exemplo o percentual de necessidade ou uso de próteses dos que ganham 5 ou mais salários supera em 4 vezes à dos que percebem não mais que 2 salários, reduzindo-se a diferença

para pouco mais que 2 vezes aos 35 anos e 1,2 vezes aos 60 anos, para virtualmente igualar-se após os 75 anos (Tabela 31).

Os índices relacionados à prótese total de acordo com este estudo são muito elevados no Brasil (em pesquisa no Distrito Federal constatou-se uma situação menos grave⁽¹³⁸⁾), revelando tanto por parte da população adulta quanto dos Cirurgiões-Dentistas e dos que exercem empiricamente a profissão uma tendência ao fatalismo que a quase todos conduz a aceitar como uma consequência natural da vida a remoção total dos dentes e na maioria dos casos sua substituição por elementos artificiais que permitam pelo menos mastigar e sorrir. Ainda que as razões de ordem financeira sejam predominantes - as extrações e as "dentaduras" são, afinal, a solução mais barata - é evidente que uma mudança coletiva na atitude dos profissionais e ações educativas persistentes no sentido de conduzir a um maior sentimento de preservação da dentição natural, devem ser tentadas com grande ênfase, tentando reverter o crítico quadro epidemiológico que neste setor caracteriza o país.

TABELA 30
PERCENTUAL E NÚMERO DE PESSOAS LIVRES DE PROTESE TOTAL
SEGUNDO A IDADE E A RENDA. BRASIL, ZONA URBANA, 1989.

109

IDADE	O A 2 S.M.		3 E 4 S.M.		5 E + S.M.		TOTAL	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
15	97.400	472233	99.326	700467	99.823	1011960	99.131	2184660
16	96.587	457534	98.880	681303	99.967	990139	98.876	2128976
17	95.669	445714	98.323	666297	99.997	974109	98.509	2086120
18	94.647	439104	97.656	659000	99.913	969210	98.032	2067313
19	93.524	435507	96.881	656202	99.716	970894	97.447	2062604
15 a 19	95.585	2250092	98.225	3363269	99.883	4916311	96.999	10529671
20	92.301	430139	95.999	650726	99.941	973822	98.407	2054687
21	90.983	423616	95.013	643461	98.984	963634	96.999	2030711
22	89.571	416766	93.924	635665	98.451	957811	95.049	2010242
23	88.070	409432	92.736	627089	97.807	950733	94.042	1987254
24	86.482	401249	91.450	617161	97.055	941544	92.935	1959954
20 a 24	89.484	2081201	93.854	3174102	98.449	4787545	95.019	10042848
25	84.811	392338	90.071	606067	96.195	930457	91.731	1928862
26	83.057	383057	88.600	594331	95.231	918292	90.432	1895680
27	81.236	370460	87.042	577364	94.164	897869	89.041	1845692
28	79.340	353439	85.399	553353	92.997	866217	87.561	1773009
29	77.377	333637	83.676	524796	91.732	827024	85.996	1685457
25 a 29	81.230	1832932	87.014	2855910	94.103	4439857	89.003	9128699
30	75.352	313985	81.876	496247	90.372	787378	84.349	1597610
31	73.269	294171	80.004	467217	88.920	746474	82.624	1507862
32	71.134	274606	78.064	438340	87.380	705311	80.825	1418258
33	68.950	255787	76.060	410421	85.755	665181	78.956	1331389
34	66.723	237635	73.997	383334	84.049	625898	77.021	1246867
30 a 34	71.255	1376185	78.155	2195559	87.419	3530241	80.899	7101986
35	64.459	219701	71.879	356351	82.265	586272	75.024	1162325
36	62.161	202179	69.712	329802	80.408	546831	72.971	1078813
37	59.836	185660	67.499	304636	78.482	509169	70.865	999466
38	57.489	170357	65.427	282005	76.492	473941	68.771	926303
39	55.124	156123	62.961	259374	74.441	440834	66.518	856330
35 a 39	60.030	934021	67.700	1532169	78.599	2557047	71.026	5023237
40	52.748	142628	60.645	238519	72.334	408957	64.285	790105
41	50.366	129925	58.304	218766	70.177	378516	62.019	727206
42	47.983	118225	55.945	200498	67.974	350188	59.727	668912
43	45.604	107563	53.572	183790	65.730	324157	57.412	615510
44	43.235	97820	51.192	168470	63.450	300165	55.080	566456
40 a 44	48.200	596161	56.143	1010044	68.131	1761983	59.910	3368188
45	40.882	88739	48.808	154100	61.140	277489	52.737	520328
46	38.550	80243	46.427	140567	58.804	255933	50.387	476743
47	36.243	72689	44.055	128519	56.448	236717	48.037	437925
48	33.968	66126	41.695	118063	54.078	220119	45.691	404307
49	31.729	60252	39.355	108703	51.699	205273	43.356	374229
45 a 49	36.428	368050	44.227	649952	56.592	1195531	48.199	2213513
50	29.532	54745	37.039	99870	49.315	191145	41.034	145760
51	27.381	49673	34.752	91702	46.933	178027	38.734	119402
52	25.282	44611	32.500	83415	44.559	164401	36.459	292428
53	23.238	39429	30.288	74750	42.196	149700	34.215	263880
54	21.256	34394	28.121	66186	39.851	134828	32.007	235408
50 a 54	25.477	222853	32.690	415924	44.730	818102	36.641	1456878
55	19.339	29834	26.003	58348	37.530	121058	29.839	209240
56	17.492	25641	23.940	51044	35.236	107997	27.718	184681
57	15.718	21989	21.936	44637	32.976	96458	25.646	163084
58	14.022	18909	19.995	39219	30.755	86717	23.631	144845
59	12.409	16226	18.123	34469	28.578	78135	21.675	128830
55 a 59	15.941	112598	22.164	227718	33.201	490365	25.872	830680
60	10.880	13821	16.324	30162	26.449	70250	19.784	114233
61	9.441	11769	14.601	26475	24.374	63532	17.961	101776
62	8.093	9656	12.958	22489	22.357	55776	16.211	87922
63	6.841	7461	11.400	18085	20.403	46528	14.538	72074
64	5.687	5483	9.929	13925	18.516	37330	12.946	56738
60 a 64	8.359	48191	13.254	111136	22.683	273416	16.514	432742
65	4.634	3932	8.549	10550	16.701	29628	11.438	44110
66	3.683	2669	7.264	7655	14.961	22665	10.017	32990
67	2.838	1923	6.076	5988	13.301	18842	8.687	26752
68	2.101	1574	4.987	5435	11.724	18368	7.451	25377
69	1.472	1318	4.001	5211	10.234	19159	6.312	25688
65 a 69	2.931	11415	6.149	34839	13.342	108662	8.750	154917
70	1.001	648	3.161	2976	8.698	11770	5.233	15394
71	0.661	420	2.434	2249	7.307	9704	4.286	12373
72	0.429	261	1.825	1614	6.065	7712	3.468	9587
73	0.270	150	1.351	1092	4.973	5777	2.779	7018
74	0.165	81	0.972	695	4.028	4142	2.200	4918
70 a 74	0.531	1560	2.019	8626	6.366	39105	3.691	49290
75	0.099	39	0.681	387	3.243	2650	1.731	3076
76	0.057	22	0.470	262	2.594	2080	1.356	2364
77	0.032	12	0.315	168	2.049	1573	1.050	1753
78	0.018	6	0.208	102	1.598	1121	0.806	1229
79	0.009	3	0.135	58	1.558	968	0.742	1029
75 a 79	0.046	81	0.379	977	2.262	8393	1.172	9451
		9835340			15580224			24926557
								50342121

TABELA 31
 PERCENTUAL E NÚMERO DE PESSOAS QUE NECESSITAM
 E/OU POSSUEM PRÓTESE TOTAL SEGUNDO A IDADE E
 A RENDA. BRASIL, ZONA URBANA, 1989.

IDADE	0 A 2 S.M.		3 E 4 S.M.		5 E + S.M.		TOTAL	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
15	2,600	12606	0,674	4753	0,177	1794	0,869	19153
16	2,413	16167	1,120	7717	0,033	327	1,124	24211
17	4,331	20178	1,677	11364	0,003	29	1,491	31571
18	5,353	24835	2,344	15820	0,087	844	1,968	41499
19	6,476	30156	3,119	21126	0,284	2765	2,553	54047
15 a 19	4,415	103942	1,775	60781	0,117	5760	1,593	170483
20	7,699	35879	4,001	27118	0,059	579	3,001	63576
21	9,017	41983	4,987	33774	1,016	9891	4,047	85648
22	10,429	48525	6,076	41122	1,549	15070	4,951	104717
23	11,930	55462	7,264	49120	2,193	21317	5,958	125899
24	13,518	62719	8,550	57701	2,945	28570	7,065	148990
20 a 24	10,516	244568	6,146	208835	1,551	75427	5,405	528830
25	15,189	70265	9,929	66810	3,805	36804	8,269	173879
26	16,939	78119	11,400	76471	4,769	45986	9,568	200576
27	18,764	85569	12,958	85952	5,836	55647	10,959	227169
28	20,660	92035	14,601	94609	7,003	65229	12,439	251873
29	22,623	97547	16,324	102380	8,268	74541	14,004	274468
25 a 29	18,770	423535	12,986	426223	5,897	278209	10,997	1127967
30	24,648	102706	18,124	109849	9,628	83885	15,651	296440
31	26,731	107324	19,996	116775	11,080	93015	17,376	317114
32	28,866	111435	21,936	123174	12,620	101866	19,175	326474
33	31,050	115188	23,940	129180	14,245	110495	21,044	354863
34	33,277	118517	26,003	134706	15,951	118784	22,979	372007
30 a 34	28,745	555169	21,845	613684	12,581	508046	19,101	1676898
35	35,541	121138	28,121	139414	17,735	126391	24,976	386942
36	37,839	123072	30,288	143290	19,592	133239	27,029	399601
37	40,164	124622	32,501	146684	21,518	139603	29,135	410908
38	42,511	125972	34,573	149018	23,508	145655	31,229	420645
39	44,876	127099	37,039	152585	25,559	151358	33,482	431043
35 a 39	39,970	621902	32,300	730991	21,401	696246	28,974	2049139
40	47,252	127768	39,355	154785	27,666	156416	35,715	438968
41	49,634	128036	41,696	156450	29,823	160857	37,981	445344
42	52,017	128165	44,055	157887	32,026	164991	40,273	451042
43	54,396	128299	46,428	159281	34,270	169008	42,588	456588
44	56,765	128433	48,808	160625	36,550	172909	44,920	461965
40 a 44	51,800	640701	43,857	789027	31,869	824181	40,090	2253908
45	59,118	128323	51,192	161627	38,860	176369	47,263	466319
46	61,450	127911	53,573	162202	41,196	179298	49,613	469411
47	63,757	127872	55,945	163205	43,552	182637	51,963	473714
48	66,032	128545	58,305	165095	45,922	186920	54,309	480561
49	68,271	129644	60,645	167509	48,301	191782	56,644	488935
45 a 49	63,572	642294	55,773	819639	43,408	917006	51,801	2378939
50	70,468	130629	62,961	169765	50,685	196456	58,966	496550
51	72,619	131742	65,248	172174	53,067	201295	61,266	505210
52	74,718	131844	67,500	173247	55,441	204551	63,541	509641
53	76,762	130246	69,712	172049	57,804	205074	65,785	507368
54	78,744	127416	71,879	169174	60,149	203502	67,994	500093
50 a 54	74,523	651876	67,310	856409	55,270	1010876	63,359	2519162
55	80,661	124435	73,997	166043	62,470	201504	70,161	491982
56	82,508	120944	76,060	162171	64,764	198499	72,282	481615
57	84,282	117907	78,064	158849	67,024	196053	74,354	472809
58	85,978	115942	80,005	156927	69,245	195243	76,369	468112
59	87,591	114535	81,877	155728	71,422	195273	78,325	465536
55 a 59	84,059	593763	77,836	799717	66,799	986573	74,128	2380054
60	89,120	113208	83,676	154608	73,551	195356	80,216	463172
61	90,559	112892	85,399	154850	75,626	197122	82,039	464864
62	91,907	109661	87,042	151063	77,643	193705	83,789	454428
63	93,159	101603	88,600	140554	79,597	181515	85,462	423672
64	94,313	90938	90,071	126323	81,484	164277	87,054	381537
60 a 64	91,641	528301	86,746	727397	77,317	931976	83,486	2187675
65	95,366	80913	91,451	112862	83,299	147776	88,562	341551
66	96,317	69786	92,736	97734	85,039	128832	89,983	296352
67	97,162	65827	93,924	92557	86,699	122816	91,313	281201
68	97,899	73354	95,013	103551	88,276	138299	92,549	315203
69	98,528	88217	95,999	125022	89,766	168050	93,688	381289
65 a 69	97,069	378098	93,851	531725	86,658	705774	91,250	1615596
70	98,999	64072	96,839	91162	91,302	123553	94,767	278787
71	99,339	63095	97,566	90137	92,693	123101	95,714	276333
72	99,571	60551	98,175	86840	93,935	119441	96,532	266833
73	99,730	55404	98,649	79714	95,027	110381	97,221	245500
74	99,835	49098	99,028	70838	95,972	98686	97,800	218622
70 a 74	99,469	292220	97,981	418691	93,634	575163	96,309	1286075
75	99,901	39047	99,319	56465	96,757	79075	98,269	174586
76	99,943	28332	99,530	55526	97,406	78115	98,644	171972
77	99,968	26714	99,685	53252	97,951	75218	98,950	165183
78	99,982	23544	99,792	48698	98,402	69029	99,194	151272
79	99,991	29697	99,865	43142	98,442	61132	99,238	133972
75 a 79	99,954	177339	99,621	257089	97,738	362577	98,828	797005
		5853708			7240209			20971730
					7877814			

: 7.7. Edentulismo

A questão do edentulismo, ou ausência total de dentes em ambos os maxilares, merece um tópico a parte, sendo aqui enfocado a partir dos dados constantes da Tabela 32 e também das Tabelas X e XI do Anexo V, sendo que através desta última observa-se a exemplo das análises anteriores a precisão do modelo estatístico ($R_2=0,96$).

Os números e percentuais de pessoas edêntulas por idade e renda são provenientes dos exames bucais realizados em relação aos problemas periodontais. De acordo com o Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal, uma pessoa é considerada edêntula se em cada um dos sextantes bucais (o índice divide a boca em seis partes: dentes posteriores direito e esquerdo e bucal labial de cada maxilar) apresentar apenas um dente sadio ou não, ou vários dentes indicados para extração. Os 3os. molares não são incluídos no exame, a não ser que estejam em função no lugar dos 2os. molares^(87,172,173,180).

Há no Brasil, conforme as estimativas aqui desenvolvidas, 12,6 milhões de edêntulos, significando 17,7% da população urbana de 15 a 79 anos. Se estes números já se afiguram como extremamente severos, mais preocupante ainda é a situação dos grupos de idade mais avançada: a inexistência completa de dentes atinge a praticamente 40% entre 50 e 54 anos, a 77% entre 70 e 74 anos.

Para o conjunto da população estudada, o padrão médio de 10% de edentulismo é atingido aos 34 anos, acelerando-se a perda a partir daí, pois a marca dos 20% surge aos 41 anos, os 50% aos 58 anos e os 60% entre 62 e 63 anos.

Os estratos de alta renda apresentam as condições mais favoráveis, mas à medida em que a idade aumenta, o "gap" em relação aos mais pobres se reduz. Assim, enquanto aos 27 anos de idade esta diferença é de cinco vezes, aos 38 anos é o dobro e aos 60 anos diminui para 1,3 vezes (63,2% x 48,2%) segundo a tabela 32. Em geral, o grupo de 5 salários ou mais demora entre sete e oito anos para atingir o ponto ao qual já haviam chegado os que ganham de 0 a 2 salários.

Como seria de esperar a grande concentração de edêntulos ocorre na terceira idade, mas o volume de adultos mais jovens nesta condição é sem dúvida muito expressivo, estimando-se que 60,4% (7,6 milhões de pessoas) possui 50 anos ou mais, 38,3% (4,8 milhões) está entre 25 e 49 anos com os restantes 1,3% (171,4 mil) entre 15 e 24 anos. Aos 30 anos na baixa renda já um de cada dez é edêntulo.

No Levantamento Epidemiológico, conforme os dados da amostra examinada, não foram encontradas diferenças significativas entre o diagnóstico do edentulismo pelos critérios do índice periodontal (CPITN) e do índice de prótese total. Neste último, o exame bucal informa os casos em que o paciente possui no máximo três dentes hígidos ou não por maxilar.

Numa comparação a nível internacional, o Brasil leva nítida desvantagem pelo menos em relação a países mais desenvolvidos. Na população de 45 a 49 anos a média nacional é de 30%, ou 24% no grupo de mais alta renda, ao passo que na Finlândia é de 11%, na Dinamarca de 7% e na Noruega de 2%. Em torno de 15% dos norteamericanos de 50 a 59 anos são edêntulos, ao passo que no caso brasileiro é de 44% (12,82,87,172,173,178,181)

TABELA 32
PERCENTUAL E NÚMERO DE PESSOAS EDÊNTULAS SEGUNDO IDADE
E RENDA. BRASIL, ZONA URBANA: ESTIMATIVAS PARA 1989.

IDADE	0 A 2 S.M.		3 E 4 S.M.		5 E + S.M.		TOTAL	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
15	0.136	659	0.002	14	0.000	0	0.031	673
16	0.319	1511	0.056	386	0.000	0	0.088	1897
17	0.578	2693	0.187	1267	0.000	0	0.187	3960
18	0.913	4236	0.395	2666	0.000	0	0.327	6901
19	1.323	6161	0.679	4599	0.001	10	0.509	10770
15 a 19	0.648	15260	0.261	8932	0.000	10	0.226	24201
20	1.809	8430	1.038	7036	0.020	195	0.739	15661
21	2.368	11025	1.473	9976	0.008	78	0.996	21079
22	3.001	13963	1.983	13421	0.052	506	1.319	27890
23	3.706	17229	2.566	17352	0.180	1750	1.719	36330
24	4.482	20795	3.223	21751	0.385	3735	2.195	46281
20 a 24	3.072	71443	2.055	69535	0.129	6263	1.334	147241
25	5.328	24647	3.951	26585	0.665	6432	2.742	57665
26	6.242	28787	4.750	31863	1.022	9855	3.363	70505
27	7.224	32944	5.618	37265	1.454	13864	4.056	84073
28	8.272	36850	6.555	42474	1.960	18256	4.819	97580
29	9.383	40458	7.558	47402	2.541	22909	5.652	110769
25 a 29	7.256	163685	5.655	185589	1.512	71316	3.405	420591
30	10.557	43990	8.627	52288	3.194	27828	6.552	124106
31	11.792	47344	9.759	56992	3.919	32900	7.520	137236
32	12.086	50517	10.953	61503	4.715	38058	8.553	150078
33	14.436	53554	12.207	65869	5.581	43290	9.649	162714
34	15.841	56418	13.520	70039	6.515	48516	10.808	174973
30 a 34	13.039	251826	10.917	306690	4.720	190593	6.362	749107
35	17.298	58958	14.888	73809	7.515	53557	12.027	186324
36	18.806	61167	16.310	77161	8.581	58357	13.304	196685
37	20.361	63177	17.784	80263	9.711	63002	14.637	206442
38	21.963	65083	19.308	83222	10.902	67548	16.025	215853
39	23.607	66860	20.878	86009	12.154	71975	17.465	224844
35 a 39	20.261	315245	17.695	400464	9.665	314439	14.566	1030148
40	25.292	68389	22.494	88470	13.464	76122	18.956	23140
41	27.014	69686	24.152	90622	14.830	79989	20.494	240297
42	28.772	70891	25.849	92639	16.250	83717	22.077	247247
43	30.563	72087	27.584	94633	17.722	87399	23.703	254118
44	32.384	73270	29.353	96599	19.243	91034	25.369	260902
40 a 44	28.647	354323	25.733	462963	16.183	418531	21.981	1235817
45	34.321	74498	31.153	98358	20.812	94457	27.093	267313
46	36.103	75150	32.983	99862	22.426	97605	28.813	272617
47	37.796	75804	34.839	101634	24.082	100989	30.541	278427
48	39.908	77689	36.718	103970	25.778	104927	32.387	286586
49	41.835	79443	38.618	106668	27.511	109234	34.217	295345
45 a 49	37.867	182584	34.737	510492	24.010	507211	30.491	1400287
50	43.775	81147	40.535	109297	29.278	113482	36.070	303926
51	45.724	82950	42.466	112058	31.078	117886	37.944	312893
52	47.680	84134	44.410	113984	32.906	121407	39.838	319525
53	49.640	84227	46.361	114418	34.761	123323	41.746	321968
54	51.600	84494	48.319	113724	36.639	123961	43.668	321179
50 a 54	47.552	415952	44.287	563480	32.808	600058	39.725	1579491
55	53.557	82622	50.279	112822	38.538	124309	45.599	319752
56	55.509	81368	52.238	111379	40.455	123993	47.537	316740
57	57.453	80374	54.194	110277	42.386	123984	49.479	314635
58	59.385	80081	56.144	110124	44.328	124987	51.422	315193
59	61.303	80160	58.084	110474	46.280	126533	53.362	317168
55 a 59	57.280	404605	54.025	555076	42.236	623806	49.319	1583488
60	63.203	80286	60.012	110884	48.237	128120	55.298	319291
61	65.083	81133	61.924	112284	50.197	130840	57.225	324257
62	66.940	79871	63.818	110757	52.157	130122	59.141	320750
63	68.771	75004	65.691	104212	54.113	123401	61.043	302617
64	70.573	68047	67.540	94723	56.063	113027	62.928	275797
60 a 64	66.669	384341	63.547	532859	51.893	625511	58.873	1542712
65	72.343	61379	69.362	85601	58.004	102901	64.793	249882
66	74.080	53675	71.154	74988	59.932	90795	66.636	219459
67	75.779	51340	72.913	71852	61.845	87608	68.452	210801
68	77.438	58023	74.638	81345	63.740	99860	70.241	239227
69	79.055	70782	76.324	99399	65.614	122835	71.998	293016
65 a 69	75.787	295199	72.928	413185	61.883	504000	68.476	1212384
70	80.640	52190	77.974	73403	67.540	91397	73.761	216990
71	82.190	52203	79.580	73521	69.428	92204	75.484	217928
72	83.701	50900	81.152	71782	71.261	90610	77.163	213294
73	85.177	47319	82.679	66810	73.038	84839	78.794	198968
74	86.594	42586	84.149	60194	74.750	76864	80.363	179644
70 a 74	83.463	245199	80.902	345710	70.965	435916	76.895	1026824
75	87.968	34383	85.570	48648	76.425	62458	81.891	145489
76	89.291	34247	86.940	48502	78.059	62599	83.372	145347
77	90.560	33259	88.256	47146	79.648	61162	84.803	141567
78	91.771	30789	89.515	43683	81.187	56953	86.180	131426
79	92.922	27598	90.715	39189	82.672	51339	87.501	118127
75 a 79	90.337	160276	88.027	227169	79.390	294512	84.562	681956
TOTAL		3459935		4582146		4592167		12634248

: 7.8. Condições de Saúde Periodontal

O Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (ICNTP ou CPITN), em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Federação Dentária Internacional^(87,172,180), foi utilizado no estudo brasileiro.

Neste sistema a dentição é dividida em seis grupos (sextantes), ao invés dos quatro mais comumente conhecidos. Em cada hemi-arcada há três sextantes: os dentes anteriores, de canino a canino, e dois posteriores que incluem pré-molares e molares. Cada sextante recebe um escore, representando a pior condição encontrada no exame epidemiológico. Os seis códigos adotados identificam a inexistência de doenças periodontais (0), a ausência de dentes (X), a presença de sangramento espontâneo (1), de cálculo (2), de bolsas periodontais superficiais (3) e de bolsas profundas (4).

Estimativas idade por idade e para a população de 15 a 79 anos de idade do percentual e do número de pessoas sem e com doenças periodontais compõem o Título 7.8.1 a seguir.

Na publicação dos dados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal⁽³⁴⁾, os resultados relativos ao CPITN consideraram como base o número total de pessoas examinadas. Em seguida, a FDI e a OMS definiram para efeitos de comparação internacional que a base deveria ser apenas as pessoas com dentes. Ou seja, o número de edêntulos consta mas não é tomado em consideração no índice^(12,57,87,172,173).

Isto tornou necessário o recálculo de todos os resultados do Levantamento brasileiro de maneiras a adapta-lo aos critérios internacionais. É o que se faz no Título 7.8.2., mas restrito à amostra e aos grupos etários examinados em campo. Neste caso particular, ao contrário do conteúdo dos demais indicadores epidemiológicos ou de procura de atendimento até aqui analisados, não são feitas previsões estatísticas para o conjunto dos grupos etários, limitando-se portanto a apresentar as médias e percentuais originais para as idades de 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59 anos.

:: 7.8.1. População Sadia e Com Problemas Periodontais

As Tabelas 33 e 34 no texto, e XII e XIII no Anexo V, detalham idade por idade, entre 5 e 79 anos, as proporções de residentes urbanos sadios ou não do ponto de vista periodontal. As variáveis dependentes idade e renda têm um poder de explicação mais limitado do que nos indicadores anteriores, em relação à variável independente aqui considerada. O fator R^2 indica que 69% do problema é justificado através dos fatores incluídos no modelo de análise estatística. É provável que com o acréscimo por exemplo de dados sobre hábitos de higiene bucal e nível de educação, seja possível melhorar ainda mais a representatividade do modelo.

Desde os 15 anos, quando somente 30% da população urbana permanece sadia, a proporção de pessoas com problemas periodontais

eleva-se continuamente ao longo da existência, chegando a 99% a partir dos 74 anos.

Convém repisar o critério de que estes números e proporções referem-se exclusivamente aos que conservam os seus dentes na boca, isto é, aos que não são edêntulos.

Se combinarmos os dados das Tabelas 32 a 34, teremos que para o total da população urbana de 15 a 79 anos (71,3 milhões), de cada cem pessoas aproximadamente 18 são edêntulas (12,6 milhões), 16 são sadias (11,2 milhões) e as restantes 66 (47,4 milhões) são portadoras de doenças periodontais.

As camadas de menor renda são mais sujeitas às doenças dos tecidos de suporte dentário do que as de média e alta renda. A diferença entre os dois primeiros estratos é pequena, mas há um salto quantitativo quando se compara a faixa de 5 e mais salários. Naturalmente, o inverso ocorre em relação à presença de doenças periodontais, quando os mais pobres é que detêm os mais altos níveis de doença.

Considerando o universo de 47,4 milhões de brasileiros com problemas do periodonto, constatamos uma elevada concentração entre a população jovem. Nada menos que 1/3 dos casos situa-se no grupo de 15 a 24 anos, ao passo que o grupo de adultos entre 25 e 49 anos responsabiliza-se por 55% do total, ficando os de 50 anos e mais com 12% de participação. Este fenômeno explica-se em parte porque o aumento relativo do percentual de pessoas afetadas é lento com a idade, sendo logo compensado pelo gradativo decréscimo da população. Por isso, temos que a maior expressão individual em termos de número de casos dá-se aos 25 anos com 1.584.030 pacientes em potencial, diminuindo idade por idade daí em diante até chegar à diminuta cota de 16.766 pessoas aos 79 anos. Já os sadios diminuem quantitativamente sempre: são 652.195 aos 6 anos e 108 aos 79 anos, numa evidente demonstração de que os esforços preventivos neste campo devem dar grande ênfase aos adolescentes e adultos jovens, tentando evitar a perda de condições mínimas de saúde periodontal.

: 7.8.2. CPITN da Amostra Populacional

Inicialmente, a Tabela 35 mostra uma estratificação do CPITN para os três estratos de renda e as três faixas etárias tomadas em consideração quando da realização dos exames bucais na amostra populacional estudada. As categorias utilizadas representam as camadas que no máximo apresentam sangramento gengival (ou seja, a pior situação diagnosticada em qualquer um dos sextantes refere-se ao código 1), cálculo, etc.

Desde logo, é possível notar que as diferenças entre os dados da amostra e os das projeções estatísticas apresentadas anteriormente quanto ao grupo sem doença periodontal são, como é lógico, pequenas.

Predomina, em todos os casos, o diagnóstico de presença de tártaro (cálculo), que afeta 42% no grupo de 15 a 19 anos; 47% de

35 a 44 anos e 43% entre 50 e 59 anos. Os que têm sinais mais leves da enfermidade significam 20% do total na adolescência, mas perdem importância gradativamente (12,5 e 10,6%) cedendo o passo para o correspondente avanço dos casos mais graves, com bolsas superficiais ou profundas, que em conjunto passam de 8% do total para 28 e para 35,5%. Confirma-se o observado na análise global feita no tópico 7.8.1., no sentido de que os problemas são maiores entre os mais pobres. Em relação aos que possuem bolsas periodontais profundas, por exemplo, entre 50 e 59 anos chegam à elevada proporção de 20% na baixa renda, embora não alcancem a 10% no extremo oposto da pirâmide salarial.

Uma medida adicional da maior ou menor gravidade das condições periodontais é dada pela Tabela 36, a qual fornece o número médio de sextantes afetados em cada uma das categorias definidas na tabela anterior.

Em média, um jovem de 15 a 19 anos residente em uma cidade brasileira possui 3,1 sextantes bucais hígidos; 2,7 com problemas periodontais e 0,2 excluídos por ausência de dentes. Dito de outra forma, ou seja, individualizando cada uma das categorias da Tabela 36, cada adolescente apresenta aproximadamente 51,9% dos seus sextantes bucais livres de enfermidade periodontal, 2,6% edêntulos, 20% com sangramento, 23,2% com cálculo, 2,1% com bolsas superficiais e 0,2% com bolsas profundas. Essas proporções no grupo de 35-44 anos são respectivamente de 20,7 - 25,4 - 14 - 29,3 - 8,5 - 2,1%, e no de 50-59 anos: 11 - 41,2 - 9,9 - 23,8 - 9,4 - 4,7%.

Os dados sobre a média de sextantes são de maior validade para quem tem a seu cargo a implementação de programas de atendimento à comunidade, pois permite calcular os recursos humanos, materiais e financeiros necessários. Basta que cada serviço ou programa especifique seus critérios quanto ao tempo médio para realizar uma profilaxia p.ex. por sextante, para que possa estimar com razoável precisão o número de pessoas que poderá ser tratado num determinado período e a que custo (salários + insumos).

Os que recebem 5 ou mais salários têm em média mais sextantes sadios e menos sextantes edêntulos, com sangramento, cálculo ou bolsas, do que os demais.

Completando o conjunto de três tabelas que constituem o padrão para apresentação de resultados do CPITN, a de número 37 transforma os dados precedentes em necessidades de tratamento. Todos os que não estão livres de doenças periodontais devem receber instruções de higiene oral, ou seja, 69% entre 15 e 19 anos; 88% de 35 a 44 e 92% de 50 a 59 anos. A profilaxia está indicada para os que possuem depósitos cálcicos dentários (cálculo), o que abrange respectivamente 49, 75 e 82% da população urbana. Quanto a tratamentos complexos, indicados para os com bolsas profundas, limita-se a 6% dos adultos entre 35 e 44 anos e a 14% entre 50 e 59 anos. A tabela fornece, também, o número médio de sextantes que requerem profilaxia e atenção complexa, resumindo, em última análise, o programa a desenvolver. Como exemplo de quantificação da população-alvo com base nesses índices. imaginemos uma localidade

com 20 mil habitantes de 35 a 44 anos, na qual devem existir 15 mil que necessitam profilaxia com um total de 34.500 sextantes a tratar (uma vez que 75% têm cálculos e bolsas, com a média por pessoa de 2,3). Se o tempo por profilaxia for de 10 minutos em cada sextante, para proporcionar cuidados adequados a 50% da população afetada, o serviço local de odontologia deverá ofertar em torno de 2875 horas o que significa colocar nesta tarefa aproximadamente duas equipes a tempo integral durante um ano.

Persistem as controvérsias entre os próprios periodontistas quanto ao comportamento fatalista ou não das doenças dos tecidos de suporte dental. Estudos epidemiológicos tem constatado que nem sempre há uma evolução natural de um estágio ao outro da doença. Por vezes condições mesmo aparentemente sérias estabilizam-se por vários anos ou chegam a regredir em função de outros condicionantes que não o tratamento odontológico, como práticas alimentares ou de higiene bucal adotadas pela comunidade^(57,78,87). Em consequência, cada programa ou serviço deve adotar seus próprios critérios, observando atentamente a evolução típica dos problemas periodontais na sua população-alvo, a fim de decidir quando e como intervir positivamente.

Ao aplicar o CPITN em operários da construção civil do Distrito Federal, o SESI encontrou⁽¹³⁸⁾, em relação ao levantamento nacional, uma situação um pouco melhor nos adolescentes e um pouco pior nos adultos. No grupo de 35 a 44 anos, p.ex., 4% dos trabalhadores estavam hígidos, 8% tinham só sangramento, 51% apresentavam cálculos, 26% bolsas superficiais e 10% bolsas profundas.

Em São Paulo, na faixa de 60 anos e mais⁽²⁰⁴⁾, o quadro epidemiológico mostrou-se mais grave quanto à presença de bolsas profundas, localizadas em 67% dos examinados. Em compensação, 10,5% dos que tinham dentes permaneciam com o periodonto hígido, 5% tinham apenas gengivite e 17% cálculos.

Um trabalho realizado no Rio de Janeiro⁽⁸⁶⁾, sem especificar estratos de renda, levantou dados mais severos ao encontrar um menor número de sextantes hígidos e um maior com sangramento, cálculo e bolsas; mas a principal diferença para com o levantamento nacional está no inexpressivo número de "sextantes excluídos" (nenhum no grupo de 15-29; 0,3 no de 35-44 e 0,6 no de 45-54 anos) diagnosticado no estudo carioca, refletindo ou uma amostra muito diferenciada em relação ao padrão médio da cidade, ou critérios mais liberais para decidir quanto à funcionalidade ou não dos dentes examinados. Cabe assinalar ainda que o CPITN é um índice muito mais sujeito a discrepâncias intra e inter-examinadores do que o CPO, justificando desde logo uma maior dedicação dos epidemiologistas brasileiros no sentido de consolidar mais os conhecimentos sobre o comportamento das doenças periodontais, principalmente pela comparação de resultados em distintos períodos de tempo para verificar a tendência dos processos mórbidos em populações típicas.

Torna-se difícil estabelecer uma comparação consistente do quadro periodontal brasileiro emergente do estudo do Ministério da Saúde, com o de outros países. A OMS tem feito um grande esforço no sentido de obter dados nacionais com base no CPITN, mas persiste uma variação forte conforme o indicador escolhido. Se considerarmos, na população de 35 a 44 anos p.ex., a proporção dos que têm cálculos, o Brasil com 48% aproxima-se bastante de países distintos como a Itália, Japão, Portugal, Hungria, Hong Kong, Tailândia, Marrocos e Nepal. No entanto, se a comparação for feita pelos padrões de higidez, então nosso país com seus 12% ombreia-se entre outros com a Austrália, a Indonésia e o Zimbábwe, ficando em posição sempre inferior quanto às oito nações antes citadas. Já nossos índices de bolsas profundas (6,5%) acompanham de perto os constatados na Finlândia, Hungria, Japão, Nova Zelândia, Portugal e Tanzânia (172, 173, 178).

Seja por deficiências do índice, seja pelo conhecimento ainda limitado que o mundo atualmente possui sobre as enfermidades periodontais, o padrão geral de prevalência permanece indefinido. Não obstante, parece claro que a situação epidemiológica brasileira neste campo não é tão desvantajosa como a mostrada para a cárie dental.

Em geral, os países industrializados que conseguiram controlar a incidência da cárie dedicam grande parte de seus esforços e recursos de pesquisa para a área periodontal, procurando paralelamente estabelecer metas de sua redução em termos de saúde pública. No caso brasileiro, os altos índices de cárie pressionam os serviços odontológicos de tal forma que pouco espaço resta para políticas voltadas para a prestação de cuidados periodontais a nível comunitário, limitando-se a profissão fundamentalmente a aconselhar a prática correta da escovação a seus pacientes.

TABELA 33
 PERCENTUAL E NÚMERO DE PESSOAS SEM DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO
 IDADE E RENDA. BRASIL, ZONA URBANA: ESTIMATIVAS PARA 1989.

IDADE	0 A 2 S.M.		3 E 4 S.M.		5 E + S.M.		TOTAL	
	% S/D.P.	No.	% S/D.P.	No.	% S/D.P.	No.	% S/D.P.	No.
15	26,011	125940	27,321	192669	32,906	333586	29,603	652195
16	25,299	119459	26,598	183163	32,143	318365	28,866	620987
17	24,594	113919	25,881	175057	31,384	305723	28,135	594700
18	23,896	109851	25,171	169188	30,630	297128	27,412	576166
19	23,204	106623	24,467	164597	29,882	290946	26,695	562165
15 a 19	24,619	575792	25,905	884674	31,404	1545748	28,159	3006214
20	22,520	103049	23,770	159451	29,139	283874	25,986	546374
21	21,843	99293	23,080	154003	28,401	276469	25,284	529765
22	21,174	95564	22,397	148574	27,669	269046	24,589	513185
23	20,512	91825	21,721	143110	26,943	261428	23,900	496363
24	19,858	88005	21,053	137500	26,224	253423	23,219	478928
20 a 24	21,192	477736	22,413	742639	27,678	1344240	24,602	2546615
25	19,212	84140	20,393	131798	25,510	245107	22,544	461046
26	18,574	80312	19,740	126127	24,803	236726	21,877	443164
27	17,944	75918	19,096	119551	24,103	226484	21,217	421953
28	17,323	70786	18,459	111767	23,409	213769	20,564	396322
29	16,711	65294	17,832	103385	22,723	199457	19,919	368337
25 a 29	17,988	376451	19,138	592628	24,140	1121743	21,257	2090822
30	16,108	60035	17,212	95321	22,044	185927	19,282	341283
31	15,513	54939	16,601	87487	21,372	172384	18,653	314811
32	14,928	50087	16,000	80002	20,708	159269	18,032	289358
33	14,352	45556	15,407	72988	20,051	146851	17,420	265395
34	13,785	41318	14,823	66407	19,403	135077	16,816	242803
30 a 34	15,000	251936	16,072	402206	20,779	799508	18,103	1453649
35	13,299	37487	14,249	60124	18,763	123668	16,235	221280
36	12,681	33489	13,684	54179	18,131	112723	15,634	200391
37	12,144	30008	13,129	48716	17,507	102551	15,057	181275
38	11,617	26864	12,584	43767	16,892	93252	14,489	163883
39	11,100	24016	12,048	39270	16,286	84723	13,930	148009
35 a 39	12,240	151865	13,210	246057	17,589	516916	15,141	914838
40	10,593	21399	11,523	35126	15,689	76759	11,052	133283
41	10,097	19010	11,008	31328	15,101	69372	12,841	119710
42	9,611	16867	10,503	27911	14,522	62657	12,311	107435
43	9,137	14964	10,009	24866	13,953	56617	11,791	96447
44	8,673	13268	9,525	22145	13,393	51167	11,281	86580
40 a 44	9,689	85508	10,581	141377	14,604	316570	12,390	543456
45	18,219	25974	9,052	19676	12,843	46158	12,763	91808
46	7,778	10345	8,590	17430	12,303	41538	10,291	69313
47	7,347	9166	8,139	15471	11,773	37481	9,810	62118
48	6,927	8103	7,699	13796	11,253	33997	9,343	55896
49	6,519	7200	7,270	12326	10,743	30921	8,884	50447
45 a 49	9,683	60788	8,206	78699	11,841	190094	10,325	329582
50	6,123	6382	6,853	10988	10,244	28081	8,437	45451
51	5,738	5650	6,447	9788	9,755	25503	8,001	40941
52	5,365	4953	6,052	8635	9,277	22945	7,575	36553
53	5,004	4276	5,670	7506	8,809	20389	7,160	32170
54	4,654	3645	5,299	6446	8,353	17906	6,757	27997
50 a 54	5,429	24905	6,117	43362	9,345	114843	7,641	183111
55	4,317	3093	4,940	5512	7,908	15678	6,365	24282
56	3,992	2603	4,593	4677	7,474	13640	5,985	20921
57	3,679	2190	4,258	3969	7,051	11883	5,416	18041
58	3,379	1851	3,935	3385	6,639	10421	5,258	15657
59	3,090	1564	3,524	2809	6,240	9165	4,884	13538
55 a 59	5,407	11301	4,309	20352	7,125	60787	5,681	92440
60	2,815	1316	3,326	2457	5,851	8044	4,578	11818
61	2,551	1110	3,040	2099	5,475	7107	4,256	10317
62	2,301	908	2,766	1737	5,110	6099	3,946	8744
63	2,063	703	2,505	1363	4,757	4978	3,647	7044
64	1,838	522	2,257	1027	4,416	3912	3,361	5461
60 a 64	2,372	4558	2,841	8684	5,198	20140	4,025	43382
65	1,625	381	2,021	764	4,088	3046	3,087	4191
66	1,426	268	1,798	547	3,771	2289	2,824	3103
67	1,239	203	1,588	424	3,467	1874	2,574	2501
68	1,065	180	1,391	384	3,175	1804	2,337	2368
69	0,904	170	1,207	372	2,895	1864	2,111	2405
65 a 69	1,274	1202	1,624	2491	3,503	10876	2,610	14569
70	0,768	96	1,047	217	2,606	1145	1,889	1458
71	0,647	73	0,902	170	2,345	952	1,689	1195
72	0,541	54	0,732	122	2,111	771	1,500	947
73	0,449	37	0,659	92	1,900	595	1,353	724
74	0,366	24	0,557	63	1,710	444	1,210	531
70 a 74	0,585	284	0,814	665	2,191	3907	1,574	4856
75	0,296	14	0,468	38	1,505	290	1,064	342
76	0,238	10	0,391	28	1,324	233	0,936	271
77	0,189	7	0,324	20	1,165	182	0,824	209
78	0,150	4	0,268	14	1,025	135	0,727	153
79	0,119	3	0,219	9	0,902	97	0,642	108
75 a 79	0,215	37	0,355	110	1,226	937	0,871	1084
TOTAL		2022362		3163943		6056312		11242617

11242617,30

PERCENTUAL E NÚMERO DE PESSOAS COM DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO
IDADE E RENDA. BRASIL, ZONA URBANA: ESTIMATIVAS PARA 1989.

IDADE	0 A 2 S.M.		3 E 4 S.M.		5 E + S.M.		TOTAL	N°
	% C/DP	N°	% C/DP	N°	% C/DP	N°		
15	73,989	358240	72,679	512537	67,094	680168	70,398	1550944
16	74,701	352731	73,402	505471	67,857	672101	71,137	1530302
17	75,406	349280	74,119	501336	68,616	668415	71,871	1519031
18	76,104	349853	74,829	502966	69,370	672926	72,598	1525744
19	76,796	352879	75,533	508132	70,118	682703	73,320	1543716
15-19	75,381	1762982	74,095	2530444	68,596	3376313	72,039	7669740
20	77,480	354539	76,230	511357	70,861	690332	74,035	1556227
21	78,157	355281	76,920	513256	71,599	696978	74,744	1565515
22	78,826	355764	77,603	514792	72,331	703329	75,447	1573884
23	79,488	355840	78,279	515747	73,057	708872	76,143	1580459
24	80,142	355168	78,947	515612	73,776	712956	76,831	1583735
20-24	78,808	1776590	77,587	2570764	72,322	3512468	75,808	7859822
25	80,788	353815	79,607	514493	74,490	715721	77,513	1584030
26	81,426	352077	80,260	512812	75,197	717698	78,188	1582587
27	82,056	347167	80,904	506500	75,897	713168	78,854	1566835
28	82,677	337838	81,541	493721	76,591	699421	79,514	1530981
29	83,289	325432	82,168	476389	77,277	679000	80,165	1480820
25-29	82,012	1716331	80,862	2503916	75,860	3525007	78,988	7745253
30	83,892	312666	82,788	458487	77,956	657508	80,808	1428661
31	84,487	299211	83,399	439513	78,628	634205	81,444	1372929
32	85,072	285437	84,000	420010	79,292	609850	82,070	1315296
33	85,648	271865	84,593	400744	79,949	585535	82,689	1258144
34	86,215	258416	85,177	381594	80,597	561089	83,299	1201098
30-34	85,000	1427595	83,928	2100347	79,221	3048187	82,572	6576128
35	86,701	244393	85,751	361831	81,237	535438	83,884	1141663
36	87,319	230596	86,316	341752	81,869	508990	84,491	1081339
37	87,856	217097	86,871	322341	82,493	483219	85,074	1022657
38	88,383	204382	87,416	304034	83,108	458796	85,647	967212
39	88,900	192345	87,952	286680	83,714	435494	86,211	914519
35-39	87,760	1088814	86,790	1616638	82,411	2421938	85,842	5127390
40	89,407	180609	88,477	269708	84,311	412493	86,765	1072650
41	89,903	169265	88,992	253266	84,899	390012	87,310	812543
42	90,389	158631	89,497	237835	85,478	368805	87,845	765272
43	90,863	148811	89,991	223572	86,047	349150	88,369	721533
44	91,327	139715	90,475	210351	86,607	330874	88,883	680938
40-44	90,311	797030	89,419	1194731	85,396	1851063	90,992	3842823
45	91,781	116590	90,948	197692	87,157	313243	87,187	627526
46	92,222	122659	91,410	185477	87,697	296088	89,881	604224
47	92,653	115591	91,861	174619	88,227	280884	90,364	571094
48	93,073	108878	92,301	165392	88,747	268116	90,836	542387
49	93,481	103253	92,730	157219	89,257	256901	91,298	517372
45-49	90,317	566972	91,794	880400	88,159	1415231	90,584	2862603
50	93,877	97845	93,147	149350	89,756	246038	91,748	493234
51	94,262	92815	93,553	142031	90,245	235933	92,187	470778
52	94,635	87368	93,948	134044	90,723	224580	92,616	445992
53	94,996	81172	94,330	124875	91,191	211062	93,033	417110
54	95,346	74671	94,701	115191	91,647	196463	93,438	386326
50-54	94,571	433872	93,883	665491	90,655	1114076	92,924	2213439
55	95,683	68554	95,060	106058	92,092	182575	93,832	357187
56	96,008	62614	95,407	97158	92,526	168863	94,214	328635
57	96,321	57332	95,742	89240	92,949	156644	94,585	303216
58	96,621	52919	96,065	82637	93,361	146551	94,943	282107
59	96,910	49037	96,476	76914	93,760	137710	95,322	263660
55-59	94,593	290455	95,691	452007	92,875	792344	94,794	1534806
60	97,185	45427	96,674	71428	94,149	129441	95,625	246297
61	97,449	42417	96,960	66942	94,525	122706	95,947	232066
62	97,699	38539	97,234	61058	94,890	113260	96,258	212856
63	97,937	33357	97,495	53064	95,243	99864	96,556	186085
64	98,162	27852	97,743	44497	95,584	84668	96,842	157017
60-64	97,628	187592	97,159	296989	94,802	549741	96,381	1034323
65	98,375	23084	97,979	37047	95,912	71457	97,115	131588
66	98,574	18513	98,202	29854	96,229	58413	97,376	106780
67	98,761	16206	98,412	26269	96,533	52176	97,624	94651
68	98,935	16725	98,609	27257	96,825	55004	97,860	98985
69	99,096	18584	98,793	30462	97,105	62510	98,083	111555
65-69	98,726	93112	98,376	150888	96,497	299560	97,741	543559
70	99,232	12434	98,953	20518	97,394	42781	98,297	75733
71	99,353	11239	99,098	18695	97,655	39649	98,490	69583
72	99,459	9858	99,268	16550	97,889	35771	98,676	62179
73	99,551	8198	99,341	13904	98,100	30723	98,816	52825
74	99,634	6569	99,443	11276	98,290	25520	98,955	43364
70-74	99,415	48297	99,186	80942	97,809	174445	98,687	303685
75	99,704	4689	99,532	8165	98,495	18977	99,093	31831
76	99,762	4098	99,609	7257	98,676	17363	99,213	28717
77	99,811	3460	99,676	6253	98,835	15446	99,319	25160
78	99,850	2757	99,732	5103	98,975	13062	99,410	20922
79	99,881	2100	99,781	4002	99,098	10664	99,489	16766
75-79	99,785	17108	99,645	30788	98,774	75521	99,129	123416
TOTAL		10206749		15074344		22155893		47436987

TABELA 35
PERCENTUAL DE PESSOAS SEGUNDO O ESCORE MAIS
ALTO DO CPITN EM GRUPOS DE RENDA E DE IDADE
SELECIONADOS. BRASIL, ZONA URBANA.

RENDA FAMILIAR	IDADE	SEM DOENÇA PERIODONTAL (0)	SOMENTE SANGRAMENTO (1)	CÁLCULO (2)	BOLSAS SUPERFICIAIS (3)	BOLSAS PROFUNDAS (4)
ATE 2	15-19	23,335	15,868	48,413	11,325	1,057
SALÁRIOS	35-44	9,331	11.230	47,481	24,525	7,431
	50-59	6,196	7.692	37.820	28,418	19,871
3 E 4	15-19	32,505	20,379	39,444	6,939	0.730
SALÁRIOS	35-44	10,441	13,119	49,799	20,348	6,291
	50-59	6.562	11,562	47.500	20,937	13,437
5 E +	15-19	34.700	23.170	38,525	3.215	0,388
SALÁRIOS	35-44	16,485	14,168	46,185	18,119	5.040
	50-59	8,695	13,623	45,217	22,898	9,565
TOTAL	15-19	30,251	19,916	42,112	7,008	0,711
	35-44	11,589	12,555	47,771	21,619	6,463
	50-59	7.060	10,591	42,806	24,624	14,916

Fontes: Bibliografias 34,172.

TABELA 36
NÚMERO MÉDIO DE SEXTANTES BUCAIS SADIOS,
COM DOENÇA PERIODONTAL E EDÊNTULOS SEGUNDO
O CPITN EM GRUPOS SELECIONADOS DE RENDA E
IDADE. BRASIL, ZONA URBANA.

RENDA FAMILIAR	IDADE	SEM DOENÇA PERIODONTAL (0)	SANGRAMENTO OU ESCORE + ALTO (1+2+3+4)	CÁLCULO OU ESCORE + ALTO (2+3+4)	BOLSAS SUPERF. OU ESCORE MAIS ALTO (3+4)	BOLSAS PROFUNDAS (4)	EXCLUIDOS (MENOS QUE 2 DENTES) (X)
ATE 2 SALÁRIOS	15-19	2,616	3,101	1,962	0,231	0,016	0,281
	35-44	0,914	3,309	2,612	0,776	0,161	1,776
	50-59	0,519	2,801	2,399	1,049	0,356	2,679
3 E 4 SALÁRIOS	15-19	3,277	2,589	1,477	0,141	0,013	0,132
	35-44	1,250	3,182	2,314	0,548	0,116	1,567
	50-59	0,615	2,800	2,196	0,762	0,265	2,584
5 E + SALÁRIOS	15-19	3,431	2,506	1,190	0,059	0,007	0,061
	35-44	1,764	3,170	2,118	0,469	0,084	1,061
	50-59	0,901	3,002	2,162	0,628	0,188	2,061
TOTAL	15-19	3,113	2,730	1,532	0,141	0,012	0,151
	35-44	1,239	3,236	2,395	0,634	0,127	1,524
	50-59	0,662	2,862	2,270	0,840	0,279	2,474

Fontes: Bibliografias 34,172.

TABELA 37
NECESSIDADES DE TRATAMENTO PERIODONTAL
SEGUNDO O CPITN EM GRUPOS DE RENDA E
IDADE SELECIONADOS. BRASIL, ZONA URBANA.

RENDA FAMILIAR	IDADE	INSTRUÇÃO EM HIGIENE ORAL (%)	PROFILAXIA* (%) (NMS)	TRATAMENTO COMPLEXO* (%) (NMS)
ATE 2 SALÁRIOS	15-19	77	61 (1.96)	1 (0.01)
	35-44	91	79 (2.61)	7 (0.16)
	50-59	94	86 (2.40)	20 (0.36)
3 E 4 SALÁRIOS	15-19	67	47 (1.48)	1 (0.01)
	35-44	90	76 (2.31)	6 (0.12)
	50-59	93	82 (2.20)	13 (0.26)
5 E + SALARIOS	15-19	65	42 (1.19)	0 (0.00)
	35-44	83	69 (2.12)	5 (0.01)
	50-59	91	78 (2.16)	10 (0.19)
TOTAL	15-19	70	50 (1.53)	0 (0.01)
	35-44	88	76 (2.39)	6 (0.13)
	50-59	93	82 (2.27)	15 (0.28)

*: NMS = Número Médio de Sextantes

Fontes: Bibliografias 34,172.

8. PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

O modelo liberal de prática odontológica não alcançou o êxito esperado no caso brasileiro, se considerarmos os seus resultados em termos do nível de saúde bucal da população. Não obstante, o relacionamento direto entre profissional e paciente continua sendo a modalidade predominante de prestação de serviços e este é certamente o principal motivo para a preferência que, na escolha da carreira universitária, lhe dão os adolescentes (nos vestibulares de 1992 em São Paulo e no Distrito Federal, p.ex., a procura pelos cursos de odontologia perdeu somente para a medicina).

Os primeiros serviços públicos de atendimento odontológico, direcionados para as camadas de baixa renda, surgiram em capitais das principais unidades federadas por iniciativa dos governos estaduais, inicialmente por ser inevitável ofertar pelo menos alguns serviços gratuitos de urgência e de extrações e, em seguida, para atender à pressão dos Cirurgiões-Dentistas por empregos^(176, 229, 230).

A rede estadual e algumas unidades ligadas a instituições beneficentes expandiram-se gradativamente, sendo depois seguidos pela implantação de serviços por parte de prefeituras de municípios de maior porte. No começo o objetivo era o de prestar um atendimento mínimo a pobres e indigentes, mas pouco a pouco surgiram os serviços de saúde escolar, enfatizando o grupo prioritário do ponto de vista odontológico, composto por crianças a partir dos 6 ou 7 anos de idade.

Neste capítulo, o estudo dos programas e das políticas públicas está organizado em torno de cinco tópicos: as ações desenvolvidas a nível central, os projetos preventivos, as iniciativas de nível regional e local, questões relacionadas como a estrutura de produção e consumo de açúcar no país e o sistema de ensino elementar vigente e, por último, uma análise de conjunto particularmente sobre o relacionamento entre o quadro epidemiológico e os programas setoriais.

: 8.1. O Nível Central: Avanços e Retrocessos

No início da década de sessenta é que o governo central, através da Fundação SESP, passou a ter presença no campo da saúde bucal. Antes disso apenas a previdência social possuía algumas unidades de atendimento, com odontólogos contratados pelos institutos de aposentadoria e pensões, na época ligados às categorias profissionais mais importantes^(114, 179).

Pode-se afirmar que o Brasil não possui tradição de normatização e coordenação a nível central das atividades odontológicas desenvolvidas no país. O setor estabeleceu suas próprias regras pouco a pouco, preocupando-se essencialmente com a área universitária e com o seu próprio fortalecimento. Desta maneira, as ações curativas e os interesses individuais impuseram o seu predomínio. A formação de um número grande de Cirurgiões-Dentistas e a generalização de padrões muito elevados de doenças

bucais são resultantes lógicas desse "não sistema- de atenção em odontologia.

Na verdade, neste século o universo particular da odontologia conseguiu manter-se liberal e arredio a diretrizes centrais em um país que desde o império tem sido centralizador por excelência.

A Lei Eloy Chaves, de 1922, construiu os primeiros alicerces da seguridade social no Brasil, estabelecendo um regime de prestação de benefícios sociais à semelhança dos sistemas implantados pouco antes na Europa e particularmente na Alemanha do Chanceler Bismark. Os serviços de saúde só começaram a se fazer notar com certa representatividade nos anos cinquenta, primeiro com a proteção à maternidade e a problemas do trabalho, e depois com cuidados à infância e com internações hospitalares, para finalmente incluírem serviços laboratoriais e de clínica médica e odontológica.

A oferta de serviços curativos odontológicos por parte dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, como os que serviam às categorias dos bancários e dos servidores públicos, aconteceu de maneira assistemática e pela modalidade direta (profissionais assalariados que trabalhavam em espaços físicos e em equipamentos pertencentes à instituição empregadora), sempre por livre demanda de pacientes. De nenhuma forma esses serviços podem ser caracterizados como de nível central, embora pertencessem a uma instituição - a previdência social - de âmbito federal.

O sistema previdenciário mudou gradativamente, observando-se um crescimento cada vez maior da modalidade indireta de prestação de serviços (privatização), na qual os odontólogos são remunerados para tratar, em seus próprios consultórios e com equipamentos e insumos de sua propriedade, a pacientes encaminhados pela instituição securitária, mediante uma tabela de preços previamente acordada. Os serviços continuaram a ser curativos e por livre demanda, com controles frouxos e pouco eficazes. Dessa forma, mesmo sem se constituir em um típico sistema central, a previdência social acabou por plasmar no país um "modelo público" de atenção odontológica, em moldes similares ao pouco antes implantado na área médica. Este modelo contribuiu ativamente para o agravamento dos problemas setoriais, seja por sua reduzida eficácia seja porque acostumou parcela significativa da profissão às suas distorções (baixa remuneração, fraudes compensatórias criando problemas éticos de difícil solução). Mais tarde foi criada uma coordenadoria específica de odontologia no INPS e outra no ex-FUNRURAL, como se refere adiante.

A nível do Ministério da Saúde as ações odontológicas ficaram a cargo de uma de suas unidades vinculadas, a Fundação SESP, entidade originária do esforço de guerra no campo da saúde pública feito em conjunto com o governo norte-americano. A Fundação SESP (hoje incorporada à Fundação Nacional de Saúde) notabilizou-se principalmente pela implantação de três medidas: fluoretação da água de abastecimento público; sistema incremental de atenção a

escolares; desenvolvimento de uma rede de serviços nos estados com pessoal próprio a tempo integral.

O Ministério, embora contando com um bom serviço em sua estrutura, optou por conserva-lo em uma posição secundária, com uma cobertura populacional sempre reduzida. Somente em 1982 com um Grupo de Trabalho e em 1987 com a Divisão Nacional de Saúde Bucal passou a desempenhar um papel que pode ser considerado como próximo ao de um núcleo central do sistema⁽³⁸⁾.

A segunda metade da década de setenta marcou a fase em que propostas mais concretas de planos e programas nacionais começaram a acumular-se sobre as mesas dos dirigentes das principais instituições de saúde nacionais (Ministérios da Saúde e da Previdência, e por vezes também o da Educação), procurando acompanhar o esforço de reorientação e de expansão do sistema feito na área médica.

Com a aprovação do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN - em 1975, no capítulo dedicado às "intervenções nutricionais complementares" foi incluído o combate à cárie dental com recursos suficientes para implementar, até 1980, a fluoretação da água de consumo público nas localidades com mais de 50 mil habitantes⁽¹⁸⁷⁾. A responsabilidade pelo projeto foi dada à Fundação SESP, mediante recursos repassados pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Ao final do período, contudo, tinham sido beneficiadas apenas 50 cidades com um pouco mais de 4 milhões de habitantes, correspondendo a algo em torno de 8% da meta estabelecida. As razões mais notórias para tais resultados situaram-se nas dificuldades de interação entre um órgão pertencente ao setor saúde e as empresas de abastecimento d'água, a problemas burocráticos ligados à pesada e fortemente centralizada estrutura administrativa da F.SESP e finalmente à redução do poder de compra do programa face à inflação e à demora na aplicação dos recursos.

Em 1987 foi proposta a inclusão de um projeto específico de odontologia como parte do Programa Integrado de Ações de Saúde e Saneamento -PIASS-(¹⁸²), com base na fluoretação da água e aplicações tópicas de flúor (via bochechos); redirecionamento de recursos humanos e físicos para dar ênfase ao atendimento de escolares; implementação de unidades elementares em localidades sem acesso à odontologia formal, através de pessoal de nível técnico. O projeto incluía o estímulo ao aumento de produtividade, à adoção de equipamentos simplificados e ao emprego de recursos humanos sem formação acadêmica com funções expandidas. Marcado por um conteúdo inovador, considerando-se a época em que foram feitas, o projeto foi aceito mas não chegou a obter recursos para sua execução efetiva devido à maior prioridade conferida à implantação de uma rede de centros e postos de saúde na área médica (mais de 3.500 unidades foram estabelecidas no interior do país).

À mesma época foi apresentada, pelo IPEA (Ministério do Planejamento), uma proposta em bases similares à do PIASS, de apoio a um "programa na área de odontologia", com recursos do Fundo de

Apoio ao Desenvolvimento Social -FAS⁽¹²⁹⁾. O documento alcançou aceitação técnica mas não chegou ao CDS devido à interrupção do fluxo de apresentação e análise de projetos a este organismo.

Um documento sobre "a responsabilidade do Ministério da Saúde na prevenção e tratamento das doenças bucais" de 1978 acabou transformando-se em texto oficial da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, conquistando a aprovação pessoal do Ministro da Saúde da época⁽²²⁹⁾. A criação de um núcleo ou setor específico de saúde bucal na estrutura da Secretaria, sugerida no documento, não se concretizou possivelmente por entraves burocráticos não superados e também por ter se mantido dentro de limites essencialmente técnicos, sem pressões para a sua consecução. As posições centrais do texto podem ser resumidas em três itens: generalização de medidas preventivas, prioridade de atendimento à faixa de 6 a 14 anos e simplificação de recursos humanos, equipamentos e demais insumos necessários à atenção básica.

As discussões setoriais concentraram-se à volta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde -PREV/SAÚDE⁽³²⁾- em 1980, num seguimento natural ao PIASS e numa antecipação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS - que viria logo após. O PREV/SAÚDE tinha como um dos seus componentes importantes a área da saúde bucal, a qual chegou a ser considerada como uma das cinco atividades básicas que deveriam estar presentes em cada unidade de saúde, ao lado da ginecologia/obstetrícia, clínica geral, cirurgia e pediatria. O sub-programa de odontologia⁽¹⁸⁹⁾ foi aprovado no âmbito do programa global e definia três grandes níveis de prestação de serviços: primário, compreendendo a prevenção maciça e a prestação de cuidados elementares; secundário, com atividades de apoio ao primeiro nível e atendimento a escolares de primeiro grau; terciário, com a referência para casos complexos e a oferta de próteses sob lucro zero. Propunha-se uma rede de complexidade crescente com ênfase nas unidades de atenção elementar (situadas geralmente em localidades sem profissional e em periferias urbanas sem assistência) e no emprego de pessoal técnico com funções expandidas, ou seja, THDs (Técnicos de Higiene Dental) que também fariam restaurações dentárias em todas as suas etapas, incluindo o preparo cavitário e dariam atendimento emergencial simples sob supervisão direta ou indireta, sendo empregados exclusivamente pelos serviços públicos. O PREV/SAÚDE não chegou a se constituir em um programa governamental, mas além de representar um momento muito rico e significativo no processo de discussões setoriais, constituiu-se no ponto de referência para os progressos daí em diante alcançados.

Como resultante da divisão de forças que predominou no setor saúde a partir de 1980, houve um fortalecimento da previdência social. Foi o período do CONASP (Comissão Consultiva da Administração de Saúde Previdenciária), no qual foi aprovado entre outros o "Programa de Reorientação da Assistência Odontológica" do INAMPS em 1983⁽¹¹⁴⁾. Foi um texto escrito no IPEA e que representa na prática os avanços possíveis naquele período, considerando o estágio em que se encontravam as discussões dentro do sistema de

saúde em seu todo e o que podia ser aceito e compreendido pela coordenação de odontologia do INAMPS. Sua importância maior radicava-se na oficialização das severas críticas ao regime indireto de prestação de serviços com pagamento de profissionais por tarefa, propondo-se sua substituição por serviços diretos. No INAMPS o processo de fortalecimento interno da odontologia conduziu à criação de um Departamento com numerosa equipe e coordenadorias nos estados, mas ao cabo notabilizou-se apenas pela tentativa de implantação de um amplo programa de aplicação de selantes oclusais, que não contou com a aceitação dos profissionais de saúde pública do país e não foi implementado apesar da compra de insumos em grande quantidade.

O surgimento do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FINSOCIAL -, logo ocupando um espaço de relevante fonte de financiamento para toda a área social do governo federal, propiciou a aprovação em 1983 de dois programas essenciais para a odontologia: um de apoio à fluoretação da água e outro alocando recursos para ações de saúde escolar^(228, 230). O primeiro, que sustentou grande parte do processo de expansão da fluoretação no Brasil, ficou a cargo do Banco Nacional de Habitação, depois substituído nesta atividade pela Caixa Econômica Federal. O segundo localizou-se na Fundação de Assistência ao Estudante - FAE - do Ministério da Educação e Cultura, tendo proporcionado verbas significativas para a aquisição de equipamentos simplificados e para os programas preventivos a base de bochechos com fluoreto de sódio.

Com o término do regime militar, instalou-se a Nova República. Em seus primórdios, a política geral de saúde e um plano de saúde bucal foram apresentados ao então candidato à presidência Dr. Tancredo Neves⁽⁸⁾.

As Conferências Nacionais de Saúde ocorridas nos anos oitenta concederam espaços representativos à odontologia. Na VII Conferência o grupo que relatou o sub-tema "odontologia e os serviços básicos de saúde" recomendou um programa em três níveis, similar ao sugerido no PREV/SAÚDE e incluindo entre outros pontos a institucionalização de um setor odontológico no Ministério da Saúde, a aprovação do Técnico Dental Operador, concessão de recursos para expansão do setor público e produção de insumos básicos via Central de Medicamentos. Na VIII realizou-se, como consequência, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, cuja importância principal está na participação de entidades de representação popular com a ampliação do fórum de debates. Suas propostas seguem os princípios e diretrizes então adotados na área de saúde em geral, sugerindo um programa de saúde bucal universalizado, hierarquizado, regionalizado e descentralizado tendo por base a municipalização, a estatização dos serviços e a participação popular. As prioridades aconselhadas - faixa de 0 a 14 anos, gestantes, adultos - não podem ser consideradas tecnicamente como corretas, além de que algumas propostas de nítido cunho corporativista chegaram a ser incluídas na pauta de reivindicações, como piso salarial de 10 salários-mínimos e insalubridade máxima para os odontólogos^(48, 66, 67, 176).

Entre as muitas conclusões que podem ser tiradas sobre a breve retrospectiva feita nos tópicos precedentes, está a de que a luta pela implantação de um eficaz sistema público de atenção odontológica no Brasil obteve avanços significativos mas limitados em termos de uma efetiva melhoria dos níveis de saúde bucal e de uma maior cobertura populacional. Dentro de um quadro caracterizado por um país em constante crise econômica e por uma profissão ainda essencialmente liberal e conservadora, tornou-se possível reunir forças suficientes para estabelecer propostas qualitativamente factíveis, mas insuficientes para de fato chegarem ao nível da execução em massa. Os recursos disponíveis para ações de saúde bucal resumiram-se às dotações da previdência social, de evidente mau uso (apoio à privatização, ausência de programas inclusive para os serviços próprios, ênfase em atividades curativas, tentativas equivocadas no campo preventivo), ao apoio à fluoretação da água via FINSOCIAL e ao limitado orçamento da F.SESP.

Um Grupo de Trabalho denominado Unidade de Sistema de Odontologia ou GT/ODONTO surgiu no Ministério da Saúde em 1982. Sua mais evidente contribuição foi dada no campo preventivo, através do apoio à fluoretação da água implementada pelo BNH⁽²²⁸⁾.

Somente em 1987 é que, na estrutura da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde foi criada a Divisão Nacional de Saúde Bucal -DNSB-⁽³⁸⁾ consolidada na estrutura do Ministério de 1988. O orçamento da União de 1989 apresenta a particularidade de conter, pela primeira vez, dotação específica para ações de saúde oral (NCz\$ 2,2 milhões, com execução final de NCz\$ 20 milhões)⁽³⁰⁾.

Com base no Levantamento Epidemiológico realizado em 86, a Divisão adotou uma linha sequencial de planejamento em saúde, definindo inicialmente uma Política Nacional de Saúde Bucal para, em seguida, conseguir recursos para implementar o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental - PRECAD.

A Política Nacional de Saúde Bucal⁽⁴⁰⁾, aprovada pelas instituições públicas e pelas entidades de classe, definia como prioritários, pela ordem, as crianças de 6 a 12 anos, adolescentes de 13 a 19, infantes de 2 a 5 e depois os adultos. Além disto, privilegiava os serviços emergenciais, ações preventivas e educativas num mesmo patamar e em terceiro lugar os serviços recuperadores básicos, destacando a cárie dental e as doenças periodontais como os principais problemas a serem enfrentados. O texto da Política contemplava um conjunto de princípios, objetivos e prioridades, além de diretrizes operacionais (de mais curto prazo), chegando a estabelecer como um de seus objetivos a redução em 50% da prevalência da cárie dental em crianças e adolescentes no prazo de dez anos.

O programa preventivo^(39,51) lançado em seguida caracterizava-se principalmente pela decisão de apoiar projetos de ampla cobertura populacional, abandonando as atividades de pequena abrangência e os "projetos-piloto" muito comuns até então. As metas para o primeiro ano de execução (1989) foram, entre outras, de aplicação tópica de fluoretos em 4 milhões de crianças e de expansão da fluoretação da

água para atingir 70 milhões de pessoas. Na prática o programa repassou aos estados e municípios todo o material preventivo necessário para uso tópico em 7 milhões de crianças, chegando a água com flúor a 64 milhões de habitantes, além de outros 6 milhões para os quais foram repassados recursos às companhias de abastecimento responsáveis (uma melhor análise destas ações está nos Títulos 8.2.1. e 8.2.4.).

Nesta fase inicial da DNSB diversas atividades de importância foram desenvolvidas: cursos para agentes básicos de saúde geral que atuavam em localidades sem Cirurgião-Dentista; normas para controle e registro de dentifrícios fluoretados e de soluções para enxaguatórios diários com flúor; estudos sobre a viabilização do uso do sal de cozinha como veículo preventivo (conclusões negativas), sobre o sistema de ensino de 1o. grau para viabilizar o tratamento odontológico do alunado, sobre outros métodos preventivos tópicos (vernizes, soluções altamente concentradas); editoração de textos de saúde pública inclusive sobre controle de infecção e combate a manifestações de AIDS e câncer bucal. Na área internacional, a Divisão chegou a firmar acordos específicos de cooperação com suas congêneres de Cuba e Guatemala e com a Universidade de Londres, tendo realizado um Fórum Internacional de Saúde Bucal com a presença de numerosos especialistas estrangeiros e assumido a direção da Coordenadoria de Serviços Odontológicos da América Latina - COSAL (33, 35, 41, 42, 43, 48).

O apoio à estratégia de cunho populacional para combater a cárie dental e para expandir os serviços básicos caracterizaram esta fase. Embora tenha sido interrompida com a troca de governo, sem dúvida essa estratégia marcou uma mudança no comportamento e na maneira de enfrentar os problemas de importância epidemiológica por parte de muitos profissionais de saúde pública no país, na prática iniciando um novo ciclo nesta área.

: 8.2. A Prevenção da Cárie Dental no Brasil

Ao longo das últimas décadas, e de modo especial a partir dos anos sessenta, diversos projetos, programas e ações isoladas tem sido experimentadas no campo preventivo, com objetivo de beneficiar o conjunto da população. Os resultados alcançados, apesar de todos os esforços feitos, podem ser considerados como débeis em seu conjunto, tendo em vista que os índices de ocorrência da principal das doenças bucais - a cárie dental - permanecem muito elevados e somente decresceram de maneira pontual, em algumas localidades. Outras problemas de saúde pública, como as doenças periodontais e o câncer bucal, têm ficado virtualmente à margem das políticas públicas.

Mais recentemente surgiu o que se pode denominar de um período de acirramento das discussões, com a multiplicação de projetos preventivos, de cursos e seminários nos congressos profissionais, da expansão da oferta e venda de produtos comerciais destinados ao controle da cárie e das doenças periodontais, do crescimento do mercado consumidor de produtos preventivos principalmente dentifrícios e soluções de higiene oral, aparecimento de núcleos de

influência de escolas de países desenvolvidos (mormente da área escandinava), fortalecimento da profissão de Técnico de Higiene Dental e maior oferta de literatura especializada. Ainda não se pode falar em um "boom" preventivo, porque a população ainda não consegue efetivamente beneficiar-se dessas discussões e iniciativas, mas é possível que cheguemos a este ponto.

A importância mais notória da análise feita a seguir está em que ela abre uma porta para a identificação de erros ou falhas no passado recente, permitindo uma melhor visão sobre os caminhos a trilhar de ora em diante. São enfocadas as linhas de fluoretação da água e do sal, os bochechos com fluoreto de sódio, as aplicações de flúor-fosfato acidulado e de selantes, as terapias intensivas e os dentifrícios fluoretados. Adicionalmente, recomenda-se a leitura do texto sobre as modalidades de financiamento (Título), no qual está comentado o direcionamento de recursos previdenciários para algumas ações de prevenção.

:: 8.2.1. Fluoretação da Água de Consumo Público

A implantação da primeira planta de água fluoretada no Brasil deu-se em 1960 na cidade de Baixo Guandú, no Espírito Santo, em estação de tratamento pertencente à Fundação SESP (Serviços de Saúde Pública), do Ministério da Saúde⁽⁹⁵⁾.

Desde aí a idéia ganhou cada vez mais adeptos e não cessou de crescer por todo o país. Nos anos sessenta houve uma extraordinária expansão no estado do Rio Grande do Sul que se transformou, junto com o Chile, em área exemplar neste campo a nível internacional. Embora o amplo programa gaúcho de fluoretação da água tenha sido interrompido no início dos anos setenta, o método terminou se impondo como a grande linha de prevenção da cárie dental no país.

Em 1974 foi assinada a Lei 6050 que obrigou a adição de flúor em novas estações de abastecimento. Em 1977 uma linha de apoio financeiro a nível federal que foi embutida no PRONAN - Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - não conseguiu prosperar, mas em 1983 foi aprovada a destinação de recursos do FINSOCIAL que entre 84 e 89 propiciou um notável aumento no número de localidades cobertas^(67,129,187,189,228).

Coincidindo com a abertura da linha de apoio financeiro federal via Banco Nacional de Habitação e depois via Caixa Econômica Federal, o estado de São Paulo e a cidade do Rio de Janeiro adotaram a fluoretação como prioridade.

Ao lançar o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental - PRECAD^{-(39,51)} o Ministério da Saúde em 1989 colocou a fluoretação da água como sua primeira linha de ação. Na prática, formou-se um grupo de coordenação conjunta do trabalho, composto por técnicos da Divisão Nacional de Saúde Bucal e do Departamento de Saneamento, este da Caixa Econômica, visando unificar as formas de financiamento e de atuação.

Estudo feito com base nas informações diretamente fornecidas pelas Companhias de Abastecimento D'Água dos estados e municípios constatou que, em 1989, 1.222 localidades dispunham de água artificialmente fluoretada, abrangendo 62 milhões de moradores⁽⁵²⁾. Neste período, as cidades que interrompiam a dosagem regular de flúor à água eram visitadas por especialistas da DNSB e da CEF a fim de definir estratégias alternativas para a retomada do processo.

Todo este esforço fez com que o programa brasileiro se constituísse no que mais se expandiu a nível mundial nos anos oitenta^(78,190), superando inclusive programas tradicionais como os dos Estados Unidos e da Comunidade dos Estados Independentes (ex-URSS). A exceção coube às cidades-estado de Cingapura e Honk Kong, as quais conseguiram beneficiar com o método a 100% de suas populações^(84,181).

Nos países industrializados que já conseguiram controlar a cárie dental, discute-se hoje com maior intensidade se os efeitos da fluoretação são pré ou post-eruptivos, principalmente em função das crescentes evidências favoráveis à ação tópica do flúor. No atual estágio de conhecimentos, aceita-se que: (a) os efeitos sistêmicos (pré-eruptivos) estão sempre presentes e jogam um papel fundamental principalmente em populações sujeitas a altos índices de ataque de cárie, como é o caso do Brasil; (b) o flúor local (post-eruptivo) possui um ativo poder preventivo, tanto nos métodos de ingestão quanto nos de aplicação tópica^(11,58,75,80,96,137).

Estudos feitos em comunidades submetidas com regularidade ao método mostram reduções na prevalência de cárie similares às obtidas nos estudos internacionais ^(6,227,228,232). Considerando que a verdadeira expansão a nível nacional aconteceu a partir da segunda metade da década de setenta, ainda não estão disponíveis estudos relativos aos impactos recentes em termos populacionais sobre a saúde bucal de escolares de 1º. grau.

A história da fluoretação no Brasil é extraordinária no sentido de que sua progressão e gradativa afirmação se deram em um país no qual, em qualquer setor, poucas atividades conseguiram resultados similares. Certamente um processo com esta trajetória, deve ser respeitado e ter continuidade. A Tabela 38 resume o desenvolvimento do método no país.

Com a mudança de governo federal em 1990, diminuiu temporariamente a ênfase até então dada ao método. O programa conjunto com a CEF foi desativado; as linhas de financiamento federal disponíveis desde 84 deixaram de existir; o sub-programa 1 do PRECAD, de apoio direto a esta medida preventiva não teve continuidade e, finalmente, as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste passaram a ser consideradas como áreas de implantação de um novo e concorrente método (fluoretação do sal de cozinha)^(165,188,212). Nas regiões sul e sudeste e no Distrito federal tornou-se necessária a organização de entidades de saúde pública e de representação de classe para defender a manutenção da fluoretação da água, além de re-explicar para a população o valor da medida e

evitar que os administradores das Companhias de Abastecimento D'Água (as quais costumam resistir à compra de flúor sob o argumento de que ocasionam despesas adicionais em tempos de crise) simplesmente a suspendessem com base na mudança da política central.

Em São Paulo, a Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas lançou um programa preventivo que em essência estabelece um controle mais rígido e contínuo sobre a dosagem correta na água⁽¹⁸⁸⁾. O sistema de vigilância sanitária foi iniciado em 1989 pela DNSB⁽⁵¹⁾, que chegou a firmar convênios e fornecer recursos à Universidade Federal de Alagoas (sistema acessível aos estados do Norte e Nordeste) e com a Prefeitura Municipal de São Paulo para implantação de controle periódico do teor de flúor na água^(209,210). O Paraná também adotou esta prática e a Associação Brasileira de Odontologia apoiou a sua utilização em outros estados^(1,51,156,169).

O futuro da fluoretação da água de consumo público no Brasil, como método de saúde pública de real efetividade na redução da cárie dental dependerá por um lado da capacidade de compreensão e de organização dos odontólogos e, por outro lado, da demonstração consistente de resultados preventivos positivos notadamente nos estados onde tem extensa presença, como é o caso de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal há problemas sérios de sub-dosagem e de interrupções por períodos breves ou longos em muitas cidades, fazendo com que este não seja um processo uniforme no país e transformando o controle de qualidade (vigilância sanitária da fluoretação) em uma linha de fundamental importância pra assegurar a sua consolidação.

TABELA 38
CIDADES E POPULAÇÃO COM ÁGUA FLUORETADA
POR REGIÃO. BRASIL, 1972 A 1989.

REGIÃO	CIDADES				POPULAÇÃO(mil)			
	1972	1977	1982	1989	1972	1977	1982	1989
NORTE	-	2	7	4	-	485	1667	221
NORDEST	11	54	83	82	430	1989	6204	8876
SUDESTE	33	57	216	860	1480	3279	11867	40313
SUL	30	120	134	243	979	4308	4210	10863
C-OESTE	2	2	4	33	450	711	1809	3730
BRASIL	76	235	444	1222	3339	10772	25757	64003

(*): 1107 cidades e 115 distritos.

Fontes: Bibliografias 52,56,95,179.

:: 8.2.2. Fluoretação do Sal de Cozinha

Não obstante tenha alcançado um tratamento de destaque por parte da Organização Mundial da Saúde que o coloca como segunda opção após a fluoretação da água, o método de adição de fluoretos ao sal de cozinha obteve escassa repercussão como método preventivo de massa em todo o mundo, com as conhecidas exceções da Suíça, Hungria e das recentes tentativas de sua implantação em alguns países da América Latina^(59,145,160,168,180,192).

No Brasil, ganhou maior status em 1990, por iniciativa do Ministério da Saúde no começo do governo do Presidente Collor de Mello, estabelecendo como áreas de comercialização do sal fluoretado as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nesta última com exceção do Distrito Federal e do Mato Grosso do Sul^(188,212), apesar de que recente estudo solicitado pelo próprio Ministério se posicionasse contrariamente à adoção do método no Brasil⁽²¹⁹⁾.

Problemas ligados à produção de insumos nacionais e ao processo de adição de fluoretos ao sal refinado e grosso passaram a ser estudados junto às empresas salineiras, prevendo-se análises sobre a concentração de íon flúor natural nas águas, possivelmente com o intuito de evitar o risco de fluorose dentária por superdosagem ocasionada pela combinação de duas fontes de ingestão (na água e no sal).

Os efeitos preventivos potenciais do método são similares aos da fluoretação da água, assim como seus níveis de excreção urinária de excessos.

As barreiras para que se transforme em uma medida de saúde pública efetiva situam-se principalmente no terreno prático, envolvendo questões ligadas à comercialização do sal, às variações de consumo e à aceitação pelos estados e municípios.

Em pesquisa efetuada em onze capitais brasileiras⁽¹⁰⁷⁾, constatou-se um consumo alimentar domiciliar per capita médio de 9,29 gramas de sal/dia, predominando o sal refinado (8,87g) sobre o sal grosso (0,22g), o glutamato monossódico (0,18g) e o sal dietético (0,02g). A variação entre as médias extremas de 6,14g de Salvador e de 10,76g no Rio de Janeiro (diferença diária de 4,62g equivalendo a 175%) pode ser considerada como muito forte. As pessoas de baixa renda consomem mais e gastam proporcionalmente mais com sal do que as de alta renda. No Rio de Janeiro p.ex. os gastos com sal representam 0,60% das despesas com alimentação nas famílias que ganham até dois salários-mínimos, e 0,12% nas de 30 ou mais salários. Parece evidente que uma melhor análise da estrutura de consumo torna-se necessária antes de oficializar o processo de fluoretação do sal, a fim de evitar riscos de fluorose em parte representativa da população.

Recentemente, odontólogos do setor público das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste reunidos durante encontro nacional em São Paulo⁽⁷⁹⁾ assumiram posição contrária à adoção do método em seus estados argumentando entre outros pontos que: (a) não fora dada

opção de escolha a cada estado ou cidade para decidir que método preventivo deseja implantar; (b) o processo não foi democraticamente discutido com os interessados; (c) a expansão da rede de abastecimento d'água de boa qualidade é prioridade básica para as populações dessas regiões e a principal maneira que a classe odontológica tem de participar dessa luta é através da fluoretação da água; (d) o sal tem sido condenado pela classe médica que combate problemas de hipertensão; (e) os recursos a serem despendidos com a aquisição de fluoretos para colocar no sal de cozinha podem alternativamente ser utilizados para solucionar alguns dos problemas que tem dificultado a manutenção e a expansão da fluoretação da água. As Secretarias da Saúde da cidade e do estado de São Paulo firmaram nota condenando o método⁽²⁰⁸⁾.

As discussões concentram-se em torno de três pontos. Em primeiro lugar, como evitar a venda de sal com flúor em cidades que já possuam dosagem ótima na água. A Secretaria de Saúde da cidade de Santos divulgou declaração orientando a população local a não consumir sal proveniente do nordeste que contivesse flúor, pois poderia ocasionar fluorose considerando que a água local é fluoretada. A solução para este problema estaria em (a) produzir um sal com flúor para o Norte, Nordeste e Centro-Oeste e outro sem flúor para Sul, Sudeste, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, com preços similares; (b) ofertar os dois tipos em todas as cidades e deixar que cada consumidor compre o que lhe aprouver; (c) permitir que no Sul e Sudeste (mais DF e MS) o sal com flúor tenha preço bem mais elevado para desestimular sua compra, além de colocar uma tarja nos pacotes informando que é prejudicial à saúde dado o risco de fluorose, ou (d) desativar no país a fluoretação da água e tentar implantar nacionalmente o método concorrente.

Acordos sólidos com os empresários do setor salineiro, numa economia aberta como a brasileira, dificilmente podem ser concretizados. A livre escolha pela população se por um lado é mais democrática, por outro lado pode resultar em níveis muito altos ou muito baixos (sem controle) de consumo, não impedindo o possível surgimento de casos de fluorose. O aumento de preços não se justifica e muito menos o corte da fluoretação da água.

Em segundo lugar discute-se como assegurar um sistema eficaz de controle e de correção de eventuais sub ou super-dosagens, considerando que a força preventiva do método depende em grande parte disto⁽¹⁶⁸⁾ e que uma fiscalização adequada não é comum em relação a outros produtos alimentares bem mais críticos para o consumo público.

Por último, há o problema de como garantir recursos novos para adquirir, através do Ministério da Saúde, o fluoreto para fornecimento às salineiras, uma vez que é isto que é feito com relação ao iodato de potássio para combate do bócio endêmico. As linhas de apoio financeiro à fluoretação via CEF e DNSB foram interrompidas e agora os fundos necessários para o novo método devem sair do orçamento da Fundação Nacional de Saúde, numa disputa com verbas para outros setores, a cada ano.

:: 8.2.3. Bochechos com Fluoreto de Sódio

Os bochechos com soluções de fluoreto de sódio a 0,2%, feitos semanalmente nas escolas, difundiram-se no Brasil quase ao mesmo tempo que nos Estados Unidos, desde que o método ganhou foro de medida de saúde pública com a eliminação da exigência de profilaxia prévia.

Os primeiros programas foram implementados pela Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social da cidade de Porto Alegre⁽¹⁸¹⁾ e pela Fundação SESP⁽⁸⁹⁾ em 1971. Logo, foi adotado por Secretarias de Educação e de Saúde em quase todo o país. No Paraná, no Rio Grande do Sul, em São Paulo e em alguns outros estados, ainda hoje são praticados em larga escala, podendo-se dizer que sua tecnologia de utilização conseguiu incorporar-se aos conhecimentos usuais dos que manejam programas de atenção a escolares de 1º grau a nível regional e local^(48,169).

Segundo os trabalhos de Ripa e Horowitz^(102,194,197,198), cerca de vinte e cinco sessões semanais por ano, sem soluções de continuidade notáveis, são suficientes para alcançar uma redução em torno de 31% com este método.

Estudos brasileiros são escassos, referindo-se a pesquisas ou a contingentes limitados de escolares^(56,180). Já em 74 o autor, observou que na prática o número de bochechos feitos por ano em escolas públicas era de dezoito, em média. Análises de programas, feitas posteriormente em vários estados, chegaram a resultados similares. Os períodos de interrupção, nas escolas brasileiras, podem ser longos, freqüentes ou ambos os casos. Afora as férias regulares, diversos alunos deixam de frequentar a escola em meados de novembro por terem alcançado notas suficientes à promoção, outros ausentam-se para apoiar financeiramente a família, e as greves de professores por melhores salários tornaram-se habituais face à crise econômica que assola o país.

Estudos de Montenegro e Oliveira⁽¹⁵⁷⁾, que são discutidos mais detalhadamente no Título 8.4.2.) revelam que 45% das matrículas do ensino fundamental (1ª à 8ª série) são gastas com alunos que se evadem do sistema.

No Levantamento Epidemiológico nacional⁽³⁴⁾, as crianças residentes em localidades com programas tradicionais de bochechos não apresentaram condições de saúde bucal superiores às das demais cidades. Na verdade, os altos índices CPO-D constatados nas crianças de 6 a 12 anos mostraram que as linhas preventivas em ação não foram eficazes.

Por que o método dos bochechos com fluoreto de sódio não proporcionou os resultados esperados no Brasil? Não se pode culpar o método em si, mesmo porque os seus efeitos continuam sendo tão positivos quanto antes, e sua execução é simples e tem baixo custo. O fracasso na maior parte das cidades deve-se a que o método pressupõe um funcionamento regular das escolas e da própria unidade de saúde, embora isto dificilmente aconteça no Brasil. Assim, todo

e qualquer método que dependa da presença contínua e regular da clientela, só consegue êxito em locais cuja estrutura assegure o cumprimento destas pré-condições. Em saúde pública a melhor linha preventiva é aquela que em um número mínimo de sessões (se possível uma só como no caso da vacina contra a febre amarela) proporcione o máximo benefício. A alternativa está na adoção de hábitos preventivos adequados pelas pessoas, mas no caso dos bochechos as soluções de baixa concentração - NaF a 0,05% para uso caseiro diário - têm pouca aceitação popular.

Baseado em informações dessa ordem, a DNSB sugeriu que os programas à base de bochechos fluoretados deveriam ser re-analisados criticamente, sendo mantidos apenas aqueles que conseguissem superar as dificuldades e assegurar resultados preventivos reais^(50,51).

:: 8.2.4. Aplicações Tópicas com Fluoretos

A aplicação tópica de gel flúor-fosfato acidulado (gel FFA, que contém fluoreto de sódio a 1,23% em solução de ácido ortofosfórico a 0,1%) através de moldeiras semestralmente em crianças de 6 a 12 anos de idade foi uma das estratégias preventivas escolhidas pelo PRECAD a nível nacional em 1989^(39,45,51).

A base teórica do programa já constava no documento da "Política nacional de saúde bucal"⁽⁴⁰⁾.

A escolha do método foi uma consequência da estratégia populacional adotada, adaptando-se ao princípio de que para conseguir reduções palpáveis na incidência de cáries no país era necessário fazer com que a prevenção de fato chegasse a todas as crianças ou à maior parte delas. Era uma tentativa de quebrar a tradição de programas destinados a pequenas comunidades e sem impacto global^(80,100).

A aplicação de gel FFA duas vezes ao ano propicia uma redução média na ocorrência de novas cáries da ordem de 28% de acordo com Ripa^(195,197). Estudo recentemente publicado pelo National Institute of Dental Research dos Estados Unidos (GIFT,1991) estima uma redução entre 30 e 40%. Aplicações únicas no ano também são benéficas (redução esperada entre 20 e 22%). Os efeitos se mantêm mesmo após 1 a 2 anos de interrupção das aplicações⁽¹³³⁾. Os riscos consequentes à ingestão eventual do gel tem sido amplamente analisados, principalmente nos países que após reduzir a incidência de cáries enfrentam problemas de super-administração de compostos de flúor^(15,77,125,135,224). O método é considerado seguro, pois não ocasiona fluorose nem lesões nos tecidos^(15,55,161,186,195,197,198).

Tradicionalmente considerado como um método para uso em clínica particular, sendo de custo elevado e exigindo cerca de quinze minutos por paciente, o gel FFA passou a ser viável para uso em saúde pública em função de dois avanços fundamentais: (a) a exemplo do que ocorrera com os bochechos, constatou-se que a profilaxia prévia não era necessária^(13,60,103,196,198); b) o tempo médio

de aplicação e os custos foram drasticamente reduzidos com o desenvolvimento de uma metodologia de aplicação em fluxo contínuo por parte do próprio PRECAD^(45,164).

A nova metodologia fundamentou-se no trabalho em equipe, destinando uma função específica a cada um dos componentes - em geral seis, trabalhando na busca das crianças em sala, organização do ambiente de trabalho, aplicação do gel, preenchimento das moldeiras, controle de tempo e apoio no momento da remoção do gel pela própria criança - e utilizando moldeiras duplas com alça de modo a evitar que o toque do operador na boca da criança, o que representaria tempo adicional pela necessidade de lavar as mãos a cada intervalo. Ainda que cada um permaneça 4 minutos com o gel, o tempo médio total é reduzido a cerca de 20 segundos por criança. O custo nesse programa foi de aproximadamente 0,15 dólares per capita.

No final de 1989 e início de 1990 o Ministério da Saúde custeou e entregou aos estados e municípios 7 milhões de moldeiras duplas, tubos de gel e toalhas de papel para garantir a primeira aplicação em igual número de crianças distribuídas por todas as unidades federadas⁽⁵⁰⁾. As quantidades de crianças foram definidas pelos estados e municípios, sob o critério geral de que, nessa primeira vez de uso tópico de fluoretos em massa, seriam viabilizadas todas as solicitações no limite de 85 a 90% do total de crianças de 6 a 12 anos residentes em cada localidade abrangida pelo programa.

Para a segunda aplicação, prevista para o 1º semestre de 1990, os pedidos encaminhados ao Ministério incluíam 9 milhões de crianças. A continuidade deste processo inevitavelmente asseguraria uma diminuição na incidência de cáries no país. Estudo realizado no Distrito Federal e região do entorno, utilizando a mesma metodologia do PRECAD, com duas aplicações de gel FFA (uma por semestre) acompanhadas apenas por orientação educativa, alcançaram os seguintes resultados após um ano: em crianças de 6, 8 e 10 anos vivendo em área sem fluoretação da água reduções CPOD respectivamente de 32%, 30% e 29% na incidência de cáries; nos mesmos grupos etários de localidades com flúor na água reduções de 29%, 27% e 24% ⁽¹⁷⁴⁾. Estes resultados, que devem ser vistos com cautela por se referirem a um período de um ano, são basicamente compatíveis com os resultados obtidos em pesquisas realizadas em outros países^(55,60,64,80,100,102,103,125).

Ocorreu um retardamento na entrega dos insumos (prevista para outubro/89 e viabilizada ao final de novembro/89) causado pela empresa que perdera a licitação, fazendo com que devido ao término do ano letivo a 1ª aplicação ficasse em muitos casos para o início do semestre inicial de 1990. Na troca de governo, ocorrida no período de ativa implementação do método, a equipe de coordenação do programa foi substituída. A nova coordenação não lhe deu continuidade e não mostrou interesse em conhecer seus resultados junto aos estados e municípios. Coincidindo com essa fase, um parecer elaborado pelo técnico que antes tentara implantar um projeto com selantes através do INAMPS⁽⁸⁸⁾, posicionava-se

contrariamente ao método de aplicações tópicas com gel flúor-fosfato acidulado. Mas as razões apresentadas (relação custo-benefício desfavorável, complexidade de execução), baseadas apenas em análises feitas para o mercado norte-americano (90,191,195), mostraram-se inconsistentes para o caso brasileiro.

Como nenhum outro método de abrangência populacional foi desenvolvido em substituição a este, na prática o país voltou, no início da década de noventa, aos programas de cobertura restrita e à estratégia de avanço gradual.

Alguns dos aspectos envolvidos neste processo merecem ser considerados:

(a) a metodologia de aplicação coletiva e principalmente a estratégia populacional são, no caso brasileiro, conceitos novos que exigem algum tempo de maturação para serem compreendidos e de fato incorporados à prática usual dos programas a nível regional e local;

(b) a implantação de novas idéias em prazos reduzidos, sob a contingência das frequentes trocas de governo, ainda que muitas vezes seja inevitável, prejudica a sua absorção pelo nível local;

(c) no estágio de desenvolvimento e de crise econômica vividos pelo país, os compromissos da maioria das lideranças odontológicas raramente situam-se no âmbito técnico, sendo ainda predominantemente corporativistas ou ligados à luta política geral. Para os diversos grupos instalados nas entidades de classe e nas instituições governamentais, torna-se difícil nessa conjuntura apoiar de maneira perene a programas originados em outras alas". A Política nacional de Saúde Bucal ⁽⁴⁰⁾ tentou um acordo em torno de diretrizes e princípios básicos para a nação, chegando a conseguir a assinatura pessoal dos vários dirigentes nacionais e regionais, mas esta linha mostrou-se insuficiente no médio prazo pois as lutas internas (gremiais e/ou partidárias) acabam determinando variações de opinião e mudanças de posições que prejudicam os programas técnicos;

(d) o hábito de interrupção de programas nas trocas de administração pública ainda é comum e em geral aceito como uma fatalidade inevitável, desestabilizando tanto as más como as boas idéias.

Com o passar do tempo, gradativamente a nova metodologia de aplicação tópica em massa e a estratégia de base populacional começaram a ser praticadas em um número crescente de municípios, (percorrendo uma via centrípeta. A consolidação ou não desses conceitos não depende unicamente do setor odontológico. Está em boa parte ligado aos destinos em particular do setor saúde de ora em diante, na expectativa da tendência predominante: ênfase e reforço dos programas públicos sucesso da estratégia populacional ou privilegiamento da iniciativa privada (vitória da privatização e da estratégia de avanço gradual).

:: 8.2.5. Selantes Oclusais

Nos anos de 1987 e 1988 o INAMPS intentou promover a aplicação de selantes em escolares de 1º grau, com base nos significativos coeficientes de retenção em fóssulas e fissuras oclusais obtidos em diversos estudos^(91,104,150,151,152,193,199).

A técnica de aplicação proposta substituiu a profilaxia pela escovação prévia e voltava a utilizar a metodologia das quatro cadeiras simultâneas adotada pela Fundação SESP no início da década de sessenta para fluoretação tópica.

Não obstante as caixas de selantes tenham sido compradas e enviadas aos estados, o programa não chegou a ser implementado. Os estados e municípios contestaram ativamente o projeto, argumentando que não fora discutido localmente e que a terapia com selantes para ser eficaz numa população com níveis muito altos de cáries também em superfícies lisas, precisaria estar associada ao uso de fluoretos.

Num período de fortes modificações estruturais no INAMPS, com a implantação do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde - SUDS - a coordenação do programa foi substituída pouco antes da efetivação do projeto. As caixas de selantes que, passado o tempo, conseguiram manter sua validade, foram gradativamente distribuídas a Universidades e a entidades interessadas.

:: 8.2.6. Terapia Intensiva

A linha de utilização de fluoretos em baixas dosagens e elevada frequência vem obtendo um crescente número de adeptos no Brasil, na esperança de reproduzir aqui os êxitos alcançados nos países industrializados, de modo particular na região escandinava.

O tratamento intensivo com fluoretos, segundo Cury e outros^(74,186) desenvolve-se dentro do seguinte esquema:" (a) no início, é feita pelo menos uma aplicação tópica semanal de flúor, durante um mês; (b) o paciente recebe orientação quanto ao controle de placa, dieta e uso de fluoretos em dentifrícios e bochechos; (c) o tratamento restaurador é realizado; (d) o período de fluorterapia intensivo é repetido de imediato ou mais tarde em função do risco de cárie do paciente, medido através da sua maior ou menor participação no uso de fluoretos e do controle de placa em consultório, frequência de consumo de açúcar e da paralização ou reversão de manchas brancas no esmalte, além do não surgimento de novas; (e) na primeira avaliação feita com um mês, o retorno do paciente é marcado para dentro de dois meses, sendo gradativamente espaçado para 4, 8 meses, etc."

Variações desse modelo têm sido tentadas. Loureiro⁽¹⁴⁰⁾ na cidade de Thimoteo/MG intensificou ainda mais o processo, incluindo p.ex. a paralização de cáries com material restaurador provisório, atenção endodôntica e atendimento mais frequente dos pacientes, no que curiosamente denominou de "modelo de inversão da atenção odontológica".

Nas populações submetidas a estes procedimentos os resultados tem sido bastante positivos, havendo poucas dúvidas de que a metodologia de risco⁽¹⁴¹⁾ e intensiva produzem efeitos preventivos favoráveis.

Sua viabilidade, no entanto, produz-se basicamente em três situações: I. em comunidades e grupos com pequeno número de pessoas; II. em localidades com a cárie dental sob controle, apresentando índices baixos ou médios; III. como estratégia complementar à estratégia populacional.

Em populações numerosas e sujeitas a altos índices de cáries, como acontece na grande maioria das cidades brasileiras, constitui um erro empregar a estratégia de avanço gradual como um substitutivo aos programas de base populacional. Neste caso, é essencial contar com medidas de abrangência realmente coletiva para forçar a redução dos índices gerais de cárie a níveis nos quais a discriminação de pacientes pelo risco se torne viável.

De acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde para países em desenvolvimento⁽²¹⁸⁾, a redução das principais doenças bucais pode ser alcançada com: "(a) adoção de uma estratégia populacional para reduzir cáries dentais, aumentando a disponibilidade de flúor onde seus níveis forem insuficientes; (b) redução do total de açúcar consumido; (c) incremento dos padrões gerais de higiene e, em particular, de higiene oral a fim de reduzir a quantidade de placa na maioria da população a níveis que levem à preservação de um periodonto de suporte compatível com a manutenção de uma dentição natural estética e socialmente aceitável ao longo da vida. Este esquema pode ser complementado por uma estratégia de risco".

Numa tentativa de forçar a implementação dos esquemas intensivos de prevenção, em 1991 o regime de custeio de atos odontológicos credenciados e conveniados com o INAMPS foi modificado, privilegiando principalmente medidas preventivas típicas deste modelo⁽³⁷⁾. Embora aparentemente se afigure como correto remunerar melhor as ações preventivas, este sistema apresenta a desvantagem de manter intacta a estrutura de privatização (pagamento de serviços prestados em clínicas privadas) e de convênios previdenciários, com suas conhecidas distorções, além de não basear-se em um programa com objetivos e metas definidos para um efetivo controle das doenças bucais, embora não impeça que o nível local o faça. Assim, os recursos que deveriam ser aplicados em programas de saúde pública acabam sendo desviados para manter a atomizada rede de prestação de serviços existente.

:: 8.2.7. Dentifrícios Fluoretados

Uma célere expansão da fatia correspondente aos dentifrícios fluoretados caracterizou o mercado brasileiro nos últimos anos. Em 1989, com a adição de flúor ao creme dental que detinha a maior parcela das vendas populares (Kolynos branco, com aproximadamente 3/5 do mercado), cerca de 90% dos dentifrícios nacionais passaram a conter flúor.

A concentração de flúor tem se mantido em padrões adequados nos cremes e pastas dentais ofertados no país⁽⁷⁴⁾, sendo provável que gradativamente os efeitos preventivos dos dentifrícios deverão fazer-se sentir entre os brasileiros, contribuindo com sua parcela para a redução dos índices de cárie dental. A qualidade destes produtos estão regulados por portaria específica da área de vigilância sanitária do Ministério da Saúde⁽³⁶⁾.

Da mesma forma que em relação aos bochechos e às aplicações tópicas de flúor, a ingestão inadvertida de dentifrícios fluoretados deve ser evitada. Não há comprovações sobre a relação entre o volume de dentifrício ingerido acidentalmente e o teor de fluorose dental em países industrializados^(15,58), recomendando-se por precaução que os pais escovem os dentes dos filhos pequenos, os quais devem usar uma escova infantil com uma pequena quantidade de pasta, sendo educados a bochechar vigorosamente e a não engolir durante e após a escovação. Além disso, a dosagem deve limitar-se a 1000 ppm de flúor ^(75,194,197).

A contribuição desses dentifrícios para a redução da cárie dental nos países desenvolvidos tem sido referida de maneira sólida (11,60,78,96,132,144,145,160,161,190,194).

: 8.3. Programas Estaduais e Municipais

Uma resenha analítica sobre o desenvolvimento dos serviços públicos de odontologia a cargo dos estados e municípios é uma tarefa que exigiria dedicação e recursos específicos para ser concretizada, seja pela sua dimensão, seja pela variedade de situações e de experiências existentes, o que certamente ultrapassa os limites deste trabalho.

Procura-se aqui, tão somente, fazer referência a algumas das principais iniciativas que caracterizaram as atividades odontológicas de saúde pública nesse âmbito, principalmente sob o ponto de vista da sua influência sobre o conjunto do setor.

A tradição maior está na criação de serviços odontológicos de livre demanda destinados a realizar extrações, atendimentos de urgência e as vezes restaurações para uma clientela na qual predominam adultos de baixa renda.

Mas, já nos anos cinquenta começaram a desenvolver-se serviços de atenção a escolares de 1º grau em Secretarias de Educação e de Saúde. Alguns estados criaram abrangentes serviços de saúde escolar, como São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Alagoas e Ceará. O Serviço Dentário Escolar da Secretaria de Educação do estado de São Paulo chegou a ser tido na década de 70 como o maior de todo o mundo devido ao número de odontólogos que empregava. O modelo básico de trabalho era o do "sistema incremental" popularizado pela Fundação SESP, que incluía três programas: um curativo, prevendo cobertura ascendente dos escolares por idade em geral a partir dos 6 ou 7 anos e manutenção das crianças tratadas; um preventivo que primeiro tentou aplicações tópicas de fluoreto de sódio neutro a 2% com 4 cadeiras simultâneas

e depois os bochechos semanais com NaF a 0,2%; e um educativo, com aulas eventuais sobre higiene oral ou, em alguns casos, inclusão de ensinamentos no currículo escolar^(9,89,136,180,222).

Na prática, a maioria dos incrementais^(203,226) e principalmente os de grande porte limitaram-se a organizar o afluxo de pacientes às clínicas, construindo uma razoável base curativa e algumas ações educativas, mas falhando em dois pontos essenciais. Primeiro, por não terem conseguido concretizar o seu objetivo maior, de reduzir a incidência de cáries, ao adotarem modelos preventivos de curto alcance e metodologicamente inadequados. Os bochechos semanais, p.ex., previam uma frequência regular e perene das crianças, numa época em que as interrupções das aulas e a deserção do alunado tornaram-se quase endêmicas inclusive no 1º grau.

A segunda falha deu-se na cobertura populacional, que não cresceu ao contrário do que previa toda a teoria do Incremental, fundamentada no avanço gradativo idade por idade. Os programas mantiveram-se, com raras exceções, em torno de 15 a 25% do alunado, em geral como um efeito demonstração do que seria possível fazer. Profissionais de tempo parcial, o hábito de dedicar apenas 2 a 3 horas ao trabalho embora o contrato fosse de 4 horas diárias, a não contratação de pessoal auxiliar ou em alguns casos de novos odontólogos, a ausência de uma coordenação técnica firme (ainda hoje é comum nomear como coordenador de odontologia o "dentista do governador, do prefeito, do presidente", etc.) e as consequências de ações preventivas de baixa eficácia, foram razões, entre outras, que explicaram com distintos graus de importância, as dificuldades dos Incrementais tradicionais em realmente proteger um volume significativo de crianças.

Alguns programas devem ser destacados pela sua importância em si ou pela influência que exerceram em distintas épocas. No começo dos anos setenta, p.ex., a Secretaria de Saúde e Serviço Social da Prefeitura Municipal de Porto Alegre chegou a implantar um programa escolar que alcançou 14% de cobertura da matrícula no primeiro ano, 28% no segundo e 52% no terceiro, em 1973, sem aumento de quadro, tendo sido ainda pioneiro junto com a F.SESP na implantação dos bochechos fluoretados no país.

Mais tarde, na segunda metade da década de setenta, surgiu o modelo de simplificação trazendo os princípios da tecnologia apropriada para a odontologia^(76,171). A base deste movimento foi dada pelo Programa Integrado de Saúde Escolar da Secretaria de Educação e pelo Serviço Social do Comércio, ambos do Distrito Federal, sendo o responsável entre outros avanços, pela introdução de equipamentos eficazes e de custo reduzido através da eliminação dos elementos supérfluos que caracterizavam os consultórios tradicionais. Foi também em Brasília que o treinamento em serviço de atendentes e técnicos de higiene dental começou a ser feito, desenvolvendo-se as clínicas modulares com três ou mais "camas clínicas" (e não as costumeiras "cadeiras odontológicas") que hoje são comuns virtualmente em todos os estados. As clínicas modulares com seus equipamentos não sofisticados logo passaram a ser produzidos por diversas oficinas pertencentes tanto a instituições

públicas como no caso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, como a artífices privados como no Paraná e São Paulo p.ex. (154,169,213).

O uso de pessoal de nível técnico e de equipamentos tecnologicamente adequados tornou possível, em teoria, aumentar a produtividade e reduzir os custos tanto de implantação quanto de manutenção dos serviços odontológicos (76, 89, 169, 175, 207, 214, 216, 226).

O Serviço Social da Indústria adotou com maior intensidade esta linha, através do seu Programa Nacional de Odontologia Social que apoia financeiramente a implantação das clínicas coletivas, o treinamento e a contratação de THDs nos estados (215,216).

Soluções inovadoras para viabilizar o atendimento de grupos populacionais normalmente sem acesso às clínicas urbanas tradicionais tem sido experimentadas, como no uso de equipamento simplificado transportável para prestação de serviços recuperadores a crianças e de emergência a adultos residentes em zona rural⁽¹⁷⁰⁾, e na prática do "circo de saúde", criado em Natal para atender inclusive a crianças em idade escolar não matriculadas na rede pública, em uma clínica instalada sob um vistoso toldo que se movimenta com relativa agilidade pelos bairros.

Os estados de maior porte são também os que possuem os sistemas quantitativamente mais numerosos: São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro.

Com o advento do Sistema Único de Saúde^(20,21,65,177,200), iniciou-se uma gradativa municipalização com a passagem de unidades antes pertencentes aos estados e também do INAMPS para as prefeituras. Embora o SUS claramente favoreça a municipalização, este é um processo irregular no Brasil⁽⁷⁹⁾, que ainda depende do repasse de recursos que permanecem nas mãos do governo central (Ministério da Saúde/INAMPS) e de acordos políticos entre governos estaduais e municipais. Dentro desta tendência, diversos serviços municipais começaram de maneira mais efetiva a assumir a tarefa de dar saúde à população local. Os resultados, onde isto tem acontecido, costumam ser positivos, reforçando o conceito de que a odontologia é uma atividade essencialmente local, que por suas características de não sofisticação a nível de serviços básicos, desenvolve-se mais idealmente quando é programada, executada e avaliada a este nível.

No Paraná uma mescla de serviços estaduais e municipais emprega cerca de 40% dos odontólogos existentes no estado, além de um grande número de THDs e atendentes de consultório. Em algumas cidades paranaenses níveis elevados de cobertura de escolares e resultados preventivos positivos foram alcançados⁽¹⁶⁹⁾. Em Santa Catarina, um estado cujo modelo de desenvolvimento produziu uma maior consolidação do poder local, pode-se encontrar diversos serviços municipais de odontologia que desde o início tem como base de financiamento a própria cidade⁽¹⁵³⁾.

Em Uberlândia a Secretaria Municipal de Saúde, que em 1990 cobriu 77% das crianças matriculadas no ensino elementar, ao constatar que apesar de conseguir a inversão dos componentes do

índice CPO (dentes cariados em restaurados), a redução na incidência de cáries fora menor do que a esperada, optou por um programa preventivo em massa com base em aplicações tópicas de flúor^(9,226).

Uma reorientação na linha preventiva foi o fator que conduziu a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos (São Paulo) a desenvolver um programa de saúde pública modelar^(203,207). Comparando-se os dados de 1979 e de 1991, houve uma redução real no CPO-D de 65% aos 7 anos, de 48% aos 10 anos, de 51% aos 12 anos e de 40% aos 14 anos. O Gráfico X mostra a evolução do índice CPO-D nos escolares de 12 anos, mostrando que além da diminuição global do índice, os fatores "E" e "Ei" virtualmente desapareceram. Além de ter uma extensa cobertura (88% dos alunos das escolas municipais e 67% das escolas estaduais, em 1990), a partir de 85 ao modelo preventivo usual constante de bochechos fluoretados semanais e educação em saúde bucal (ESB), foi acrescentado um regime de cuidados especiais às crianças de alto risco, individualizando a ESB, fazendo aplicação tópica com gel flúor-fosfato acidulado e profilaxia duas vezes ao ano. Foram consideradas como de risco aqueles cujo CPO-D situava-se acima da média do seu grupo etário.

GRÁFICO X

ÍNDICES CPO-D E COMPONENTES EM ALUNOS DE 12 ANOS

ESCOLAS MUNICIPAIS DE S.JOSÉ DOS CAMPOS-1979,85 e 91

: 8.4. Temas Relacionados

Dois grandes temas têm direto relacionamento com o campo da saúde bucal e por isso são aqui tratados com maior interesse e em títulos separados: de um lado, o consumo e a produção de açúcar em função da dependência que a cárie dental apresenta para com os hidratos de carbono e, de outro lado, o sistema de ensino elementar brasileiro que concentra a maioria da clientela considerada prioritária para o atendimento odontológico.

:: 8.4.1. Consumo e Produção de Açúcar

Desde que Martin Afonso de Souza descobriu, em 1.531, as chamadas províncias açucareiras no nordeste brasileiro, este país não mais parou de plantar cana. Não é de surpreender que no século atual a cárie tenha se tornado em um dos grandes males a assolar a população: a produção nacional que era de aproximadamente um milhão de toneladas em 1938, passou para cinco milhões em 1970, e a mais de 9,5 milhões em 1983 em marca até hoje não ultrapassada^(4,5,181).

As relações de causa e efeito que unem o consumo de açúcar e a ocorrência de cáries dentais estão amplamente comprovadas^(60,78,99,144,160).

Na verdade, o Brasil situa-se entre os cinco maiores produtores mundiais de açúcar, tendo respondido por quase 7% do total em 1989. Individualmente, nesse ano, somente a Índia, a Comunidade de Estados Independentes e Cuba superaram a cota brasileira^(83,126,178,225).

O país possui a mais ampla área colhida de cana de açúcar de todo o mundo, com 4,1 milhões de hectares em 1988. Também a nossa produção de cana supera largamente à dos demais países (259 milhões de toneladas nesse ano - a Índia, em segundo lugar obteve 197 milhões). Contudo, a produtividade da lavoura de cana brasileira é baixa. De acordo com dados da FAO⁽⁸³⁾ o rendimento médio nacional, de 62.623 kg/Ha, ainda que supere ligeiramente a média mundial que é de 60.400 kg/Ha, mostra-se inferior a pelo menos trinta outras nações, incluindo diversas do continente africano de menor tradição no mercado.

O estado de São Paulo é responsável por 43% da área colhida e por 52% da produção de cana de açúcar, estando o restante atomizado principalmente nos estados de Pernambuco, Alagoas, M.Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Paraíba^(4,5).

O aproveitamento da cana colhida tem sofrido fortes modificações, particularmente na década de oitenta quando a tradicional quase que exclusividade do açúcar cada vez mais cedeu o passo para a crescente fabricação de álcool. As razões para a oscilação no volume de açúcar produzido, no caso brasileiro, devem-se fundamentalmente à participação do álcool e aos preços internacionais do produto. Neste último decênio, p.ex., os preços internacionais do açúcar variaram entre a mais baixa cotação de 81 libras esterlinas em 1.985 até a mais alta, de 196 libras em 1.989

quando atingiu a um auge a recuperação da competitividade financeira do setor⁽¹²⁶⁾, justificando em boa parte o redirecionamento do aproveitamento da cana para o açúcar e as críticas ao programa de apoio ao álcool como combustível que se fizeram sentir em 1990 e 91.

A produção de açúcar, o total exportado e consumido, assim como o consumo per capita para o período 1980/89 está na Tabela 39. Observa-se que nos últimos dois anos da série houve uma diminuição no volume global deste produto, atingindo um ponto inferior ao do começo da década^(126,225). Possivelmente isto não caracteriza uma tendência de redução, e sim uma resposta às quedas de preços internacionais que vinham se verificando.

A maioria do açúcar produzido é consumido. Nos últimos cinco anos (85/89), o Brasil produziu 40,9 milhões de toneladas de açúcar e exportou 1/4 (10,1 milhões ton), consumindo internamente os 3/4 restantes (para fechar estes números, considerar um estoque de 4,45 milhões de toneladas ao final de 84)⁽¹²⁶⁾.

O consumo per capita medido desta forma, ou seja, o total de açúcar disponível no país dividido pela população, não corresponde ao que de fato é ingerido por parte de cada um, superestimando este último dado. Não obstante, trata-se de um indicador importante pois permite observar possíveis variações globais e principalmente as tendências na disponibilidade interna de açúcar^(78,181,190). A média geral, em torno de 129 gramas por pessoa/dia, mostra que a tendência não é de um menor consumo, acontecendo somente desníveis circunstanciais. Não se dispõe de um padrão que indique que disponibilidade geral de açúcar em um país é compatível com índices aceitáveis de cáries em crianças e adolescentes^(99,180). Estudos genéricos de Sreebny⁽²²⁴⁾ com base na disponibilidade de açúcar indicam 50 gramas/dia como satisfatório, o que parece compatível com as quantidades médias de consumo apresentadas pelos países, principalmente da África e Ásia, nos quais os níveis de prevalência de cárie dental em crianças de 12 anos de idade são muito baixos. Se aplicarmos o padrão de 50 g ao caso brasileiro, teremos um consumo exagerado de aproximadamente 79 gramas/dia, o que certamente é mais do que suficiente para justificar os altos índices de cáries prevalentes na população de todas as idades.

Na Pesquisa de Orçamentos Familiares 1987/88 realizada pela Fundação IBGE⁽¹⁰⁷⁾, o "consumo alimentar domiciliar per capita diário" observado foi de 70,75 gramas de "açúcares e produtos de confeitaria", o que inclui os açúcares em si (cristal, demerara, refinado e adoçantes), mais os doces e derivados. É provável que este número seja um pouco maior, pois nos dados do IBGE devem ser acrescentados alguns poucos produtos que utilizam açúcar na sua elaboração - laticínios: creme de leite; leite achocolatado, com sabor e condensado - que no conjunto significam mais 3,35 gramas/dia, elevando o total para cerca de 74,10 gramas/dia. Isto significa uma ingestão equivalente a pouco mais de 57% da disponibilidade global de açúcar estimada em 129 g.

Quando examinamos as quantidades consumidas por produto, vemos que a maior parte refere-se ao açúcar refinado (42,8 gramas) e ao açúcar cristal (18,5 gramas). Os doces, derivados e outros produtos significam apenas 9,41 gramas/dia por pessoa. Os adoçantes, sejam eles artificiais ou naturais concentrados, participam com apenas 0,043 gramas/dia ou pouco mais de meio por cento da ingesta total.

Vale notar, ainda, que há variações regionais que pelo menos em dois casos são significativas quanto à ingestão de açúcares, doces e derivados: a média global de 70,75 gramas/dia traduz um equilíbrio de situações díspares como as de Belém (44,22 g) e Belo Horizonte (94,05 g). Recife, Salvador, Fortaleza, Goiânia, São Paulo e a já citada Belém situam-se abaixo da média geral, ao passo que além da capital mineira, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e Brasília a superam. Em princípio, os níveis de ingestão no norte e nordeste parecem ser inferiores aos das demais regiões.

Esta última constatação se vê confirmada pela análise da estrutura das despesas em alimentação no domicílio das onze capitais integradas à Pesquisa de Orçamentos Familiares. Os açúcares em geral tem a significativa representatividade média de 4,45% sobre os gastos alimentares das famílias, sendo que comparativamente os gastos são sempre menores em Belém (2,97%), Salvador (3,39%), Recife (3,94% e Fortaleza (4,08%). Os maiores padrões de despesas com açúcares pertencem às famílias de Curitiba (8,89%), Porto Alegre (5,32%) e Belo Horizonte (5,30%). Sistemáticamente os grupos de baixa renda gastam relativamente mais na aquisição de açúcares e derivados do que os de alta renda. Em Curitiba, por exemplo, as famílias que ganham até dois salários-mínimos despendem 8% de seus orçamentos para alimentação com açúcares, ao passo que as que recebem 30 salários ou mais destinam 4,5% a esta mesma finalidade⁽¹⁰⁷⁾.

Nos últimos anos começou a ganhar destaque e a chamar a atenção dos profissionais de saúde pública uma linha de alimentação alternativa que procura recuperar crianças desnutridas e atuar como um fator de equilíbrio alimentar também para adultos, baseada no fornecimento de micro-nutrientes ao organismo notadamente através da ingestão de farelo de arroz ou de trigo⁽¹⁷⁾. Este modelo também faz uso de verduras e de partes alternativas de frutos e legumes, obtendo resultados nutricionais positivos a custos muito mais baixos que os da alimentação "de supermercado". Como nas dietas adotadas há uma ativa redução no consumo de hidratos de carbono cariogênicos e um acréscimo de fibras que favorecem a mastigação, o ambiente bucal torna-se menos propício ao desenvolvimento de cáries.

A elevada ingesta de hidratos de carbono funciona no caso brasileiro, principalmente no que se refere às camadas mais pobres, como o meio mais barato para fornecer as calorias necessárias e repor energias perdidas⁽¹⁸⁰⁾, diante do alto custo dos alimentos a base de proteínas que costumam ser financeiramente inacessíveis. As razões econômicas que cercam o consumo de açúcar junto com as características do processo de produção e comercialização dos derivados da cana, constituem-se nas variáveis principais que

precisam ser conhecidas e aprofundadas pela profissão odontológica, considerando que a principal das doenças bucais, a cárie dental, é açúcar-dependente.

TABELA 39
PRODUÇÃO, EXPORTAÇÃO, ESTOQUES E
CONSUMO DE AÇÚCAR NO BRASIL.

1.982 a 1.989

ANO	PRODUÇÃO (mil T)	EXPORT. (mil T)	CONSUMO (mil T)	ESTOQUE (mil T)	CONSUMO PER CAPITA (gramas/dia)
1.982	8,940	2,788	6,097	3,590	134
1.983	9,555	2,801	5,908	4,446	125
1.984	9,259	3,039	6,201	4,454	129
1.985	8,455	2,609	6,080	4,221	123
1.986	7,999	2,554	6,589	3,077	130
1.987	9,266	2,424	6,572	3,346	127
1.988	7,874	1,610	6,241	3,369	118
1.989	7,326	965	7,401	2,328	137

Fonte: Bibliografia 126.

:: 8.4.2. Sistema de Ensino Elementar

Do ponto de vista epidemiológico, as crianças em idade escolar primária, fundamentalmente entre 6 e 14 anos, constituem o grupo de maior prioridade em função do aparecimento da dentição permanente e dos padrões de ataque pela cárie dental que se verificam neste período. Os dados apresentados na Tabela 23 mostram que a doença comporta-se de maneira mais agressiva até a adolescência, diminuindo de intensidade na fase adulta que coincide com a maturidade dos tecidos dentários.

Em consequência, o atendimento odontológico tem se dirigido predominantemente para este grupo, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, ou através da prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença de modo a impedir o seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas⁽²²⁹⁾. Todos os países que possuem sistemas de atenção odontológica bem estruturados e com elevados níveis de cobertura populacional partiram do atendimento adequado às crianças em idade escolar primária, daí evoluindo gradativamente para os adolescentes, infantes e depois aos adultos. Ainda hoje, países como o Reino Unido, a Suécia, a Finlândia, a Nova Zelândia ou a Austrália, p.ex., mantêm sistemas que asseguram acesso integral aos serviços odontológicos por parte de crianças e adolescentes, deixando a saúde bucal dos adultos por conta de regimes de financiamento pessoal ou via seguro-saúde⁽¹⁸¹⁾.

No Brasil, os serviços públicos adotaram o "sistema incremental", que previa uma cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores. A lógica deste sistema radica-se no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais baixas, constituindo-se portanto no momento ideal para intervir com ações preventivas, educativas e curativas.

Conforme já se comentou no Título anterior, os resultados desse sistema em geral foram insatisfatórios. Só em parte o insucesso pode ser explicado pela adoção de métodos preventivos inadequados, pela baixa produtividade e pelo hábito de não cumprimento pelos profissionais dos horários contratados. Ao que tudo indica, boa parte das dificuldades que enfrentam ainda hoje os modelos de atendimento odontológico escolar situam-se no próprio sistema de ensino elementar (1ª à 8ª série do 1º grau), que funciona de maneira inconstante e com baixos níveis de aproveitamento.

Os programas escolares de saúde bucal⁽²²⁹⁾ pressupõem, costumeiramente, uma regularidade na presença dos alunos nas escolas que na prática não existe. Considerando o fato de que no Brasil a grande maioria das crianças de 7 a 14 anos está matriculada na rede de ensino de 1º grau, parece essencial que o setor odontológico compreenda a lógica -ou a falta de- (GUSSO)⁽⁹⁸⁾ com que funciona o sistema escolar, a fim de a ele adequar-se.

De acordo com os dados oficiais, a taxa de escolarização cresceu continuamente durante a década de oitenta, de tal forma

que, em 1989, 48% das crianças de 5 e 6 anos, 85% entre 7 e 9 anos, 83% entre 10 e 14 anos e 55% entre 15 e 17 anos estavam matriculadas^(22,23,29). Considerando a população de 7 a 14 anos e uma escolarização de 84,5%, tínhamos em 1989 um total estimado de 4,4 milhões de crianças fora da escola, para 24 milhões matriculadas^(26,73). O contingente de alunos não escolarizados manteve-se aproximadamente igual no decênio, com um máximo de 5,3 milhões em 79, um mínimo de 3,4 milhões em 83 e uma média anual em torno de 4,3 milhões^(28,73).

A elevada taxa de escolarização esconde a precariedade do sistema de ensino elementar brasileiro. O fato de que a maioria das crianças esteja matriculada não significa que elas de fato estejam nas escolas.

No destaque abaixo temos um conjunto de indicadores de eficiência do ensino fundamental (primeiras oito séries) para a década de 80^(157,158).

QUADRO 6

INDICADORES DE PRODUTIVIDADE DO ENSINO FUNDAMENTAL - DÉCADA DE 80 - BRASIL	
1 . No. médio de anos que todos os alunos permanecem no sistema	5,43
1.1. Formandos	9,82
1.2. Evadidos	4,19
2 . No. médio de séries concluídas por todos os alunos	4,61
2.1. Evadidos	3,66
3 . No. médio de matrículas/ano por formando	23,21
4 . Relação entrada/saída de matrículas/ano	2,90
5 . Percentagem de matrículas/ano em excesso	65,54
5.1. Devida a evasão	45,38
5.2. Devida a repetência	20,16
6 . Percentagem de matrículas/ano efetivas	34,46
7 . Percentagem de alunos formandos	22,05

Fonte: Bibliografias 157,158

Se combinarmos os indicadores 1 e 7, podemos concluir que os 22% que, em um coorte, conseguem formar-se, permanecem em média quase dez anos no sistema ao invéz das oito séries que perfazem o ciclo completo. Os demais 78% permanecem pouco mais de 4 anos na escola. No total, cada criança brasileira fica 5,4 anos nas escolas de ensino elementar. Para cada aluno que consegue terminar o 1o. grau são necessárias 23,2 matrículas.

Parece difícil compatibilizar os dados de matrícula total com os de evasão. A evasão aqui representada é a imediata, ou seja, a

que ocorre num mesmo ano (crianças presentes no começo do ano e não matriculadas em dezembro). Na prática, as crianças saem da escola em épocas variadas ao longo do ano para tornar a matricular-se em algum ano seguinte, ou seja, entram e saem do sistema, mas a cada vez que entram aparecem nas estatísticas inflando as taxas de matrícula.

Acrescente-se à nossa equação, portanto, que os 5,4 anos na escola podem não ser contínuos e em muitos casos podem representar um tempo curto de permanência efetiva.

Segundo Gusso⁽⁹⁷⁾, "conforme o grau de lotação do prédio escolar, as turmas podem ser compostas por cerca de 25 até cerca de 45 alunos; em casos de superlotação, além de turmas mais numerosas, funcionam também vários turnos escolares, no período diurno, reduzindo-se a duração de cada turno. Calcula-se que, nas cidades, onde é típica esta situação, haja 6,5 milhões de alunos em escolas com mais de dois turnos, o que significa que eles ficam, em média, 3 horas/dia sob atenção escolar, obrigando os docentes a acelerar as atividades de ensino".

De qualquer maneira, até aos 9 anos as crianças podem ser encontradas nas escolas. É óbvio que, se o sistema de prestação de cuidados odontológicos desejar de fato trata-las, deverá identificar localmente quais os períodos do ano e do dia em que a frequência é mais efetiva, adaptando a sua dinâmica à das escolas da região.

O problema aumenta a partir dos 10 anos, quando cada vez um maior contingente ingressa no mercado de trabalho, estimando-se que na zona urbana cerca de 12,2% (1,4 milhão em 1989) do grupo de 10 a 14 anos já possua alguma atividade econômica^(73,130).

Em todos os casos o sistema de ensino é fortemente discriminatório quanto à renda das famílias e, em consequência, da região de residência. Os mais pobres ingressam mais tardiamente no sistema, demoram mais a formar-se, evadem mais, etc. Um exemplo das diferenças regionais pode ser visto no Gráfico XI, que compara crianças de 10 a 17 anos do nordeste e do sudeste segundo a atividade que exercem. No primeiro caso 12% trabalham e estudam e outros 11% só trabalham, ao passo que no segundo caso estas proporções são de 8 e 7%, ainda altas mas comparativamente melhores⁽⁷³⁾.

As escolas rurais, que apresentam menores índices de evasão, em sua quase totalidade limitam-se a ofertar as quatro primeiras séries. Na quinta série, que corresponde à 1a. série do antigo curso ginásial (a separação entre primário e ginásio permanece nítida no sistema educacional do país), os alunos que desejam prosseguir seus estudos migram para as cidades.

Finalmente, cabe constatar o predomínio das escolas públicas no âmbito do ensino elementar: na zona urbana, onde a concorrência das escolas privadas é maior elas representam apenas 20,7% dos estabelecimentos e 15,5% das matrículas. As escolas estaduais, não

obstante em teoria o sistema deva ser municipal, representam 53% do total reunindo 2/3 dos alunos^(28,29).

GRÁFICO XI
PESSOAS DE 10 A 14 E DE 15 A 17 ANOS,
SEGUNDO A ATIVIDADE EXERCIDA

SÓ ESTUDA	65	79	38	36
TRAB. ESTUDA	12	8	17	20
SÓ TRABALHA	11	7	30	31
AFAZERES DOM.	7	4	12	10
NADA	4	3	3	3

: 8.5. Compatibilidade entre o Sistema Prestador de Serviços e os Quadros Epidemiológico e Social

Uma vista panorâmica sobre as múltiplas variáveis envolvidas no processo saúde/doença na área odontológica revela uma escassa compatibilidade entre o aparato de prestação de serviços construído ao longo deste século e as condições de saúde bucal da população brasileira.

Esta inadequação, embora toda a sua ilógica, não é típica do Brasil. Ao contrário, parece ser uma característica da própria profissão a nível internacional. Ao examinar o tema do "relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica" na Conferência Odontológica Mundial realizada em 1988 na cidade inglesa de Bristol, o autor^(78,178) referiu com base nos dados da OMS e da FDI, entre outros pontos, que as grandes concentrações de Cirurgiões-Dentistas no mundo estavam exatamente nas regiões (América Latina e Países Industrializados) com os mais altos índices de ataque pela cárie dental. Na África e Ásia, com um CPO médio aos 12 anos de 2,19 dentes - o menor do Glogo - havia 36,9 mil pessoas por odontólogo, ao passo que na América do Sul o índice era de 5,73 e a relação de 1.745 pessoas por profissional, neste último sentido quase igual à da Europa Ocidental. Outros fatores, como o nível sócio-econômico, condições culturais, hábitos alimentares como o consumo de açúcares e o grau de desenvolvimento global de cada país pareciam exercer uma influência bem maior do que o aparelho prestador de serviços odontológicos sobre o nível de saúde de cada comunidade.

No caso brasileiro, é inegável que a profissão cresceu ao ponto de reunir mais de cem mil profissionais e movimentar em torno de 2,4 milhões de dólares ao ano (Tabelas 9 e 21), mas isto não se mostrou suficiente para que a população alcançasse níveis razoáveis de saúde oral. Ao contrário, o país manteve-se sistematicamente classificado entre os piores índices de ataque pela cárie dental em toda a última década.

Ao que tudo indica, a profissão seguiu uma rota enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram uma outra, distinta e não paralela. Uma das consequências é que os serviços ofertados permanecem acessíveis somente a uma pequena parcela da nação.

Acima de tudo está o modelo de desenvolvimento econômico capitalista seguido pelo país - do qual a prática odontológica é um fiel exemplo - que deixa largas camadas da população sem acesso até mesmo ao limitado mercado de bens e serviços básicos, como vimos em detalhes no Título 4.2. Sem dispor de renda sequer para atender as mais prementes necessidades de alimentação, moradia e roupa da família, muitos brasileiros não têm como obter serviços odontológicos que em sua maior parte são livremente oferecidos no mercado, estando disponíveis apenas para quem puder paga-los.

Os profissionais disponíveis, em grande número, concentram-se predominantemente nas áreas mais ricas. O sul e o sudeste, que

reunem 60% da população, contam com 77% dos odontólogos; no nordeste estão 28% dos habitantes e 14% dos odontólogos (Tabela 9).

Apesar da continuada crise econômica nacional, a odontologia atrai um crescente número de candidatos (Tabelas 10 a 12), mas isto ocorre não porque haja necessidade de um maior número de profissionais para diminuir os altos índices de doenças bucais prevalentes, e sim porque esta é efetivamente uma das últimas profissões mais tipicamente enquadradas como liberais.

Há um "não-sistema" de atenção odontológica no país, com uma grande pulverização em termos de instituições prestadoras de serviços e sem um programa global que oriente as entidades locais quanto às linhas mais corretas a seguir. Os 40.567 postos de trabalho existentes em 1989 no setor público e para-oficial (Tabelas 13 e 15) representam sem dúvida uma força muito significativa e poderosa por seu elevado número, mas apesar disto este setor tem sido incapaz de garantir serviços básicos e de reduzir os níveis de doenças bucais, tal é a sua desarticulação e falta de unidade.

Vários municípios e alguns estados ou entidades possuem bons programas que podem servir de exemplo aos demais, acreditando-se que em breve começarão a aparecer os efeitos preventivos da recente expansão do método de fluoretação da água e dos dentifrícios fluoretados. As esperanças de que isto de fato ocorra passa, em boa parte, pela opção necessária para o país de que o setor saúde mantenha o seu caráter social, fugindo das duras regras de competição generalizada do sistema capitalista. Caso este caminho seja seguido, teremos um fortalecimento dos serviços públicos para que, dentro das regras vigentes, tenham condições de melhor competir com a iniciativa privada.

A distribuição dos recursos gastos em odontologia não pode ser tida como por demais perversa. Afinal, em um país nitidamente capitalista, o setor público responde por 30% dos dispêndios (Tabela 21). Isto indica, em princípio, que se justifica um esforço sério de reorganização deste setor, fornecendo-lhe um programa de ação e reduzindo de maneira significativa problemas típicos como o não cumprimento do horário contratado, a dupla militância (desvio de pacientes para a clínica privada ou menor eficiência no trabalho realizado nas clínicas governamentais) e os baixos salários.

A participação da população junto aos serviços odontológicos ainda é reduzida, concentrando-se nos programas (em São Paulo e Paraná, a nível municipal há bons exemplos nesse sentido) que buscam interagir com os setores mais organizados da comunidade.

9. RESPOSTAS DO SISTEMA PRESTADOR DE SERVIÇOS: SUGESTÕES

O conjunto de sugestões aqui apresentado visa fornecer um guia geral para que cada profissional ou cada serviço melhor se oriente em seu dia-a-dia.

Não se trata de um programa de trabalho, e sim de diretrizes para a ação. O programa deve ser elaborado por parte de cada estado, de cada município e, principalmente, de cada serviço pois é ao nível local que as ações precisam concretizar-se, solucionar os problemas existentes e proporcionar satisfação tanto à comunidade que requer os serviços quanto aos profissionais que os executam.

Em um país com tantos problemas sociais e econômicos, a luta política de nenhuma maneira pode ser considerada como um elemento secundário na política setorial. É preciso compreender que não é possível construir um setor ideal dentro de uma sociedade corroída por dificuldades de toda ordem. A atuação setorial inclui, portanto, a ação política mais ampla, buscando criar as condições propícias para que as questões específicas possam ser resolvidas. Isto não significa que as questões específicas devam ser abandonadas, quedando-se à espera de que o país melhore para que então possam ser tratadas idealmente. Significa, isto sim, que no atual momento vivido pela sociedade brasileira, é preciso atuar nos dois campos: cuidar dos problemas típicos da própria área profissional e ao mesmo tempo agir e influenciar no campo geral.

As diretrizes são de saúde pública, o que implica em dizer que as estratégias utilizadas têm abrangência populacional, são coletivas, buscando alcançar cada comunidade em seu conjunto.

Para um trabalho bem estruturado, que de fato tenha como finalidade a melhoria das condições de vida e dos níveis de saúde bucal da população, é necessário que cada serviço defina com a maior clareza possível seus objetivos e metas a atingir tanto no curto prazo quanto para o futuro próximo. A adoção de objetivos e metas para o Ano 2.000 pode ser útil como um horizonte a perseguir e que, de qualquer maneira, já está bem à vista de todos. As ações de curto prazo e as programações para cada período de governo são naturalmente mais flexíveis e vão sendo modificadas à medida em que os desejos vão sendo satisfeitos.

Ao elaborar estes planos duas questões aparentemente elementares não podem ser esquecidas: em primeiro lugar, os resultados de médio ou mais largo prazo somente serão alcançados se agirmos sobre a realidade a partir de hoje e em cada dia de maneira distinta da atual, ou seja, modificando nossa prática para que gradativamente toda a situação mude; em segundo lugar, os planos e os objetivos devem adaptar-se o mais estreitamente possível às características do meio em que irão desenvolver-se, reconhecendo que o meio é resistente aos câmbios e que qualquer estratégia a ser implementada terá que suplantar as tradições e as forças que sustentam os êrros e os problemas vigentes.

Inicialmente há uma definição do sistema geral de atendimento, com fundamento na organização local do trabalho de saúde em geral e de odontologia em específico. Alguns pontos relevantes são destacados nessa discussão, enfocando questões sobre os limites dos sistemas locais, sua resolutividade, a população abrangida, a necessidade de administrar por objetivos e as formas de participação social.

A partir desta base são aprofundadas as questões específicas de maior importância, através de um modelo de intervenção na realidade fundamentado na implementação de um conjunto de medidas essenciais e outro de medidas complementares, procurando desta forma orientar principalmente aos que tem em suas mãos a árdua tarefa de efetivamente fazer saúde para uma comunidade. Este modelo genérico está exposto no Título 9.2. Em seguida, nos Títulos 9.2.1 a 9.2.6 desenvolve-se uma análise mais detalhada das medidas essenciais e complementares propostas, o que envolve desde as diretrizes para organização de serviços dirigidos a crianças e adolescentes até as formas de integração ao Sistema Único de Saúde, passando pelas sugestões relativas às atividades preventivas e educativas, aos sub-sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária. Os Títulos finais trazem à baila componentes universais da política setorial: a preparação de recursos humanos (9.3), o custeio e as formas de remuneração (9.4) e finalmente, em 9.5, as sugestões sobre as linhas de estudos e pesquisas mais necessárias.

: 9.1. Sistema Geral de Atendimento

A odontologia brasileira tem pela frente duas grandes tarefas a executar no curto e no médio prazo: (a) reduzir a incidência do mais universal problema de saúde bucal, a cárie dental, a limites epidemiologicamente aceitáveis, e (b) estruturar uma rede de atendimento para prestar serviços básicos em quantidade suficiente e com boa qualidade à população.

Os caminhos para concretiza-las passam necessariamente pela quebra do individualismo e do isolamento da prática odontológica, através da sua efetiva integração à rede geral do Sistema Único de Saúde-SUS.

Desde logo, é preciso frisar o caráter fortemente prioritário que no atual estágio de desenvolvimento econômico e social brasileiro possui o fortalecimento da rede e dos serviços públicos. A privatização da saúde, traduzida no subsídio a prestadores particulares de serviços com recursos de toda a sociedade, não encontra justificativa num quadro de crise vivido pela nação.

A integração das unidades de atenção odontológica ao SUS tem como base metodológica o sistema de organização local do setor. Os fundamentos desse sistema, sua abrangência, a clientela, suas metas e objetivos são discutidos a seguir.

:: 9.1.1. A Organização Local

A descentralização dos serviços forma, junto com a universalização, a integração e a equidade, o conjunto de princípios que rege a política setorial. Consagra, principalmente a partir da Lei 8080⁽²⁰⁾, os sistemas locais de saúde (SILOS, na denominação utilizada pela OPS na América Latina)^(166,167), tendo criado as condições iniciais para o movimento de municipalização que desde então cresceu e fortaleceu-se em todo o país.

Um sistema local de saúde não deve ser confundido com uma unidade simples de atendimento ou com o nível primário de atenção. Na verdade, é toda uma rede articulada que inclui os recursos, serviços, instituições e a comunidade, estruturada para dar um atendimento adequado a todos os problemas relevantes de saúde existentes numa determinada área geográfica e social.

A saúde bucal constitui um sub-sistema dentro de um SILOS, seguindo portanto os limites e diretrizes gerais mas conservando suas características próprias.

É imprescindível, para que a organização local se concretize e alcance seus objetivos, a definição da abrangência em termos geográficos, populacionais e de serviços a prestar. Numa tentativa de síntese, pode-se dizer que deve abarcar toda a população e todos os problemas de uma região homogênea. Esta região pode ser um município, um conjunto de municípios ou, em cidades maiores, um bairro ou um distrito. O melhor é que coincida com as divisões administrativas já existentes, de modo a evitar as dificuldades que fatalmente surgiriam caso fosse criada uma malha específica somente para o setor saúde. As distâncias geográficas não são o condicionante principal, e sim o tempo e as facilidades necessários para que um paciente receba atendimento compatível com a complexidade do seu caso, mesmo quando correr risco de vida ou de ficar incapacitado. Para melhor estabelecer os limites comumente são levados em consideração fatores como a acessibilidade, os transportes e as comunicações, a capacidade resolutiva da rede, além das opiniões e costumes da população.

O sistema local considera a totalidade dos residentes na sua área de abrangência. Nem todos serão igualmente atendidos ou receberão idêntico tratamento, mas com base na identificação dos serviços (públicos, privados, semi-oficiais, previdenciários, beneficentes) disponíveis e dos problemas de saúde oral prevalentes, é estabelecido um programa de cobertura estratificado por grupos e por danos conforme o esquema sugerido no Título 9.2.

:: 9.1.2. Adscrição da Clientela

A adscrição da clientela surge nesse contexto como um conceito de grande importância estratégica e prática. A unidade deve reconhecer na comunidade local a *sua comunidade*, a *sua clientela*, ao passo que esta deve considerá-la como a *sua unidade*, os *seus serviços*. A adscrição pode ser feita por unidade, por profissional ou por equipe de saúde; além disso pode ser identificada aos

indivíduos ou às famílias ou por grupos (crianças, adolescentes, trabalhadores, deficientes, idosos, etc.). Varia na dependência dos recursos disponíveis, do potencial resolutivo da rede, da acessibilidade geográfica, entre outros fatores, não devendo ser rígida mormente no começo quando as pessoas muitas vezes costumam manter seus costumes ou simplesmente procuram as unidades que tradicionalmente prestam os melhores serviços ainda que tenham localização mais distante. Como são diversas unidades que compõem o sistema local, cada uma precisa ter a sua clientela adscrita de acordo com os serviços que presta; uma unidade básica terá um alcance mais restrito, ao passo que uma de referência, que presta serviços especializados para uma demanda dirigida e proveniente da rede básica, obviamente compreenderá um universo populacional mais amplo⁽¹⁶⁶⁾.

O sub-sistema odontológico, da mesma maneira que no âmbito da saúde geral, não tem a pretensão de resolver todos os problemas, mesmo porque sabidamente os grandes condicionantes das doenças orais localizam-se fora da sua área de influência. Acrescente-se que poucos SILOS terão capacidade para equacionar todas as situações e demandas da população que deles depende. A situação mais comum é de que uma série de problemas, de modo particular os mais complexos, só poderão ser equacionados em outras cidades, havendo assim uma forte necessidade de que as diversas organizações locais estejam bem relacionadas.

A ênfase nos serviços locais - que encontra um ambiente ideal para concretizar-se na área odontológica - implica, embora isto possa parecer paradoxal à primeira vista, numa necessidade de reforço e de consolidação dos níveis regional/estadual e nacional, os quais jogam um papel fundamental (inclusive por estarem livres da prestação direta de serviços) de articulação, apoio financeiro, estabelecimento de intercomunicações e de parâmetros e diretrizes gerais, assegurando o fluxo de pacientes, a execução de programas globais e eventualmente de serviços mais complexos. O plano nacional e o plano estadual de saúde bucal são fundamentais para dar unidade ao sistema e para balizar o trabalho a cargo das organizações locais.

A coordenação do sistema deve ser uma, cabendo ao setor público normalmente através da Secretaria Municipal de Saúde. Em municípios pequenos ou sem estrutura específica, por vezes é necessário que a Secretaria estadual de saúde ou organismo de porte regional similar, assumam a coordenação e até mesmo a execução dos serviços, mas esta deve ser uma situação temporária que em um tempo definido precisa ser substituída por estruturas locais autônomas.

Contornar as dificuldades administrativas e as disputas entre as muitas entidades que usualmente constituem um complexo mosaico institucional em cada nível de decisão e de atuação, é uma arte da qual dependem em grande parte o sucesso ou o fracasso de um sistema local. As seguintes recomendações podem ser úteis ao administrador local: (a) definir com a maior clareza possível as atribuições e os limites de interferência de cada instância de poder, procurando fazer com que os níveis federal, estadual e municipal se

complementem e colaborem entre si; (b) estruturar o sistema local com base em objetivos, metas e estratégias de ação, pois são estes os fatores que lhe dão solidez e coerência, e não a estrutura de poder e autoridade ou os interesses particulares de cada instituição; (c) limitar ao mínimo indispensável o número de escalões administrativos e de chefias intermediárias, de modo que o sistema se caracterize por uma reduzida complexidade estrutural e pela flexibilidade de modo que possa adaptar-se às contínuas mudanças do meio; (d) obter autonomia de ação para o sistema local, fazendo com que as decisões de interesse da população sejam tomadas perto dela, à sua vista; (e) dar a necessária liberdade funcional a cada componente da equipe de trabalho, pois esta é a única forma de estimular a criatividade e a inovação. Na descentralização, é preciso acreditar e ter confiança nas pessoas que estão na ponta da rede, mesmo que a princípio - como sói acontecer - o sistema local apresente-se como um todo pouco racional e confuso.

O trabalho por objetivos é o próprio cerne do planejamento estratégico. Exige o estabelecimento de metas a cumprir no médio prazo e, por via de consequência, também no curto prazo e na atividade diária (nenhuma meta estabelecida para dentro de um ano se efetivará se não agirmos de acordo com ela em cada um dos trezentos e sessenta e cinco dias, a partir de hoje). Uma organização local, com limites definidos e população adscrita, pode definir como metas no tempo correspondente a um período de governo, p.ex. que: todas as estações de tratamento d'água estarão fluoretadas; semestralmente todas as crianças em idade escolar receberão uma aplicação tópica de flúor, a proporção de crianças de 5 e 6 anos sem experiência de cáries aumentará em 30%, o índice CPO-D aos 12 anos diminuirá em 25%; metade da população entre 15 e 19 anos manterá todos os seus dentes funcionais; as extrações serão reduzidas em 1/4; uma de cada três pessoas terá conhecimentos adequados sobre os fatores que causam cáries e doenças periodontais e sobre os meios para preveni-las; o SUS estará implantado e a municipalização efetiva alcançará 80% das cidades; a comunidade participará da definição de ações e da avaliação anual em 70% dos municípios; o SILOS terá um conhecimento adequado sobre as condições epidemiológicas, padrões de utilização dos serviços, fontes de distribuição de produtos açucarados; a cobertura de crianças de 6 a 14 anos será de 60% na zona urbana, etc. Enfim, é imprescindível que as finalidades e os resultados previstos estejam muito claros para todos - profissionais e população - e que o sistema local seja analisado e avaliado em função do seu cumprimento.

:: 9.1.3. Participação Social

A participação social em uma organização local de prestação de serviços de saúde bucal é um processo social que procura unir a todos os atores presentes em uma zona geográfica determinada para identificar os problemas existentes, desenhar e colocar em prática as soluções possíveis.

A participação comunitária é um componente vital deste processo, o qual no entanto não se esgota nela. Ao envolver as

entidades de representação classista, organizações políticas e os setores da sociedade que direta ou indiretamente influenciam ou se relacionam com a saúde, torna-se um movimento democrático onde um conjunto social compartilha experiências e conhecimentos na tentativa de construir seu próprio futuro⁽¹⁶⁷⁾.

A organização local certamente representa o ambiente ideal para que se efetive e se torne relevante, pois está próxima da população e pode ser por ela influenciada, com um mínimo de canais burocráticos intermediários. Contudo, pode e deve ser exercitada nas demais instâncias - organizações regionais e nacionais - representando na prática a mais concreta chance que o setor saúde tem de atuar nos condicionantes externos a ela, e de receber o apoio e a crítica das demais áreas. Afinal, se grande parte das causas dos problemas de saúde localizam-se fora dos limites das ciências médicas, nada mais apropriado do que conviver e dividir opiniões e soluções com os que lidam com essas causas a fim de tentar remove-las mais facilmente.

Para compreender as relações sociais estabelecidas em cada comunidade e agir para transforma-las, a participação social pode assumir distintas formas: colaboração, cooperação integrada, cogestão, autogestão. A primeira delas, a colaboração, é a linha mais tradicional e em geral significa uma tutela sobre a comunidade e as demais instituições com base na autoridade do conhecimento médico. A cooperação integrada é uma forma mais democrática de relacionamento e se fundamenta na abertura dos setores administrativos e das unidades de saúde para que os demais setores o compreendam e possam discutir caminhos mais adequados para resolver os problemas constatados, ao mesmo tempo em que estes setores viabilizam aos trabalhadores de saúde a discussão e a sua eventual intervenção sobre causas de âmbito geral (p.ex., poluição, miséria, saneamento, desemprego). A cogestão - administração conjunta do sistema local de saúde - e a autogestão, na qual cada unidade assume a direção dos seus próprios serviços e destinos, constituem modalidades mais avançadas de participação social, em geral representando um objetivo a ser atingido tão logo as linhas de cooperação integrada tenham êxito e se consolidem.

A participação comunitária não pode ser forçada. Algumas organizações locais de saúde chegaram a pensar que por aí poderia acontecer uma autêntica revolução setorial, e se puseram a concorrer por mais e mais participantes extra-setor, medindo o sucesso pelas pessoas que iam às reuniões e pela quantidade de intervenções/opiniões dadas. Longe de ser uma competição, deve caracterizar-se pela ação independente da comunidade e de seus representantes, com suficiente autonomia para poder analisar as melhores opções para alcançar e manter boas condições de saúde.

As unidades de prestação de cuidados odontológicos em sua grande maioria estão pouco habituadas a este enfoque, uma vez que por tradição limitam-se a atender às pessoas que por livre demanda as procuram. Não obstante, neste início de abertura para a comunidade muita coisa pode ser feita. Em primeiro lugar, é muito importante que a unidade odontológica identifique a sua comunidade,

ou seja, a área e a população que lhe está adscrita. Ainda que esta adscrição não seja oficialmente feita ou determinada, é possível estabelecer limites razoáveis de influência e dividir territórios e clientela em negociações colaterais com as entidades e clínicas de saúde bucal situadas nas proximidades. Um diagnóstico mínimo sobre os principais problemas e os grupos de maior risco epidemiológico e social, conforme o exposto no Título 9.2, fornece a base para uma primeira discussão com representantes da comunidade e com os próprios grupos de pacientes que diariamente estão buscando atendimento. A partir de um programa básico de ação, no qual a unidade de saúde bucal diz das suas possibilidades, horários, número de profissionais disponíveis, recursos materiais e financeiros, além das prioridades técnicas mais indicadas, a discussão com a comunidade é aberta. Pontos em dúvida e opções quanto a grupos a atender, horários, etc., podem e devem ser tomadas em conjunto. Em alguns casos, associações de bairro ou entidades de ascendência local selecionam os grupos mais críticos de pacientes e os encaminha nos turnos de trabalho disponíveis, ou indica os bairros, agrupamentos, escolas que em seu conceito mais necessitam de cuidados periódicos ou constantes. Uma vez estabelecido um programa em comum acordo, sua execução e seus resultados passam a ser acompanhados e periodicamente analisados pelo conjunto das forças participantes, as quais discutem os motivos para eventuais interrupções ou não alcance do que fora previsto, apontando rotas de correção e novos caminhos a seguir.

As entidades profissionais e as instituições, que comumente compõem uma variada e pouco integrada rede de oferta de serviços públicos e privados, são atores direta e permanentemente comprometidos nesta marcha. Os tradicionais comitês de saúde, compostos apenas por profissionais e caracterizados pelo seu viés técnico, podem ser uma etapa necessária (em geral é difícil até mesmo forma-los e conseguir que as entidades estabeleçam algum tipo de programa coordenado) no começo do processo de participação social, mas logo devem integrar-se à dinâmica de discussões com a comunidade.

A legislação brasileira através da Lei 8.142 que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde", prevê a constituição de um **Conselho de Saúde** em cada esfera de governo (federal, estadual, municipal) composto por representantes oficiais, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, "para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros"⁽²¹⁾. Tais Conselhos costumam atuar formando grupos por áreas específicas, uma das quais é a saúde bucal. Este grupo deve ser formado, sempre que possível, tendo a seu cargo a definição da política e do programa odontológico (incluindo divisão de atribuições institucionais, custos e verbas), os quais. passam pelo crivo do Conselho, onde deve participar o coordenador ou representante da área de saúde bucal.

: 9.2. Serviços Essenciais e Complementares

Numa situação de crise geral e de recursos escassos, não se pode esperar verbas elevadas, tornando-se de suma importância a escolha dos problemas a enfrentar e dos grupos a proteger ou tratar. O Quadro 7 procura equacionar estes dilemas estratificando as ações de cada serviço em torno de um elenco de *medidas essenciais* e um outro de *medidas complementares*.

QUADRO 7

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A COMUNIDADES	
<u>MEDIDAS ESSENCIAIS</u>	<u>MEDIDAS COMPLEMENTARES</u>
Prevenção Coletiva Prevenção Tópica Educação em Saúde Atenção Grupo 6-12 Anos Atenção Grupos Discriminados Identificação e Encaminhamento de Casos Graves- Vigilância Epidemiológica e Sanitária	Atenção a Adolescentes Proteção a Grupos Especiais Serviços de Referência Atenção a Adultos

As *medidas essenciais* são aquelas que não podem deixar de ser levadas em consideração por parte de um programa de saúde bucal em qualquer nível. As *complementares* relacionam-se a problemas e a grupos também prioritários, mas que podem ser equacionados num segundo momento ou com menor ênfase, considerando que o primeiro bloco venha a exaurir, por si só, com os recursos ou com as disponibilidades iniciais de tempo e de pessoal da unidade de saúde. É no âmbito local que em última análise os conceitos de essencialidade e de complementariedade são decididos e são modificados. Assim, pode haver um programa geral para o Estado que estabeleça como grupo-alvo as crianças de 6 a 12 anos, e ao mesmo tempo diversos municípios reúnem condições de prever um alcance superior (5 a 14 anos, p.ex.), enquanto outros decidem contentar-se com metas menos ambiciosas (6 a 9 anos, p.ex.).

A prevenção coletiva, no caso brasileiro, significa fundamentalmente a fluoretação da água de abastecimento público. A prevenção tópica concentra-se no apoio ao uso de dentifrícios fluoretados e à aplicação tópica profissional periódica de fluoretos, como se expõe no Título 9.2.1. A educação em saúde bucal atua como um suporte às ações preventivas e como um mecanismo de proteção direta à população, estando melhor analisada no Título 9.2.2. A divisão entre crianças de 6 a 12 anos e adolescentes

justifica-se apenas pela falta de recursos para atender a todos e pela necessidade de enfrentar primeiro os danos iniciais, pelo menos tentando evitar que se agravem, sendo este o tema do Título 9.2.3.

Constitui uma obrigação do setor público prover o atendimento das necessidades elementares dos grupos discriminados pela sociedade sob o ponto de vista econômico, geográfico e social, entre outros. Ou seja, em cada localidade ou região, os serviços locais de odontologia não podem eximir-se ao compromisso de ofertar cuidados de urgência, de alívio à dor e do atendimento clínico básico às pessoas que não tem acesso aos serviços disponíveis no mercado. Na prática, é preciso encontrar um equilíbrio dentro de cada unidade de saúde priorizando os grupos de maior carência. Os pacientes com problemas graves, especialmente os casos de câncer bucal, de hepatite, de herpes e de AIDS, devem ser identificados o mais precocemente possível e ser encaminhados para centros de tratamento apropriados, desenvolvendo-se paralelamente um sistema de prevenção específico dirigido para os grupos de risco. O Título 9.2.4. engloba toda a discussão a respeito do atendimento a outros grupos e problemas, ao passo que os Títulos 9.2.5 e 9.2.6 tratam dos sub-sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica.

As ações que devem compor cada uma das medidas essenciais e complementares estão exemplificadas no Quadro 8.

QUADRO 8

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A COMUNIDADES: MEDIDAS ESSENCIAIS, COMPLEMENTARES E AÇÕES CORRESPONDENTES	
MEDIDAS	AÇÕES
Prevenção Coletiva	Fluoretação da água
Prevenção Tópica	Apoio a dentifrícios fluoretados, aplicação tópica de gel FFA
Educação em Saúde	Medidas de auto-proteção, estímulo ao uso de flúor, orientação para acesso a serviços
Atenção a 6-12 anos	Sem custo direto, universal
Grupos Discriminados	Oferta de serviços clínicos a pessoas de baixa renda, residentes em periferias urbanas e/ou sem acesso a outras formas de atendimento
Casos Graves	Diagnóstico precoce Câncer Bucal, Herpes, Hepatite, sintomas AIDS + encaminhar para cuidados apropriados
Vigilância	Estudos epidemiológicos regulares, controle do teor de flúor na água, controle dos principais produtos preventivos
Adolescentes	Cartão de Saúde Bucal, assegurando acesso a cuidados regulares
Grupos Especiais	Cuidados clínicos a deficientes físicos, pessoas confinadas, idosos sem acesso a serviços regulares
Serviços de Referência	Atenção periodontal, de cirurgia, protética, endodôntica, ortodôntica: pacientes com prioridade social, encaminhados pela rede
Atenção a Adultos	Cuidados a trabalhadores.

:: 9.2.1. Ações Preventivas

Para países em desenvolvimento com alta prevalência de cáries, como é o caso do Brasil, o melhor modelo preventivo é aquele que viabiliza o acesso regular a uma combinação entre um método de ingestão e de uso tópico de fluoretos. Adicionalmente recomenda-se a remoção da placa bacteriana dental através da escovação adequada e o controle do consumo de açúcares. A associação de métodos é o caminho mais rápido para obter uma redução efetiva da cárie dental em crianças e adolescentes.

O esquema de prioridades adotado em 89 pela Política Nacional de Saúde Bucal coloca corretamente a cárie dental em primeiro lugar, seguido pelas doenças periodontais, as quais são combatidas principalmente através das ações de educação sanitária que procuram induzir a população a adotar medidas adequadas de higiene oral e da oferta de serviços de profilaxia nas unidades básicas de saúde.

Quanto aos métodos de ingestão de flúor para prevenir a carie, certamente a fluoretação da água de consumo público é o mais seguro, simples e efetivo, com a respeitável vantagem de ter tradição e de que suas tecnologias de dosagem e produção são amplamente conhecidas. Tanto o sal de flúor quanto os insumos necessários estão disponíveis no país a custos acessíveis, existindo uma experiência suficiente acumulada nos últimos trinta anos em todas as unidades federadas.

A fluoretação da água deve ser mantida nas localidades onde já existe, adotando-se uma política firme de apoio financeiro, técnico e político para sua expansão a todas as estações de tratamento d'água existentes no país. Um projeto desta ordem é viável por meio da aliança entre os organismos técnicos (Ministério e Secretarias de Saúde, entidades de representação profissional) e de financiamento, como ficou demonstrado quando da implementação do PRECAD que previa recursos e estratégias para a sua universalização gradativa.

É importante definir as fontes de abastecimento do sal de flúor e racionalizar o uso do ácido fluossilícico, conferindo prioridade às plantas de abastecimento d'água que podem ser alcançadas a custos aceitáveis, ou seja, que estejam relativamente próximas às empresas produtoras do ácido. Deve-se reservar o fluossilicato de sódio para as localidades nas quais o emprego do ácido for econômica e/ou geograficamente inviável. Uma alternativa quanto a esta questão está na construção de reservatórios para estocagem em condições seguras de ácido fluossilícico, aumentando o seu raio de alcance.

A interrupção do processo de dosagem diminui os efeitos aproximadamente na mesma proporção do tempo gasto para reativá-lo. Isto ocorre por falta de flúor, por deficiências da estação de tratamento ou por desinteresse dos responsáveis locais pela fluoretação. As linhas de vigilância sanitária recentemente implementadas em várias cidades constituem um antídoto

aparentemente eficaz contra este tipo de problema, estando discutidas no Título 9.2.5.

O método alternativo de fluoretação do sal de cozinha pode ser utilizado nas localidades ou populações sem condições de serem beneficiadas pela fluoretação da água a curto e médio prazo. Para tanto, é preciso assegurar de um lado a utilização de insumos produzidos nacionalmente e, de outro lado, o abastecimento regular de sal fluoretado nestas áreas, evitando sua comercialização nas localidades próximas onde o veículo preventivo adotado for a água a fim de evitar o aparecimento de fluorose consequente ao uso concomitante de duas formas de ingestão de flúor.

Em caso de dúvida quanto ao método a ser usado, deve ser consultada a categoria odontológica local assim como os núcleos de representação da população junto aos serviços de saúde. A política de divisão do país em regiões segundo o método preventivo, sugerida recentemente, e que reservava Norte, Nordeste e parte do Centro-Oeste para o sal, não tem sustentação técnica nem viabilidade operacional.

A escovação caseira com dentifrício fluoretado deve ser estimulada ao máximo. Feita corretamente uma vez ao dia, tem um potencial preventivo em torno de 30% em relação à cárie, além de reduzir e/ou manter sob controle o acúmulo de placa bacteriana que ocasiona doenças periodontais. Programas de escovação supervisionada em escolas de 1ª e 2ª graus e em empresas (para trabalhadores) proporcionam resultados semelhantes. Não obstante, a distribuição de escovas e de cremes ou pastas dentais, por seu custo relativamente bem mais elevado e dificuldades de avaliação de resultados, só deve ser tentada pelos programas preventivos que dispuserem de recursos suficientes e que tiverem um padrão de organização que lhes permita acompanhar o desenvolvimento do método. É conveniente evitar a distribuição voluntarista (eventual ou sem controle) e não inserida num programa regular, principalmente nos casos em que a clientela é distinta a cada distribuição.

Torna-se fundamental, no que se refere aos fluoretos tópicos, assegurar-se de que estão sendo efetivamente utilizados.

Considerando a situação imperante no sistema brasileiro de ensino de 1º grau, é preciso optar por métodos que tenham eficácia comprovada, possam ser utilizados em um número mínimo de sessões, tenham custos aceitáveis e larga abrangência, sendo acessíveis a crianças matriculadas ou não.

Aplicações feitas por profissionais (Cirurgiões-Dentistas ou Técnicos de Higiene Dental) reduzem em cerca de 30% a ocorrência de novas cáries. De acordo com as análises procedidas no Título 8.2., no Brasil as melhores chances de sucesso concentram-se nos métodos de aplicação tópica semestral, principalmente através de gel flúor-fosfato acidulado pela metodologia de fluxo contínuo de crianças (tempo médio de 20 segundos e custo em torno de 15 centavos de dólar em aplicações coletivas). Neste método, uma só aplicação

anual também proporciona resultados positivos, embora inferiores ao uso semestral, o que aumenta sua efetividade em termos populacionais.

A clientela para a realização de aplicações tópicas profissionais é constituída pela maioria ou pela totalidade das crianças em idade escolar primária. Para conseguir uma abrangência o mais universal possível, empregar táticas semelhantes às já conhecidas e testadas com êxito pelos programas de imunização, reunindo a população-alvo, escolarizada ou não, duas vezes por ano nos locais de maior afluxo ou de mais fácil acesso.

Uma alternativa para o gel FFA são os vernizes fluoretados, com a mesma periodicidade, resultados similares, mas custo um pouco mais alto e menor velocidade de aplicação.

O método tradicional de bochechos semanais com fluoreto de sódio só funciona em escolas e programas bem estruturados e não sujeitos a ausências significativas dos alunos. Isto não se dá na grande maioria das escolas brasileiras (vide análise a respeito, no Título 8.4.2.). Apresenta ainda a desvantagem de exigir a presença e a participação semanal de todos os envolvidos, interferindo mesmo que reservadamente na atividade geral da escola.

O programa preventivo não pode prescindir das ações de controle do consumo de açúcar. Embora este seja um tema intimamente ligado à área educativa, é preciso agir de forma permanente através de três iniciativas básicas:

(a) redução dos produtos açucarados nas merendas escolares, principalmente nas que são fornecidas ou subsidiadas pelos organismos governamentais. A análise regular (pelo menos com amostras semestrais) do conteúdo de produtos cariogênicos nas merendas fornece um indicador aproximado do sucesso ou não desta medida. Apoiar ativamente a sua substituição por alimentos alternativos à base de micro-nutrientes que favoreçam mais à mastigação e tenham um menor conteúdo de hidratos de carbono complexos⁽¹⁷⁾. O uso de xilitol e de outros substitutos da sacarose é viável sempre que houverem recursos suficientes para tanto;

(b) inclusão de uma inscrição nos pacotes de açúcar e produtos açucarados, dizendo que seu consumo muito frequente ou abusivo é prejudicial à saúde bucal por causar cáries;

(c) apoio à realização e publicação de estudos regionais e locais sobre produção, comercialização e consumo (por faixa etária e por tipo de produto) de açúcar;

(d) apoio à utilização de dietas com menor teor cariogênico, introduzindo alimentos alternativos para reduzir a ingestão de hidratos de carbono.

Todas as atividades relacionadas ao consumo de açúcar não podem ser acrícticos, ou seja, feitos exclusivamente sob a ótica odontológica. Há que considerar o papel do açúcar como repositor de

energias em uma população que em boa parte não tem recursos para adquirir e ingerir as proteínas necessárias ao seu desenvolvimento normal.

:: 9.2.2. Educação em Saúde Bucal

Atividades educativas são altamente benéficas para toda e qualquer comunidade, as quais sempre podem tirar proveito da transferência de conhecimentos técnicos por parte dos profissionais. Contudo, são precisamente as pessoas mais necessitadas as que menos tempo e condições práticas têm de participar dos programas educativos costumeiramente desenvolvidos no país. Isto ocorre porque estão por inteiro envolvidas com a mais elementar luta pela sobrevivência, tendo que enfrentar carências muito mais vitais que as relacionadas com a saúde oral. Para fazer com que os programas educativos cumpram com seus objetivos inclusive e principalmente junto a estes grupos, é preciso em primeiro lugar que tenham um conteúdo tal que consiga realmente ajudar as pessoas a superar os seus problemas. Além disso, não há como isolar as ações de educação em saúde dos problemas vividos no dia-a-dia pela população, tornando-se necessário apoiá-la na discussão e na busca de soluções mais globais para que os assuntos específicos - os ensinamentos ligados à saúde da boca - consigam ter penetração e ser assimilados.

Há muito desperdício no trabalho não científico de ESB, notadamente pelos gastos com cartazes e materiais inadequados ou distribuídos a êsmo.

Estas constatações nos levam a sugerir o uso comedido e direcionado de programas operacionais de ESB. Os objetivos a alcançar com as campanhas educativas devem ser definidos e depois avaliados. No atual momento, quatro temas afiguram-se como os de mais alta prioridade neste campo: (a) uso correto de métodos preventivos da cárie dental a base de flúor, (b) uso adequado de medidas de higiene oral voltadas para a manutenção de níveis de placa bacteriana compatíveis com uma boa saúde dos tecidos periodontais, (c) redução quantitativa do total de açúcar ingerido e diminuição da frequência de consumo, (d) conservação da dentição natural, aceitando extrações dentárias somente como último recurso.

Estes temas devem ser desenvolvidos em vários níveis junto à população (uma linha de mensagens gerais e mais permanentes de alcance global, e outra dirigida para a clientela dos programas), necessitando porém de ativa divulgação de seus princípios e finalidades dentro da classe odontológica. Em particular o quarto tema, ligado às extrações desnecessárias que são endêmicas no país, é vital a compreensão dos odontólogos que em última análise são que as realizam.

Em especial os primeiros temas - controle da cárie e das doenças periodontais - têm dois enfoques práticos no que se refere às ações educativas: um, de apoio frontal aos programas preventivos em execução, servindo para conduzir a população a fazer uso real dos métodos adotados (p.ex., valor da fluoretação da água, efeitos

da fluoretação tópica, períodos e locais de aplicação, grupos beneficiados); outro, voltado para métodos e medidas de auto-ajuda, simples, compreensíveis e eficazes destinados ao uso pessoal e caseiro, com o fornecimento a cada um de conhecimentos e instrumentos acessíveis para que possa cuidar de si mesmo.

Bons programas educativos costumam dar excelentes resultados; se formos capazes de desenvolvê-los aí estarão reunidas, na verdade, as melhores chances de ajudarmos as comunidades cuja saúde depende de nosso trabalho.

A avaliação dos resultados previstos é peça básica para superar o atual estágio de empirismo que cerca muitas das ações de educação em saúde. Se as ações de ESB visam, p.ex., que um determinado grupo de pessoas utilize medidas preventivas corretas quanto à cárie dental, deve-se medir os efeitos conseguidos respondendo à pergunta: "que percentual da população-alvo utiliza pelo menos um método preventivo correto com regularidade?". Inquéritos e estudos amostrais junto à clientela podem fornecer com regularidade informações deste tipo, dizendo-nos se os esforços empregados estão sendo úteis ou não.

:: 9.2.3. Atenção a Crianças e a Adolescentes

Cada localidade e cada estado necessariamente devem ter um programa definido e prioritário de prestação de cuidados odontológicos às crianças em idade escolar elementar, período em que é maior o ataque pela cárie dental.

A cobertura a este grupo figura com destaque no elenco de medidas essenciais, mas para que de fato a cadeia epidemiológica seja interrompida é preciso que as ações preventivas, educativas e curativas básicas cheguem a todas ou à grande maioria das crianças.

Para isto, o programa de saúde bucal deve ter uma abrangência municipal, ou seja: (a) identificar e localizar a população entre 6 e 14 anos residente nas zonas urbana e rural, matriculada ou não nas escolas de 1º grau; (b) estabelecer uma meta de cobertura para atingir em torno de 80 a 90% das crianças, prevendo um avanço gradual de acordo com os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis (p.ex., 30% no 1º ano, 50% no 2º, 70% no 3º e 90% no 4º); (c) concretizar um acordo entre as diversas instituições prestadoras de serviços (é conveniente envolver os organismos de representação profissional), sob a coordenação da entidade que comanda o Sistema Único de Saúde local, no qual cada uma assume a responsabilidade que lhe cabe seja por uma determinada área do município, seja por um certo número de pacientes, com metas específicas definidas e claras a serem acompanhadas e avaliadas por todos; (d) discutir o programa com a comunidade, explicitando conteúdos, razões e principalmente os objetivos e metas a alcançar; (e) cumprir o programa, redistribuindo as cotas de cobertura ou suplementando as ações das instituições que por algum motivo não estejam conseguindo dar conta do recado; (f) definir o sub-programa preventivo coletivo como uma atividade conjunta, se possível destinada a toda a faixa etária desde o começo.

Os estudos feitos no Título 8.4.2. demonstram que o sistema de atenção ao grupo de 6 a 14 anos tem que ter um caráter municipal com base em unidades instaladas dentro e fora das escolas. Por isso não é conveniente que se mantenha o esquema tradicional de separar a clientela infantil entregando-a exclusivamente ao cargo da Secretaria de Educação ou ao "programa escolar" da Secretaria da Saúde.

Vimos que as crianças entram e saem nas escolas durante o ano, nelas permanecendo em média somente 5,4 anos ao invés dos oito que compõem o ciclo elementar. Além disto, em torno de 4,2 milhões de pessoas nessa faixa etária não está matriculada. A partir dos 10 anos muitas trabalham, e é comum que o período diário de permanência em sala de aula seja de apenas 3 horas (em geral situa-se entre 4 e 5 horas). Aos 6 anos parcela significativa da clientela permanece em casa, além de que o ingresso tardio é um fenômeno comum principalmente na zona rural.

A base metodológica para a gradativa universalização do atendimento está na adoção do *CARTÃO DE SAÚDE BUCAL*.

A partir dos 6 anos de idade, quem obtiver uma alta odontológica receberá o cartão que lhe confere o direito de receber atenção clínica básica, cuidados preventivos e educação em saúde bucal, até completar 14 anos de idade. Quem chegar odontologicamente saudável nesta faixa, receberá um novo cartão estendendo seus direitos até aos 19 anos.

Uma vez que o sistema educacional brasileiro consegue assegurar que até aos 9 anos praticamente a totalidade das crianças estão nas escolas mesmo que por um número, limitado de horas/dia, parece razoável admitir que as unidades de atenção odontológica instaladas nas escolas ou próximas a elas devam assumir responsabilidade praticamente integral sobre a faixa de 6 a 9 anos, quando o cartão pode ficar com o programa, que se encarrega de chamar as crianças atendendo-as regularmente. Desde os 10 anos o cartão deve ficar preferencialmente na posse da criança (ou dos pais), a fim de que possa exercer o seu direito ao atendimento junto a qualquer unidade da rede oficial e para-oficial.

O sistema permite um atendimento por ano; quem não comparecer durante dois anos, perde o direito, devendo submeter-se a tratamento por conta própria para receber um atestado de que não tem problemas odontológicos para retornar ao sistema e obter um novo cartão.

Todas as unidades, incluindo as clínicas escolares, centros e postos de saúde, devem estar integrados ao sistema, conferindo prioridade ao atendimento dos portadores do *CARTÃO DE SAÚDE BUCAL*. O atendimento anual ou bi-anual pode representar uma ou mais consultas e compreende cuidados clínicos básicos (restaurações, extrações inevitáveis), prevenção, educação em saúde bucal, profilaxia.

Este modelo permite contornar alguns dos problemas que tem dificultado a expansão e o êxito dos sistemas incrementais tradicionais, tendo a grande vantagem de dividir responsabilidades e compromissos com a própria população o que lhe confere uma característica fortemente democrática. Na prática, os cuidados de manutenção (atendimento dos que receberam alta no ano ou em um dos dois anos anteriores) tendem a adquirir uma regularidade e constância bem maiores garantindo uma boa condição de saúde por mais tempo para as pessoas, que poderão ir à procura de um atendimento que passou a ser um direito seu. Os programas que hoje se dedicam a escolares e que estão bem estruturados continuarão a chamar os seus pacientes e a prestar-lhes cuidados odontológicos periódicos; ao passo que aqueles que tem dificuldades de organização, são inconstantes e não conseguem melhorar seus índices anuais de cobertura, poderão contar com a colaboração e o reforço das demais unidades da rede, para as quais as crianças também passarão a ser tidas como prioritárias, pois neste sistema a prioridade indantil é de todo o sistema local de saúde bucal.

Originalmente os *cartões de saúde bucal* foram propostos pelo autor como um modelo de proteção à adolescência, sugerindo uma linha compulsória dentro das escolas (ou em clínicas e centros de saúde estrategicamente situados próximos a elas) até os 12 ou 14 anos, e depois uma linha aberta sob controle da clientela (*cartões*) dos 13 ou 15 aos 19 anos. Estes conceitos continuam válidos, fundamentando-se no fato reconhecido de que crianças que recebem bons cuidados na escola elementar e depois são abandonadas à sua própria sorte, desenvolvem novas e ativas cáries na adolescência e com frequência chegam à idade adulta com problemas dentários quase similares aos dos que não receberam atenção regular na infância. O que agora se coloca é que os cartões são necessários antes, devido à precariedade do sistema escolar de 1º grau. Os adolescentes, segundo grupo em termos de prioridade etária para a odontologia, são assim incorporados de maneira gradual ao sistema de cobertura organizada em saúde oral. Além disso, têm acesso à atenção eventual nos centros e postos de saúde, da mesma maneira que a população em geral.

As ações preventivas são realizadas individualmente somente nos casos dos pacientes que comparecem para receber cuidados regulares anuais com o cartão de saúde e que não se beneficiaram com os métodos coletivos, como as aplicações tópicas em massa.

A velocidade de progressão do modelo depende da capacidade de abrangência do sistema local de saúde bucal, ligada diretamente à sua organização (coordenação efetiva, integração entre as diversas entidades), à adequação do programa, ao espaço e tempo requeridos pelos demais grupos e problemas e aos recursos humanos e financeiros disponíveis. Com a atual capacidade instalada do setor público e para-oficial - 40.567 postos de trabalho conforme a Tabela 15 - certamente é viável estruturar e implementar programas que na maior parte dos municípios proporcionem a médio prazo, via aumento gradual da cobertura, um bom padrão de saúde oral a um contingente expressivo da população.

Cada programa define, em última análise, os seus padrões , determinando as idades-limite de validade, mecanismos de estímulo à demanda, formas de controle, etc. Infantes com até cinco anos devem ser alvo de medidas preventivas específicas desde o início do programa, sendo incorporados ao sistema de atenção regular à medida em que se tornar satisfatória a cobertura de crianças e adolescentes.

MODELO DE CARTÃO DE SAÚDE BUCAL

Nome:

Data de Nascimento:

Endereço:

Nome do Pai, Mãe ou Responsável:

Identificação da Unidade que forneceu o Cartão:

Este CARTÃO DE SAÚDE BUCAL dá prioridade para atendimento dentário, uma vez por ano, em serviços odontológicos da rede pública.

Pode ser utilizado por pessoas de 6 a 14 anos (ou 15 a 19) que completaram o seu tratamento odontológico em um programa de saúde escolar e dá direito aos seguintes serviços: cuidados preventivos, educação em saúde bucal, profilaxia, restauração de dentes cariados e extrações inevitáveis.

Quando o Portador não comparecer a uma unidade de saúde bucal durante dois anos seguidos, perde o direito aqui estabelecido.

Data do Atendimento:

Serviços Realizados:

Medida Preventiva recebida no ano:

Unidade de Saúde que prestou a Atendimento:

Cirurgião-Dentista responsável:

:: 9.2.4. Atenção a Outros Grupos e Problemas

Os grupos mais discriminados social e economicamente e os problemas bucais graves são considerados como essenciais para um sistema local de saúde bucal.

Constitui uma obrigação para o setor público prover o atendimento das necessidades elementares das pessoas com carências mais agudas. Isto significa que as unidades públicas não podem eximir-se ao compromisso de ofertar ao menos cuidados de urgência, de alívio à dor e de clínica básica aos que por motivos geográficos, econômicos ou sociais em geral residentes em locais longínquos ou em periferias marginais urbanas, não têm acesso a outros tipos de serviço.

Em um país no qual largas camadas da população permanecem sem ter como atender sequer suas necessidades primárias de sobrevivência, é natural que uma parcela significativa do tempo das unidades de saúde deva ser reservado para essas pessoas. Em um município, quando existirem diversas clínicas ou consultórios odontológicos, deve ficar claro para a população quais as que estão disponíveis para atendimento geral e em que horários. Sempre que possível este atendimento, que é dado por livre demanda, deve ser programado na base, p.ex., de uma consulta/ano para 50% da população de baixa renda.

Os problemas graves são aqueles que podem colocar em risco de vida seus portadores ou que podem contaminar outras pessoas. Em saúde bucal enquadram-se nestes critérios os casos de câncer oral, hepatite, herpes e as manifestações da síndrome da imunodeficiência adquirida. Sob o signo da essencialidade colocam-se, para a rede básica de saúde pública, a detecção precoce de sinais e sintomas em pacientes com essas enfermidades, o atendimento inicial, a adoção de medidas preventivas gerais, o encaminhamento para atendimento especializado e o acompanhamento do caso quando tratar-se de paciente residente em sua área de influência.

São considerados como complementares, portanto para desenvolvimento numa fase em que o programa municipal de saúde oral já tiver conseguido dar um equacionamento adequado aos grupos e problemas essenciais, os chamados grupos especiais e os serviços de referência, conforme o esquema proposto no Quadro 7.

Os grupos especiais reúnem particularmente aos deficientes físicos; às pessoas confinadas em casas de saúde, prisões, etc. e aos idosos física ou mentalmente dependentes. O programa odontológico deve identificar, no município, as pessoas que por problemas motores, psíquicos ou de saúde geral sem recursos financeiros não têm acesso autônomo à rede. Conforme o porte desta clientela e as disponibilidades da rede, pode ser reservada uma unidade, um consultório ou parte do seu tempo para atender a estes grupos em clínica básica, encaminhando quando possível os casos complexos para atendimento especializado (no próprio município ou em localidade próxima).

Os serviços de referência nas áreas de periodontia, cirurgia, endodontia e ortodontia destinam-se a pacientes enviados pela rede básica (evitar atendimento autônomo, isolado dos serviços básicos) e considerados como prioritários do ponto de vista epidemiológico e social. Diversas Secretarias de Saúde - Paraná, Distrito Federal, São Paulo, p.ex. - possuem serviços nesta linha. É importante ter critérios transparentes e que possam ser aplicados com correção pelas unidades da rede, pois quase sempre a capacidade de atendimento das unidades especializadas é restrita. A unidade da rede que atende escolares, adolescentes, adultos ou os grupos especiais, ao encaminhar um paciente da sua área para atenção especializada, assume também a obrigação de acompanhar o caso, inclusive dando-lhe a necessária manutenção clínica posterior nos casos em que isto for exigido. Não se incluem no âmbito da saúde pública, serviços de alta complexidade, cosméticos ou para pacientes não prioritários.

As doenças periodontais devem receber uma atenção particular, principalmente por se constituírem na segunda grande prioridade de trabalho para a odontológica. Os países que já conseguiram controlar a cárie dental, dedicam hoje seus maiores esforços para encontrar maneiras de reduzir a incidência de problemas periodontais em suas populações. No caso brasileiro, as ações a nível de saúde pública concentram-se no campo da educação em saúde objetivando a máxima difusão possível de práticas adequadas de higiene oral pela população, e na oferta de serviços de profilaxia e de escovação orientada para grupos de escolares e de adultos^(57,87). Esta é também uma área de grande importância para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos e clínicos (vide Título 9.5).

A prótese pode ser ofertada, limitando-se em geral a peças totais e as vezes também parciais removíveis, e desde que não implique em custos para o serviço. Em geral é possível utilizar espaços disponíveis nas unidades ou horários livres para esta finalidade. O melhor regime, no caso de próteses, é o de cobrar o preço de custo oferecendo aos pacientes uma opção de qualidade e baixo preço. Dividir os gastos com recursos humanos, material de laboratório e demais insumos pela produção, de formas a chegar ao preço por peça.

O desenvolvimento de ações de proteção à saúde oral da população de terceira idade é, cada vez mais, um componente necessário da programação local, considerando-se os índices muito elevados de problemas e as severas dificuldades de acesso que caracterizam este grupo^(82,204). Uma pauta de trabalho especificamente dirigida para os idosos inclui a prestação de cuidados clínicos para as pessoas de maior carência (total ou parcialmente dependentes, de baixa renda) e o direcionamento de parte do sub-programa educativo para difundir ações de autocuidados em relação à higiene dos tecidos moles, de manutenção em bom estado das próteses existentes e do combate às extrações desnecessárias^(82,143).

:: 9.2.5. Vigilância Sanitária

Um bom sistema de controle em relação à qualidade dos produtos preventivos comercializados no país e à quantidade de fluoretos consumidos pela população, é essencial para assegurar a obtenção de resultados consistentes com os métodos empregados seja a nível de saúde pública seja individualmente.

O sistema de vigilância sanitária existente no Brasil tem como centro uma unidade técnica na estrutura do Ministério da Saúde que credencia os produtos possibilitando sua utilização e, nos estados e municípios, baseia-se nas Secretarias de Saúde que exercem a fiscalização operacional. É um sistema que funciona sob pressão, assoberbado com a tarefa de exercer um controle permanente de qualidade sobre uma imensa gama de produtos que com frequência não obedecem as formulações aprovadas pelo Ministério. Na prática, a fiscalização é feita em atendimento a solicitações específicas, a denúncias ou diante de notórias irregularidades. Quando, p.ex., um produto é autuado e retirado das prateleiras dos super mercados, se o produtor for um grupo com grande poderio econômico, é bastante provável que se torne muito difícil para a autoridade sanitária manter o veto à sua comercialização por muito tempo, tantas são as pressões que costuma sofrer.

Difícilmente, no momento, seria razoável imaginar que esse sistema possa controlar com a assiduidade e a prioridade que se deseja o universo de produtos da área odontológica. O mesmo raciocínio pode ser aplicado à questão da qualidade da água.

A solução está em estruturar um sub-sistema específico de controle a cargo das instituições odontológicas - coordenadorias de saúde bucal das Secretarias de Saúde e laboratórios das Faculdades com a participação das entidades de representação profissional - mediante um acordo profissional com as autoridades oficialmente encarregadas da vigilância. Este acordo é fundamental para validar o trabalho que venha a ser desenvolvido pelo setor odontológico, uma vez que no momento em que um laudo qualquer apontar irregularidades como dosagens inadequadas e eventualmente danosas para o organismo humano, só será aceito se tiver validade legal ou se for acatado como tal. Muitas Secretarias de Saúde já adotam o credenciamento de laboratórios de instituições públicas e de universidades para testar a qualidade de determinados produtos, podendo esta tradição ser consagrada para permitir uma fiscalização regular pelo menos sobre os produtos utilizados para a prevenção das doenças bucais.

Neste campo, os dentifrícios fluoretados, geis e soluções para aplicação tópica profissional e soluções para bochechos com flúor são os de mais amplo uso seja pela população seja pelos odontólogos em seus consultórios ou nos programas de saúde pública. Os dentifrícios e as soluções para bochechos diários (com 0,05% de fluoreto de sódio) têm suas dosagens e limites estabelecidos em portaria do Ministério da Saúde, o que torna mais fácil a análise da adequação ou não das formulações à venda no comércio e casas especializadas. Quanto aos demais, os teores de flúor que os torna

efetivos são conhecidos (p.ex. soluções para enxaguatórios semanais contêm fluoreto de sódio a 0,2%), permitindo comparações imediatas com o conteúdo dos produtos examinados em laboratório.

A segunda grande vertente para o trabalho de vigilância sanitária em odontologia refere-se ao controle do teor de flúor na água de abastecimento público nas localidades onde este método é realizado.

Uma vez que os sistemas existentes^(1,156,169,209,210) se consolidem e se expandam, não há dúvida de que teremos em funcionamento um dos mais eficazes métodos de sustentação da fluoretação da água no país, principalmente se considerarmos que as inconstâncias, as subdosagens e a interrupção pura e simples da adição de flúor tem sido responsáveis pela não redução (ou pela redução em níveis abaixo do esperado) da cárie dental em muitas cidades brasileiras que tem utilizado esta medida.

Na cidade de São Paulo, de um total de 291 amostras d'água colhidas pela Secretaria Municipal de Saúde em sessenta pontos distintos durante o 1º semestre de 1.991, 35% estavam abaixo do teor de 0,6 mg de flúor por litro considerado como mínimo aceitável (em 1.990 esta proporção foi de 27%)⁽²¹⁰⁾.

Quando uma cidade ou um estado optar por um sistema de controle independente do que é normalmente praticado pela Companhia de Abastecimento D'Água, é fundamental ter bem claro que se trata de uma linha de apoio às estações de tratamento pois, em última análise, são elas que efetivamente fazem prevenção ao aplicar o flúor à água. O método preventivo de massa que cabe à profissão executar é o de aplicações tópicas de flúor.

Para implementar um sistema de vigilância sobre o flúor contido na água de consumo público de uma cidade, seguir o seguinte roteiro:

(a) contactar a Companhia de Abastecimento D'Água e o órgão de vigilância sanitária locais para definir um programa conjunto de ações ou, no mínimo, evitar reações contrárias às atividades de controle de qualidade a serem iniciadas;

(b) definir um laboratório idôneo e adequadamente instrumentado para realizar as análises da água. As principais opções estão na utilização dos equipamentos da universidade (quando existente na cidade ou em localidade próxima) reforçando-os se necessário, na montagem de um pequeno laboratório específico para esta finalidade ou na contratação de serviços disponíveis no mercado;

(c) determinar os locais de obtenção das amostras d'água e efetuar a coleta regularmente. No período de um ano de trabalho, os locais não devem mudar. As coletas devem ter no mínimo uma periodicidade semestral, e sempre que possível mensal, abrangendo pontos variados e representativos da rede. Estes pontos devem estar situados próximo à saída da água da estação de tratamento, de

reservatórios e de poços que estejam injetando volumes adicionais de água à rede, além de em lugares de alto consumo humano e em periferias urbanas. Uma planta da rede de distribuição da água é de grande utilidade. No programa de monitoramento implantado no estado de São Paulo, foi fixado um mínimo de cinco amostras para as cidades pequenas e de sessenta para a capital, recomendando-se, no caso das residências, coletar a água antes da entrada no prédio para evitar uma eventual interferência de filtros caseiros de carvão ativado sobre o teor de flúor⁽¹⁵⁶⁾;

(d) organizar a dinâmica de entrega, recebimento e envio regular dos tubos de coleta d'água, cuidando para que todos sejam corretamente etiquetados com a data da amostra e local exato onde foi obtida;

(e) ao ser feita a análise, os achados devem ser comparados com os dos laboratórios da Companhia de Abastecimento D'Água para checar possíveis assintonias e coincidências. Os resultados, uma vez consolidados e firmes, devem ser divulgados para conhecimento da população e discussão com os seus representantes junto ao sistema de saúde. As dosagens insuficientes ou que estiverem acima do programado deverão estar regularizadas nas coletas seguintes, com a correção das suas causas (em geral, problemas da aparelhagem, falta de flúor, deficiências operacionais da estação, incorreções na concentração do íon flúor ou na taxa de umidade, etc. do sal que estiver sendo utilizado).

Para o caso de desejar aplicar esse sistema em algumas cidades de maneira que sejam representativas do conjunto, pode ser utilizado o método sugerido a seguir para a vigilância epidemiológica.

A avaliação desse sistema é feita diretamente através da comparação da proporção de pontos de abastecimento com dosagem adequada, verificando se está havendo uma melhora ou não, e indiretamente por meio de estudos epidemiológicos que atestam os níveis de redução da cárie dental consequentes ao uso correto da fluoretação.

:: 9.2.6. Vigilância Epidemiológica

A base qualitativa de um bom programa está na vigilância epidemiológica, ou seja, na análise periódica e regular das condições de saúde da população para conhecer as tendências de comportamento das principais doenças a que está sujeita.

No Brasil, a tradição maior tem sido de realização de estudos de prevalência da cárie dental e as vezes das doenças periodontais. Algumas cidades com fluoretação da água ou com programas preventivos mais amplos, como Barretos e São José dos Campos p.ex., tem realizado exames populacionais metódicos para acompanhamento dos resultados obtidos, mas ainda são exceções em relação ao conjunto do país.

Para criar uma nova tradição, é preciso adotar um método suficientemente simples e que possa ser implantado através da rede de serviços disponível, com base nos conhecimentos já existentes, abarcando os problemas e os grupos de maior prioridade. Uma proposta que inclua muitos e complexos indicadores dificilmente terá êxito nas condições atuais da rede. Uma vez começado, haverá necessidade de consolidá-lo no tempo evitando as habituais interrupções a cada troca de administração, para então acrescentar novos índices e aumentar a sua abrangência.

O sistema brasileiro de vigilância epidemiológica em saúde bucal visa conhecer e acompanhar a evolução dos principais problemas de saúde bucal da população, com base na realização periódica de exames em algumas cidades que representem estatisticamente o total para cada unidade federada.

Em síntese as características e o esquema básico de execução do sistema estão descritos nos tópicos a seguir:

- Inicialmente, como padrão mínimo a ser seguido dois indicadores devem ser obtidos: percentual de crianças de ambos os sexos sem experiência de cárie nas dentições permanente e temporária (CPO e ceo = 0) e o índice CPO-D, ambos nas idades de 6, 9 e 12 anos.

- Quando viável, ou gradativamente, acrescentar dados para as demais idades com ênfase nos 4, 15, 18 e grupo de 35-44 anos, índices sobre doenças periodontais, próteses totais em adultos, além de hábitos e opiniões de cada comunidade.

- O número de pessoas a serem examinadas deverá ser determinado de acordo com as condições práticas de cada programa, não devendo ser inferior a 200 por idade nos estados menores.

- Cada Estado é dividido em três estratos: um primeiro composto pela capital, um segundo reunindo as cidades de porte médio e um terceiro com todas as demais. A definição do "porte médio" é variável, sendo que neste caso é utilizado somente um critério populacional, considerando nesta categoria os municípios com um total de 50 mil habitantes ou mais nos Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, e com 40 mil ou mais em todos os demais à exceção de Acre, Amapá, Roraima e Tocantins nos quais o limite mínimo é de 25 mil. Na Tabela 40, mostra-se a distribuição resultante da adoção destes critérios para o país, com o número de municípios e a população reunida em cada estrato por unidade federada e região. Ainda que a grande massa de localidades fique situada no terceiro estrato a maior concentração de pessoas está no segundo, que para o total do país inclui 535 municípios e 39% da população. Nas capitais residem 25% dos brasileiros enquanto que 36% encontram-se nas 3.882 cidades menores.

- Em cada estrato existem dois conjuntos, um com as cidades que tem flúor na água de abastecimento e outro das que não contam com esta medida. Faz parte do primeiro conjunto a localidade onde

eventualmente o veículo de ingestão de flúor for o sal de cozinha. No Anexo VI estão listados os municípios de porte médio, que compõem o segundo estrato.

- Formado o estrato, pode-se selecionar um ou vários municípios (quanto maior a abrangência da amostra, melhor), de acordo com as possibilidades de cada programa e de cada estado. No Levantamento Epidemiológico nacional, p.ex., optou-se por efetuar os exames apenas nas capitais diante da impossibilidade financeira e prática de deslocar equipes por todo o país.

- A amostra é aleatória com probabilidade proporcional ao tamanho do município. Isto significa que cada município tem uma chance de ser sorteado (fazer parte da amostra) correspondente à sua população. Como exemplo, tomemos a cidade de Uberaba, com 276 mil habitantes estimados em 89, portanto fazendo parte do 2º estrato de Minas Gerais (porte médio) que tem cerca de 5.993 mil pessoas (37,73% da população do estado conforme as Tabelas 9 e 40); sua probabilidade seria de 46 em 1000. Já Juiz de Fora com 378 mil teria 63 em 1000 e Araxá (67 mil) só 11 em 1000.

- Sorteados os municípios que compõem a amostra de cada estrato (a capital tem auto-representatividade), é de todo conveniente que não sejam mudados ou substituídos por um razoável período de tempo, de preferência mantendo-se os mesmos por cinco anos. É melhor escolher bem (alguns municípios por serem inacessíveis ao serviço de saúde bucal podem não ser incluídos para efeitos da amostragem) a poucas localidades e realizar ainda que modestamente o estudo, do que desenhar uma ambiciosa amostra que depois se mostre inviável por seus custos elevados ou pela falta de recursos humanos para concretizá-la. Caso haja problema para realizar os exames em uma localidade, é preferível acrescentar outra, procurando no ano seguinte trabalhar normalmente em todas elas. Embora neste caso o tamanho dos estratos tenha sido definido em função da população total, no começo apenas a população urbana é examinada. Os residentes na zona rural deverão ser incluídos numa segunda etapa, tão logo o sistema urbano esteja funcionando satisfatoriamente.

- Com os núcleos amostrais definidos, estabelece-se o número de pessoas em cada grupo etário a ser examinado em cada cidade. Na hipótese de que sejam 2.000 crianças de 12 anos em uma amostra com cinco municípios, proceder da seguinte forma: formar um sub-estrato só com a população dos cinco, redefinindo a probabilidade de cada um em função deste total de habitantes e aplicando a mesma proporção ao conjunto de crianças a examinar. Exemplificando, consideremos que no 3º estrato de Alagoas tenham sido sorteadas as localidades de Belo Monte (6700 habitantes), Canapi (21600), Messias (10200), Pilar (33800) e São Brás (8700), com uma população total de 81.000 pessoas. Em consequência, serão examinadas 165 crianças em B.Monte (porque sua população representa 8,27% de 81 mil) e nas demais respectivamente 533 - 252 - 835 e 215.

- Repetir os exames com intervalo anual. Não há necessidade de examinar as mesmas crianças, mas sim de ir à mesma cidade. Este

procedimento justifica-se porque o interesse do sistema de vigilância é de ter um dado epidemiológico representativo da população e não apenas de um limitado grupo da comunidade. Evita-se assim as pesquisas, comuns na área acadêmica, que incluem exclusivamente os poucos pacientes que de fato fizeram uso de uma determinada medida preventiva, comparando-os com os que não a utilizaram. O que deve melhorar é a saúde global em cada município.

- As equipes examinadoras preferentemente devem ser as mesmas e locais. O emprego de equipes centrais que se deslocam para as cidades amostrais pode ser uma opção em alguns estados, mas tem as desvantagens de representar custos maiores que as vezes impedem a continuidade do estudo e de dar um caráter de controle externo ao processo epidemiológico. O treinamento, que inclui a aplicação dos índices propriamente ditos e a explicação cuidadosa da importância que tem a dinâmica (com ênfase na periodicidade regular), deve ser uniforme para todas as equipes, renovando-se nas ocasiões de acréscimo de novos índices, quando forem detectados problemas de execução e nos casos de necessidade de substituição de recursos humanos.

- Ainda que seja importante e aconselhável estratificar a população por sua condição econômica e social, inicialmente o sistema limita-se a estudá-la globalmente, sem diferenciações. Quando estes fatores forem levados em consideração, a amostra obviamente crescerá pela formação de sub-estratos específicos para cada novo grupo.

O sistema de vigilância epidemiológica construído sobre esses fundamentos tende a melhorar com o tempo, à medida em que aumente sua representatividade seja através da inclusão de novos estados e municípios, seja por se tornar mais completo ao reunir indicadores sobre outros problemas de saúde oral.

TABELA 40
DISTRIBUIÇÃO DAS CIDADES E DA POPULAÇÃO TOTAL POR
ESTADO E REGIÃO, SEGUNDO O MODELO DE SISTEMA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA EM TRÊS ESTRATOS. BRASIL, 1989.

REGIÃO/ ESTADO	CIDADES (Total)	ESTRATO (Capitais)		ESTRATO (Porte Medio)		ESTRATO (Pequeno Porte)	
		1 CIDADES	POPUL.(%)	2 CIDADES	POPUL.(%)	3 CIDADES	POPUL.(%)
NORTE	311	7	29,25	51	34,52	253	36,23
AC	25		39,32	4	37,13	20	23,55
AM	62		50,91	4	11,26	57	37,83
AP	9		60,08	-	-	8	39,92
PA	105		23,81	28	44,59	76	31,60
RO	23		21,16	7	46,03	15	32,81
RR	8		56,92	-	-	7	43,08
TO	79		1,66	8	34,58	70	63,76
NORDESTE	1462	9	19,29	183	32,24	1270	48,47
AL	97		21,88	8	22,46	88	55,66
BA	367		17,20	48	29,44	318	53,36
CE	178		27,54	32	32,37	145	40,09
MA	136		12,16	30	43,38	105	44,46
PB	171		13,41	10	27,03	160	59,56
PE	167		18,51	33	44,61	133	36,88
PI	118		20,02	12	26,32	105	53,66
RN	152		24,74	6	17,08	145	58,18
SE	76		27,85	4	15,32	71	56,83
SUDESTE	1430	4	30,13	187	45,80	1239	24,07
ES	66		11,08	13	55,70	52	33,22
MG	723		14,56	55	37,73	667	47,71
RJ	69		43,31	25	49,73	43	6,96
SP	572		33,65	94	47,34	477	19,01
SUL	862	3	13,13	89	41,12	770	45,75
PR	318		15,17	29	34,27	288	50,56
RS	333		14,80	38	45,74	294	39,46
SC	211		5,36	22	45,68	188	48,96
C.OESTE	379	4	37,62	25	20,62	350	41,76
DF	1		100,00	-	-	-	-
GO	211		25,43	11	23,84	199	50,73
MS	72		24,51	8	29,46	63	46,03
MT	95		17,19	6	24,96	88	57,85
BRASIL	4444	27	24,89	535	38,88	3882	36,23

Fonte: Bibliografia 4.

: 9.3. Política de Recursos Humanos

Há uma evidente necessidade de profissionalização do pessoal que se dedica a fazer saúde pública no Brasil. Esta profissionalização pode ser traduzida na criação de condições práticas que viabilizem uma dedicação em tempo total, dando competitividade ao setor no confronto com a área privada.

Anteriormente já se discutiu não só as vantagens, como a virtual inevitabilidade da existência de serviços públicos eficientes em uma nação constituída por uma maioria de pessoas que não têm chance de acesso a serviços privados. Contudo, mantem-se como regras de um lado a contratação de pessoal a tempo parcial e, de outro lado, o credenciamento de odontólogos e de clínicas privadas para atender a população sob remuneração proveniente dos cofres da nação.

Nessas condições e apesar da notória preferência que a categoria demonstra pelos empregos a tempo parcial, uma organização local ou um serviço que tenha como objetivo alcançar uma efetiva melhora nos padrões de saúde da comunidade a seu cargo, deve sempre que possível optar por odontólogos, pessoal técnico e auxiliar que trabalhem em regime de 8 horas diárias.

Diante do esgotamento da modalidade indireta de prestação de serviços, os profissionais credenciados pelo INAMPS que ainda estiverem em plena atividade, ou seja, recebendo remuneração mensal regular pelos atendimentos realizados em seus consultórios, devem poder optar por empregos diretamente remunerados pelas Secretarias estaduais ou municipais de saúde que desenvolverem o programa local de saúde bucal.

A questão salarial é vital neste processo de fortalecimento dos serviços públicos, os quais só podem competir em condições próximas às do setor privado se remunerarem de maneira adequada ao seu pessoal. Para tanto, torna-se relevante também a unificação dos diversos empregos possibilitando o exercício em um só local de trabalho. Para contornar a costumeira multiplicidade institucional, sugere-se que no âmbito de cada sistema local ou de cada cidade seja feito um mapeamento do conjunto de empregos, discutindo com os interessados a melhor solução para que cada profissional possa realmente dedicar-se à população adscrita a cada unidade (clínica, centro de saúde, etc.). De fato, como pode uma comunidade identificar o seu odontólogo ou o seu médico, se eles mudam constantemente de posto de trabalho e se permanecem tão somente um curto espaço de tempo na unidade? Na mesma linha de raciocínio pode-se perguntar como pode um profissional identificar uma comunidade como sendo de sua responsabilidade, quando para sobreviver precisa deslocar-se varias vezes durante o dia e ocupar dois, três ou mais empregos em cada um dos quais mal tem tempo para dar um atendimento clínico as mais das vezes rigorosamente impessoal aos que se encontram na fila de espera por seus cuidados?

Um programa de treinamento para os Cirurgiões-Dentistas que atuam nos sistemas locais de saúde é fundamental para assegurar a

sua adequada implementação. A ênfase recai nos aspectos programáticos com base no exposto nos Títulos 9.1 a 9.9, no desenvolvimento de capacidade gerencial e na compreensão dos princípios do planejamento estratégico. As Faculdades de Odontologia em geral ainda hoje preparam um odontólogo predominantemente clínico, que exige - além da remoção de parte do verniz que o recobre - uma preparação que o capacite a lidar com grandes massas populacionais, ajudando-as a resolver seus principais problemas.

Nos serviços oficiais, não pode ser deixado de lado, como um elemento secundário no rol de deficiências atuais, o tema do cumprimento das condições acordadas quando da assinatura do contrato de trabalho. O tempo de ausência injustificada da clínica é um tempo que não mais é recuperado pela clientela, uma vez que a capacidade de atendimento é limitada e insuficiente para cobrir a demanda. Assim, os detalhes relativos aos horários de trabalho com frequência assumem relevância inicial, considerando que o sucesso do sistema e da desejada participação social em boa parte está ligado ao cumprimento dos compromissos assumidos previamente por parte do pessoal contratado.

Em síntese, no que se refere aos Cirurgiões-Dentistas, deve-se evitar o exercício a tempo parcial, a dupla militância, a ação privatizada (credenciamentos pela previdência social) e a multiplicidade de empregos, através da efetiva implantação de sistemas locais de saúde bucal fundamentados no modelo de ações essenciais e complementares, sob remuneração e condições de trabalho condignas e competitivas.

A Intensificação do treinamento e contratação de Técnicos de Higiene Dental -THDs- e de pessoal auxiliar em todo os níveis surge como uma consequência natural do esquema de ação até aqui proposto. A linha de preparação em serviço, através de cursos dados pelas próprias instituições que prestam atendimento ao público, merece ser privilegiada.

Os cursos de capacitação promovidos pelas faculdades têm a vantagem de aproveitar a estrutura de ensino já existente e podem ser uma boa alternativa para alguns estados e municípios. Suas desvantagens situam-se no relativo isolamento das instituições de ensino e nos custos que comparativamente por vezes tem sido mais elevados, em geral devido à exigência de muito tempo para atividades teóricas e à utilização de uma gama muito ampla de professores ou à sofisticação dos currículos. O pessoal técnico e auxiliar deve atuar em tempo integral, não se justificando os casos em que são feitos acordos de base salarial que reduzem o período diário de trabalho para cerca de seis horas, uma vez que este tempo costuma ser incompatível com o horário dos odontólogos e com a própria dinâmica de funcionamento das unidades de saúde, afetando de maneira significativa a produtividade geral.

Os THDs podem dedicar-se a dois tipos de atividades - curativas, envolvendo o apoio ao tratamento clínico de lesões de cárie e de doenças periodontais, problemas ortodônticos, etc.; e

preventivo-educativas, quando a ênfase recai na atenção à população sadia ou, mais exatamente, em evitar que surjam maiores problemas que os já existentes. Tem sido comum que esses profissionais atuem com simultaneidade nos dois campos, mas é cada vez mais frequente que os serviços utilizem um tipo de auxiliar, cujo perfil situa-se próximo ao do Atendente de Consultório Dentário, que atua de fato como um agente preventivo.

: 9.4. Custeio e Remuneração dos Serviços

Os recursos públicos, aí incluídos os que se originam das contribuições sobre as folhas de salários, devem ser empregados em cada nível de governo para custear programas estruturados segundo o modelo de ações essenciais e elementares exposto no Título 9.2.

O financiamento das atividades de saúde oral segue, em suas linhas gerais, o mesmo esquema adotado para as ações de assistência geral à saúde. De acordo com a Lei 8142/90 os recursos do Fundo Nacional de Saúde devem ser repassados para fundos similares existentes ou a serem criados nos estados e municípios. As transferências de verbas do poder central seguem critérios ligados à representatividade populacional, situação sanitária, desempenho da rede, entre outros^(20,21).

Estudiosos da área^(148,149,230) tem colocado dois aspectos entre as principais dificuldades ainda não superadas no relacionamento financeiro entre os diferentes níveis de governo: a indefinição sobre que recursos fazem parte dos Fundos, os quais as vezes se limitam tão somente às tradicionais verbas de saúde pública excluindo o custeio das atividades costumeiramente ligadas à previdência social (hospitalização, assistência médica e odontológica), e a burocracia que cerca os repasses.

Para que os serviços locais efetivamente assumam a responsabilidade pela atenção à saúde da população, é preciso uma maior automatização nas transferências, as quais deveriam incluir o dinheiro relativo à manutenção de todas as atividades usuais - curativas, preventivas e educativas - de maneiras a que apenas as verbas de investimento e de combate a problemas como epidemias e problemas emergenciais fiquem sujeitas a negociação. A aplicação de critérios para repasse automático baseados no exemplo dos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (Artigos 157 a 162 da Constituição)⁽¹⁸⁾, adaptados às características do setor saúde, certamente constitui um avanço necessário.

O sub-sistema de saúde bucal, para que possa consolidar-se precisa, em primeiro lugar, estabelecer o seu programa definindo os padrões possíveis de cobertura populacional e de melhora dos níveis de saúde bucal, definir o orçamento que sustentará sua execução e lutar para assegurar os recursos e para rege-los autonomamente.

A distribuição de responsabilidades e atribuições é variável segundo o universo de instituições existente em cada município, estado e no país, mas a direção única estabelecida nas leis básicas

do setor deve ser exercida respectivamente pela Secretaria de Saúde municipal, estadual e pelo Ministério da Saúde.

O montante de recursos necessários para financiar as ações de saúde bucal depende da amplitude e da profundidade com que trabalha cada organização local (aproximadamente, as ações odontológicas tem utilizado entre 8 e 20% - com uma média de 15% - dos recursos para assistência ambulatorial alocados antes pelo SUDs e agora pelo SUS).

Um elenco preliminar de critérios gerais para orientar as transferências dos recursos federais para os demais níveis, e também dos estados para os municípios, estão formulados em seguida:

- (a) população prioritária adscrita
- (b) quadro epidemiológico em crianças e adolescentes
- (c) cobertura preventiva
- (d) cobertura com atenção básica aos grupos prioritários
- (e) performance da rede de prestação de serviços

Com exceção do segundo critério, todos os demais tem uma relação direta, ou seja, quanto mais pessoas adscritas, cobertas, etc., maior é o volume de recursos alocados. No caso da situação epidemiológicas são privilegiados os locais onde os indicadores são mais críticos.

No ajuste entre as verbas necessárias e as disponíveis, há que preservar em primeiro lugar as ações mais essenciais, p.ex., os sub-programas preventivo, educativo, de atenção básica a crianças e de cuidados mínimos à população em geral. Quando da negociação, é possível escalonar prazos e padrões de cobertura, desde que se mantenha claro o horizonte de quando serão alcançadas as metas. Um exemplo neste sentido é o do sistema local que inicialmente previu, entre outras metas para o ano de trabalho, fluoretar a água nas três estações de abastecimento existentes, realizar aplicações tópicas em 70% das crianças de 6 a 14 anos, atender 40% deste mesmo grupo, colocar à disposição uma consulta/ano para 40% da população do município. Diante da escassez de recursos, as duas primeiras metas foram mantidas integralmente, redimensionando-se a terceira para 25% das crianças e a quarta para 30% com acesso limitado às pessoas de baixa renda.

É fundamental que os recursos disponíveis façam parte de um só bolo, pelo menos para financiar as atividades das instituições públicas. Isto significa que: (a) o anacrônico regime de pagamento por atos clínicos e preventivos implantado pelo INAMPS em 1991⁽³⁷⁾ deve ser substituído por mecanismos mais automáticos de repasse que privilegiem os estados e municípios que efetivamente estiverem trabalhando dentro de princípios de saúde pública; (b) os controles financeiros, uma vez que os critérios estejam bem definidos, podem ser exercidos pelos organismos de acompanhamento já estabelecidos

como os tribunais de contas, ao passo que os indicadores ligados ao nível de saúde (vigilância epidemiológica), de desempenho, etc., constituem componentes normais de um sistema razoavelmente bem estruturado de atenção odontológica; (c) os serviços públicos diretos devem receber a totalidade ou grande parte dos recursos, interrompendo-se a prática de credenciamentos de profissionais que prestam serviços em suas próprias clínicas. Formas inovadoras de remuneração tornam-se necessárias para superar a situação vigente na maioria dos serviços onde os problemas consequentes à má remuneração e ao não cumprimento dos padrões contratuais (quebras de horários, atendimento impessoal ou descortês, reduzido interesse pela melhora do quadro epidemiológico, parca integração com a comunidade, etc.) são comuns. Duas medidas podem ser aplicadas, na dependência das características de cada programa:

- local único de trabalho, através do mapeamento dos diversos empregos do pessoal profissional em atividade no município, favorecendo os que se fixarem em tempo integral. Num momento inicial os salários pagos por parte de cada instituição podem ser mantidos, prevendo-se a regularização dos vínculos funcionais (contrato com o órgão em cujas instalações o profissional exerce o seu emprego) a médio prazo;

- estímulo financeiro adicional ao salário, condicionado principalmente ao alcance e à manutenção de níveis de saúde bucal adequados na população adscrita. Isto corresponderia a assegurar um salário digno para cada membro da equipe odontológica, acrescentando um "plus" referente ao cumprimento de metas coletivas previamente estabelecidas: p.ex., redução do índice de ataque pela cárie dental em crianças de 6 a 12 anos, cobertura real com cuidados básicos de 50% dos grupos prioritários da comunidade. Este adicional, que é negociado com os profissionais, técnicos, auxiliares (com o conhecimento e participação da população adscrita), não deve estar ligado aos clássicos critérios de produtividade clínica e embora dependa dos recursos orçamentários disponíveis necessita assumir valores relativos compensadores para que realmente desempenhe um papel catalizador de um desempenho funcional mais comprometido e de melhor qualidade. Uma vez estabelecido este regime, gradativamente sua importância aumenta, podendo chegar ao ponto em que os padrões sanitários e de acesso a cuidados básicos se constituam em fatores determinantes de importância real e predominante na renda mensal da equipe odontológica.

: 9.5. Linhas de Estudo e Pesquisa

Um importante conjunto de dúvidas e de pontos não suficientemente esclarecidos ou desconhecidos, persiste em relação à ação odontológica comunitária.

Dentro de cada unidade prestadora de serviços e como parte da política de saúde bucal para o país, é preciso que seja desenvolvida uma linha sólida de estudos e pesquisas com o objetivo maior de compreender os elementos que impedem ou dificultam a

melhoria das condições de saúde, indicando as estratégias e os meios para supera-los.

Na indicação de temas a estudar, feita a seguir por campo de atuação, incluem-se questões que tanto podem ser enfocadas a nível central quanto no contexto de cada município. Os sistemas locais de saúde bucal, que tem limitada disponibilidade de tempo por estarem mais envolvidos com a prestação de serviços, precisam escolher com muito apuro os assuntos que farão parte do seu universo de estudo, conferindo prioridade aos temas que tiverem interesse ou que se relacionem aos problemas vividos pela sua população adscrita.

As fronteiras entre um estudo e uma pesquisa, ou seja, entre uma análise situacional (operacional) e a investigação mais aprofundada ou a exploração de novos conhecimentos sobre os diversos aspectos do sistema de saúde, são idealmente estabelecidas por parte de cada instituição ou unidade local.

:: 9.5.1. Estudos sobre Fatores Etiológicos

(a) Padrões de consumo de açúcar, mormente nas faixas etárias de maior prioridade e nos grupos populacionais mais expostos (p.ex., crianças, adolescentes, residentes em regiões açucareiras);

(b) dinâmica de produção e comercialização de açúcar, com vistas a sugerir medidas práticas para redução do consumo;

(c) dietas com baixo teor de carboidratos cariogênicos, de formas a identificar alimentos nutricionalmente adequados, financeiramente acessíveis, de paladar e apresentação aceitáveis e de fácil acesso no comércio local;

(d) relacionamento entre o hábito de fumar e a prevalência de lesões da mucosa pré-cancerosas ou não;

:: 9.5.2. Estudos Epidemiológicos

(a) Identificação de razões para que os índices de ataque pela cárie dental sejam mais elevados nos estratos de baixa renda;

(b) tendências de comportamento das principais doenças orais, através de medições periódicas com base em indicadores selecionados (vide Título 9.2.6) aplicáveis notadamente nas cidades e regiões submetidas a métodos preventivos de massa;

(c) condicionantes da prática de extrações em populações adultas, estabelecendo diferenças por tipos de serviços ofertados (públicos, privados, empíricos, etc.) e a importância das causas econômicas e clínicas;

(d) padrões de saúde bucal na 3a. Idade, diferenciando grupos por "status" social e possibilidade de acesso a serviços segundo o grau de dependência funcional.

:: 9.5.3. Estudos sobre o Sistema Prestador de Serviços

(a) Condicionantes sociais e econômicos da procura de serviços odontológicos;

(b) efeitos de distintas modalidades de custeio e de remuneração de serviços sobre a demanda e sobre o nível de saúde oral, com ênfase em análises da modalidade de pagamento por capitação com base no nível de saúde da população adscrita e da cobertura alcançada (remuneração adicional sobre um salário básico, conforme descrito no parágrafo final do Título 9.5);

(c) adscrição da clientela a sistemas locais de saúde, com definição de áreas geográficas de abrangência, serviços disponíveis no município ou de referência em outras localidades, custos, etc.;

(d) modelo de odontólogo familiar, com adscrição de um número determinado de famílias a um Centro de Saúde, a uma clínica ou a um profissional.

(e) participação social nas organizações locais de saúde bucal, com identificação de experiências, forma e intensidade da participação comunitária, atitudes e resistências das entidades de representação profissional;

(f) atendimento clínico, preventivo e educativo de escolares em regimes combinados com unidades dentro e fora da escola.

:: 9.5.4. Estudos sobre Prevenção

(a) Resultados da fluoretação da água e da aplicação de métodos tópicos de massa, principalmente aqueles desenvolvidos sem supervisão direta, identificando as metodologias mais adequadas de trabalho e de relacionamento com a população;

(b) efeitos preventivos do uso de dentifrícios fluoretados no Brasil;

(c) efeitos da interrupção de programas preventivos;

(d) experimentação de métodos alternativos de aplicação tópica de flúor a nível comunitário, utilizando por exemplo vernizes com flúor e soluções altamente concentradas com flúor;

(e) padrões de fluorose em populações submetidas a terapias intensivas ou à ingestão de flúor através de dois ou mais veículos.

:: 9.5.5. Educação em Saúde e Opiniões da População

(a) Utilização efetiva de métodos de auto-defesa contra as doenças bucais;

(b) resultados obtidos com os métodos educativos em uso (p.ex. proporção de pessoas que escovam corretamente e com periodicidade adequada seus dentes, que se beneficiam regularmente de cuidados preventivos, que reduzem o consumo de carboidratos cariogênicos,);

(c) pesquisas de opinião sobre os serviços de saúde existentes (qualidade, acessibilidade, serviços prestados, horários, atendimento, proteção adequada contra infecções, etc.);

(d) formas desejadas e viáveis de participação da comunidade.

:: 9.6. Síntese e Sugestões

O conjunto de sugestões apresentado neste capítulo pode ser resumido, quanto aos seus principais aspectos, no seguintes tópicos:

- implementação de um sistema de atendimento odontológico a partir do setor público objetivando prioritariamente reduzir a incidência da cárie dental e estruturar uma rede de prestação de serviços em quantidade suficiente e com boa qualidade à população.

- ênfase nos sistemas locais de saúde bucal, fundamentados na adesão da clientela e na participação comunitária.

- identificação de prioridades claras de atenção odontológica às comunidades, pela utilização de um modelo que contemple um elenco de medidas essenciais e outro de medidas complementares.

- desenvolvimento de um programa preventivo abrangente, em relação à cárie dental, baseado principalmente na fluoretação da água de abastecimento público, na aplicação tópica de flúor em massa e com regularidade, no apoio à escovação com dentífricos fluoretados e na redução do consumo de açúcares.

- adoção de medidas educativas em saúde oral voltadas para o uso correto de métodos preventivos da cárie dental, emprego adequado de medidas de higiene oral visando manutenção de níveis de placa bacteriana compatíveis com uma boa saúde dos tecidos periondontais, redução quantitativa do total de açúcares ingeridos e, ainda, enfatizando a conservação de dentição natural negando a prática de extrações desnecessárias.

- organização de sub-sistema de atenção a crianças e adolescentes a partir de programa com abrangência coletiva municipal, fazendo uso de "cartões de saúde bucal" como estratégia para alcançar uma gradativa universalização da cobertura.

- inclusão dos grupos mais discriminados social e economicamente, assim como dos problemas bucais de maior gravidade, no elenco de medidas essenciais.

- práticas de ações de vigilância sanitária voltadas para o controle da qualidade dos produtos preventivos comercializados no país e da quantidade de fluoretos consumidos pela população, dando destaque para o controle do teor de flúor na água de consumo.

- efetivação de um sub-sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal, com fundamento na realização periódica de exames em um conjunto limitado de localidades por região.

- maior profissionalização dos recursos humanos que atuam no setor público, evitando o exercício em tempo parcial, a dupla militância, os credenciamentos de profissionais que trabalham na clínica privada a multiplicidade de empregos e os baixos salários.

- intensificação do treinamento e da contratação de Técnicos de Higiene Dental e de pessoal auxiliar em geral.

- definição de diretrizes e de critérios quanto as fontes de custeio e modalidades de remuneração de serviços, preservando em primeiro lugar as ações de caráter essencial e unificando em um só conjunto programático os recursos disponíveis para cada sistema local.

- Desenvolvimento de estudos com ênfase nos que se dedicarem ao melhor conhecimento dos fatores etiológicos das doenças orais, da epidemiológica bucal, do sistema prestador de serviços, das linhas preventivas de âmbito populacional e, ainda, dos métodos e práticas de educação em saúde oral e das opiniões da população sobre os serviços que lhe são ofertados.

BIBLIOGRAFIA

- 001 - ABO fará coleta de água para exame de flúor. - ABO; Jornal Nacional 3 (10) mar./abr. 1991.
- 002 - ALBUQUERQUE, R. C. & VILLELA, R. - A situação social no Brasil: um balanço de duas décadas. Rio de Janeiro, 1990. 49p. versão preliminar.
- 003 - AMÉRICA Latina hoy. - Panorama Suvisión 3 (6): 21-30 Mayo/Ago. 1986.
- 004 - ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1989. - Rio de Janeiro, Fundação IBGE, 1989.
- 005 - ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1990. - Rio de Janeiro, Fundação IBGE, 1990.
- 006 - ARCIERI, R. M. et. alii. - Estudo comparativo da prevalência da cárie dentária após 10 anos da adição de flúor nas águas de abastecimento público de Uberlândia - MG. Revista Paulista de Odontologia São Paulo. 8 (2): 46-55 mar./abr. 1986.
- 007 - BANCO MUNDIAL. - World development report, 1991; Challenge of Development. New York, Oxford University, Press, 1991. 290p.
- 008 - BARBOSA, S. N.; FREIRE, A. M.; PINTO, V. G. - Nota sobre a política de saúde na nova república. Documento entregue ao Dr. Tancredo A. Neves. Brasília, em 8/3/85.
- 009 - BARRA, Rubia Pereira. - Prevalência de cárie dentária entre dois grupos de escolares atendidos durante 4 anos através do sistema incremental, beneficiados ou não pela aplicação tópica de flúor. Uberlândia Universidade Federal, 1990. 32p.
- 010 - BECKER, R. A. - Brasil: Tendências recentes das causas de mortalidade na infância. In: IBGE/UNICEF. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: mortalidade infantil e saúde na década de 80. Rio de Janeiro, IBGE, 1989. p.55-83.
- 011 - BELTRAN, E. D. & BURT, B. A. - The pre - and posteruptive effects of fluoride in the caries decline. J. of Public Health Dentistry 48 (4): 233-240. 1988.
- 012 - BHAT, Mohandas. - Periodontal health of 14-17- year- old US schoolchildren. Journal of Public Health Dentistry 51 (1): 5-11, 1991.

- 013 - BIJELLA, M. F. T. B. - Comparison of dental prophylaxis and toothbrushing prior to topical APF Applications. Community Dent Oral Epidemiol 13: 208-11 Aug. 1985.
- 014 - BIZARRIA, Hamilton. - Desenvolvimento da economia brasileira. Brasília, set. 1991. Informação pessoal.
- 015 - BOHATY B.S. et alli. - Prevalence of fluorosis-like lesions associated with topical and systemic fluoride usage in an area of optimal water fluoridation. Pediatr Dent 11:125-8, 1989.
- 016 - BOLETIM MENSAL DO BANCO CENTRAL DO BRASIL. - Brasília, BACEN, 1991.
- 017 - BRANDÃO, C. T. & BRANDÃO, R. F. - Alternativas alimentares. LONDRINA, CNBB. Pastoral da criança, 1988. 51p.
- 018 - BRASIL. Constituição, 1988. - Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988. 292p.
- 019 - BRASIL. - É o 1º em pobreza na América Latina. Folha de São Paulo, São Paulo, 23 nov. 1990. p. C-10.
- 020 - BRASIL. Leis, Decretos, etc. - Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial de 20/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- 021 - BRASIL. Leis, Decretos etc. - Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial de 31/12/90. 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.
- 022 - BRASIL. Ministério da Educação. - A educação no Brasil na década de 80. Brasília, 1990. 106p.
- 023 - BRASIL. Ministério da Educação. - Ensino de primeiro grau; taxa de sucesso. Brasília, 1990. 26p.
- 024 - BRASIL. Ministério da Educação. - Estoque de profissionais do nível superior, Brasil - 1970/85. Brasília, 1985. (Estudos Estatísticos, 2)
- 025 - BRASIL. Ministério da Educação. - Estoque de profissionais e número de concluintes do nível superior, Brasil 1954-87. Brasília, out. 1990. (Estudos Estatísticos, 11).
- 026 - BRASIL. Ministério da Educação. - Número de alunos e de escolas de 1º grau por dependência administrativa e

região: Brasil, 1989. Brasília, MEC/SG/Secretaria de Planejamento, 1991. Tabelas de Computador.

- 027 - BRASIL. Ministério da Educação. - Sinopse estatística do ensino superior, 1988 a 1990. Brasília, 1990 -
- 028 - BRASIL. Ministério da Educação. - Sinopse regular de 1º grau.; censo educacional 1988. Brasília, 1991.
- 029 - BRASIL. Ministério da Educação. - Visão panorâmica do ensino regular de 1º grau; Brasil 1979 - 1990. Brasília, 1990.
- 030 - BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. - Balanço geral da União, 1989. Brasília, 1990.
- 031 - BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social & CEPAL, Brasília. - A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização Brasília 1990. (Economia e Desenvolvimento, 7) Conteúdo: v.4 - Brasil: indicadores sociais selecionados.
- 032 - BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social & Ministério da Saúde. - Programa nacional de serviços básicos de Saúde - PREV/Saúde. Brasília, 1981.
- 033 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Fórum internacional de saúde bucal: painéis e conferências. Campo Grande. Divisão Nacional de Saúde Bucal, Documentos Técnicos, 20. Brasília, 1990. 150p.
- 034 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil Zona Urbana, 1986. Brasília, Divisão Nacional de Saúde Bucal/FSESP, 1988. 137p. (Série, Estudos e Projetos, 4)
- 035 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Normas técnicas para controle da AIDS e outras infecções virais na prática odontológica. Brasília, DNST/AIDS e DNSB, 1989. 22p.
- 036 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 22/SNVS de 24/08/89. Define normas para registro e controle de enxaguatórios bucais com flúor para uso diário e de dentifrícios com flúor. Brasília, 24/08/89.
- 037 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 184 de 9/10/1991. Tabela de procedimentos ambulatoriais de odontologia. Diário Oficial 10/10/1991.
- 038 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria 420/GM de 24/08/87. Aprova alterações no registro interno da SNPES criando a Divisão Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 1987.
- 039 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 612/GM de 13/06/1989. Aprova o programa nacional de prevenção da

cárie dental. Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, 29 de 23/06/89.

- 040 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 613/GM de 13/06/1989. Aprova a política nacional de saúde bucal. Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, 29 de 3/06/89.
- 041 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 614/GM de 13/06/1989. Institui grupo de especialistas em prevenção de doenças bucais. Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, 29 de 23/06/89.
- 042 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 615/GM de 13/06/1989. Institui o dia nacional de prevenção das doenças bucais. Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, 29. de 30/06/89.
- 043 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Portaria nº 616/GM de 13/06/1989. Institui as coordenadorias macro-regionais de odontologia. Boletim de Serviço do Ministério da Saúde, 29 de 23/06/89.
- 044 - BRASIL. Ministério da Saúde. - Coordenação de orçamento e finanças - Recursos aplicados pelo Ministério da Saúde. 1987 e 1990. Brasília, jun. 1990.
- 045 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Aplicação tópica de flúor com gel fluoretado: Normas Técnicas. Brasília, 1989. 27p. (Documentos Técnicos, 4).
- 046 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Informações básicas para o planejamento em odontologia - Brasília, 1989. (Doc. Técnico, 06)
- 047 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Informações básicas para o planejamento em odontologia: resultados por estado, 1989. Brasília, 1990. Tabelas.
- 048 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Perfil da odontologia brasileira. Brasília, 1988. (Documento Técnico, 1/88).
- 049 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Política nacional de saúde bucal; princípios, objetivos, prioridades. Brasília, 1989. 23p.
- 050 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - PRECAD; implementação do sub-programa II - aplicação tópica de fluor - gel. Brasília, 1989.
- 051 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Programa nacional de prevenção da cárie dental - PRECAD. Brasília, 1989. (Documento Técnico, 08).

- 052 - BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. - Relação de localidades com fluoretação de água de consumo público. Brasília, 1989.
- 053 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. - Portaria nº 15, 16, 17, 18, 19, 20. de 8 de Janeiro de 1991. Saúde em Debate 31:5 - 6 mar. 1991.
- 054 - BRASIL. Presidência. Secretaria de Planejamento e Coordenação. Secretaria de Orçamento e Finanças. - Orçamento da União. Exercício financeiro de 1990. Lei nº 7990 de 31 de janeiro de 1990. Brasília, 1990.
- 055 - BRYAN, E.T. & WILLIAMS, J.E. - The cariostatic effectiveness of a phosphate-fluoride gel administered annually to schoolchildren: I. The results of the first year. J Public Health Dent 28:182-5, 1968.
- 056 - BUENDIA, Osvaldo C. - Prevenção da cárie dentária através de bochechos fluorados. Trab. apres. no congresso de odontologia do Rio Grande do Norte, 3. Natal, 1980. 6f. mimeo.
- 057 - BURT, B. A. - Public health implications of recent research in periodontal diseases. Journal of Public Health Dentistry. 48 (4): 252-256, 1988.
- 058 - BUTLER W. J.; SEGRETO V. and COLLINS E. - Prevalence of dental mottling in school-aged lifetime residents of 16 Texas communities. Am J Public Health 75:1408-12, 1985.
- 059 - BUTTNER, Martin. - Switzerland's approach to preventive dentistry. Basel, 1990
- 060 - CANADÁ. Department of National Health and Welfare. - Preventive dental services. 2. ed. Ottawa, 1988. 229p.
- 061 - CAUDURO NETO, Ricardo. - Numero de cirurgões dentistas por estado segundo o sexo. Brasil 1989. Porto Alegre, 1991. Informação pessoal.
- 062 - CARVALHO, Gilson de Cassia Marques de. - O caos no financiamento da saúde... no fundo do poço. São José dos Campos, Secretaria Municipal de Saúde, 1990. 14p.
- 063 - CEPAL, Santiago. - Magnitude de la pobreza en America Latina en los años ochenta. Notas Sobre la Economia y el Desarrollo. Santiago, 494/495 jul./ago. 1990.
- 064 - COBB H.B; ROZIER, R.G. and BAWDEN J.W. - A clinical study of the caries preventive effects of an APF solution and APF thixotropic-gel. Pediatr. Dent 2:253-6, 1980.

- 065 - COLETÂNEA da legislação básica (SUDS). Brasília, MPAS, 1989. 165p.
- 066 - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8. Brasília, 1987. Anais. Brasília, Ministério da Saúde, 1987.
- 067 - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1. Brasília, 1986. Resoluções. Brasília, 1986.
- 068 - CONJUNTURA estatística. - Conjuntura Econômica. Rio de Janeiro 44 (5): 47-78 maio 1990.
- 069 - CONJUNTURA estatística. Conjuntura Econômica. Rio de Janeiro, 45 (66): 49-80 junho 1991.
- 070 - CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. - Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas por estado. Rio de Janeiro, 1990. Tabelas.
- 071 - CORDEIRO, H. - Controvérsias no Financiamento do SUS. Saúde em Debate 31: 19-24 mar. 1991.
- 072 - CORDON, P., Jorge. - Características do Cirurgião Dentista no Distrito Federal. Divulgação em Saúde para Debate. 6: 19-26 out. 1991.
- 073 - CRIANÇAS e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro, IBGE, 1989. V.3.
- 074 - CURY, J. A. - Fluorterapia. S. L. ABOPREV, 1991. (Biblioteca Científica, 4).
- 075 - DE PAOLA, P. F. - Reaction paper: the use of topical and systemic fluorides in the present era. Journal of Public Health Dentistry. 51 (1): 48-52.
- 076 - DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Educação e Cultura. Projeto Saúde Bucal, Programa Integrado de Saúde Escolar - PISE. Brasília, 1977. 36p.
- 077 - EKSTRAND, J. - Pharmacokinetic aspects of topical fluorides. J. Dent. Res. 66(5): 1061-1065, May 1987.
- 078 - ELDERTON, R. J. - Evolution in dental care. Bristol, Clinical Press Lim., 1990. 107p.
- 079 - ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRADORES E TÉCNICOS DO SERVIÇO PÚBLICO ODONTOLÓGICO. ENATESPO, 8. São Paulo, 1991. Documento final. São Paulo, 1991. 5p.
- 080 - ENGLANDER, H. R., et alii. - Incremental rates of dental caries after repeated topical sodium fluoride applications in children with lifelong consumption of fluoridated water. J. Amer. Dent. Assoc. 82:345-358, 1971.

- 081 - ESPECIAL dois anos de governo: rejeição a Collor chega a 48%. Folha de São Paulo. Caderno Especial 8p. março, 15. 1992
- 082 - ETTINGER, R. et alii. - Oral health needs of the elderly. London, FDI, 1991. 27p.
- 083 - FAO, Rome. - Production yearbook. Roma, 1988. v.42
- 084 - FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. FDI. - Basic facts, 1990. Dentistry Around the World. London, 1990.
- 085 - FERREIRA, Renato. - Recursos humanos e oferta de serviços odontológicos em Minas Gerais. Belo Horizonte, nov. 1991. Informação pessoal.
- 086 - FLORES - DE JACOBY, S. et alii. - Periodontal Conditions in Rio de Janeiro city (Brazil) using the CPITN. Community Dent Oral Epidemiol 19:127-8, 1991.
- 087 - FRANDSEN, A. Ed. - Public health aspects of periodontal disease. Chicago, Quintessence Public. 1984. 255p. Proceedings of a Workshop Health in Copenhagen, Denmark. Dec., 1982.
- 088 - FREIRE, Paulo da S. - Parecer sobre o programa nacional de prevenção da cárie dental para o Conselho Federal de Odontologia. Rio de Janeiro, 1990. mimeo.
- 089 - FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. - Prevenção da cárie dental pela auto-aplicação de bochechos fluorados. Brasília, 1980. 16p.
- 090 - GARCIA, I.- Caries incidence and costs of prevention programs. Journal of Public Health Dentistry 49(5): 259-271, 1989. Special Issue.
- 091 - GIBSON, G. B.; RICHARDSON, A. S. and WALDMAN, R. - The effectiveness of a chemically polymerized sealant in preventing occlusal caries: Five year results. Pediatr Dent 4: 309-310, 1982.
- 092 - GIFT, H. C. - Prevention of Oral Diseases and Oral Health Promotion. Dentistry 1:337-347, 1991.
- 093 - GRABER, T. M. & SWAIN, B. F. - Ortodoncia: Principios Generales y Tecnicas. B. Aires., Ed. Medica Panamericana, 1989. 1064p.
- 094 - GRILICHES, A. & INTRILIGATOR, M. - Handbook of Econometrics. - Amsterdam, North Holland, 1983. v.1
- 095 - GRINPLASTCH, B. S. - Fluoretação da água no Brasil. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 76: 321-30. 1974.

- 096 - GROENEVELD, A. et alii. - Fluoride in caries prevention: is the effect pre- or post-eruptive? J. Dent Res. 69:751-755, Feb., 1990. Special issue.
- 097 - GUSSO, Divonzir A. - A escola de 1º grau e sistema para atenção odontológica no Brasil. In: Forum internacional de saúde bucal, painéis e conferências. Campo Grande. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Documento técnico 20. Brasília, 1990. pp. 85-89.
- 098 - GUSSO, Divonzir A. & GEVAERD, S. - Atenção odontológica para escolares no Brasil: demandas sociais, políticas públicas e desafios. Relatório de consultoria para a Divisão Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde. Brasília, 1989. 46p. mimeo.
- 099 - HEATON, R. W. et alii. - Açúcares: debate atual e ação futura. s.l, ABOPREV, 1991. 26p. (Biblioteca Científica, 2)
- 100 - HEIFETZ, S. B., et alii. - Combined anticariogenic effect of fluoride gel-trays and fluoride mouthrinsing in an optimally fluoridated community. Clin. Prev. Dent. 1: 21-23, 28, 1979.
- 101 - HOELZ, G. & KLAFKE, L. - Experiência odontológica de Santa Cruz do Sul, RS. Divulgação em saúde para debate 6: 73-75 out. 1991.
- 102 - HOROWITZ, H.S. & DOYLE, J. - The effect on dental caries of topically applied acidulated phosphate-fluoride: results after three years. J. Am Dent Assoc 82:359-65, 1971
- 103 - HOUPPT, M.; KOENIGSBERG, S. and SHEY, Z. - The effect of prior toothcleaning on the efficacy of topical fluoride treatment: two-year results. Clin. Prev. Dent. 5: 8-10, 1983
- 104 - HOUPPT, M. & SHEY, Z. - The effectiveness of fissure sealant after six years. Pediatr. Dent 5: 104-106, 1983.
- 105 - IBGE. Contas nacionais do Brasil 1980/1990. Rio de Janeiro, jul. 1991.
- 106 - IBGE. - Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária, 1985. Rio de Janeiro, 1988. v. 10.
- 107 - IBGE. - Pesquisa de orçamentos familiares, 1987/88. Rio de Janeiro, 1991.
- 108 - IBGE. - Pesquisa nacional por amostra de domicílio, PNAD. 1981. Rio de Janeiro, 1983

- 109 - IBGE. - Pesquisa nacional por amostra de domicílio, PNAD. 1988. Rio de Janeiro, 1990.
- 110 - IBGE. - Pesquisa nacional por amostra de domicílio, PNAD. 1989. Rio de Janeiro, 1991.
- 111 - IBGE. - Síntese de indicadores da pesquisa básica da PNAD de 1981 a 1989. Rio de Janeiro 1990. 90p.
- 112 - IBGE & UNICEF.- Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil; mortalidade infantil nos anos 80. Rio de Janeiro, 1989. 130p.
- 113 - INAMPS.- Balanço geral 1980 a 1989. Rio de Janeiro, 1990-
- 114 - INAMPS. - Gestão do INAMPS. 1990. QDD. Brasília, 1990. Anexo.
- 115 - INAMPS. - Norma operacional básica nº 1/91. Saúde em Debate 31: 6 mar. 1991.
- 116 - INAMPS- Programa de reorientação da assistência odontológica. Rio de Janeiro MPAS, 1983. 50p.
- 117 - INAMPS. - Resolução nº 258, de 7 de Janeiro de 1991. Saúde em Debate 31: 6 mar. 1991.
- 118 - INAMPS. Coordenadoria de Supervisão e Auditoria de Odontologia. - Relatório sistemático de recursos odontológicos próprios do Brasil. Sistema de Recursos Odontológicos. Brasília, 1990.
- 119 - INAMPS. Diretoria de Planejamento. - Serviços produzidos e gastos, tabelas, 1981/1989. Brasília, 1990.
- 120 - INAMPS em Dados 1980 a 1989. Brasília, 1990.
- 121- INAN. - Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: PNSN - 1989. Arquivo dos dados da pesquisa. Brasília INAN/FIBGE/IPEA, 1990. mimeo.
- 122 - INAN. - Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição: resultados preliminares Brasília, INAN/FIBGE/IPEA, 1990. 35p.
- 123 - INDICADORES Sociais; assistência à saúde. Previdência em dados. Brasília, DATAPREV, 6 (i): 44-61 jan./mar. 1991.
- 124 - INDICADORES Sociais; assistência médica. Previdência em dados. Brasília, DATAPREV, 4 (2): 30/38 abr./jun. 1989.
- 125 - INGRAHAM, R.Q. & WILLIAMS, J.E. - An evaluation of the utility of application and cariostatic effectiveness of phosphate-fluoride in solutions and gel states. J. Tenn. Dent. Assoc. 50 (Jan.) 5:12, 1979.

- 126 - INTERNATIONAL SUGAR ORGANIZATION. - Sugar yearbook, 1989. 43 ed. London, 1990. 342p.
- 127 - IPEA. - Estimativas anuais de população (1980-2010). Regiões brasileiras versus situação de domicílio. Brasília. IPEA/CPS. maio, 1991. Doc. Avulso, 2.
- 128 - IPEA. - Estimativas da população brasileira por idades exatas para 1989, tabelas. IPEA/CPS. agosto, 1992.
- 129 - IPEA - IPLAN/CNRH. - Nota sobre programa na area de odontologia. Brasília, ago. 1977. cópia xerox.
- 130 - IPEA/IPLAN & UNICEF. A criança no Brasil: O Que Fazer? Brasília, 1990. 83p. (Acompanhamento de Políticas Públicas, 23).
- 131 - IUPERJ. Que Brasil é Este? Manual de indicadores políticos e sociais. Rio de Janeiro, Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, 1990.
- 132 - JENKINS G.N. - Recent changes in dental caries. Br. Med. J. (Clin Res) 291:1297-8, 1985.
- 133 - LARSEN, M. J. et. alii. - Prevalence of dental fluorosis after fluoride-gel treatments in a low-floride Area. J. Dent Res. 64 (8): 1076-1078, Aug. 1985.
- 134 - LATIN American dental survey. Panorama Suvision 1 (1): 15-36. 1986. Sept./Dec., 1986.
- 135 - LECOMPTE, E. J. - Clinical application of topical fluoride products: risks, benefits, and recommendations. J. Dent. Res. 66 (5): 1066-1071 May 1987.
- 136 - LEMOS, M. M. V. - Sistema Incremental; a necessidade de tratamento de crianças em idade escolar. Uberlândia, Universidade Federal, 1991. 23p.
- 137 - LEVERETT, D. H. - Appropriate uses of systemic fluoride: considerations for the 90s. Journal of Public Health Dentistry 51 (1): 42-47, 1991.
- 138 - LIMA, Mônica, O. P. et alii. - Estudo das condições de saúde bucal dos trabalhadores da construção civil. Brasília, SESI. Deptº Nacional. 1991. 42p. mimeo. "Projeto SESI na Construção Civil - Operação de Serviços em Canteiros de Obra".
- 139 - LOPES, & GOTTSCHALK. - Recessão, pobreza e família, a década pior do que perdida. São Paulo em Perspectiva, 4 (1): 102-109 Jan/mar. 1990
- 140 - LOUREIRO, Carlos. - Sistema de inversão de atenção odontológica. Belo Horizonte, out. 1991. Palestra

proferida na semana acadêmica da UFMG. Faculdade de Odontologia.

- 141 - LOURO FILHO, Paulo & MAYER, M. D. A. - Conceito de risco e avaliação de risco de cárie. s.l., ABOPREV, s.d. 11p. (Biblioteca Científica, 1)
- 142 - Mc DONALD, R. E. & AVERY, D. R. - Odontopediatria. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan. 5ª ed. 1991. 598p.
- 143 - MAC-ENTEE, M. & SCULLY, C. - Oral disorders and treatment implications in people over 75 Years. Community Dent Oral Epidemiol 16: 271-3, 1988.
- 144 - MANSBRIDGE, J. N. & BROWN, M. D. - Changes in dental caries prevalence in Edinburg children over three decades. Community Dent Health 2: 3-13, 1985.
- 145 - MARTHALER, T. M. - Cariostatic efficacy of the combined use of fluorides. J. Dent. Res. 69: 797-800, Feb., 1990. Special Issue.
- 146 - MARTINS, Claudio B. - Recursos humanos e oferta de serviços odontológicos na Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Brasília, jul. 1990. Informação pessoal.
- 147 - MEDICI, A. C. - O gasto com saúde nos anos 80. In: IBGE/UNICEF. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil; mortalidade infantil e saúde na década de 80. Rio de Janeiro, IBGE. 1989. P. 109-129.
- 148 - MEDICI, A. C. - Novas regras para o financiamento do setor saúde em 1991. Saúde em Debate 31: 25-30 mar. 1991.
- 149 - MEDICI, A. C. - Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello. Rio de Janeiro, 1991. 65p.
- 150 - MERTZ-FAIRHUST, E. J. et alii. - A comparative clinical study of two pit and fissure sealants: six-year results in Augusta, Georgia. J. Amer. Dent. Assoc. 105: 237-239, 1982.
- 151 - MERTZ-FAIRHUST, E. J. et alii. - A comparative clinical study of two pit and fissure sealants: 7-year results in Augusta, Georgia. J. Amer. Dent. Assoc. 199: 255-255, 1984.
- 152 - MEURMAN, J. H. HELMINEM, S. K. J. and LUOMA, H. -Caries reduction over 5 years from a single application of fissure sealant. Scand. J. Dent. Res. 86: 153-156, 1978.
- 153 - MEZADRI, Telmo & CAETANO, J. Carlos. - Recursos humanos e oferta de serviços odontológicos em Santa Catarina. Florianópolis nov. 1991. Informação pessoal.

- 154 - MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. - Dados Saúde Oral. Belo Horizonte, SUDS, 1989.
- 155 - MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Recursos humanos do programa de saúde bucal do SUS-MG por categoria profissional e instituição, 1990. Belo Horizonte, 1991. Tabelas.
- 156 - MONITORAMENTO do Flúor. - Coleta das amostras. Jornal da APCD, nov. 1991. P. 13.
- 157 - MONTENEGRO, J. L. & OLIVEIRA, L. L. A. - Indicadores de eficiência do ensino fundamental no Brasil. Década de 80. Brasília. 1991. Tabelas.
- 158 - MONTENEGRO, J. L. & OLIVEIRA, L. L. A. - Modelos de análise do fluxo escolar. Brasília, MEC/SAG, 1991. 45p.
- 159 - NAISBITT, J. & ABURDENE, P. - Megatrends 2000; dez novas tendências de transformação da sociedade nos anos 90. São Paulo, AMANA-KEY, 1990. 461p.
- 160 - NEWBRUN, Ernest. - Cariologia. 2. ed. rev. São Paulo, 1988.
- 161 - NEWBRUN, Ernest. - Topical fluoride therapy; discussion of some aspects of toxicology, safety, and efficacy. J. Dent. Res. 66(5): 1084-1086, May 1987.
- 162 - NOTÍCIAS Sobre a Crise no Setor Saúde. O Estado de São Paulo. 1990 - 16 a 18, 20, 22 a 25, 29 e 30 maio 1990 - 2, 4, 7, 11, 13, 14, 15, setembro
- 163 - NOTÍCIAS Sobre a Crise no Setor Saúde. Jornal do Brasil. 1990 - 7, 12, 18, 23 e 28 abril 1990 - 4, 5, 6, 8 a 11, 13, 14, 25, maio 1990 - 6, 19, 27 julho 1991 - 10 fevereiro, 29 de setembro, 19 dezembro.
- 164 - NOVO MÉTODO para o Gel: Uma aplicação a cada 15 segundos. Odonto/Notícias nº 50, 1991. p.12.
- 165 - ODONTOLOGIA no plano de saúde do governo Collor.- Jornal da APCD, jun. 1990. p.2
- 166 - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. - Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica; HSD/SILOS-2. Washington, 1992. 160p..
- 167 - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. - Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participación social; HSD/SILOS-3. Washington, 1990. 38p.
- 168 - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. - Engineering manual on salt fluoridation; ORH. 84. Washington, 1987. 66p.

- 169 - PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. - Odontologia nos serviços públicos do Paraná. Dept^o de Serviços de Saúde Odontológicos. Curitiba, fev. 1991. 25p. mimeo.
- 170 - PASCHOAL, A.D. - Experiência de saúde bucal nos municípios do SUDS. Divulgação em saúde para debate 6: 61-64 out. 1991.
- 171 - PEREIRA, S. - Serviços odontológicos no SESC (Serviço Social do Comércio). Brasília, 1992. mimeo.
- 172 - PILOT, T. & BARMES, D. E. - An update on periodontal conditions in adults, measured by CPITN. International Dental Journal 37:169-172, 1987.
- 173 - PILOT, T. et alii. - Periodontal conditions in adolescents, 15-19 years of age: an overview of CPITN data in the WHO GLOBAL ORAL DATA BANK. Community Dent Oral Epidemiol 15:336-338, 1987.
- 174 - PINTO, Ilza. L. - Prevenção da cárie dental com aplicações topicas de flúor-fosfato acidulado: resultados após 1 ano. Brasília, 1992 (a publicar).
- 175 - PINTO, Ilza. L. - Recursos humanos e ofertas de serviços odontológicos na Fundação Educacional do Distrito Federal. Brasília, jul. 1990. Informação pessoal.
- 176 - PINTO, Vitor Gomes. - Atenção odontológica à população carente. Brasília, out. 1981. "Documento encaminhado ao Conselho Federal de Odontologia para atender resoluções da portaria CFO-62 de 03/04/1981.
- 177 - PINTO, Vitor Gomes. - Discussão sobre o sistema único de saúde e suas perspectivas. Brasília, IPEA-CPS, 1990.
- 178 - PINTO, Vitor Gomes. - Relacionamento entre padrões de doenças e serviços de atenção odontológica. Rev. Saúde Púb. São Paulo 23 (6): 509-514, 1989.
- 179 - PINTO, Vitor Gomes. - Saúde bucal no Brasil. Rev. Saúde Pub. São Paulo, 17:316-327, 1983.
- 180 - PINTO, Vitor Gomes. - Saúde bucal, odontologia social e preventiva. 2.ed. São Paulo, Ed. Santos, 1990. 415p.
- 181 - PINTO, Vitor Gomes. - Saúde Bucal, panorama internacional. Brasília, Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1990. 285p.
- 182 - PINTO, Vitor Gomes. & VIANNA, Solon Magalhães. - Ações de odontologia no PIASS: documento preliminar. Brasília, 22/8/77. cópia xerox.

- 183 - PIRES, Fernando M. - Recursos humanos e oferta de serviços odontológicos no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, nov. 1991. Informação pessoal.
- 184 - PNUD. Desarrollo humano: Informe 1991. New York. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1991. 280p. + tabs.
- 185 - PNUD. Human development report, 1990. New York. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990. 189p.
- 186 - PROESA. Programa Odontológico Escolar de Saúde. Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde e Serviço Social - Divisão de Saúde Pública - Núcleo de Odontologia Sanitária, 1988. Doc. 2.
- 187 - PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. PRONAN III: Intervenções nutricionais complementares, 5. Cárie Dental. Brasília, 1981. mimeo.
- 188 - PROGRAMA Nacional de Fluoretação do Sal. - Jornal da APCD, março 1991. p. 18.
- 189 - PROGRAMA NACIONAL DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE. PREV/Saúde-Odontologia. Brasília, 10/06/1980. Versão primeira.
- 190 - RENSON, C. E. et alii. - Changing patterns of oral health and implications for oral health manpower: part I (Report of a working group convened jointly by the Federation Dentaire Internationale and the World Health Organization). Int. Dent J. 35: 235-251, 1985.
- 191 - RESULTS of the Workshop. Michigan. Journal of Public Health Dentistry 49 (5): 331-377, 1989. Special Issue.
- 192 - REUNION DE EXPERTOS SOBRE FLUORURACIÓN Y YODACIÓN DE LA SAL DE CONSUMO HUMANO, 1. 1986. Informe final Guatemala, 1986 451p.
- 193 - RICHARDSON, B. A., SMITH, D. C. and HARGREAVES J. A. - A 5-year clinical evaluation of the effectiveness of a fissure sealant in mentally retarded Canadian children. Comm Dent Oral Epid 9: 170-174, 1981.
- 194 - RIPA, Louis W. - A critique of topical fluoride methods. (Dentifrices, mouthrinses, operator, and self-applied gels) in an era of decreased caries and increased fluorosis prevalence. Journal of Public Helth Dentistry 51 (1): 23-41, 1991.
- 195 - RIPA, Louis W. - An evaluation of the use of professional (operator-applied) topical fluorides. J. Dent. Res. v. 69: 786-796 feb. 1990. Special Issue.

- 196 - RIPA, Louis W. - Need for prior toothcleaning when performing a professional topical fluoride application: review and recommendations for change. JADA 109;281-285 Aug. 1984.
- 197 - RIPA, Louis W. - Review of the anticaries effectiveness of professionally applied and self applied topical fluoride gels. Journal of Public Health Dentistry 49(5): 297-309, 1989. Special Issue.
- 198 - RIPA, Louis W. - Topical fluorides: a discussion of risks and benefits. J. Dent. Res. 66(5): 1079-1083, May 1987.
- 199 - ROCK, W. P. - The effectiveness of fissure sealant resins. J Dent Educ 48 (Suppl.)
- 200 - RODRIGUES NETO, Eleutério. - Os caminhos do sistema único de saúde no Brasil; algumas considerações e propostas. Brasília, UnB/IPEA, 1990 65p.
- 201 - ROSA, Antonio F. Galvão. - Recursos humanos e oferta de serviços odontológicos em São Paulo. São Paulo, nov. 1991. Tabelas. Informação pessoal.
- 202 - ROSA, Antonio F. Galvão & CAUDURO NETO, Ricardo. - Custos em odontologia: análise dos custos de um serviço odontológico do setor público. Porto Alegre, Revista Gaúcha de Odontologia. 33 (3): 242-243 jul./set. 1985
- 203 - ROSA, Antonio F. Galvão.; LIA NETO, J.; SERIO, H. B. - Avaliação da assistência odontológica no sistema local de saúde de São José dos Campos, SP. Divulgação em saúde para debate 6: 55-61 out. 1991.
- 204 - ROSA, A. F. G. et alii. - Condições de saúde oral em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo. s.l., 1992. (a publicar).
- 205 - SABOIA, J. L. M. & TOLIPAN, R. M. L. - A estrutura do emprego industrial no Brasil e a recessão dos anos 80. Rio de Janeiro, IPEA/INPES, 1986. 72p. (IPEA/INPES. Estudos de Política Industrial e Comércio, 5)
- 206 - SALVATORE, Dominick. - Estatística e econometria. São Paulo McGraw-Hill do Brasil, 1982. 262p.
- 207 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal de Saúde. - Modelo assistencial em odontologia. São José dos Campos, 1990. 21p.
- 208 - SÃO PAULO - Secretaria de Estado da Saúde & Secretaria Municipal de Saúde. - Sobre a oportunidade da fluoretação do sal: a modernidade do atraso. Nota, fev.1991. São Paulo, 1991.9p.

- 209 - SÃO PAULO - Secretaria Municipal de Saúde. - Implantação do sistema de vigilância sanitária da fluoretação de águas de abastecimento público no município de São Paulo, relatório anual. São Paulo, 1991.
- 210 - SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. - Sistema municipal de vigilância sanitária da fluoretação de águas de abastecimento público. Relatório semestral, jan./jun. 1991. São Paulo 1991. 6p.
- 211 - SATO, Sadakatsu. - Aspectos preventivos do desenvolvimento da dentição permanente. Manual ilustrado. São Paulo, Ed. Santos, 1991. 100p.
- 212 - SAÚDE vai fluoretar sal de cozinha. Correio Brasiliense 30/09/1990. p.14.
- 213 - SCHNEIDER FILHO, D. A. - Construindo a saúde bucal coletiva no município de São Paulo. Divulgação em Saúde para Debate, 6: 76:78 out. 1991.
- 214 - SESC/DF. - Recursos humanos em odontologia no SESC: Brasil 1989/90. Brasília, 1991. Tabelas.
- 215 - SESI. Departamento Nacional. - Manual de formação do técnico em higiene dental. Brasília, 1986. 171p.
- 216 - SESI. Departamento Nacional. - Programa nacional de odontologia social - PNOS. Brasília, 1990.
- 217 - SESI. Departamento Nacional. - Sinopse estatística do SESI. Brasília, 1991. 305p.
- 218 - SHEIHAM, A. & BARMES, D. E. - The goals and strategies of community dentistry in developing countries. In: Systematized Prevention of Oral Disease: Theory and practice: Florida. CRC Press, 1986. Cap. 15.
- 219 - SILVA, Milton F. A. - O Problema da fluoretação do sal no Brasil. Documento final de consultoria à Divisão Nacional de Saúde Bucal. Maceió, set. 1989. 6p. mimeo.
- 220 - SILVEIRA, W. - Recife é a 4ª pior cidade do mundo, diz estudo. Folha de São Paulo. São Paulo, 20 nov. 1990 p.D-5
- 221 - SIMÕES, C. C. - Novas estimativas da mortalidade infantil 1980/1987. In: IBGE/UNICEF. Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: mortalidade infantil e saúde na década de 80. Rio de Janeiro, IBGE, 1989. p.14-48
- 222 - SOUZA, Geraldo da Silva e,. - Modelo para projeção de indicadores de saúde bucal. Brasília, 1991 - mimeo.
- 222 - SOUZA, Wilkens de O. - Recursos humanos em odontologia na Fundação SESP; 1989/90. Rio de Janeiro, nov. 1991. Informação pessoal.

- 223 - SPAK, C. J. et. alii. - The tissue reaction of human gastric mucosa after fluoride ingestion. Caries Res. 23 (2): 100, 1989.
- 224 - SREEBNY, Leo M. - Sugar consumption, sugar availability and dental caries. Community Dent. Oral Epidemiol., 10: 1-7. 1982.
- 225 - STATISTICAL Bulletin. London, International Sugar Organization, 50 (8) aug. 1991.
- 226 - UBERLÂNDIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Análise dos serviços odontológicos municipais. Uberlândia, 1991.
- 227 - VIANNA, S. M. & PINTO, V. G. - Programa de fluoretação da água de abastecimento público. Brasília, IPEA/IPLAN-CNRH, 1983. 18p. (Documento de Trabalho, 28).
- 228 - VIANNA, S. M. & PINTO, V. G. - A responsabilidade do Ministério da Saúde na prevenção e tratamento das doenças bucais. Brasília, jul. 1977. cópia xerox. "Documento elaborado para o MS-DND/CD/SNPES.
- 229 - VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F. et PINTO V. G. - Programa de saúde escolar. Brasília, IPEA/IPLAN. CNRH, 1983. 21p. (Doc. de Trabalho, 25.)
- 230 - VIANNA, S. M. et alii. - O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Brasília, IPEA, abr. 1991. 67p. (Documento de Política 3).
- 231 - VIEGAS, Yvette & VIEGAS, Alfredo Reis. - Análise dos dados de prevalência da cárie dental na cidade de Barretos, SP, Brasil, depois de dez anos de fluoretação da água de abastecimento público. Rev. Saúde Públ. São Paulo, 19(4): 287-99, 1985.
- 232 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. - Oral health global indicators for 2.000. DMFT - 3 at 12 years. Genebra, May. 1989. 19p.
- 233 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health global indicator for 2.000. DMFT - 3 at 12 years. Genebra, May 1990. 19p.

A N E X O S

A N E X O I

CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DE NÚMERO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS E
POSTOS DE TRABALHO

A) TABELA 13

Os dados são todos provenientes do INAMPS (118, 119, 120).

Referem-se ao número de Cirurgiões-Dentistas nas colunas dedicadas aos Serviços Próprios e às Pessoas Físicas Credenciadas. Esta última corresponde aos profissionais que, em seus consultórios particulares, atendem pacientes encaminhados pela previdência social, obedecendo a condições pré-estabelecidas quanto ao tipo de serviços e aos preços. Com exceção dos Próprios, todos os demais enquadram-se como modalidades indiretas de prestação de serviços à população.

Nas colunas relativas a Credenciados (pessoa jurídica), Órgãos Públicos, Sindicatos, Entidades Filantrópicas, Faculdades de Odontologia e Hospitais Universitários, os números referem-se aos contratos ou convênios firmados com o INAMPS. Em cada contrato ou convênio podem trabalhar dois ou mais profissionais.

As Pessoas Jurídicas Credenciadas são empresas de grupo que contratam odontólogos ou associações de profissionais, sempre com personalidade jurídica, que firmam um contrato com a previdência para atender segundo regras gerais similares às das pessoas físicas.

Os Órgãos Públicos sob contrato incluem Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação, organismos federais e uma variedade de instituições menos representativas nas três esferas de governo.

Os Sindicatos tanto podem ser patronais como de trabalhadores, urbanos ou rurais.

As Entidades Filantrópicas, congregam instituições de benemerência e associações variadas que não têm o lucro como finalidade, tendo esta condição legalmente reconhecida pelo governo.

As Faculdades de Odontologia e os Hospitais Universitários ou de Ensino diferenciam-se dos Órgãos Públicos por receberem por produção como as pessoas, empresas e entidades privadas, e por terem que cumprir algumas exigências contratuais como é o caso da implantação de clínicas externas ("extra-muros") para atendimento de pacientes da comunidade.

B) TABELA 15

A Tabela refere-se a **postos de trabalho** ocupados e não a número de Cirurgiões-Dentistas. Esta distinção é fundamental porque um mesmo profissional pode ocupar dois ou mais postos, além de que a informação sobre CDs empregados ou só em atividade liberal não está disponível.

Estão incluídos tanto o pessoal em atividade clínica quanto em tarefas administrativas, de direção e outras.

O número de horas significa o tempo contratado oficialmente, correspondendo a 4 Hs., 6 Hs. ou 8 Hs. diárias durante cinco dias da semana. Com a exceção do INAMPS^(118,119,120) e da FSESP⁽²²²⁾, entidades que contratam profissionais em todo o país uniformemente com 30 Hs. no primeiro caso e 40 Hs. no segundo, a estratificação por tempo contratado nos demais casos foi obtida através dos questionários aplicados através do estudo desenvolvido pela Divisão Nacional de Saúde Bucal em 1989^(46,47,116,118).

Para as "Outras Instituições" o padrão utilizado - com base nas informações do estudo da DNSB e nas provenientes do SESI e SESC - foi de que em cada estado 80% dos profissionais estavam contratados para trabalhar vinte horas semanais, enquanto que os restantes 20% adotavam o regime de trinta horas semanais^(214,217).

No caso dos Sindicatos considerou-se que o total de Cirurgiões-Dentistas é igual ao número de contratos com o INAMPS multiplicado por 2, a partir de dados reais de cinco estados⁽¹¹⁹⁾. Sabe-se que em diversos Sindicatos há um número maior de odontólogos trabalhando, enquanto que em outros apenas um está disponível, mas a informação precisa a este respeito para todas as Unidades Federadas não está disponível.

O número de Credenciados corresponde à informação do INAMPS referente às Pessoas Físicas. Adotou-se uma estimativa de aproximadamente 2,167 profissionais por Pessoa Jurídica credenciada, seguindo o padrão médio a este respeito observado em Minas Gerais, Paraná e Pará.

Para os Sindicatos e para os Credenciados o regime de 20 Hs. semanais de trabalho é que foi aceito como o padrão para todos os estados.

A N E X O I I

CRITÉRIOS PARA ESTIMATIVAS DE GASTOS PESSOAIS

A) TABELA 17

A Tabela reproduz fielmente os dados publicados na Pesquisa de Orçamentos Familiares -P.O.F.- da Fundação IBGE⁽¹⁰⁷⁾, no que se refere a todos os gastos pessoais com saúde em geral e com tratamento dentário em específico.

A transposição de cruzeiros para dólares, na base de US\$ 1 = Cr\$ 53,407, foi feita considerando o valor de câmbio oficial em 15/10/1987, que é a data de referência básica adotada na Pesquisa^(14,16,107).

Para encontrar valores **per capita** dividiu-se os dispêndios por família pelo número médio de pessoas por família, de acordo com os dados fornecidos pela própria P.O.F.

B) TABELAS 18 E 19

Para estimar os gastos com saúde geral e com tratamento dentário para toda a população, os seguintes critérios foram adotados:

- 1989 foi tomado como ano de referência visando compatibilizar estes dados com os demais, relativos a recursos humanos, serviços, situação econômica, etc.;

- para a estratificação da população por zona de residência, utilizou-se dados do estudo do IPEA⁽¹²⁷⁾ que fornece estimativas para o total, urbano e rural, combinado com a população cidade por cidade fornecida no Suplemento do Anuário Estatístico de 1989⁽⁴⁾. A população das "outras cidades" foi obtida por diferença entre a população da região Metropolitana -R.M.- ou capital (nos estados onde não há R.M.) e a da zona rural;

- os gastos **per capita** em dólares obtidos na Tabela 17 foram considerados como válidos e reais para 1989;

- para chegar ao gasto médio de cada região utilizou-se a média ponderada dos gastos das R.M. ou capitais disponíveis na P.O.F. Considerou-se, portanto, que as pessoas residentes nas demais capitais teriam padrões de despesas com saúde similares às das R.M. ou capitais da mesma região. No exemplo a seguir está o gasto médio do Nordeste:

$(US\$ 7,10 \times 1.976.645 + US\$ 4,43 \times 2.608.397 + US\$ 8,31 \times 2.189.406)$
 (População de Fortaleza + Recife + Salvador) = 6,73

- o rendimento médio mensal das pessoas com 10 anos e mais, estratificado para as R.M., demais cidades e zona rural, foi obtido através da PNAD/88 (Tab.3.3 da PNAD)⁽¹⁰⁹⁾, por ser a informação disponível mais próxima no tempo e mais compatível com a Pesquisa. Considerou-se que a variação dos gastos em saúde nessas zonas era similar à verificada quanto aos rendimentos;

- assim, foram aplicados redutores (fatores de redução) sobre os gastos médios das R.M., para obter os gastos médios nas demais cidades e na zona rural. Esses redutores, idênticos aos fornecidos pela PNAD/88 para os rendimentos, são os seguintes respectivamente para as demais cidades e zona rural: Norte 0,70 e 0,310 - Nordeste 0,539 e 0,284 - Sudeste 0,810 e 0,310 - Sul 0,741 e 0,336 - Centro-Oeste 0,70 e 0,310. Os redutores das regiões Norte e Centro-Oeste para a zona rural foram estimados em função das médias das demais regiões.

A N E X O I I I

CRITÉRIOS PARA ESTIMATIVAS DOS GASTOS INSTITUCIONAIS

TABELA 21

A) SERVIÇOS PRÓPRIOS DO INAMPS

A base de cálculo foi o salário médio de 1989, estimado em US\$ 960.00 ao mês⁽¹¹⁹⁾,. Para chegar ao total de dispêndios com serviços próprios, a expressão a seguir foi utilizada:

- US\$ 960 x 2546 CDs x 1,45 (encargos sociais) x 13 meses x 1,1765 (1/0,85, ou seja, adicional de 15% para manutenção e material de consumo) x 1,30 (pessoal auxiliar e investimentos) = US\$ 70,466 milhões.

B) PROFISSIONAIS CREDENCIADOS

O montante despendido com Pessoas Físicas e Jurídicas credenciadas mais o que é pago aos Sindicatos consta do Balanço Anual do INAMPS ou dos quadros de despesa elaborados pela área financeira da entidade^(113,114,119). Para 1989 os valores em cruzeiros foram transformados em dólares considerando o valor médio de conversão, no ano, publicado pelo Banco Central do Brasil - US\$ 1 = NCz\$ 2,828⁽¹⁶⁾.

Assim, os gastos de NCz\$ 173.778.713,00, equivaleram a US\$ 61.449.000,00. A divisão entre Credenciados e Sindicatos foi feita segundo o número de consultas pagas no ano, ou seja, 9,6 milhões produzidas nos Sindicatos e 6,1 milhões nas clínicas dos credenciados⁽¹¹⁹⁾. Daí resulta que US\$ 23,96 milhões couberam aos primeiros e US\$ 37,48 milhões aos Sindicatos, com uma média respectivamente de US\$ 3,9287 e de US\$ 3,9046 por consulta. Vale notar que nesta rubrica estão também incluídos os pagamentos feitos pela previdência social às Entidades Filantrópicas.

C) ÓRGÃOS PÚBLICOS

O INAMPS tinha 1347 convênios firmados com instituições públicas em 89, com uma produção de 12,6 milhões de consultas. Considerou-se um preço médio por consulta similar ao que foi pago aos Sindicatos, de US\$ 3,9046, obtendo o montante total de US\$ 49,2 milhões nesta modalidade^(119,120).

O repasse desses valores para os Estados e Municípios teve sua divisão calculada em função das respectivas capacidades instaladas em termos de horas contratadas de trabalho⁽¹¹⁸⁾. Em consequência coube aos organismos estaduais 80% dos recursos no Norte, 79% no Nordeste, 38% no Sudeste, 34% no Sul e 83% no Centro-Oeste, conforme dados provenientes da Tabela 15 (p.ex., no Centro-Oeste os postos de trabalho estaduais somam 25810 horas semanais, contra 5190 dos municipais, o que dá uma relação de 83:17);

D) SECRETARIAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO DOS ESTADOS

Um salário médio, ou seja, de profissionais em meio de carreira, foi obtido para a maioria dos estados no estudo da DNSB, com especificação para cada grupo em termos de horas contratadas⁽⁴⁷⁾. Em alguns casos foram fornecidos os gastos globais com pessoal e em outros apenas valores para o grupo com 4 horas/dia de trabalho. Para efeitos do presente estudo tomou-se como referência o salário médio dos profissionais com 20 horas semanais, padronizando-se um acréscimo de 40% para a faixa de 30 horas e de 80% para a de 40 horas. Daí foi possível calcular valores salariais aproximados por região, como se vê a seguir:

- Norte = US\$ 412 (20 Hs), US\$ 577 (30 Hs) e US\$ 742 (40 Hs)
- Nordeste = respectivamente US\$ 382, 535 e 688
- Sudeste e Centro-Oeste = US\$ 600, 840 e 1080
- Sul = US\$ 720, 1008 e 1296.

Esses valores foram aplicados aos dados da Tabela 15 com a seguinte fórmula básica: Número de Profissionais x Salário médio em cada faixa (20, 30 e 40 Hs) x 13 meses x 1,45 de encargos sociais x 1,1765 para material de consumo x 1,40 para pessoal auxiliar e outros gastos. Para simplificar o cálculo, temos: Profissionais x Salário x 31,05.

Incluem-se neste tópico os odontólogos que trabalham nas Secretarias de Saúde, de Educação e outros organismos da administração direta estadual.

Dos gastos totais a nível estadual foram subtraídos os repasses do INAMPS.

E) MUNICÍPIOS

Para as Prefeituras Municipais valem os mesmos valores e critérios adotados para os organismos estaduais. Dos gastos a este nível retirou-se o que foi pago pelo INAMPS para evitar dupla contagem.

F) OUTRAS INSTITUIÇÕES

Os salários médios adotados são, para efeitos de cálculo das despesas, os mesmos pagos pelos Estados e Municípios, multiplicado pelo fator 31,05 como está explicado no item "d" acima. Há diferenças entre níveis salariais das diversas entidades quando se faz uma comparação dos dados disponíveis para alguns estados, mas estas diferenças variam ora favorecendo uma instituição e ora outra, fazendo com que as médias gerais tenham valores aproximados.

G) MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os gastos da Divisão Nacional de Saúde Bucal e da Fundação SESP (Seção de Saúde Oral a nível central mais serviços nos Estados) correspondem às execuções orçamentárias de 1989⁽⁴⁴⁾.

H) FLUORETAÇÃO DA ÁGUA

Segundo a "Relação das localidades com fluoretação da água" de 1989⁽⁵²⁾, cerca de 64 milhões de pessoas eram beneficiadas por este método no país. Com base em estudos brasileiros recentes⁽⁵¹⁾, calculou-se em US\$ 0,15 por pessoa ao ano o gasto com o sistema, incluindo a manutenção, compra do sal e eventuais despesas de reparação. A divisão por regiões seguiu as mesmas proporções da população coberta nas 1222 localidades onde o método estava sendo aplicado.

I) TOTAL DE GASTOS PÚBLICOS

A cifra de US\$ 716.276.000,00 corresponde ao somatório das despesas com saúde bucal efetuadas pelo INAMPS, organismos estaduais e municipais, outras instituições oficiais e para-oficiais, Ministério da Saúde e Companhias de Abastecimento D'água com fluoretação. Considera-se, portanto, que esta é uma aproximação dos gastos totais do setor público, tomando em consideração as despesas com pessoal, outros custeios e investimentos, estes no que se refere principalmente a materiais e equipamentos.

J) GASTOS PESSOAIS

Os critérios são os mesmos utilizados para a estruturação das Tabelas 17 e 19. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares feita pela Fundação IBGE⁽¹⁰⁷⁾, a estimativa constante da Tabela 21 representa a totalidade dos desembolsos das famílias com "atendimento dentário", ou seja, com o pagamento de serviços odontológicos de qualquer tipo.

L) GASTOS TOTAIS

Constituem o somatório dos gastos públicos e dos desembolsos pessoais. Até onde é possível discriminar essas despesas, cada uma é computada uma só vez, evitando-se duplas contagens. O valor de 2,4 bilhões de dólares correspondia, em 1989, a NCz\$ 6,77 bilhões.

A N E X O I V

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO URBANA POR IDADE E RENDA

TABELA I (ANEXO IV)
ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO URBANA POR
IDADE E RENDA, BRASIL, 1989.(*)

IDADE	0 A 2 SALÁRIOS MÍNIMOS (22%)	3 E 4 SALÁRIOS MÍNIMOS (32%)	5 E + SALÁRIOS MÍNIMOS (48%)	TOTAL
5	483039	702603	1009992	2195634
6	483663	703495	1011275	2198423
7	486382	707464	1016960	2210828
8	490527	713493	1025647	2229667
9	495391	720568	1035817	2251775
5 a 9	2438992	3547824	5099710	11088325
10	501617	729625	1048838	2280079
11	509853	741804	1068058	2317514
12	512682	745720	1071972	2330374
13	506721	737048	1059507	2303275
14	495299	720435	1035625	2251359
10 a 14	2526172	3674432	5281996	11482901
15	484839	705220	1013754	2203813
16	473701	689020	990466	2153187
17	465892	677661	974138	2117691
18	463939	674820	970054	2108812
19	465683	677328	973659	2116651
15 a 19	2354034	3424050	4922071	10700155
20	466018	677844	974401	2118262
21	465599	677235	973525	2118359
22	465291	676787	972881	2114959
23	464894	676209	972050	2113153
24	463968	674862	970114	2108944
20 a 24	2325769	3382937	4862972	10571678
25	462603	672877	967261	2102741
26	461178	670802	964278	2096256
27	458029	663316	953516	2072881
28	445474	647962	931448	2024882
29	431184	627176	901566	1959925
25 a 29	2256467	3282133	4718066	10256666
30	416691	608096	871263	1894060
31	401495	583992	839489	1824976
32	386041	561514	807177	1754732
33	370975	539601	775676	1686252
34	358152	518040	744682	1618874
30 a 34	1931354	2809243	4038287	8778884
35	340839	495765	712663	1549267
36	325251	473092	680070	1478414
37	310282	451320	648772	1410374
38	296329	431023	619596	1346948
39	283222	411959	592182	1287373
35 a 39	1555923	2263160	3253293	7072376
40	270398	393304	565373	1229073
41	257981	375218	539373	1172550
42	246390	358385	515179	1119954
43	235862	343071	493165	1072098
44	226253	329095	473074	1028421
40 a 44	1236881	1799071	2586184	5622096
45	217062	315727	453658	986647
46	208164	302769	436231	948154
47	200581	291724	419354	911639
48	194671	283158	407039	884868
49	189896	276212	397055	863164
45 a 49	1010344	1469591	2112537	4592472
50	185374	269635	387601	842610
51	181415	263876	379322	824612
52	176455	256662	368952	802069
53	169675	246799	354774	771248
54	161810	235360	338330	735501
50 a 54	874729	1272333	1828978	3976040
55	154269	224391	322562	701222
56	146585	213215	306496	666296
57	139896	203486	292511	635893
58	134851	196146	281960	612957
59	130781	190187	273408	594366
55 a 59	706361	1027435	1476938	3210734
60	127029	184770	265606	577405
61	124681	181325	260654	566640
62	119317	173552	249481	542350
63	109064	158639	228043	495746
64	96421	140248	201607	438275
60 a 64	578492	838533	1205392	2620417
65	84845	123412	177404	385661
66	72465	105389	151497	329342
67	67760	98545	141658	307953
68	74928	108986	156867	340680
69	89535	130233	187209	406877
65 a 69	389513	566564	814436	1770513
70	64720	94138	135323	294181
71	63515	92386	132805	288708
72	60812	88454	127153	276420
73	55554	80806	116158	252518
74	49179	71533	102828	223540
70 a 74	293780	427317	614268	1335365
75	39086	56852	81725	177662
76	38354	55788	80195	174336
77	36726	53420	76791	166936
78	33550	48800	70150	152501
79	29700	43200	62100	135001
75 a 79	177420	258066	370970	806456
TOTAL	20654211	30042489	43186078	93882778

*: População total conforme Tabelas 1 e 3. Estimativas adicionais do IPEA para 70 a 79 anos.

A N E X O V

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL:

PERCENTUAIS POR IDADES EXATAS, INTERVALOS DE CONFIANÇA, ANÁLISE
DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTATÍSTICOS ESTIMADOS

TABELA II (ANEXO V)
 PERCENTUAL DE DENTES ATACADOS PELA CÁRIE SEGUNDO IDADE E RENDA,
 COM O INTERVALO DE CONFIANÇA. ÍNDICE CPO-D. BRASIL, ZONA URBANA (*)

IDADE	RENDA 1			RENDA 2			RENDA 3		
	% CPO	SUP	INF	% CPO	SUP	INF	% CPO	SUP	INF
5	0,207	0,190	0,224	0,196	0,179	0,213	0,171	0,156	0,188
6	0,217	0,200	0,234	0,207	0,190	0,224	0,181	0,165	0,197
7	0,227	0,210	0,245	0,217	0,200	0,234	0,190	0,174	0,207
8	0,237	0,220	0,255	0,227	0,211	0,245	0,201	0,184	0,218
9	0,248	0,231	0,266	0,238	0,221	0,255	0,211	0,195	0,228
10	0,259	0,242	0,276	0,249	0,232	0,266	0,221	0,205	0,238
11	0,270	0,253	0,287	0,259	0,243	0,276	0,232	0,216	0,248
12	0,281	0,264	0,298	0,270	0,254	0,287	0,242	0,226	0,259
13	0,310	0,293	0,328	0,298	0,281	0,316	0,268	0,251	0,285
14	0,322	0,304	0,340	0,311	0,293	0,328	0,280	0,263	0,297
15	0,371	0,352	0,391	0,358	0,339	0,378	0,324	0,305	0,343
16	0,385	0,365	0,404	0,372	0,352	0,391	0,337	0,318	0,356
17	0,398	0,379	0,418	0,385	0,366	0,405	0,351	0,332	0,370
18	0,412	0,393	0,432	0,399	0,380	0,418	0,364	0,345	0,383
19	0,426	0,407	0,445	0,413	0,394	0,432	0,377	0,359	0,396
20	0,440	0,421	0,459	0,426	0,408	0,445	0,391	0,373	0,410
21	0,454	0,435	0,473	0,440	0,422	0,459	0,405	0,386	0,423
22	0,468	0,449	0,487	0,454	0,436	0,473	0,419	0,400	0,437
23	0,482	0,463	0,500	0,468	0,450	0,487	0,433	0,414	0,451
24	0,496	0,478	0,514	0,482	0,464	0,501	0,466	0,428	0,465
25	0,510	0,492	0,528	0,496	0,478	0,514	0,460	0,442	0,478
26	0,524	0,506	0,542	0,510	0,492	0,528	0,474	0,456	0,492
27	0,538	0,520	0,556	0,524	0,507	0,542	0,488	0,471	0,507
28	0,552	0,534	0,569	0,538	0,521	0,556	0,502	0,485	0,520
29	0,566	0,548	0,583	0,552	0,535	0,570	0,516	0,499	0,534
30	0,580	0,562	0,597	0,566	0,549	0,584	0,530	0,513	0,548
31	0,593	0,576	0,611	0,580	0,563	0,597	0,544	0,527	0,562
32	0,607	0,590	0,624	0,594	0,577	0,611	0,558	0,541	0,576
33	0,621	0,604	0,638	0,608	0,591	0,625	0,572	0,555	0,589
34	0,634	0,618	0,651	0,621	0,604	0,638	0,586	0,569	0,603
35	0,648	0,631	0,664	0,635	0,618	0,652	0,600	0,583	0,617
36	0,661	0,645	0,678	0,648	0,632	0,665	0,633	0,597	0,630
37	0,674	0,658	0,691	0,700	0,645	0,678	0,662	0,610	0,644
38	0,687	0,671	0,704	0,675	0,658	0,691	0,641	0,624	0,657
39	0,700	0,684	0,716	0,688	0,671	0,704	0,654	0,637	0,671
40	0,713	0,697	0,729	0,701	0,684	0,717	0,667	0,651	0,684
41	0,726	0,710	0,742	0,714	0,697	0,730	0,680	0,664	0,697
42	0,738	0,722	0,754	0,726	0,710	0,742	0,693	0,677	0,710
43	0,750	0,735	0,766	0,739	0,722	0,754	0,706	0,690	0,723
44	0,762	0,747	0,778	0,751	0,735	0,766	0,719	0,702	0,735
45	0,774	0,759	0,790	0,763	0,747	0,778	0,732	0,715	0,748
46	0,786	0,770	0,801	0,775	0,759	0,790	0,744	0,727	0,760
47	0,797	0,782	0,812	0,786	0,771	0,801	0,756	0,740	0,772
48	0,808	0,793	0,823	0,798	0,782	0,813	0,768	0,752	0,784
49	0,819	0,804	0,834	0,809	0,793	0,824	0,780	0,763	0,795
50	0,830	0,815	0,844	0,820	0,804	0,834	0,791	0,775	0,807
51	0,840	0,826	0,855	0,830	0,815	0,845	0,802	0,786	0,818
52	0,851	0,836	0,865	0,841	0,826	0,855	0,814	0,798	0,829
53	0,860	0,846	0,874	0,851	0,836	0,865	0,824	0,809	0,840
54	0,870	0,856	0,884	0,861	0,846	0,875	0,835	0,819	0,850
55	0,879	0,865	0,893	0,870	0,856	0,884	0,845	0,830	0,860
56	0,888	0,874	0,901	0,880	0,865	0,893	0,855	0,840	0,870
57	0,897	0,883	0,910	0,888	0,875	0,902	0,865	0,850	0,879
58	0,905	0,892	0,918	0,897	0,883	0,910	0,874	0,859	0,888
59	0,913	0,900	0,925	0,906	0,892	0,918	0,883	0,869	0,897
60	0,921	0,908	0,933	0,914	0,900	0,926	0,892	0,878	0,906
61	0,928	0,916	0,940	0,921	0,908	0,933	0,901	0,887	0,914
62	0,935	0,924	0,946	0,929	0,916	0,940	0,909	0,895	0,922
63	0,942	0,931	0,953	0,936	0,924	0,947	0,917	0,903	0,930
64	0,949	0,937	0,959	0,942	0,931	0,953	0,925	0,911	0,937
65	0,955	0,944	0,964	0,949	0,937	0,959	0,932	0,919	0,944
66	0,960	0,950	0,969	0,955	0,944	0,965	0,939	0,926	0,950
67	0,966	0,956	0,974	0,960	0,950	0,970	0,945	0,933	0,956
68	0,970	0,961	0,979	0,966	0,956	0,974	0,951	0,940	0,962
69	0,975	0,966	0,982	0,971	0,961	0,979	0,957	0,946	0,967
70	0,979	0,971	0,986	0,975	0,966	0,983	0,963	0,952	0,972
71	0,983	0,975	0,989	0,979	0,971	0,986	0,968	0,958	0,977
72	0,986	0,979	0,992	0,983	0,975	0,989	0,973	0,963	0,981
73	0,989	0,983	0,994	0,987	0,979	0,992	0,977	0,968	0,985
74	0,992	0,986	0,996	0,990	0,983	0,994	0,981	0,973	0,988
75	0,994	0,989	0,999	0,992	0,986	0,996	0,985	0,977	0,991
76	0,996	0,992	0,999	0,994	0,989	0,998	0,988	0,981	0,993
77	0,998	0,994	1,000	0,996	0,992	1,000	0,991	0,984	1,000
78	0,999	0,996	1,000	0,998	0,994	1,000	0,993	0,987	1,000
79	1,000	0,998	1,000	0,999	0,996	1,000	0,995	0,990	1,000

*: Referência para a Tabela 23.

TABELA III (ANEXO V)
ANÁLISE DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTIMADOS
PARA OS VALORES DA TABELA II: ÍNDICE CPO-D.(*)

		MODELO	ÉRRO	C TOTAL	R2	
US DE ERDADE		3	92	95		
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	SOMA DOS QUADRADOS	6,05260	0,17863	0,00194		
	QUADRADO MÉDIO	2,01753	0,00194			
	VALOR F	1039,105				
	PROB>F	0,0001				
	R2				0,9713	
PARÂMETROS ESTIMADOS	VARIÁVEL	GRAUS DE LIBERDADE	PARÂMETRO ESTIMADO	DESVIO PADRAO	T PARA HO Parâmetro=0	SIGNIFICÂNCIA Valor de P
	INTERCEPTO	1	0,39532	0,01292	30,601	0,0001
	D1	1	0,04959	0,01240	3,999	0,0001
	D2	1	0,03597	0,01240	2,901	0,0047
	IDADE	1	0,01402	0,00028	50,237	0,0001

*: Referência para a Tabela 23.

TABELA IV (ANEXO V)
 PERCENTUAL DE TRATAMENTOS FEITOS - FATORES O+E DO ÍNDICE
 CPOD - COM O INTERVALO DE CONFIANÇA, SEGUNDO A IDADE E A
 RENDA. BRASIL, ZONA URBANA.(*)

IDADE	RENDA 1			RENDA 2			RENDA 3		
	% O+E	INT.INF.	INT.SUP.	% O+E	INT.INF.	INT.SUP.	% O+E	INT.INF.	INT.SUP.
5	0,047	0,035	0,060	0,061	0,048	0,077	0,065	0,051	0,080
6	0,054	0,042	0,068	0,069	0,055	0,084	0,072	0,058	0,088
7	0,061	0,048	0,076	0,077	0,063	0,094	0,081	0,066	0,097
8	0,069	0,055	0,083	0,086	0,071	0,102	0,089	0,074	0,106
9	0,077	0,063	0,092	0,095	0,079	0,111	0,099	0,083	0,116
10	0,085	0,071	0,101	0,104	0,088	0,121	0,108	0,092	0,126
11	0,094	0,079	0,110	0,114	0,097	0,131	0,118	0,101	0,136
12	0,104	0,088	0,120	0,124	0,107	0,142	0,128	0,111	0,146
13	0,120	0,110	0,138	0,142	0,124	0,161	0,147	0,128	0,166
14	0,130	0,113	0,149	0,153	0,135	0,173	0,158	0,140	0,178
15	0,157	0,138	0,178	0,184	0,163	0,205	0,189	0,168	0,211
16	0,170	0,150	0,191	0,197	0,176	0,219	0,203	0,181	0,224
17	0,183	0,162	0,204	0,211	0,189	0,233	0,217	0,195	0,239
18	0,196	0,175	0,218	0,225	0,203	0,247	0,231	0,209	0,254
19	0,210	0,189	0,232	0,239	0,217	0,262	0,245	0,223	0,268
20	0,224	0,203	0,246	0,254	0,232	0,277	0,260	0,238	0,283
21	0,238	0,217	0,261	0,269	0,246	0,292	0,275	0,253	0,298
22	0,253	0,231	0,275	0,284	0,261	0,307	0,291	0,268	0,314
23	0,268	0,246	0,291	0,300	0,277	0,323	0,306	0,283	0,330
24	0,283	0,261	0,306	0,315	0,292	0,339	0,322	0,299	0,346
25	0,299	0,276	0,322	0,331	0,308	0,355	0,338	0,315	0,362
26	0,314	0,292	0,337	0,347	0,324	0,371	0,354	0,331	0,378
27	0,330	0,308	0,353	0,364	0,341	0,387	0,371	0,347	0,394
28	0,347	0,324	0,370	0,380	0,357	0,404	0,387	0,364	0,411
29	0,363	0,340	0,386	0,397	0,374	0,420	0,404	0,381	0,428
30	0,379	0,356	0,403	0,414	0,390	0,437	0,421	0,397	0,444
31	0,396	0,373	0,419	0,430	0,407	0,454	0,438	0,414	0,461
32	0,413	0,389	0,436	0,447	0,424	0,471	0,455	0,431	0,478
33	0,430	0,406	0,453	0,464	0,441	0,488	0,472	0,448	0,495
34	0,447	0,423	0,470	0,481	0,458	0,505	0,489	0,465	0,512
35	0,464	0,440	0,487	0,499	0,475	0,522	0,508	0,482	0,529
36	0,481	0,457	0,504	0,516	0,492	0,539	0,523	0,499	0,547
37	0,498	0,474	0,521	0,533	0,509	0,556	0,540	0,516	0,564
38	0,515	0,491	0,539	0,550	0,526	0,573	0,557	0,533	0,581
39	0,532	0,508	0,566	0,567	0,543	0,590	0,574	0,550	0,597
40	0,549	0,525	0,573	0,583	0,560	0,607	0,591	0,567	0,614
41	0,566	0,541	0,590	0,600	0,576	0,624	0,607	0,583	0,631
42	0,583	0,558	0,607	0,617	0,593	0,640	0,624	0,600	0,647
43	0,599	0,575	0,623	0,633	0,609	0,657	0,640	0,617	0,664
44	0,616	0,592	0,640	0,650	0,626	0,673	0,657	0,633	0,680
45	0,632	0,608	0,657	0,666	0,642	0,689	0,673	0,649	0,696
46	0,649	0,624	0,673	0,682	0,658	0,705	0,689	0,665	0,712
47	0,665	0,641	0,689	0,698	0,674	0,721	0,704	0,681	0,727
48	0,681	0,657	0,705	0,713	0,689	0,736	0,720	0,696	0,743
49	0,697	0,672	0,721	0,729	0,705	0,752	0,735	0,711	0,758
50	0,712	0,688	0,736	0,744	0,720	0,766	0,750	0,726	0,773
51	0,728	0,703	0,751	0,758	0,735	0,781	0,765	0,741	0,787
52	0,743	0,718	0,766	0,773	0,749	0,795	0,779	0,756	0,801
53	0,758	0,733	0,781	0,787	0,764	0,809	0,793	0,770	0,815
54	0,772	0,748	0,795	0,801	0,778	0,823	0,806	0,784	0,828
55	0,786	0,762	0,809	0,814	0,791	0,836	0,820	0,797	0,841
56	0,800	0,776	0,823	0,827	0,805	0,849	0,833	0,811	0,854
57	0,813	0,790	0,836	0,840	0,818	0,861	0,845	0,823	0,866
58	0,827	0,803	0,849	0,852	0,830	0,873	0,857	0,836	0,878
59	0,839	0,816	0,861	0,864	0,843	0,884	0,869	0,848	0,889
60	0,852	0,829	0,873	0,876	0,855	0,895	0,880	0,860	0,900
61	0,864	0,841	0,884	0,887	0,866	0,906	0,891	0,871	0,910
62	0,875	0,853	0,895	0,897	0,877	0,916	0,902	0,882	0,920
63	0,886	0,865	0,906	0,907	0,888	0,925	0,912	0,892	0,929
64	0,897	0,876	0,916	0,917	0,898	0,934	0,921	0,902	0,938
65	0,907	0,887	0,925	0,924	0,906	0,941	0,928	0,909	0,943
66	0,917	0,897	0,934	0,932	0,914	0,948	0,935	0,918	0,951
67	0,928	0,907	0,943	0,938	0,921	0,953	0,941	0,925	0,958
68	0,934	0,916	0,951	0,945	0,929	0,959	0,948	0,932	0,961
69	0,943	0,925	0,958	0,951	0,935	0,964	0,954	0,939	0,966
70	0,949	0,930	0,968	0,957	0,941	0,971	0,960	0,941	0,974
71	0,955	0,936	0,974	0,962	0,946	0,976	0,965	0,946	0,979
72	0,961	0,942	0,980	0,966	0,950	0,980	0,970	0,951	0,984
73	0,967	0,948	0,986	0,972	0,956	0,987	0,975	0,956	0,990
74	0,972	0,953	0,987	0,976	0,957	0,991	0,979	0,960	0,994
75	0,976	0,956	0,991	0,980	0,961	0,995	0,983	0,964	0,998
76	0,980	0,960	0,990	0,984	0,964	0,999	0,986	0,967	1,000
77	0,984	0,969	0,994	0,987	0,967	1,000	0,989	0,970	1,000
78	0,987	0,972	1,000	0,991	0,972	1,000	0,992	0,975	1,000
79	0,990	0,975	1,000	0,993	0,978	1,000	0,994	0,979	1,000

*: Referência para a Tabela 24.

TABELA V (ANEXO V)
ANÁLISE DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTIMADOS
PARA OS VALORES DA TABELA IV: COMPONENTES
O + E.(*)

		MODELO	ERRO	C TOTAL	R2	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	GRAUS DE LIBERDADE	3	92	95		
	SOMA DOS QUADRADOS	9,22465	0,41967	0,64432		
	QUADRADO MÉDIO	3,07488	0,00456			
	VALOR F	674,069				
	PROB>F	0,0001				
	R2				0,9565	
PARÂMETROS ESTIMADOS	VARIÁVEL	GRAUS DE LIBERDADE	PARÂMETRO ESTIMADO	DESVIO PADRÃO	T PARA HO Parâmetro=0	SIGNIFICÂNCIA Valor de P
	INTERCEPTO	1	0,194144	0,01759299	11,035	0,0001
	D1	1	-0,042304	0,01688504	-2,505	0,0140
	D2	1	-0,007274	0,01688504	-0,431	0,6676
	IDADE	1	0,01706	0,00038004	44,889	0,0001

*: Referência para a Tabela 24.

TABELA VI (ANEXO V)
 PERCENTUAL DE PESSOAS QUE RECEBEU ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO
 NO PERÍODO DE UM ANO SEGUNDO IDADE E RENDA, COM O INTERVALO
 DE CONFIANÇA. BRASIL, ZONA URBANA (*)

IDADE	0 A 2 S.M.			3 E 4 S.M.			5 E + S.M.		
	AT. ODONT.	INT. CONFIANÇA INF.	SUP.	AT. ODONT.	INT. CONFIANÇA INF.	SUP.	AT. ODONT.	INT. CONFIANÇA INF.	SUP.
5	0,50211	0,45764	0,54657	0,62095	0,57732	0,66362	0,77978	0,74182	0,81552
6	0,49642	0,45267	0,54021	0,61542	0,57239	0,65766	0,77504	0,73743	0,81054
7	0,49073	0,44769	0,53385	0,60987	0,56743	0,65160	0,77027	0,73302	0,80552
8	0,48504	0,44270	0,52750	0,60432	0,56246	0,64542	0,76547	0,72857	0,80048
9	0,47936	0,43770	0,52116	0,59874	0,55746	0,63934	0,76063	0,72408	0,79536
10	0,47567	0,43269	0,51483	0,59316	0,55244	0,63325	0,75578	0,71955	0,79023
11	0,46799	0,42768	0,50852	0,58756	0,54740	0,62715	0,75085	0,71499	0,78506
12	0,46231	0,42265	0,50222	0,58195	0,54233	0,62105	0,74591	0,71039	0,77987
13	0,45664	0,41761	0,49594	0,57633	0,53725	0,61495	0,74094	0,70575	0,77464
14	0,45098	0,41256	0,48968	0,57071	0,53214	0,60885	0,73594	0,70107	0,76939
15	0,44532	0,40751	0,48344	0,56507	0,52700	0,60275	0,73090	0,69635	0,76411
16	0,43966	0,40244	0,47723	0,55942	0,52185	0,59666	0,72584	0,69159	0,75881
17	0,43402	0,39736	0,47104	0,55377	0,51667	0,59057	0,72705	0,68679	0,75349
18	0,42838	0,39277	0,46488	0,54811	0,51146	0,58449	0,71563	0,68195	0,74815
19	0,42275	0,38717	0,45875	0,54244	0,50623	0,57842	0,71048	0,67707	0,74279
20	0,41714	0,38206	0,45264	0,53676	0,50098	0,57236	0,70531	0,67215	0,73741
21	0,41153	0,37693	0,44657	0,53109	0,49570	0,56632	0,70010	0,66718	0,73202
22	0,40593	0,37180	0,44053	0,52541	0,49039	0,56029	0,69488	0,66217	0,72683
23	0,40035	0,36665	0,43453	0,51972	0,48506	0,55428	0,68962	0,65712	0,72122
24	0,39478	0,36149	0,42857	0,51403	0,47971	0,54829	0,68434	0,65202	0,71580
25	0,38923	0,35632	0,42264	0,50834	0,47432	0,54233	0,67904	0,64688	0,71038
26	0,38368	0,35114	0,41676	0,50265	0,46891	0,53638	0,67372	0,64169	0,70496
27	0,37816	0,34594	0,41091	0,49696	0,46348	0,53046	0,66837	0,63645	0,69953
28	0,37264	0,34074	0,40511	0,49127	0,45801	0,52457	0,66300	0,63117	0,69411
29	0,36715	0,33553	0,39936	0,48558	0,45252	0,51871	0,65761	0,62585	0,68868
30	0,36167	0,33030	0,39364	0,47990	0,44701	0,51287	0,65220	0,62048	0,68326
31	0,35621	0,32507	0,38798	0,47421	0,44147	0,50707	0,64677	0,61506	0,67785
32	0,35077	0,31983	0,38236	0,46853	0,43590	0,50129	0,64132	0,60959	0,67244
33	0,34535	0,31457	0,37679	0,46285	0,43031	0,49555	0,63585	0,60408	0,66704
34	0,33995	0,30932	0,37127	0,45718	0,42470	0,48985	0,63037	0,59852	0,66165
35	0,33457	0,30405	0,36579	0,45151	0,41906	0,48417	0,62486	0,59292	0,65627
36	0,32921	0,29879	0,36037	0,44585	0,41340	0,47854	0,61935	0,58728	0,65090
37	0,32387	0,29351	0,35499	0,44020	0,40772	0,47293	0,61381	0,58159	0,64555
38	0,31856	0,28824	0,34966	0,43455	0,40202	0,46737	0,60826	0,57585	0,64020
39	0,31327	0,28297	0,34438	0,42891	0,39630	0,46184	0,60270	0,57008	0,63488
40	0,30800	0,27769	0,33916	0,42329	0,39057	0,45635	0,59713	0,56426	0,62956
41	0,30276	0,27242	0,33398	0,41767	0,38482	0,45089	0,59154	0,55840	0,62426
42	0,29754	0,26716	0,32885	0,41206	0,37905	0,44547	0,58594	0,55261	0,61897
43	0,29235	0,26190	0,32377	0,40646	0,37327	0,44009	0,58032	0,54857	0,61370
44	0,28719	0,25644	0,31873	0,40088	0,36749	0,43474	0,57470	0,54080	0,60845
45	0,28205	0,25140	0,31375	0,39531	0,36169	0,42943	0,56907	0,53460	0,60231
46	0,27694	0,24617	0,30881	0,38975	0,35589	0,42415	0,56343	0,52586	0,59799
47	0,27187	0,24096	0,30392	0,38421	0,35008	0,41891	0,55778	0,52250	0,59278
48	0,26682	0,23576	0,29907	0,37868	0,34427	0,41371	0,55213	0,51640	0,58759
49	0,26180	0,23057	0,29427	0,37317	0,33846	0,40854	0,54646	0,51027	0,58241
50	0,25681	0,22541	0,28952	0,36767	0,33265	0,40340	0,54079	0,50412	0,57724
51	0,25185	0,22027	0,28481	0,36219	0,32685	0,39830	0,53512	0,49795	0,57210
52	0,24693	0,21516	0,28014	0,35673	0,32104	0,39323	0,52944	0,49175	0,56696
53	0,24204	0,21007	0,27551	0,35129	0,31525	0,38819	0,52376	0,48553	0,56184
54	0,23718	0,20501	0,27093	0,34586	0,30947	0,38319	0,51807	0,47930	0,55674
55	0,23235	0,19998	0,26639	0,34046	0,30370	0,37821	0,51238	0,47304	0,55185
56	0,22757	0,19498	0,26189	0,33508	0,29794	0,37327	0,50669	0,46678	0,54657
57	0,22281	0,19001	0,25743	0,32971	0,29219	0,36836	0,50100	0,46050	0,54150
58	0,21809	0,18508	0,25301	0,32438	0,28647	0,36348	0,49531	0,45420	0,53645
59	0,21341	0,18019	0,24854	0,31906	0,28076	0,35862	0,48962	0,44790	0,53141
60	0,20877	0,17534	0,24430	0,31377	0,27507	0,35380	0,48393	0,44160	0,52639
61	0,20416	0,17053	0,24000	0,30850	0,26941	0,34901	0,47825	0,43528	0,52137
62	0,19959	0,16576	0,23573	0,30325	0,26377	0,34425	0,47256	0,42896	0,51637
63	0,19506	0,16103	0,23151	0,29803	0,25816	0,33951	0,46688	0,42264	0,51138
64	0,19057	0,15635	0,22732	0,29284	0,25257	0,33480	0,46121	*****	0,50641
65	0,18612	0,15172	0,22318	0,28767	0,24702	0,33013	0,45554	0,41001	0,50144
66	0,18171	0,14714	0,21906	0,28254	0,24149	0,32548	0,44987	0,40369	0,49649
67	0,17734	0,14260	0,21499	0,27743	0,23600	0,32085	0,44421	0,39738	0,49155
68	0,17302	0,13812	0,21095	0,27234	0,23055	0,31626	0,43858	0,39108	0,48662
69	0,16873	0,13369	0,20695	0,26729	0,22513	0,31169	0,43292	0,38478	0,48170
70	0,16451	0,12930	0,20302	0,26248	0,21996	0,30717	0,42729	0,37901	0,47688
71	0,16040	0,12511	0,19916	0,25775	0,21496	0,30272	0,42214	0,37282	0,47211
72	0,15639	0,12105	0,19538	0,25311	0,21008	0,29833	0,41625	0,36713	0,46739
73	0,15248	0,11710	0,19166	0,24858	0,20531	0,29400	0,41084	0,36113	0,46272
74	0,14867	0,11343	0,18802	0,24408	0,20063	0,28974	0,40550	0,35582	0,45809
75	0,14466	0,11087	0,18426	0,23944	0,19586	0,28525	0,39982	0,34944	0,45351
76	0,14075	0,10542	0,18057	0,23489	0,19120	0,28083	0,39422	0,34378	0,44898
77	0,13695	0,10175	0,17696	0,23043	0,18668	0,27647	0,38871	0,33818	0,44449
78	0,13325	0,98070	0,17342	0,22605	0,18242	0,27219	0,38326	0,33229	0,44004
79	0,12965	0,94510	0,16995	0,22176	0,17807	0,26797	0,37790	0,32688	0,43564

*: Referência para a Tabela 29.

TABELA VII (ANEXO V)
ANÁLISE DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTIMADOS
PARA OS VALORES DA TABELA 29-A: PROCURA DE
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.(*)

		MODELO	ÉRRO	TOTAL	R2	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	GRAUS DE LIBERDADE		3	92	95	
	SOMA DOS QUADRADOS		2,42943	0,79891	3,22834	
	QUADRADO MÉDIO		0,80981	0,00868		
	VALOR F		93,256			
	PROB>F		0,0001			
	R2				0,7525	
PARÂMETROS ESTIMADO	VARIÁVEL	GRAUS LIB.	PARÂMETRO ESTIMADO	DESVIO PADRÃO	T PARA HO Parâmetro=0	SIGNIFIC. Valor P
	INTERCEPTO	1	0,194144	0,01759299	11,035	0,0001
	D1	1	-0,042304	0,01688504	-2,505	0,0140
	D2	1	-0,007274	0,01688504	-0,431	0,6676
	IDADE	1	0,01706	0,00038004	44,889	0,0001

*: Referência para a Tabela 29.

TABELA VIII (ANEXO V)
 PERCENTUAL DE PESSOAS LIVRES DE PRÓTESE TOTAL
 SEGUNDO IDADE E RENDA COM OS INTERVALOS DE
 CONFIANÇA.(*)

IDADE	0 A 2 S.M.			3 E 4 S.M.			5 E + S.M.		
	AT.ODONT.	INT.CONFIANÇA INF.	SUP.	AT.ODONT.	INT.CONFIANÇA INF.	SUP.	AT.ODON.	INT.CONFIANÇA INF.	SUP.
15	0,97400	0,95974	0,98521	0,99326	0,98513	0,99822	0,99823	0,99327	1,00000
16	0,96587	0,95021	0,97867	0,98880	0,97905	0,99554	0,99967	0,99956	0,99750
17	0,95669	0,93971	0,97097	0,98323	0,97194	0,99166	0,99997	0,99806	0,99892
18	0,94647	0,92827	0,96214	0,97656	0,96383	0,98659	0,99913	0,99550	0,99993
19	0,93524	0,91592	0,95219	0,96881	0,95472	0,98304	0,99716	0,99189	0,99973
20	0,92301	0,90266	0,94116	0,95999	0,94464	0,97294	0,99941	0,98723	0,99832
21	0,90983	0,88854	0,92907	0,95013	0,93360	0,96440	0,98984	0,98152	0,99571
22	0,89571	0,87357	0,91596	0,93924	0,92162	0,95475	0,98451	0,97477	0,99190
23	0,88070	0,85778	0,90186	0,92736	0,90872	0,94402	0,97807	0,96701	0,98692
24	0,86482	0,84121	0,88680	0,91450	0,89494	0,93222	0,97055	0,95823	0,98077
25	0,84811	0,82389	0,87084	0,90071	0,88029	0,91941	0,96195	0,94845	0,97348
26	0,83061	0,80585	0,85401	0,88600	0,86480	0,90561	0,95231	0,93770	0,96506
27	0,81236	0,78712	0,83635	0,87042	0,84851	0,89085	0,94164	0,92599	0,95554
28	0,79340	0,76755	0,81791	0,85399	0,83143	0,87518	0,92997	0,91333	0,94495
29	0,77377	0,74777	0,79875	0,83676	0,81362	0,85865	0,91732	0,89977	0,93332
30	0,75352	0,72722	0,77890	0,81876	0,79509	0,84128	0,90372	0,88531	0,92068
31	0,73269	0,70615	0,75842	0,80004	0,77590	0,82314	0,88920	0,86999	0,90706
32	0,71134	0,68459	0,73737	0,78064	0,75606	0,80426	0,87380	0,85383	0,89251
33	0,68950	0,66258	0,71579	0,76060	0,73563	0,78470	0,85755	0,83687	0,87706
34	0,66723	0,64018	0,69374	0,73997	0,71465	0,76451	0,84049	0,81913	0,86075
35	0,64459	0,61744	0,67128	0,71879	0,69315	0,74373	0,82265	0,80066	0,84363
36	0,62161	0,59439	0,64846	0,69712	0,67119	0,72243	0,80408	0,78148	0,82574
37	0,59836	0,57108	0,62534	0,67499	0,64880	0,70065	0,78482	0,76164	0,80713
38	0,57489	0,54757	0,60198	0,65427	0,62804	0,68444	0,76492	0,74118	0,78785
39	0,55124	0,52392	0,57842	0,62961	0,60295	0,65587	0,74441	0,72014	0,76794
40	0,52748	0,50016	0,55473	0,60645	0,57959	0,63299	0,72334	0,69856	0,74746
41	0,50366	0,47635	0,53096	0,58304	0,55599	0,60984	0,70177	0,67649	0,72645
42	0,47983	0,45255	0,50716	0,55945	0,53223	0,58649	0,67974	0,65397	0,70497
43	0,45604	0,42882	0,48340	0,53572	0,50834	0,56300	0,65730	0,63108	0,68306
44	0,43235	0,40520	0,45972	0,51192	0,48439	0,53940	0,63450	0,60780	0,66079
45	0,40882	0,38175	0,43617	0,48808	0,46043	0,51578	0,61140	0,58425	0,63820
46	0,38550	0,35854	0,41281	0,46427	0,43652	0,49213	0,58804	0,56046	0,61634
47	0,36243	0,33561	0,38969	0,44055	0,41271	0,46867	0,56448	0,53649	0,59227
48	0,33968	0,31302	0,36685	0,41695	0,38907	0,44511	0,54078	0,51239	0,56904
49	0,31729	0,29083	0,34435	0,39355	0,36564	0,42182	0,51699	0,48823	0,54569
50	0,29532	0,26910	0,32224	0,37039	0,34248	0,39873	0,49315	0,46405	0,52228
51	0,27381	0,24787	0,30054	0,34752	0,31966	0,37591	0,46933	0,43991	0,49886
52	0,25282	0,22720	0,27932	0,32500	0,29724	0,35340	0,44559	0,41558	0,47548
53	0,23238	0,20715	0,25881	0,30288	0,27525	0,33124	0,42196	0,39202	0,45219
54	0,21256	0,18777	0,23846	0,28121	0,25377	0,30948	0,39851	0,36838	0,42904
55	0,19339	0,16910	0,21890	0,26003	0,23285	0,28818	0,37530	0,34502	0,40607
56	0,17492	0,15120	0,19997	0,23940	0,21254	0,26733	0,35236	0,32200	0,38333
57	0,15718	0,13411	0,18172	0,21936	0,19289	0,24702	0,32976	0,29938	0,36088
58	0,14022	0,11788	0,16418	0,19995	0,17396	0,22729	0,30755	0,27721	0,33875
59	0,12409	0,10254	0,14737	0,18123	0,15578	0,20816	0,28578	0,25556	0,31699
60	0,10880	0,08815	0,13134	0,16324	0,13842	0,18968	0,26449	0,23447	0,29565
61	0,09441	0,07473	0,11811	0,14601	0,12191	0,17188	0,24374	0,21400	0,27476
62	0,08093	0,06233	0,10172	0,12958	0,11063	0,15480	0,22357	0,19421	0,25438
63	0,06841	0,05098	0,08819	0,11400	0,09162	0,13847	0,20403	0,17513	0,23453
64	0,05687	0,04070	0,07555	0,09929	0,07793	0,12292	0,18518	0,15683	0,21527
65	0,04634	0,03153	0,06382	0,08549	0,06525	0,10819	0,16701	0,13935	0,19663
66	0,03683	0,02349	0,05302	0,07264	0,05361	0,08430	0,14961	0,12273	0,17865
67	0,02838	0,01661	0,04318	0,06078	0,04305	0,08128	0,13301	0,10701	0,16136
68	0,02101	0,01089	0,03432	0,04987	0,03360	0,06915	0,11724	0,09225	0,14479
69	0,01472	0,00637	0,02644	0,04001	0,02527	0,05794	0,10234	0,07848	0,12899
70	0,01001	0,00433	0,01798	0,03161	0,01996	0,04577	0,08698	0,06670	0,10964
71	0,00661	0,00286	0,01187	0,02434	0,01537	0,03524	0,07307	0,05602	0,09210
72	0,00429	0,00186	0,00771	0,01825	0,01153	0,02643	0,06065	0,04850	0,07844
73	0,00270	0,00117	0,00486	0,01351	0,00853	0,01956	0,04973	0,03813	0,06268
74	0,00165	0,00071	0,00296	0,00972	0,00614	0,01408	0,04028	0,03088	0,05077
75	0,00099	0,00043	0,00178	0,00681	0,00430	0,00986	0,03243	0,02486	0,04087
76	0,00057	0,00025	0,00103	0,00470	0,00297	0,00680	0,02594	0,01989	0,03270
77	0,00032	0,00014	0,00058	0,00315	0,00189	0,00456	0,02049	0,01571	0,02583
78	0,00018	0,00008	0,00032	0,00208	0,00131	0,00300	0,01698	0,01225	0,02015
79	0,00009	0,00004	0,00016	0,00135	0,00085	0,00195	0,01558	0,00931	0,01531

(*) Referência para a tabela 30

TABELA IX (ANEXO V)
ANÁLISE DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTIMADOS
PARA OS VALORES DA TABELA VIII: PESSOAS
LIVRES DE PRÓTESE TOTAL.(*)

		MODELO	ÉRRO	TOTAL	R2	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	GRAUS DE LIBERDADE	3	71	74		
	SOMA DOS QUADRADOS	8,88149	0,33314	9,21462		
	QUADRADO MEDIO	2,9605	0,00469			
	VALOR F	630,961				
	PROB>F	0,0001				
	R2				0,9638	
	VARIÁVEL	GRAUS LIB.	PARÂMETRO ESTIMADO	DESVIO PADRÃO	T PARA HO Parâmetro=0	SIGNIF. Valor P
PARAMETROS ESTIMADOS	INTERCEPTO	1	1,970422	0,02691161	73,218	0,0001
	D1	1	-0,020403	0,0193743	-10,531	0,0001
	D2	1	-0,12426	0,0193743	-6,414	0,0001
	IDADE	1	-0,023837	0,00056497	-42,193	0,0001

*: Referência para a Tabela 30.

TABELA X (ANEXO V)
 PERCENTUAL DE PESSOAS EDÊNTULAS, SEGUNDO O ICNTP, POR IDADE
 E RENDA, COM OS INTERVALOS DE CONFIANÇA. BRASIL, ZONA URBANA. (*)

IDADE	%	0 A 2 S.M. INT.CONFIANÇA INF.	0,00476 SUP.	%	3 E 4 S.M. INT.CONFIANÇA INF.	0,00476 SUP.	%	5 E + S.M. INT.CONFIANÇA INF.	0,00476 SUP.
15	0,00136	0,00053	0,00476	0,00002	0,00001	0,00004	0,00000	0,00000	0,00001
16	0,00319	0,00046	0,00836	0,00056	0,00013	0,00345	0,00000	0,00000	0,00001
17	0,00578	0,00174	0,01215	0,00187	0,00048	0,00802	0,00000	0,00000	0,00002
18	0,00913	0,00384	0,01664	0,00395	0,00085	0,00829	0,00000	0,00000	0,00003
19	0,01323	0,00676	0,02183	0,00679	0,00245	0,01327	0,00001	0,00000	0,00004
20	0,01809	0,01049	0,02770	0,01038	0,00486	0,01796	0,00020	0,00001	0,00006
21	0,02568	0,01501	0,03426	0,01473	0,00808	0,02333	0,00008	0,00003	0,00013
22	0,03001	0,02033	0,04150	0,01983	0,01211	0,02940	0,00052	0,00007	0,00290
23	0,03706	0,02642	0,04940	0,02566	0,01692	0,03616	0,00180	0,00014	0,00530
24	0,04482	0,03329	0,05797	0,03223	0,02253	0,04359	0,00385	0,00104	0,00842
25	0,05328	0,04090	0,06718	0,03951	0,02890	0,05169	0,00665	0,00274	0,01226
26	0,06242	0,04925	0,07704	0,04750	0,03603	0,06046	0,01022	0,00525	0,01680
27	0,07224	0,05832	0,08752	0,05618	0,04390	0,06987	0,01454	0,00856	0,02206
28	0,08272	0,06809	0,09862	0,06555	0,05250	0,07963	0,01960	0,01266	0,02802
29	0,09383	0,07855	0,11033	0,07558	0,06181	0,09062	0,02541	0,01754	0,03469
30	0,10557	0,08966	0,12262	0,08627	0,07181	0,10192	0,03194	0,02316	0,04204
31	0,11792	0,10142	0,13550	0,09759	0,08250	0,11383	0,03919	0,02958	0,05009
32	0,13086	0,11379	0,14893	0,10953	0,09379	0,12633	0,04715	0,03672	0,05881
33	0,14436	0,12675	0,16291	0,12207	0,10574	0,13941	0,05581	0,04459	0,06820
34	0,15841	0,14029	0,17741	0,13520	0,11829	0,15305	0,06515	0,05316	0,07825
35	0,17298	0,15436	0,19243	0,14888	0,13141	0,16724	0,07515	0,06242	0,08896
36	0,18806	0,16896	0,20793	0,16310	0,14510	0,18195	0,08581	0,07236	0,10030
37	0,20361	0,18404	0,22391	0,17784	0,15931	0,19717	0,09711	0,08294	0,11226
38	0,21963	0,19959	0,24034	0,19308	0,17402	0,21288	0,10902	0,09416	0,12484
39	0,23607	0,21557	0,25720	0,20878	0,18921	0,22905	0,12154	0,10958	0,13801
40	0,25292	0,23196	0,27466	0,22494	0,20485	0,24568	0,13464	0,11839	0,15176
41	0,27014	0,24873	0,29211	0,24152	0,22092	0,26273	0,14830	0,13136	0,16608
42	0,28772	0,26585	0,31011	0,25849	0,23738	0,28018	0,16250	0,14487	0,18094
43	0,30563	0,28329	0,32844	0,27584	0,25420	0,29801	0,17722	0,15889	0,19632
44	0,32384	0,30102	0,34708	0,29353	0,27136	0,31619	0,19243	0,17340	0,21221
45	0,34321	0,31902	0,36600	0,31153	0,28884	0,33469	0,20812	0,18838	0,22858
46	0,36103	0,33725	0,38516	0,32983	0,30659	0,35349	0,22426	0,20380	0,24540
47	0,37796	0,35569	0,40454	0,34839	0,32461	0,37256	0,24082	0,21963	0,26266
48	0,39908	0,37432	0,42411	0,36718	0,34285	0,39186	0,25778	0,23585	0,28033
49	0,41835	0,39309	0,44383	0,38618	0,36129	0,41137	0,27511	0,25244	0,29837
50	0,43775	0,41199	0,46368	0,40535	0,37990	0,43105	0,29278	0,26936	0,31677
51	0,45724	0,43098	0,48362	0,42466	0,39865	0,45088	0,31078	0,28659	0,33549
52	0,47680	0,45005	0,50362	0,44410	0,41753	0,47082	0,32906	0,30411	0,35451
53	0,49640	0,46916	0,52365	0,46361	0,43649	0,49084	0,34761	0,32189	0,37379
54	0,51600	0,48828	0,54367	0,48319	0,45552	0,51091	0,36639	0,33990	0,39330
55	0,53557	0,50739	0,56364	0,50279	0,47459	0,53098	0,38538	0,35812	0,41301
56	0,55509	0,52646	0,58354	0,52238	0,49066	0,55103	0,40455	0,37652	0,43289
57	0,57453	0,54547	0,60333	0,54194	0,51272	0,57102	0,42386	0,39507	0,45290
58	0,59385	0,56439	0,62298	0,56144	0,53174	0,59093	0,44328	0,41376	0,47301
59	0,61303	0,58320	0,64244	0,58084	0,55068	0,61070	0,46280	0,43254	0,49319
60	0,63203	0,60186	0,66170	0,60012	0,56954	0,63032	0,48237	0,45141	0,51341
61	0,65083	0,62036	0,68071	0,61924	0,58827	0,64974	0,50197	0,47032	0,53362
62	0,66940	0,63866	0,69944	0,63818	0,60685	0,66894	0,52157	0,48925	0,55379
63	0,68771	0,65675	0,71786	0,65691	0,62527	0,68787	0,54113	0,50819	0,57389
64	0,70573	0,67460	0,73593	0,67540	0,64349	0,70561	0,56063	0,52709	0,59389
65	0,72343	0,69218	0,75364	0,69362	0,66149	0,72483	0,58004	0,54594	0,61375
66	0,74080	0,70947	0,77093	0,71154	0,67925	0,74279	0,59932	0,56471	0,63344
67	0,75779	0,72646	0,78779	0,72913	0,69673	0,76036	0,61845	0,58337	0,65292
68	0,77438	0,74311	0,80419	0,74638	0,71393	0,77751	0,63740	0,60191	0,67216
69	0,79055	0,75940	0,82009	0,76324	0,73081	0,79241	0,65614	0,62028	0,69112
70	0,80640	0,77463	0,83653	0,77974	0,74661	0,81138	0,67540	0,63852	0,71144
71	0,82190	0,78951	0,85261	0,79580	0,76205	0,82816	0,69428	0,65634	0,73129
72	0,83701	0,80403	0,86829	0,81152	0,77710	0,84452	0,71261	0,67367	0,75061
73	0,85177	0,81815	0,88350	0,82679	0,79172	0,86041	0,73038	0,69046	0,76931
74	0,86594	0,83181	0,89829	0,84149	0,80579	0,87570	0,74750	0,70665	0,78735
75	0,87968	0,84502	0,91255	0,85570	0,81940	0,89049	0,76425	0,72249	0,80500
76	0,89291	0,85772	0,92627	0,86940	0,83252	0,90474	0,78059	0,73793	0,82221
77	0,90560	0,86991	0,93944	0,88256	0,84513	0,91844	0,79648	0,75295	0,83894
78	0,91771	0,88155	0,95200	0,89515	0,85719	0,93155	0,81187	0,76750	0,85515
79	0,92922	0,89261	0,96394	0,90715	0,86867	0,94403	0,82672	0,78153	0,87079

*: Referência para a Tabela 32.

TABELA XI (ANEXO V)
ANÁLISE DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTIMADOS
PARA OS VALORES DA TABELA X: PESSOAS
EDÊNTULAS.(*)

		MODELO	ERRO	TOTAL	R2	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	GRAUS DE LIBERDADE	3	71	74		
	SOMA DOS QUADRADOS	5,96529	0,26651	6,2318		
	QUADRADO MÉDIO	1,98843	0,00375			
	VALOR F	529,733				
	PROB>F	0,0001				
	R2				0,9572	
PARÂMETROS ESTIMADOS	VARIAVEL	GRAUS LIB.	PARÂMETRO ESTIMADO	DESVIO PADRÃO	T PARA HO Parâmetro=0	SIGNIF. Valor P
	INTERCEPTO	1	-0,408405	0,02407051	-16,967	0,0001
	D1	1	0,15125	0,01732893	8,728	0,0001
	D2	1	0,118433	0,01732893	6,834	0,0001
	IDADE	1	0,019603	0,00050532	38,793	0,0001

*: Referência para a Tabela 32.

TABELA XII (ANEXO V)
PERCENTUAL DE PESSOAS SEM DOENÇA PERIODONTAL SEGUNDO IDADE E
RENDA COM OS INTERVALOS DE CONFIANÇA. BRASIL, ZONA URBANA. (*)

IDADE	%	0 A 2 S.M.		%	3 E 4 S.M.		%	5 E + S.M.	
		INT.CONFIANÇA INF.	SUP.		INT.CONFIANÇA INF.	SUP.		INT.CONFIANÇA INF.	SUP.
15	0,28011	0,21832	0,30309	0,27321	0,23170	0,31880	0,32908	0,28498	0,37470
16	0,25299	0,21341	0,29474	0,26598	0,22568	0,30834	0,32143	0,27853	0,36589
17	0,24594	0,20755	0,28647	0,25881	0,21999	0,29996	0,31384	0,27210	0,35715
18	0,23898	0,20173	0,27829	0,25171	0,21375	0,29187	0,30630	0,26571	0,34847
19	0,23204	0,19598	0,27021	0,24467	0,20785	0,28347	0,29852	0,25934	0,33968
20	0,22520	0,19023	0,26222	0,23770	0,20200	0,27536	0,29139	0,25301	0,33132
21	0,21843	0,18455	0,25433	0,23080	0,19818	0,26734	0,28401	0,24671	0,32286
22	0,21174	0,17891	0,24654	0,22397	0,19041	0,24942	0,27689	0,24043	0,31448
23	0,20512	0,17333	0,23885	0,21721	0,18489	0,25180	0,28943	0,23420	0,30619
24	0,19858	0,16779	0,23127	0,21053	0,17901	0,24369	0,28224	0,22799	0,29979
25	0,19212	0,16230	0,22381	0,20393	0,17338	0,23628	0,25510	0,22182	0,28987
26	0,18574	0,15687	0,21646	0,19740	0,16780	0,22879	0,24803	0,21568	0,28186
27	0,17944	0,15148	0,20922	0,19096	0,16228	0,22141	0,24103	0,20958	0,27394
28	0,17323	0,14615	0,20211	0,18459	0,15677	0,21414	0,23409	0,20351	0,26613
29	0,16711	0,14087	0,19512	0,17832	0,15134	0,20700	0,22723	0,19748	0,25842
30	0,16108	0,13564	0,18825	0,17212	0,14595	0,19987	0,22044	0,19149	0,25082
31	0,15513	0,13047	0,18151	0,16601	0,14082	0,19307	0,21372	0,18554	0,24333
32	0,14928	0,12536	0,17490	0,16000	0,13534	0,18630	0,20708	0,17962	0,23595
33	0,14352	0,12030	0,16842	0,15407	0,13011	0,17986	0,20051	0,17374	0,22870
34	0,13785	0,11530	0,16207	0,14823	0,12494	0,17314	0,19403	0,16791	0,22158
35	0,13299	0,11037	0,15586	0,14249	0,11983	0,16676	0,18783	0,16212	0,21454
36	0,12681	0,10550	0,14978	0,13684	0,11478	0,16051	0,18131	0,15638	0,20765
37	0,12144	0,10069	0,14384	0,13129	0,10979	0,15440	0,17507	0,15068	0,20088
38	0,11617	0,09598	0,13804	0,12584	0,10488	0,14842	0,16892	0,14503	0,19424
39	0,11100	0,09129	0,13237	0,12048	0,10001	0,14258	0,16286	0,13944	0,18773
40	0,10593	0,08670	0,12685	0,11523	0,09522	0,13687	0,15689	0,13390	0,18135
41	0,10097	0,08218	0,12146	0,11008	0,09151	0,13130	0,15101	0,12842	0,17509
42	0,09611	0,07775	0,11620	0,10503	0,08587	0,12587	0,14522	0,12300	0,16896
43	0,09137	0,07340	0,11108	0,10009	0,08132	0,12057	0,13953	0,11764	0,16296
44	0,08673	0,06914	0,10610	0,09525	0,07684	0,11540	0,13393	0,11236	0,15709
45	0,08219	0,06497	0,10125	0,09052	0,07246	0,11037	0,12843	0,10714	0,15134
46	0,07778	0,06089	0,09653	0,08590	0,06817	0,10546	0,12303	0,10201	0,14572
47	0,07347	0,05691	0,09190	0,08139	0,06397	0,10060	0,11773	0,09895	0,14023
48	0,06927	0,05304	0,08749	0,07699	0,05988	0,09604	0,11253	0,09198	0,13485
49	0,06519	0,04928	0,08318	0,07270	0,05589	0,09153	0,10743	0,08710	0,12960
50	0,06123	0,04562	0,07895	0,06853	0,05201	0,08713	0,10244	0,08232	0,12447
51	0,05738	0,04209	0,07487	0,06447	0,04824	0,08286	0,09755	0,07783	0,11946
52	0,05365	0,03867	0,07092	0,06052	0,04459	0,07871	0,09277	0,07305	0,11457
53	0,05004	0,03538	0,06708	0,05670	0,04108	0,07468	0,08809	0,06858	0,10979
54	0,04654	0,03221	0,06336	0,05299	0,03785	0,07077	0,08353	0,06421	0,10513
55	0,04317	0,02918	0,05978	0,04940	0,03437	0,06698	0,07908	0,05997	0,10058
56	0,03992	0,02627	0,05627	0,04593	0,03122	0,06333	0,07474	0,05584	0,09613
57	0,03679	0,02351	0,05290	0,04258	0,02821	0,05973	0,07051	0,05184	0,09180
58	0,03379	0,02099	0,04964	0,03935	0,02534	0,05628	0,06639	0,04797	0,08758
59	0,03090	0,01841	0,04649	0,03624	0,02281	0,05293	0,06240	0,04421	0,08346
60	0,02815	0,01608	0,04345	0,03326	0,02002	0,04970	0,05851	0,04060	0,07945
61	0,02551	0,01389	0,04052	0,03040	0,01758	0,04657	0,05475	0,03713	0,07555
62	0,02301	0,01188	0,03770	0,02766	0,01529	0,04355	0,05110	0,03379	0,07174
63	0,02063	0,00999	0,03500	0,02505	0,01315	0,04064	0,04757	0,03060	0,06804
64	0,01838	0,00828	0,03238	0,02257	0,01116	0,03783	0,04416	0,01756	0,06445
65	0,01625	0,00670	0,02987	0,02021	0,00934	0,03513	0,04088	0,02468	0,06095
66	0,01426	0,00530	0,02747	0,01798	0,00787	0,03253	0,03771	0,02192	0,05756
67	0,01239	0,00406	0,02518	0,01588	0,00618	0,03003	0,03487	0,01933	0,05426
68	0,01065	0,00300	0,02298	0,01391	0,00481	0,02764	0,03175	0,01689	0,05106
69	0,00904	0,00206	0,02089	0,01207	0,00363	0,02534	0,02895	0,01481	0,04797
70	0,00768	0,00175	0,01774	0,01047	0,00318	0,02200	0,02606	0,01315	0,04317
71	0,00647	0,00148	0,01495	0,00902	0,00274	0,01895	0,02345	0,01184	0,03885
72	0,00541	0,00123	0,01250	0,00732	0,00235	0,01624	0,02111	0,01065	0,03497
73	0,00449	0,00102	0,01038	0,00659	0,00200	0,01384	0,01900	0,00959	0,03147
74	0,00368	0,00083	0,00852	0,00557	0,00169	0,01171	0,01710	0,00863	0,02832
75	0,00296	0,00068	0,00695	0,00468	0,00142	0,00983	0,01505	0,00759	0,02493
76	0,00238	0,00055	0,00563	0,00391	0,00119	0,00821	0,01324	0,00668	0,02193
77	0,00189	0,00044	0,00452	0,00324	0,00098	0,00681	0,01185	0,00588	0,01930
78	0,00150	0,00035	0,00359	0,00268	0,00081	0,00562	0,01025	0,00517	0,01700
79	0,00119	0,00028	0,00284	0,00219	0,00067	0,00461	0,00902	0,00455	0,01490

*: Referência para a Tabela 33.

TABELA XIII (ANEXO V)
ANÁLISE DE VARIÂNCIA E PARÂMETROS ESTIMADOS
PARA OS VALORES DA TABELA XII: PESSOAS SEM
DOENÇA PERIODONTAL. (*)

		MODELO	ÉRRO	TOTAL	R2	
ANÁLISE DE VARIÂNCIA	GRAUS DE LIBERDADE	3	71	74		
	SOMA DOS QUADRADOS	1,05631	0,47475	1,53106		
	QUADRADO MÉDIO	0,3521	0,00669			
	VALOR F	52,657				
	PROB>F	0,0001				
	R2				0,6899	
PARÂMETROS ESTIMADOS	VARIAVEL	GRAUS LIB.	PARÂMETRO ESTIMADO	DESVIO PADRÃO	T PARA HO Parâmetro=0	SIGNIF. Valor P
	INTERCEPTO	1		0,032126	22,821	0,0001
	D1	1	-0,0757480	0,023129	-3,275	0,0016
	D2	1	-0,0609270	0,023129	-2,634	0,0103
	IDADE	1	-0,0081460	0,000674	-12,08	0,0001

*: Referência para a Tabela 33.

A N E X O V I

MODELO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

RELAÇÃO DE CIDADES DE PORTE MÉDIO E GRANDE QUE COMPÕEM
O SEGUNDO ESTRATO

ANEXO VI

Estão listadas a seguir todas as cidades que foram incluídas no 2º Estrato do modelo de vigilância epidemiológica sugerido no Título 9.2.6 e constante da Tabela 40.

A relação está estratificada por Estado e se refere a localidades consideradas como sendo de porte médio ou grande. Este porte varia segundo as características de cada unidade federada, sendo de 25 mil habitantes ou mais no Acre, Amapá, Roraima e Tocantins; de 50 mil ou mais em Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul e de 40 mil ou mais em todas as demais. Vale lembrar que no Estrato 1 estão as capitais e no Estrato 3 todas as outras cidades não especificadas nesta relação, ou seja, as de pequeno porte.

ACRE

Cruzeiro do Sul, Plácido de Castro, Sena Madureira, Tarauacá

AMAZONAS

Coari, Itacoatiara, Manacapurú, Parintins

PARÁ

Abaetetuba, Acará, Alenquer, Altamira, Ananindeua, Bragança, Breves, Cametá, Capanema, Castanhal, Conc. do Araguaia, Curionópolis, Igaratê Mirim, Itaituba, Marabá, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Paragominas, Porteu, Redenção, Rondon do Pará, Santarém, S.Dom. do Capim, Tomé Açu, Tucuruí, Viseu, Xinguara

RONDÔNIA

Ariquemes, Cacoal, Jaru, Ji-Paraná, Ouro Preto D'Oeste, Pimenta Bueno, Rolim de Moura

TOCANTINS

Araguaína, Araguatins, Colinas de Tocantins, Guaraí, Gurupi, Paraíso de Tocantins, Porto Nacional, Tocantinópolis

ALAGOAS

Arapiraca, Atalaia, Coruripe, Palmeira dos Índios, Penedo, Rio Largo, São Miguel dos Campos, União dos Palmares

BAHIA

Alagoinhas, Araci, Barra, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Caetité, Camacan, Camaçari, Camamu, Campo Formoso, Candeias, Casa Nova, Catu, Conceição do Coité, Cruz das Almas, Euclides da Cunha, Eunápolis, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Ipiaú, Ipirá, Itaberaba, Itabuna, Itamarajú, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Monte Santo, Paulo Afonso, Poções, Porto Seguro, Ribeira do Pontal, Riacho do Jacuipe, Santa Maria da Vitória, Santo Amaro, Sto. Antonio de Jesus, Senhor do Bonfim, Serrinha, Sento Sé, Simões Filho, Teixeira de Freitas, Valença, Vitória da Conquista, Xique Xique

CEARÁ

Acaráú, Acopiara, Aquiraz, Aracati, Beberibe, Boa Viagem, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Granja, Icó, Iguatú, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Maranguape, Mombaça, Morada Nova, Nova Russas, Pacatuba, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Russas, Sta. Quitéria, Sobral, Tauá, Tianguá, Viçosa do Ceará

MARANHÃO

Açailândia, Araiões, Barra do Corda, Carutapera, Caxias, Codó, Colinas, Coroatá, Curupuru, Esperantinópolis, Grajaú, Imperatriz, Itapecuru Mirim, João Lisboa, Lago da Pedra, Paço do Lumiar, Parnarama, Pedreiras, Pinheiro, Poção de Pedras, Pres. Dutra, S. José de Ribamar, Sta. Inês, Sta. Luzia, Timon, Turiaçu, Tutóia, Viana, Vitória do Mearim, Zé Doca

PARAIBA

Bayeux, Cajazeiras, Campina Grande, Guarabira, Mamanguape, Patos, Pombal, Sta. Rita, Sapé, Sousa

PERNAMBUCO

Abreu e Lima, Águas Belas, Aliança, Araripina, Arco Verde, Belo Jardim, Bezerras, Bom Conselho, Cabo, Camaragibe, Caruaru, Escada, Garanhuns, Goiana, Gravatá, Igarassu, Ipojuca, Jaboatão, Limoeiro, Olinda, Palmares, Paudalho, Paulista, Pesqueira, Petrolina, Ribeirão, Salgueiro, S. Lourenço da Mata, S. Bento do Una, Serra Talhada, Surubim, Timbauba, Vitoria do Sto. Antônio

PIAUI

Barras, Campo Maior, Floriano, Luizilândia, Oeiras, Parnaíba, Paulistana, Pedro II, Piripiri, S. João do Piauí, S. Raimundo Nonato, União

RIO GRANDE DO NORTE

Açú, Caicó, Ceará Mirim, Currais Novos, Mossoró, São Gonçalo do Amarante

SERGIPE

Estância, Itabaiana, Lagarto, São Cristóvão

ESPIRITO SANTO

Afonso Cláudio, Aracruz, Cachoeiro do Itapemirim, Cariacica, Colatina, Guarapari, Itapemirim, Linhares, Nova Venécia, São Gabriel do Palha, São Mateus, Serra, Vila Velha

MINAS GERAIS

Araguari, Araxá, Barbacena, Betim, Bocaiúva, Caratinga, Cataguases, Cons. Lafaiete, Contagem, Cel. Fabriciano, Curvelo, Divinópolis, Formiga, Gov. Valadares, Ibirité, Ipatinga, Itabira, Itajubá, Itaúna, Ituiutaba, Iturama, Janaúba, Janaúria, João Monlevade, Juiz de Fora, Lavras, Manhuaçu, Montes Claros, Muriaé, Nova Lima, Ouro Preto, Paracatú, Pará de Minas, Passos, Patos de Minas, Patrocínio, Poços de Caldas, Ponte Nova, Pouso Alegre, Ribeirão das Neves, Rio Pardo de Minas, Sabará, Salinas, Santa Luzia, São Francisco, São

João del Rei, Sete Lagoas, Teófilo Otoni, Timóteo, Três Corações, Ubá, Uberaba, Uberlândia, Unaí, Varginha

RIO DE JANEIRO

Angra dos Reis, Araruama, Barra do Pirai, Barra Mansa, Cabo frio, Campos dos Goytacases, Duque de Caxias, Itaboraí, Itagauai, Itaperuna, Macaé, Magé, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Resende, São Gonçalo, S.João da barra, S.João do Meriti, Teresópolis, Três Rios, Valença, Volta Redonda

SÃO PAULO

Americana, Amparo, Araçatuba, Araraquara, Araras, Assis, Atibaia, Avaré, Barretos, Barueri, Baurú, Bebedouro, Birigui, Botucatu, Bragança Paulista, Caçapava, Campinas, Capão Bonito, Carapicuíba, Catanduva, Cotia, Cruzeiro, Cubatão, Diadema, Embú, Fernandópolis, Ferraz de Vasconcelos, Franca, Franco da Rocha, Guaratinguetá, Guarujá, Guarulhos, Indaiatuba, Itapeçerica da Serra, Itapetininga, Itapeva, Itapevi, Itapira, Itaquaquecetuba, Itatiba, Itú, Jaboticabal, Jacareí, Jandira, Jaú, Jundiaí, Leme, Limeira, Lins, Lorena, Marília, Matão, Mauá, Mococa, Mogi das Cruzes, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Osasco, Ourinhos, Piedade, Pindamonhangaba, Piracicaba, Pirassununga, Poá, Praia Grande, Pres.Prudente, Registro, Ribeirão Pires, Rio Preto, Rio Claro, Salto, Sta. Bárbara D'Oeste, Santo André, Santos, S.Bernardo do Campo, S.Caetano do Sul, S.Carlos, S.João da Boa Vista, S.José do Rio Preto, S.José dos Campos, São Roque, São Vicente, Sertãozinho, Sorocaba, Sumaré, Susano, Taboão da Serra, Taquaritinga, Tatuí, Taubaté, Tupã, Valinhos, Votorantim, Votuporanga

PARANÁ

Apucarana, Arapongas, Cambé, Campo Largo, Campo Mourão, Cascavel, Castro, Colombo, Dois Vizinhos, Foz do Iguaçu, Francisco Beltrão, Guaratuba, Irati, Ivaiporã, Londrina, Mal. Cândido Rondon, Maringá, Ortigueira, Paranaguá, Paranaíba, Pato Branco, Piraquara, Pitanga, Ponta Grossa, Prudentópolis, S.José dos Pinhais, Telêmaco Borba, Toledo, Umuarama

RIO GRANDE DO SUL

Alegrete, Alvorada, Bagé, Bento Gonçalves, Cachoeira do Sul, Cachoeirinha, Camaquã, Canoas, Carazinho, Caxias do Sul, Cruz Alta, Erechim, Esteio, Gravataí, Guaíba, Ijuí, Lajeado, Novo Hamburgo, Palmeira das Missões, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, Santana do Livramento, Santa Rosa, Santiago, Santo Ângelo, São Borja, São Gabriel, São Leopoldo, São Luiz Gonzaga, Sapucaia do Sul, Três Passos, Uruguaiana, Vacaria, Venâncio Aires, Viamão

SANTA CATARINA

Araranguá, Blumenau, Brusque, Caçador, Campos Novos, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Curitibanos, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville, Laguna, Lages, Mafra, Palhoça, Rio do Sul, São Bento do Sul, São José, São Miguel D'Oeste, Tubarão

GOIÁS

Anápolis, Aparecida de Goiânia, Catalão, Formosa, Itumbiara, Jataí, Luziânia, Niquelândia, Porangatú, Rio Verde, Trindade

MATO GROSSO DO SUL

Aquidauana, Corumbá, Coxim, Dourados, Mundo Novo, Paranaíba, Ponta Porã, Três lagoas

MATO GROSSO

Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Rondonópolis, Tangará da serra, Várzea Grande