Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Diadema: da odontologia escolar à abordagem
familiar**

Bernadete Aparecida Tavares Cunha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai.

São Paulo

2008

Diadema: da odontologia escolar à abordagem familiar

Bernadete Aparecida Tavares Cunha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai.

São Paulo

2008

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

Àquele que semeou, criou, amou e de tudo fez para a realização de todos os meus sonhos.

Pai (in memoriam), por toda a minha vida a sua presença, o seu amor e seu carinho, foram os tripés de minha existência e de minha formação.

Saudades dos momentos de alegria e tristeza que permearam nossas vidas.

Obrigada.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, sempre presente com sua dedicação, carinho e compreensão. Obrigada por toda a sua ajuda e amor com minha filha, proporcionando minha dedicação ao meu trabalho e meus estudos.

À minha filha Bruna Cunha Ferrari, agradeço por sua compreensão em minhas ausências, pelo companheirismo, amizade e amor que por todo o tempo me dedica. “Você é a razão de minha existência.”

À minha família, irmão, sobrinhas, tios e primos, que, sempre presentes em minha vida, acompanharam e torceram para que este trabalho se realizasse.

Ao meu orientador, Professor Dr. Paulo Capel Narvai, meus sinceros agradecimentos pela confiança e oportunidade de estar hoje trilhando este caminho e por sua compreensão nos momentos em que a vida me afastou de minha dedicação a este estudo.

Aos meus amigos santistas, que nos finais de semana sentiram minha ausência e por várias vezes me convenceram a sair, quando meu foco era este estudo.

Ao meu chefe e amigo Douglas Augusto Schneider Filho, por seu incentivo e ajuda na obtenção de documentos importantes para a realização deste estudo.

Aos meus colegas da Coordenação de Atenção Básica e da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, pela compreensão e força nos momentos que me ausentei.

Ao Secretário de Saúde do Município de Diadema, Osvaldo Misso, pela autorização a esta pesquisa e pela confiança que deposita em meu trabalho junto à Secretaria de Saúde.

Ao colega e amigo Marcelo Custódio, por todos os momentos que precisei de sua ajuda e que se colocou à minha disposição, na execução de gráficos e mapas que enriqueceram este trabalho.

À Vera Lúcia Alves, amiga e primeira pessoa a me acolher na Prefeitura de Diadema, responsável por grande parte do material documental utilizado nesta dissertação.

À amiga Deborah Rachel Delage Silva, por sua amizade, incentivo e presença nos bons e maus momentos de minha vida.

À minha amiga Teresinha Marthos, pelo companheirismo em todos os momentos e pelas risadas que só ela consegue tirar de mim.

À banca de qualificação representada pelo Prof. Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro e Prof. Dra. Tânia Isabel Bighetti, pelas contribuições para a melhoria da qualidade desta dissertação.

A todos os professores da Faculdade de Saúde Pública, que contribuíram para minha formação.

Aos meus colegas do curso de pós-graduação, mestrandos e doutorandos, pelos momentos de aulas que compartilhamos, pela troca de conhecimentos e companheirismo.

À Livia Mara Silva Rosa, da secretaria de pós-graduação do Departamento de Práticas de Saúde Pública, pela sua ajuda na condução de todos os processos relativos à conclusão deste mestrado.

A todos os entrevistados pela disponibilidade e carinho com que me receberam. Vocês foram essenciais para a conclusão deste estudo.

Agradeço especialmente ao amigo Marco Antônio Manfredini.

Pela sua presença, dedicação e carinho nessa minha trajetória de conclusão, que não seria possível sem a sua ajuda. Não tenho palavras para agradecer.

RESUMO

O presente estudo se ocupa da implantação e evolução das políticas de saúde bucal no Município de Diadema (SP), no período de 1972 a 2007, onde se observa o processo de transformação das práticas, da odontologia escolar até a abordagem familiar, com avanços e limitações. Analisa a evolução histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde bucal. Trata-se um estudo qualitativo do tipo exploratório, conduzido por meio de análise bibliográfica documental e de entrevistas semi-estruturadas. Foram analisados documentos oficiais do município de Diadema e entrevistas realizadas com os prefeitos, secretários municipais de saúde, coordenadores de saúde bucal e cirurgiões dentistas que vivenciaram as diversas fases e políticas de saúde bucal no município. Busca identificar suas características inovadoras na organização das práticas assistenciais em saúde, enfatizando neste contexto a saúde bucal. Apresenta os resultados obtidos no período considerado, discutindo a política municipal de saúde bucal, localizando a posição da cidade no cenário estadual e nacional e identificando aspectos relacionados às perspectivas da saúde bucal em Diadema.

Descritores: Políticas de Saúde; saúde bucal, saúde pública – história; odontologia; levantamentos de saúde bucal; Programa Saúde da Família; SUS; e, Odontologia preventiva.

ABSTRACT

This study takes the deployment and evolution of oral health policies in the city of Diadema - São Paulo State, Brazil - during the period from 1972 to 1997, that were observed the transforming practices procedures, from the school children dental care program to family health approach, with advances and limitations. It analyses the historical evolution of the Unified Health System – SUS - and national, state and municipal of oral health policies. This is a exploratory qualitative study, which it is conducted through literature review documentary and semi-structured interviews. It is considered official documents of Diadema and it is conducted interviews with Mayors, Health Care Municipal Secretaries, Oral Health Municipal Coordinators and Dentists who experienced the different stages of Oral Health municipal policies. It seeks to identify the innovative practices characteristics in health care organization, emphasizing in oral health context. This study present the results obtained in considered period, to discussing oral health municipal policy, to finding Diadema city position in the State and National scene and to identifying issues related to oral health prospects in Diadema.

Keywords:; Health Policy; Oral Health; Unified Health System; SUS Brazil; Public Health - history; Dentistry; Oral Health Survey; Family Health Program; Family Health Strategy; Preventive Dentistry.

ÍNDICE

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DIADEMA	17
1.2 POLÍTICA E INSTITUCIONALIDADE EM SAÚDE	21
1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL	23
2. REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	28
2.2 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	29
2.2.1 Levantamentos epidemiológicos nacionais	34
2.2.2 Conferências nacionais de saúde bucal	35
2.3 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL	37
2.3.1 Levantamentos epidemiológicos no Estado de São Paulo	38
2.4 SISTEMA INCREMENTAL	41
2.5 PROCEDIMENTOS COLETIVOS	43
2.5.1 Fluoretação das águas de abastecimento público	43
2.5.2 Educação em saúde	45
2.5.3 Higiene bucal supervisionada	45
2.5.4 Aplicação tópica de flúor	46
2.6 SISTEMAS DE TRABALHO DE ALTA COBERTURA	48
2.7 ODONTOLOGIA PARA BEBÊS	49
2.8 AVALIAÇÃO DE RISCO	51
2.9 CÂNCER DE BOCA	53
2.10 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	54
3. OBJETIVO	56
4. METODOLOGIA	57

4.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	58
4.2 ENTREVISTAS	59
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	61
5. RESULTADOS	62
5.1 ODONTOLOGIA ESCOLAR: 1972 A 1982	64
5.2 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1983 A 1988	66
5.3 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1989 A 1992	70
5.3.1 Sistemas de trabalho de alta cobertura	72
5.3.2 Atividades educativas	75
5.4 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1993 A 1996	77
5.4.1 Vigilância dos teores de flúor	81
5.4.2 Classificação de risco	82
5.4.3 Odontologia para bebês	85
5.4.4 Ações coletivas em creches, EMEI e escolas estaduais	89
5.4.5 Atendimento ao adulto e início da clínica especializada	91
5.4.6 Atendimento a pacientes com necessidades especiais	91
5.5 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1997 A 2000	93
5.5.1 Início do pronto atendimento nos finais de semana	95
5.5.2 Atendimento hospitalar	96
5.5.3 Atendimento odontológico no presídio	96
5.5.4 Prevenção do câncer de boca	97
5.6 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 2001 A 2004	99
5.6.1 Inclusão da saúde bucal na equipe de saúde da família	103
5.6.2 Centro de Referência e Tratamento	107
5.6.3 Centro de Especialidades odontológicas	108
5.7 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 2005 A 2007	110
5.7.1 Processo de trabalho da saúde bucal na estratégia saúde da família.	119
6. DISCUSSÃO	123

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
--------------------------------	-----

8. REFERÊNCIAS	134
-----------------------	-----

ANEXOS

ANEXO 1: Termo de anuência do Secretário Municipal de saúde de Diadema.

ANEXO 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.

ANEXO 3: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABOPREV	Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMEM	Ambulatório de Especialidades Médicas
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APD	Auxiliar de Prótese Dentária
ART	Tratamento Restaurador Atraumático
ATF	Aplicação Tópica de Flúor
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAB	Coordenação de Atenção Básica
CAPS	Centros de Apoio Psico-Social
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ceo-d	Dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETESB	Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPO-D	Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRT	Centro de Referência e Tratamento
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAE	Departamento de Assistência ao Escolar
DF	Distrito Federal

DHS-Diadema	Departamento de Higiene e Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
EPATESPO	Encontro Paulista de Administradores e técnicos do Serviço Público Odontológico
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FSP	Faculdade de Saúde Pública
HMD	Hospital Municipal de Diadema
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHC	Indicador de Hierarquia e Necessidade
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MOVA	Movimento de Alfabetização
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC	Procedimento Coletivo
PEA	População Economicamente Ativa
PI	Procedimento Individual
PMD	Prefeitura do Município de Diadema
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PRAOD	Programa de Reorientação da Assistência Odontológica

PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RMGSP	Região Metropolitana da Grande São Paulo
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SAREM	Serviço de Apoio à Rede Escolar Municipal
SB	Saúde Bucal
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEJA	Serviço de Educação de Jovens e Adultos
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS-Diadema	Secretaria Municipal da Saúde de Diadema
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
TPD	Técnico em Prótese Dentária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMESP	Universidade Metodista de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Localização de Diadema na Região Metropolitana da Grande São Paulo	18
Figura 2	Evolução do coeficiente de mortalidade infantil no município de Diadema-SP de 1970 a 2006	19
Tabela 1	Distribuição da prevalência de cárie medida pelo CPO/ceo, segundo grupo etário no SB Brasil	35
Tabela 2	Prevalência de cárie em escolares aos 12 anos de idade no Estado de São Paulo em 1982, 1986, 1998 e 2002	40
Quadro 1	Classificação de risco de cárie e critérios para inclusão segundo a situação individual.	50
Tabela 3	Incremento de PC e PI relacionado ao aumento de ESB no Ceará	55
Quadro 2	Classificação dos grupos quanto ao risco.	83
Tabela 5	Comparação dos indicadores municipais de 1995, 1997 e 2004 com metas da OMS e SB-Brasil	103
Tabela 6	Taxa de cobertura populacional/ano de saúde bucal da UBS Piraporinha, Diadema, SP.	106
Tabela 7	Evolução anual da taxa de urgência/emergência da USC Piraporinha, de 2003 a 2005.	106
Tabela 8	Evolução anual da taxa de absenteísmo em Saúde Bucal da USC Piraporinha, de 2003 a 2005.	106
Figura 3	Relação entre a expansão das equipes de saúde da família e de saúde bucal entre os anos de 2006 e 2007 e a previsão de avanços em 2008.	117
Figura 4	Composição de carga horária de CD em 2005 e 2007.	118
Quadro 3	Protocolo de intervenção, segundo IHC do atendimento clínico individual	121
Quadro 4	Número de consultas para tratamento de 0 a 14 anos.	122
Quadro 5	Número de consultas para tratamento acima de 14 anos.	122

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se ocupa da implantação e evolução das políticas de saúde bucal no Município de Diadema (SP), no período de 1972 a 2007, onde se observa o processo de transformação das práticas, da odontologia escolar até a abordagem familiar, com avanços e limitações. É um estudo exploratório que compreende análise bibliográfica e de documentos oficiais do município, abordando a evolução histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde bucal. Lança mão também, de entrevistas semi-estruturadas com os prefeitos, secretários municipais de saúde, coordenadores de saúde bucal e com cirurgiões dentistas que vivenciaram as diversas fases das políticas municipais de saúde bucal. Busca identificar suas características inovadoras na organização das práticas assistenciais em saúde, enfatizando neste contexto a saúde bucal. Apresenta os resultados obtidos no período considerado, discute a política municipal de saúde bucal, localizando a posição da cidade no cenário estadual e nacional e identifica aspectos relacionados às perspectivas da saúde bucal em Diadema.

Desde o primeiro Cirurgião-Dentista (CD) no serviço público de Diadema, que começou a trabalhar numa escola estadual em 1972, o serviço de saúde bucal do município atravessou diversas fases e se consolidou em determinada época como referência, por ter alcançado precocemente excelentes indicadores epidemiológicos. Nessa trajetória, com períodos de avanços e de estagnação, observa-se no ano de 2007, uma política de saúde bucal se consolidando com a Estratégia Saúde da Família.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE DIADEMA

Diadema é uma cidade completamente urbanizada. Segundo o IBGE-2000, sua população era de trezentos e cinquenta e sete mil e sessenta e quatro moradores. Pelas projeções da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), o crescimento populacional no período, atingiu trezentos e oitenta e nove mil e duzentos e trinta e um habitantes em 2007. Sua população economicamente ativa (PEA) atinge duzentos e quinze mil pessoas.

Desde o início, ainda como distrito de São Bernardo do Campo, o processo de ocupação de Diadema teve como fator fundamental a sua localização geográfica entre o litoral (Vila de São Vicente) e o planalto (Vila de São Paulo de Piratininga). Foi a existência de uma via de ligação entre São Bernardo e Santo Amaro que proporcionou a chegada dos primeiros moradores, ainda no século XVIII.

Em 1925, com a criação da Represa Billings, a região do Bairro Jardim Eldorado passou a despertar o interesse de moradores da capital que buscavam opções de lazer (Diadema, 2006).

Apesar da proximidade geográfica com a Capital, até os anos de 1950, Diadema pouco sentiu os efeitos das transformações produzidas pela industrialização em São Paulo (Diadema, 2006).

A partir da década de 1950, o sistema de escoamento da produção, que era feito pelos eixos ferroviários, entra em declínio e o governo passa a optar pelos circuitos rodoviários. A Via Anchieta, inaugurada em 1947, representou uma nova fase da industrialização paulista e da implantação do capitalismo no Brasil. Em São Bernardo do Campo, ao longo dessa estrada, instalaram-se grandes indústrias multinacionais. Em Diadema, foram instaladas principalmente, pequenas e médias empresas nacionais que produziam na sua maioria, componentes para as multinacionais (Diadema, 2006).

Em 1959 realizaram-se as primeiras eleições para os poderes Executivo e Legislativo do município de Diadema e no dia 10/01/1960, instalou-se oficialmente o novo município, localizado na zona sul da Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP), sendo um dos sete municípios da região do Grande ABC, como mostra a Figura 1 (Diadema, 2006).

Figura 1 – Localização do Município de Diadema no Grande ABC e ao sul da Região Metropolitana da Grande São Paulo.

As primeiras gestões ocorreram em um contexto de sub-urbanização em consequência da expansão industrial de São Bernardo do Campo. Em 1960 eram apenas 12 mil habitantes.

Nos seus 30,7 quilômetros quadrados, foram contabilizados dez anos depois, mais de 78 mil moradores: um aumento da ordem de 640%. O maior impulso, porém, para a explosão demográfica, foi dado pela construção da Rodovia dos Imigrantes nos anos de 1980, que em seu percurso atravessou o município. Isto levou a um processo de ocupação irregular do espaço urbano da cidade e rapidamente formaram-se loteamentos clandestinos. Houve também um crescimento expressivo do número de favelas. Em 1968, eram duas. Dez anos depois, somavam trinta e uma. Dessa forma, as administrações municipais não foram capazes de oferecer à população serviços públicos fundamentais à manutenção de uma qualidade de vida satisfatória. A cidade de Diadema passou a conviver com altos índices de violência e de mortalidade infantil. A Figura 2 mostra a evolução da mortalidade infantil no município de Diadema de 1979 a 2006 (Diadema, 2006).

Figura 2: Evolução do coeficiente de mortalidade infantil no município de Diadema-SP de 1970 a 2006.

Fonte: SEADE - 2007

Até 1982, Diadema tinha o maior coeficiente de mortalidade infantil da RMGSP, com 83 crianças mortas por mil nascidas vivas. Apenas 22% da malha viária eram urbanizadas e 80% da cidade não tinham drenagem, pavimentação, segurança ou qualquer infra-estrutura. Nesta época, 30% da população diademense morava em favelas. Daí a prioridade das administrações posteriores a 1982 em trabalhar na urbanização de favelas.

A partir de 1983, administrações progressistas e populares investiram na solução de uma série de problemas urgentes, tais como habitação, saúde e infra-estrutura urbana. As intervenções tinham como pontos centrais duas diretrizes: inversão de prioridades e participação popular.

Só no período de 1993 a 1996 foram investidos mais de 18 milhões de dólares em habitação. A urbanização de favelas trouxe resultados admiráveis: hoje são 207 núcleos habitacionais (ex-favelas), dos quais 145 urbanizados e 62 em urbanização.

Todo esse rápido processo de urbanização em conjunto com a explosão demográfica, transformou Diadema em uma das cidades mais violentas do Estado de São Paulo. A partir de 1999, a sociedade civil e política confluíram para uma série de políticas sociais e de prevenção para reduzir a criminalidade. As iniciativas

envolveram os diversos setores da cidade, criaram e valorizaram a guarda municipal, integraram as ações de segurança pública, investiram em urbanização e programas para jovens nos bairros em que vivem. Até 2005 a taxa de ocorrência de homicídios por cem mil habitantes caiu de 110,32 para 26,89 (Biancarelli, 2006).

Para obter esses resultados, Diadema lançou mão de um conjunto de instrumentos, dentre os quais a “lei seca” na qual o fechamento dos bares se dá durante a noite. Integrado a este, Diadema propôs outros programas sociais, como por exemplo: clubinho de férias; adolescente aprendiz; núcleos habitacionais com urbanização de favelas; treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuarem como mediadores de conflitos sendo que Diadema foi uma das duas únicas cidades no país com mais de cem mil habitantes, em que o “não às armas” venceu na campanha do desarmamento; anjos do quarteirão; e, câmeras instaladas em lugares estratégicos.

Com essas medidas, a violência contra a mulher caiu 55%, as vítimas de agressão foram reduzidas em 80% e os acidentes de carro por uso de álcool caíram 30% (Biancarelli, 2006).

Estas mudanças e, notadamente a queda da violência, contribuíram para que 300 novas empresas se instalassem no município no início da década de 2000 criando oito mil empregos. A metalurgia e as indústrias de cosméticos e de plásticos são os principais pólos econômicos da cidade neste início do século 21. Ainda assim, apesar do predomínio do número de empregos no setor industrial, observa-se entre 1995 e 2000 o crescimento dos setores de serviços e comércio.

Hoje, 98,7% dos moradores recebem água tratada e 69,9% da cidade têm coleta de esgoto. Além disso, 97% do município têm iluminação pública e 99% das ruas têm asfalto. A mortalidade infantil em 2006 chegou em 12,3 crianças mortas para cada mil nascidas vivas (Diadema, 2006).

Com a radical transformação urbana e social produzida pelas administrações populares em parceria com a população, Diadema abandona o rótulo de “periferia de São Paulo” ou “cidade-dormitório”, com notável desenvolvimento social e econômico e se colocou em 2006, no grupo dos dez municípios brasileiros com maior número de empresas exportadoras.

1.2. POLÍTICA E INSTITUCIONALIDADE EM SAÚDE

Os serviços básicos de saúde em Diadema tiveram seu início nos anos de 1960, com a implantação dos primeiros postos de puericultura.

Precedendo à legislação constitucional e infraconstitucional do setor saúde, Diadema constituiu em 1987 o seu primeiro Conselho Municipal de Saúde, legalizado com a aprovação da Lei Municipal nº. 1210, de 9 de julho de 1992.

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil e a subsequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) abriram novas possibilidades para a atuação dos municípios na área da saúde. Em Diadema, esse processo foi impulsionado pelos movimentos sociais e pelo ciclo de “administrações populares”, que permitiram a rápida estruturação de uma nova rede de saúde, composta por unidades básicas, com equipes multiprofissionais e oferta de ações para os diferentes ciclos da vida. Em 1996 eram 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e foram implantados os primeiros serviços especializados para dar suporte à rede básica.

Em 1997 foram formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que em 2001 foi rebatizado no município com o nome de Programa Saúde em Casa. Desde então, a agora denominada Estratégia Saúde da Família vem sendo implantada em Diadema e alcançou em 2007 a cobertura populacional da ordem de 49%, com cinquenta Equipes de Saúde da Família (ESF) em treze unidades de saúde e vinte e três Equipes de Saúde Bucal (ESB) em nove unidades.

O nível de operação da Secretaria Municipal da Saúde de Diadema (SMS-Diadema) é constituído dos seguintes serviços: 19 UBS, das quais duas funcionam em turnos de 24 horas; o Hospital Municipal de Diadema (HMD); o Pronto Socorro Infantil; o Ambulatório Municipal de Especialidades Médicas (AMEM); o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); o CRT (Centro de Referência e Tratamento); e dois Centros de Apoio Psico- Social (CAPS). Em toda rede municipal de saúde são realizados mais de quatro milhões de procedimentos de saúde ao ano, num investimento de cerca de 30% do seu orçamento em saúde.

Apresenta 46 escolas municipais, o MOVA (Movimento de Alfabetização de Diadema) e a Fundação Florestan Fernandes (Diadema, 2006).

Promoveu seis Conferências Municipais de Saúde no período do estudo, sendo a última em 2005. O município promoveu também, duas Conferências Municipais de Saúde Bucal, em 1993 e em 2004.

A Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (SMS-Diadema) está organizada em três níveis gerenciais: gabinete do secretário, coordenação e departamento, com o objetivo de proporcionar uma maior aproximação do poder de decisão e execução, para uma maior agilidade na prestação de serviços, desburocratizando e facilitando o acesso ao cidadão.

A equipe de saúde bucal do município é composta por oitenta cirurgiões dentistas (CD), setenta e dois atendentes de consultório dentário (ACD) e dezoito técnicos em higiene dental (THD).

Em relação à jornada de trabalho, há diversos tipos para o CD: 12, 20, 24, 32 e 40 horas semanais. Para ACD e THD, a jornada é de 40 horas semanais.

A SMS-Diadema implantou as ESB em dezoito Unidades de Saúde, no CRT-AIDS, CEO e no Pronto Socorro.

1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL

Para a análise de fatos e processos, é necessário se conhecer seus determinantes históricos. Assim como somos fruto do passado e da nossa história, também o setor saúde sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

No final dos anos de 1970, ampliou-se o movimento dos profissionais e intelectuais da área de saúde pública por mudanças no modelo, processo conhecido como Movimento da Reforma Sanitária. Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, propôs a estratégia de atenção primária em saúde. No Brasil, a resposta governamental foi a proposição do Prev-Saúde, um programa nacional de serviços básicos em saúde (Almeida, 2001; Polignano, 2006; Roncalli, 2003a).

No início da década de 1980, eclode a chamada “crise da Previdência Social”. Em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) elaborou um plano propondo a reorientação de várias ações de saúde desenvolvidas no âmbito previdenciário. Foi a resposta governamental às proposições do movimento da reforma sanitária. A estratégia do CONASP foi incorporar algumas propostas da reforma sanitária, mas mantendo o núcleo dirigente da política de saúde no âmbito do INAMPS.

A estratégia fracassou e deu lugar às Ações Integrais de Saúde (AIS) que foram implementadas por meio de convênios entre o INAMPS e as secretarias estaduais de saúde. As AIS se transformaram em etapa prévia à criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) os quais, por sua vez, constituíram a base institucional sobre a qual teve início a construção do SUS.

Em 1986, aconteceu em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi um grande marco no movimento da reforma sanitária e criou a base para as propostas de reestruturação do sistema de saúde brasileiro a serem defendidas na Assembléia Nacional Constituinte. Nesse período, o processo de municipalização começou a ganhar força e em 1987 foi fundado o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (Almeida et al, 2001; Polignano, 2006).

A Constituição de 1988 incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, sendo reconhecida internacionalmente como

referência em termos de política de saúde de base jurídica constitucional, uma vez que fixou que:

“...saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Estava criado o SUS, definido pelo artigo 198 como:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único - o Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”(Brasil, 1988).

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu a base jurídico-legal para a implantação do novo modelo de prestação de ações e serviços de saúde em nível nacional: o SUS. Após a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080, complementada pela Lei 8.142, bem como das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996, o Brasil passou a sofrer mudanças profundas, direcionadas à implementação e desenvolvimento do SUS.

O SUS preconiza a integração de ações preventivas e curativas e entre os serviços públicos e privados, em um sistema único com acesso universal e igualitário, devendo ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob um único comando em cada esfera de governo e descentralizado administrativa e operacionalmente, contando ainda com a participação da comunidade no controle social das ações desenvolvidas.

Na tentativa de reordenação das práticas de saúde, várias propostas de mudanças foram esboçadas (distritos sanitários e sistemas locais de saúde).

Entretanto, os resultados foram pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, por não promoverem mudanças significativas no modelo assistencial brasileiro (Brasil, 1997).

Em 1990 o Ministério da Saúde (MS), considerando a necessidade de estabelecer um sistema de informação em saúde, implantou o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), através da Portaria GM 896 e utilizou-o também, para implementar uma nova política de financiamento para o SUS.

No período de 1991 a 1994, implantou-se uma política neoliberal nitidamente privatizante, com a finalidade de reduzir o Estado ao mínimo de suas possibilidades de ação. O governo editou as NOB, como instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados (Almeida et al, 2001; Polignano, 2006).

Em 1991 o MS criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de enfrentar os graves índices de morbimortalidade infantil e materna no Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (Souza, 2002).

O formato do PACS não se constituiu em mais um programa vertical do MS, mas sim, num braço auxiliar na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, já que para a adesão dos municípios ao programa, alguns requisitos foram exigidos: funcionamento dos conselhos municipais de saúde; existência de uma unidade básica de referência do programa; disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde; existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa. O PACS tornou-se, então, um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde (Viana, 2005).

Realizou-se, em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Saúde: a municipalização é o caminho”.

A NOB 01/93 estabeleceu como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão e das ações e serviços de saúde, criando critérios e

categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios segundo o tipo de gestão implantado, além de critérios diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros (Almeida et al, 2001; Polignano, 2006; Roncalli, 2003a).

No final de 1993, com o reconhecimento da “crise do modelo de assistência”, o MS mobilizou um conjunto de atores para participar da formulação da proposta de intervenção na rede básica de saúde, visando à continuação e sustentação dos princípios defendidos na incorporação de agentes comunitários (Souza, 2002; Viana, 2005).

Em março de 1994, o MS criou o PSF, que surgiu como uma possibilidade de reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde por um modelo que tinha a família como locus privilegiado de atuação, enfatizando a articulação da equipe de saúde com a comunidade.

As Unidades de Saúde da Família atuam por meio de equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e por quatro a seis agentes comunitários que, juntos, responsabilizam-se por um território com cerca de 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas, ou mil famílias (Brasil, 1997).

Observa-se no PSF, ênfase em práticas não convencionais de assistência (grande peso dado às atividades de prevenção e promoção, como forma de reorganização e antecipação da demanda, ao trabalho não-médico, à educação em saúde), a reafirmação dos princípios de integralidade, hierarquização (atenção integral, referência e contra-referência), regionalização (territorialização e delimitação de uma população-alvo) e a valorização de ações intersetoriais. Todas essas características conferem ao programa potência para recuperar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, os profissionais e a sociedade.

A mudança na política de financiamento da atenção básica foi um dos fatores determinantes das características de expansão do PACS/PSF no Brasil. A edição da NOB/96, implantada apenas em 1998, subdivide os municípios em dois grupos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. O repasse de recursos federais passou a ser feito com base num valor fixo per-capita

chamado Piso de Atenção Básica (PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, dando aos municípios a possibilidade de desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população, considerando os aspectos locais. Os municípios passaram a poder receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregados ao valor do PAB (PAB variável), como para o PSF e PACS (Almeida et al, 2001; Polignano, 2006, Roncalli, 2003a).

Em maio de 2002 já estavam implantadas 15.201 Equipes de Saúde da Família, em 3.948 municípios e, assistidos pelo programa, 50,3 milhões de habitantes, o que representava 29,3% da população brasileira (Brasil, 2004a).

Em 2003 foram contabilizadas 19.000 Equipes de Saúde da Família implantadas em 4,4 mil municípios, dando cobertura a 35,7% da população brasileira, o que correspondia a 62,3 milhões de pessoas com um investimento de R\$ 1.662,80 milhões (Brasil, 2004c).

Em 2004, 21,3 mil equipes estavam implantadas em 4,6 mil municípios, dando cobertura a 39% da população brasileira, o que correspondia à cerca de 69,1 milhões de pessoas, com um investimento de R\$ 2.191,04 milhões (Brasil, 2004c).

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do PACS e do PSF, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema (Brasil, 2006).

O Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do MS, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, municípios e Distrito Federal (Brasil, 2004c).

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do MS, apoiada pelo Banco Mundial, voltada para a organização e o fortalecimento da atenção básica à saúde no país e apresenta três fases com um financiamento de US\$ 550 milhões. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e

desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (Brasil, 2004c).

O fortalecimento da atenção básica e priorização do PSF como estratégia organizadora desse nível de atenção, constituem-se como uma das seis prioridades do Pacto pela Vida firmado em fevereiro de 2006 pelo Governo Federal, por meio do MS, estados e municípios.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Em sistemas locais de saúde bem organizados e dirigidos, a rede básica é responsável pela resolução de mais de 70% dos casos, desenvolvendo ainda uma série de ações com o objetivo de evitar o aparecimento de doenças na comunidade (Narvai, 2005).

Entre 1980 e 1996 houve uma redução da cárie dentária em escolares aos 12 anos em todo o país. O índice CPO-D (media de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) passou de 7,3 em 1980 para 3,1 em 1996, isto é, uma redução de 57,8%. Para se compreender tal fenômeno leva-se em consideração a descentralização do sistema de saúde brasileiro, assim como a fluoretação das águas de abastecimento público e a adição de compostos fluoretados aos dentifrícios (Narvai et al, 1999).

Esta redução dos níveis de cárie em crianças, assim como a identificação da polarização da cárie, levou a uma nova abordagem dos programas de saúde pública. A presença da polarização se manifesta em população com baixa prevalência de cárie, em que cerca de 75% da doença se concentra em aproximadamente 25% da população.

Os estudos desenvolvidos em Santos e Diadema entre 1993 e 1996, baseados no risco individual de adoecimento, reorientaram as ações específicas em coletivos de acordo com esta classificação. Em Diadema, estudos demonstraram que as crianças que apresentavam a doença sob controle eram aquelas cujos pais compareciam aos grupos de educação em saúde bucal (Manfredini, 2003).

Para Manfredini (2003):

“... reflexões mais recentes apontam para a necessidade de que o planejamento de ações coletivas em saúde bucal não se limite ao problema da cárie dentária ou que sejam desenvolvidas apenas para crianças. Essas atividades devem compreender, no mínimo, o enfrentamento da doença periodontal, da má oclusão, do câncer bucal e da fluorose e se dirigirem também a adolescentes, a adultos e a idosos.”

2.2 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

No Brasil, as primeiras intervenções planejadas pelo Estado em saúde bucal ocorreram em 1952, com os primeiros programas odontológicos escolares (Narvai, 2006).

Os primeiros programas odontológicos ocorreram com a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP).

A partir de 1952, durante cerca de 40 anos, a odontologia produziu diversas concepções e recebeu diversas denominações. Narvai (2002a, p.8) afirma que:

“A necessidade de singularizar essas propostas e as ações delas decorrentes, diferenciando-as, estaria relacionada ao aparecimento de tantas expressões que à primeira vista, se referem à mesma coisa. Pode-se admitir, portanto, que cada uma dessas expressões (odontologia sanitária, odontologia preventiva, odontologia social, odontologia simplificada, odontologia comunitária, odontologia integral e saúde bucal coletiva) é utilizada com essa finalidade: identificar distintas propostas de práticas odontológicas e as ações que lhes correspondem.”

Os anos de 1960 representaram o apogeu da odontologia sanitária que entrou em declínio a partir de 1975 com a extinção do Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (Narvai, 2002a).

Narvai (2002a, p.29-30) afirma sobre Mário Chaves:

“A publicação de seu *Manual de odontologia sanitária* [grifo do texto], em 1960, colocou-o na condição de principal teórico desse movimento da odontologia do Brasil. A versão em língua espanhola (...) fez a influência teórica de Chaves espalhar-se inicialmente por toda a América Latina e Caribe e, depois, para todo o mundo.”

Em 1960, Blackerby Jr propôs a criação de um departamento de Odontologia Social nas escolas de odontologia. Cerca de três décadas depois, Pinto (1989) afirmou:

“À Odontologia Social compete, ademais de reunir condições propícias para o uso dos métodos preventivos, estruturar o sistema de prestação de serviços à comunidade, incluindo a obtenção de insumos necessários (recursos humanos, físicos e financeiros) e a organização final do trabalho.”

Para Narvai (2002a, p.50-51):

“Há quem considere odontologia social mais abrangente que odontologia sanitária, situando no campo de ação da odontologia social, além da própria odontologia sanitária, a odontologia legal, a deontologia e a odontologia preventiva. Esta é, por exemplo, a concepção predominante nos departamentos de Odontologia Social das universidades brasileiras.”

A partir de meados da década de 1970, o “Movimento Sanitário”, no contexto da reforma sanitária brasileira, juntamente com todos os demais trabalhadores da área, lutou pela mudança do modelo de atenção à saúde e pela sua democratização e teve proposições vitoriosas consagradas pela Constituição de 1988 (Garcia, 2005).

No início dos anos de 1960, a odontologia preventiva chegou ao Brasil. Porém, somente com o desenvolvimento da cariologia pelos países escandinavos e do controle da cárie na maior parte dos países do primeiro mundo, é que, na década de 1980 ela se firmou no Brasil. Ela partiu da compreensão do processo saúde doença (Narvai, 2002a).

Em 1981 foi fundada em São Paulo a Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV), inicialmente denominada de “Odontologia Preventiva”, com papel decisivo na consolidação das propostas do início da década de 1960 (Narvai, 2002a).

Na década de 1970, surgiu a expressão “odontologia simplificada” fazendo crítica à odontologia científica e sendo usada também em outros países da América Latina (Narvai, 2002a).

A odontologia simplificada tinha a mesma população alvo: as crianças escolarizadas. Porém, a simplificação dos equipamentos, das rotinas, do instrumental, dos materiais, das técnicas restauradoras e cirúrgicas, desenvolvia uma

odontologia tradicional com aumento da produtividade e diminuição de custos (Zanetti, 1996).

Em maio de 1981 a Federação Dentária Internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS) propuseram as seguintes metas para o ano 2000: média de até três dentes cariados, perdidos ou obturados aos 12 anos; 50% das crianças aos 5 anos de idade livres de cárie; 85% dos indivíduos com 18 anos de idades com todos os dentes; 75% de adultos entre 35 e 44 anos apresentando pelo menos vinte dentes funcionais; e 50% de idosos nas idades de 65 anos ou mais apresentando pelo menos vinte dentes funcionais (FDI, 1982).

A odontologia integral, nos anos de 1980, deu ênfase à prevenção, que foi traduzida na prática, pela utilização de métodos combinados de prevenção, controle da placa, flúor, manutenção preventiva e aplicação do conceito de risco. Trouxe também novas tecnologias, como a utilização de selante, ionômero de vidro e verniz, tendo influenciado a clínica do bebê (Zanetti, 1996).

A partir da I Conferência Nacional de Saúde Bucal em 1986, a Saúde Bucal passou a ser considerada parte integrante do conjunto de condições de bem-estar necessárias para se alcançar a saúde (Garcia, 2005).

Por sua vez, a Saúde Bucal Coletiva vem afirmando uma prática sanitária distinta que apresenta como característica fundamental, uma proposição de praxis que pretende a negação dialética da odontologia, à qual produz uma teoria-prática desenvolvida à luz dos pressupostos da odontologia de mercado (Narvai, 2002a).

Em 1989, o então Ministro da Saúde, Seigo Tsuzuki, lançou uma Política Nacional de Saúde Bucal. No entanto, como a coordenação da política nacional no setor cabia à Divisão Nacional de Saúde Bucal do MS, esta não se enraizou como uma política do SUS. Esta proposta trabalhava com grupos etários populacionais prioritários e trazia como pressupostos operacionais a prevenção das doenças bucais, educação em saúde, organização setorial, formação de recursos humanos, atuação da comunidade, estudos e pesquisas (Garcia, 2005).

A partir de deliberação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorreu em 1993 a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujas discussões permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país.

O levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) feito com base no Programa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), divulgado em meados de 2000, mostrou que cerca de 20 milhões de brasileiros, da população total de 160 milhões de habitantes, nunca foram ao dentista, portanto, 12,5% da população, sendo que nas áreas rurais essa taxa subiu para 32% (Silva, 2000)

O governo federal adotou em 1994 o PSF, reafirmando os princípios do SUS. A partir da Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, a odontologia foi incluída no “estabelecimento de incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família”. Esta inclusão, no entanto, ocorreu de forma parcial e não obrigatória, pois foi determinada a proporção de uma Equipe de Saúde Bucal para duas Equipes de Saúde da Família (Brasil, 2004a).

Foram criadas duas modalidades de equipe: Modalidade I: 1 CD e 1 ACD; e, Modalidade II: 1 CD, 1 THD e 1 ACD.

Conquista importante foi alcançada após a edição da Portaria nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, onde foi concedido um aumento de vinte por cento nos valores do incentivo, além de permitir a instalação do mesmo número de ESB em relação às equipes de saúde da família. Apesar disso, tais recursos ainda são insuficientes e há necessidade de complementação por parte dos municípios (Brasil, 2004b).

Considerando a defasagem nos valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal e a necessidade de ampliação da resolutividade das ações básicas em odontologia, a Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, reajustou novamente o valor dos incentivos financeiros e determinou que o Ministério da Saúde fornecesse um equipo odontológico completo para as equipes que se habilitassem na modalidade II (Brasil, 2004b).

A elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 reorientou o planejamento das ações nessa área em todos os níveis de atenção e esferas de governo e se traduziu no que viria a ser conhecido como Programa Brasil Sorridente.

O Programa Brasil Sorridente foi criado pelo Governo Federal, por meio do MS, para reunir uma série de ações em saúde bucal, voltadas para os cidadãos de todas as idades. Fazendo parte do Programa temos: aumento dos incentivos para as equipes de Saúde Bucal (SB) na estratégia saúde da família; produção de próteses dentárias; inclusão de insumos odontológicos na farmácia do PSF; fluoretação das águas de abastecimento público; reorganização da atenção básica e saúde bucal da família; centros de referência de especialidades odontológicas (CEO); SB Brasil: Levantamento das condições de SB da população brasileira; formação dos trabalhadores em saúde bucal; parceria com o Ministério da Educação; Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário; e, geração de empregos (Brasil, 2004d).

2.2.1 Levantamentos epidemiológicos nacionais

Em 1986, o MS executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, na área de saúde bucal, realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. Foram examinadas crianças, adolescentes, adultos e idosos, sendo obtidos dados relativos à cárie dentária, à doença periodontal e ao acesso aos serviços. Após 10 anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento, nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (Brasil, 2004b).

Em 2000 o MS iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse a população urbana e a rural. Este projeto, identificado como “SB Brasil: Condições de saúde bucal na população brasileira” apresenta dados relativos ao perfil de SB do Brasil (Brasil, 2004b).

A Tabela 1 mostra a distribuição da prevalência de cárie segundo grupo etário no Brasil.

Tabela 1: Distribuição da prevalência de cárie medida pelo CPO/ceo, segundo grupo etário no Brasil.

Idade (em anos)	ceo-d	CPO-D	% Livres de cárie
1,5 – 3	1,07	-	73,15
5	2,80	-	40,62
12	-	2,78	31,08
15-19	-	6,17	11,06
35-44	-	20,13	0,52
65-74	-	27,79	0,52

Fonte: SB Brasil, 2003

Como podemos observar, o Brasil alcançou a meta da OMS para o ano 2000 no grupo etário de 12 anos (CPO-D menor que 3,0). Aos 5 anos, o Brasil não alcançou a meta de 50% desta população livre de cárie.

2.2.2 Conferências Nacionais de Saúde Bucal

Foram realizadas três conferências nos anos de 1986, 1993 e 2004.

Como parte integrante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se de 10 a 12 de outubro de 1986, em Brasília - DF, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que consagrou os princípios defendidos por todos aqueles que se empenharam durante mais de três décadas nas mudanças do modelo hegemônico de assistência odontológica.

Quatro temas centralizaram as discussões na 1ª CNSB: a saúde como direito de todos e dever do Estado; diagnóstico de saúde bucal no Brasil; reforma sanitária: inserção da odontologia no SUS; e, financiamento do setor de saúde bucal.

A partir da deliberação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, a 2ª CNSB realizou-se no período de 25 a 27 de setembro de 1993 e teve à frente entidades nacionais de odontologia, do MS, do Conselho Nacional de Saúde, do CONASS, do CONASEMS e de representações nacionais de usuários.

As discussões da 2ª CNSB permitiram a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a SB no país, levando em conta: a SB como direito de cidadania; um novo modelo de atenção em saúde bucal; os recursos humanos; o financiamento; e o controle social.

A efetiva inserção da SB no SUS precisaria desmistificar a tradição de programas verticais e de políticas que não levavam em consideração as características de país continental e de república federativa. Dessa forma, foi aprovado que essa inserção se daria por meio de um processo sob controle da sociedade (Conselhos de Saúde), descentralizado e no qual se garantiria a universalidade do acesso e a equidade da assistência odontológica, associadas a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social.

A 3ª CNSB foi realizada de 29 de julho a 1º de agosto de 2004, com a participação de cerca de 1.200 pessoas entre usuários, trabalhadores, prestadores e gestores da saúde.

A Conferência buscou ampliar a participação da população na análise da formulação e da execução da Política Nacional de Saúde Bucal, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas entre a sociedade civil e os movimentos populares, tendo por referência a SB das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

O tema central foi “Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social” e foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: educação e construção da cidadania; controle social, gestão participativa e saúde bucal; formação e trabalho em saúde bucal; e, financiamento e organização da atenção em saúde bucal.

2.3 EVOLUÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL

Em 1912 foram criados os três primeiros cargos de cirurgião-dentista no serviço público do estado de São Paulo na Secretaria de Justiça e Segurança Pública. No serviço escolar, isto só ocorreu em 1929, quando os profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior (Narvai, 2006).

Até 1931, a saúde estava nas mãos da Secretaria do Interior e, através do Decreto nº. 4.917 esta Secretaria foi transformada em Secretaria da Educação e Saúde Pública (FUNDAP, 2003).

Segundo Narvai (2006, p.142):

“Em 1932, após a criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, instituiu-se a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário para “atender a população de escolares da rede pública estadual.”

Em 1947, a saúde foi desvinculada da educação e o Decreto Lei nº. 17.339, criou a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social (FUNDAP, 2003).

Através do Decreto nº. 49.165, em 29/12/1967 a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social recebeu a denominação de Secretaria de Saúde Pública e, com o Decreto nº. 52.182 de 16/07/1969, esta passou então a denominar-se Secretaria da Saúde, ganhando também uma nova organização (FUNDAP, 2003).

Apesar da separação, a assistência médico-odontológica ao escolar, permaneceu na Secretaria da Educação e esta foi fortalecida quando, em 1976, através do Decreto nº 7.510, foi criado o Departamento de Assistência ao Escolar (DAE). Em 1987, através do Decreto nº. 29.962, o DAE foi transferido para a Secretaria da Saúde (Soares, 2005).

Em 1983, o subprograma de saúde bucal estava abrigado na Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Neste mesmo ano, o Programa de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), apontava para a necessidade de incorporar pessoal auxiliar na assistência odontológica como forma de aumentar a produtividade do CD, formando

assim a ESB e colocando a necessidade de enfatizar as ações de prevenção em saúde bucal (Soares, 2005).

Na década dos 1980, expandiu-se no estado de São Paulo a fluoretação das águas de abastecimento público e iniciou o desenvolvimento da vigilância à fluoretação das águas (Narvai, 2000a).

Em 1990, foi publicado o Manual de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde, com a intenção de auxiliar os municípios na elaboração de seus planos municipais de saúde e tendo como objetivo a redução e controle da cárie dentária, da doença periodontal e das oclusopatias (Soares, 2005).

Em 1995 houve a reorganização da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e foi elaborado o documento “Diretrizes para a política de saúde bucal para o Estado de São Paulo” com princípios norteadores para auxiliar os municípios na definição de seus programas e metas, em consonância com as estabelecidas pelo Estado e governo federal, com ações de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal, a partir de determinantes sócio-econômicos e culturais do processo saúde-doença (Soares, 2005).

De 1995 a 1998 houve a implantação do “Projeto de Inovações no Ensino Básico” que tinha como estratégia o fortalecimento do processo de municipalização por meio da implementação dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal (SES-SP, 2002).

A partir de 2000 foi incluída a ESB no PSF. Assim, em novembro de 2003 existiam no Estado de São Paulo, 1.996 ESF e 367 ESB em funcionamento, isto é, apenas 18% das ESF contemplavam a Saúde Bucal (Brasil, 2004a).

De dezembro de 2002 a dezembro de 2005, o número de ESB aumentou em 212% no Estado de São Paulo, totalizando 807 equipes em 290 municípios cobrindo 4,7 milhões de pessoas (Brasil, 2006b).

2.3.1 Levantamentos epidemiológicos no Estado de São Paulo

Em 1982, 1986 e 1998 foram feitos estudos que vem mostrando a redução da cárie, sobretudo na população infantil, evidenciando o acerto das medidas tomadas pelo setor público na área de saúde coletiva, como a fluoretação das águas

de abastecimento público, além de outras medidas de atenção a saúde (São Paulo, 2003).

O estudo das “Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002”, decorrente do SB Brasil 2003 do MS, teve uma amostra ampliada no Estado de São Paulo, através de convênio de cooperação técnica com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com participação de 35 municípios e 7 faculdades de odontologia (São Paulo, 2003).

Este estudo observou que 77% dos bebês participantes da amostra eram livres de cárie e que a média do ceo-d nessa faixa etária foi de 0,76. O componente “dentes cariados” correspondeu a 91% da composição do índice (SES-SP, 2003).

Em 1998 o estado apresentava 39% das crianças livres de cárie aos 5 anos. Em 2002 o ceo-d médio aos 5 anos foi de 2,32 e 47% destas crianças encontravam-se livres de cárie. Portanto, o Estado de São Paulo não atingiu a meta da OMS para o ano 2000 que é de 50% de crianças nessa idade livres de cárie (São Paulo, 2003).

Em relação à meta da OMS para o ano 2000 para crianças aos 5 anos de idade, Narvai (2000b) afirma:

“...em 1998 apenas 39% das crianças paulistas estavam livres de cárie. Esta porcentagem caiu para 38% nas escolas públicas e aumentou para 59% nas escolas privadas. Os dados disponíveis indicam porém que deve-se admitir a hipótese de que, em termos nacionais, estamos ainda distanciados desse objetivo.”

O CPO-D aos 12 anos de idade no Estado em 2002 foi de 2,52, tendo alcançado portanto a meta da OMS para o ano 2000 que era de 3 nessa faixa etária e sendo classificada como baixa prevalência. O componente O, relativo a “dentes restaurados” atingiu 66% na composição do índice (São Paulo, 2003).

A Tabela 2 mostra a redução da cárie aos 12 anos de idade ocorrida nas duas últimas décadas.

Tabela 2: Prevalência de cárie em escolares aos 12 anos de idade no Estado de São Paulo em 1982,1986,1998 e 2002.

<i>ANO</i>	<i>CPO-D</i>
1982	7,14
1986	6,47
1998	3,72
2002	2,62

Fonte: São Paulo, 2003

Os fatores associados ao declínio de cárie dentária em crianças, foram a maior disponibilidade de água de abastecimento público fluoretada e também a disseminação de dentifrícios contendo flúor. Além disso, a consolidação de programas municipais orientados à promoção da saúde bucal, como os Procedimentos Coletivos (PC), normatizados pelo MS e Secretaria de Estado da Saúde, podem ter contribuído para essa redução (São Paulo, 2003).

2.4 SISTEMA INCREMENTAL

A Fundação SESP foi criada em 1942, porém a seção de odontologia só teve seu início em 1952 e o modelo programático implementado foi o sistema incremental tradicional de Aimorés em Minas Gerais (Zanetti, 1996).

O sistema incremental odontológico foi desenvolvido inicialmente em Richmond e Woonsocket nos Estados Unidos da América e foi difundido no Brasil a partir dos trabalhos da Fundação SESP (Pinto, 1992).

Nos Estados Unidos, o enfrentamento do sistema incremental, era com as minorias pobres. No Brasil, as crianças pobres de então, não freqüentavam escolas, sendo estas freqüentadas por crianças de classe média. O país mantinha uma enorme rede pública de ensino, sendo então inviável prestar serviço a todas as crianças matriculadas. Sendo assim, o sistema incremental, não era uma estratégia universal de atendimento, porém, serviu como base da organização do atendimento odontológico às crianças escolarizadas por mais de trinta anos (Zanetti, 1996).

Nos anos de 1950, o programa incremental de atendimento odontológico da Fundação SESP, foi disseminado por todo o país e também no Estado de São Paulo. Até o início da década de 1980, diversos programas baseados no modelo sespiano foram implementados pelos serviços odontológicos escolares de estados e municípios (Narvai, 2002a).

Pinto (1992) define o sistema incremental como:

“... é um método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto às idades e problemas. Possui, assim, uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controla a incidência de problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente um programa educativo fornece apoio a estas ações.”

O sistema incremental foi um método empregado em agrupamentos fechados, daí sua ênfase em programas escolares, cuja população-alvo era constituída por alunos de 6 a 14 anos ou de 7 a 12 anos, conforme o volume de crianças. Essas

deviam estar matriculadas em escolas publicas de 1º grau na área de abrangência do programa (Pinto, 1992).

Apresentavam-se dois tipos de Sistema Incremental: o Sistema Incremental Clássico, no qual a cobertura se dava de forma gradual e o Sistema Incremental Intensivo, no qual a cobertura inicial era total. Na filosofia incremental, as crianças já atendidas deviam ser mantidas sob cuidados nos ciclo subseqüentes. Eram divididas em GI (Grupo Inicial) e GM (Grupo de Manutenção) que reunia pacientes tratados anteriormente (Pinto, 1992).

A avaliação do programa era feita por meio de indicadores de produção de serviços e indiretamente através de levantamentos sobre o estado de saúde dental da população alvo (Pinto, 1992).

O sistema incremental consistia em dois centros de execução distintos: um localizado na sede da unidade de saúde para o atendimento ao adulto em geral, e outro localizado nos estabelecimentos de ensino para atendimento ao escolar (Silva e Silva, 1996).

Os programas incrementais limitaram-se a organizar fluxo de pacientes às clínicas, com base curativa e alguma prevenção, porém falharam em dois pontos: não conseguiram reduzir a incidência de cárie já que os métodos preventivos adotados eram de pouco alcance e metodologicamente inadequados, e; a baixa cobertura populacional gerado, entre outros motivos, pelo parcial tempo de dedicação do profissional, não contratação de pessoal auxiliar e ausência de coordenação técnica efetiva (Pinto, 1993).

2.5 PROCEDIMENTOS COLETIVOS

A Portaria nº. 184 de 1991 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, instituiu os Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal na tabela de procedimentos do SIA/SUS o que levou ao favorecimento de sua implementação nas ações dos municípios brasileiros (Narvai, 1999).

A Rede Cedros destaca duas ações de caráter coletivo que devem fazer parte do plano municipal de saúde: garantir acesso a toda população do município a um método sistêmico de aplicação de flúor como base do sistema de prevenção em saúde bucal e; garantir a grupos populacionais definidos por espaços sociais priorizados segundo a realidade local acesso a procedimentos que integram o sistema de prevenção associando métodos preventivos e educativos (Rede Cedros, 1992).

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, os procedimentos coletivos são ações educativas preventivas realizadas no âmbito das unidades de saúde (trabalho da equipe de saúde junto aos grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, saúde mental, planejamento familiar e sala de espera), nos domicílios, grupos de rua, escolas, creches, associações, clube de mães ou outros espaços sociais, oferecidos de forma contínua e compreendem: fluoretação das águas de abastecimento público; educação em saúde; higiene bucal supervisionada; e, aplicação tópica de flúor através de soluções para bochechos, gel fluoretado e verniz fluoretado (Brasil, 2004d).

2.5.1 Fluoretação das águas de abastecimento público

Em 1953 e também operado pela Fundação SESP, a fluoretação das águas de abastecimento teve início no Brasil, na cidade de Baixo Guandu no Estado do Espírito Santo (Pinto, 1992; Koslovski e Pereira, 2003).

Em 1956 teve início em Marília a fluoretação da águas de abastecimento público no estado de São Paulo. Em 1961 Campinas adotou também a fluoretação seguido de Araraquara, Piracicaba e Barretos (Ramirez e Buzalaf, 2007)

A fluoretação das águas de abastecimento público foi experimental até 1967, sendo responsável por uma redução de 65,4% da cárie dentária em crianças de 6 a 12 anos. No início, teve seu custeio assegurado através de verbas federais (Koslovski e Pereira, 2003).

Em 1974, a Lei Federal nº. 6.050, de 24 de maio, dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento, sendo regulamentada pelo Decreto Federal nº. 76.872, de 22 de dezembro de 1975. A Portaria do MS nº. 635/Bsb, de 26 de dezembro de 1975, aprovou e determinou as normas e padrões a serem seguidos para a fluoretação das águas, desde a concentração do íon flúor a ser utilizado de acordo com as temperaturas médias anuais de cada região, até os compostos recomendados.

O efeito da fluoretação das águas sobre a experiência de cárie em população adulta tem mostrado reduções em torno de 20% , sendo considerado um método preventivo indispensável (Frazão et al, 2003; Koslowski e Pereira, 2003).

A fluoretação das águas de abastecimento público é um método reconhecido, consagrado e recomendado por mais de 150 organizações de ciência e saúde, sendo um método de baixo custo, adequado e seguro, quando em concentrações ideais (Koslovski e Pereira, 2003).

Para Narvai (2000a):

“A cobertura da fluoretação expandiu-se notavelmente em todo o país na segunda metade do século XX, notadamente nos anos 1980, em decorrência da decisão governamental federal de apoiar financeiramente iniciativas nessa área, atingindo aproximadamente 65,5 milhões (cerca de 42,2% da população) de pessoas em 1995. É relevante registrar que, em 1972, apenas 3,3 milhões de brasileiros tinham acesso à água fluorada.”

Segundo Narvai (2002b, p.2):

“...em 1990, o Município de São Paulo montou o primeiro sistema de vigilância sanitária da fluoretação das águas...”

Somente em 1998, através das Portarias nº. 3.313 de janeiro de 1998 e nº. 1.469, de dezembro de 2000 do MS foram estabelecidos os procedimentos e as

responsabilidades relativas ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano (Koslovski e Pereira, 2003).

2.5.2 Educação em saúde

Educação em saúde compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitam ao usuário mudar hábitos apoiando-o na conquista de sua autonomia. A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais, quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e auto cuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa. Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados e a lei federal nº. 9.394/96, possibilitou a estruturação de conteúdos educativos em saúde no âmbito das escolas, sob uma ótica local, com apoio e participação das equipes das unidades de saúde (Brasil, 2004d).

2.5.3 Higiene bucal supervisionada

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas e realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada pelos serviços de saúde, nos mais diferentes espaços sociais. Visa à prevenção da cárie quando for empregado dentifrício fluoretado e da gengivite, através do controle de placa bacteriana (Brasil, 2004d).

O dentifrício é a forma mais difundida de aplicação tópica de flúor. Por ser associada à escovação, engloba a desorganização periódica da placa e a manutenção de flúor na cavidade bucal. A partir da década de 1970, aparece evidente sua relação com a redução da cárie dentária, independente da água de abastecimento público (Zanin et al, 2003).

A Portaria 22, de 20 de dezembro de 1989, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária regulamentou a agregação do flúor aos dentifrícios e enxaguatórios bucais (Koslovski e Pereira, 2003).

No ano 2000, havia no Brasil cerca de trinta marcas comerciais de dentifrícios fluoretados e também um dos maiores consumos do mundo. O grande problema, porém, é o acesso à escova dental, cujo consumo per capita é menor que uma escova ao ano (Manfredini, 2005).

2.5.4 Aplicação tópica de flúor

A fórmula mais utilizada para a aplicação profissional de flúor é o gel de flúor fosfato acidulado, pois dispensa a profilaxia prévia, o que agiliza a cobertura de grandes contingentes de crianças. A técnica de aplicação deve ser feita uma a duas vezes por ano e a maior vantagem desta formulação sobre as demais é não ser irritante sobre o tecido gengival, não produzir descoloração do esmalte, ter estabilidade e a praticidade de aplicação através de moldeiras bucais. Estudos realizados no Brasil mostraram uma redução de CPO-D entre 24% e 32%, tendo melhores resultados os municípios com água de abastecimento público fluoretada (Pinto, 1992).

Quanto aos bochechos com soluções fluoretadas, as mais utilizadas são o fluoreto de sódio a 0,2% para uso quinzenal ou semanal e a 0,05% para uso diário, sendo as duas, soluções neutras. Os resultados se mostraram similares com as duas concentrações, tendo como vantagens: poder preventivo no grupo etário considerado de maior prevalência de cárie; facilidade de aplicação e rápida compreensão do método; custo reduzido; pequena interferência na rotina escolar; aplicação fora do ambiente clínico; interligação com atividades educativas. Com duas restrições: crianças de 3 a 5 anos só podem utilizar o método sob supervisão técnica direta, devido ao risco de ingestão e superdosagem do flúor e; necessidade de um nível de organização escolar razoável (Pinto, 1992).

O documento “Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária” não recomenda o uso de soluções fluoradas para aplicação tópica em crianças menores de 2 anos quando recebem o benefício da água fluoretada. Porém, caso sejam de alto risco é recomendado o uso de vernizes fluorados (São Paulo, 2000).

Outra forma de aplicação tópica de flúor é a escovação feita com solução, gel ou pasta profilática preventiva. Esta prática foi desenvolvida na América Latina

com base nos trabalhos de Bojanini em Medellín mostrando que esta técnica pode ser uma opção para as escolas, sem interrupção freqüente das aulas (Pinto, 1992).

Segundo a FDI-1981 e a OMS-1984, o poder de redução de CPO-D poderia chegar aos 35% se o método fosse usado dos 6 aos 14 anos. No Brasil, o estudo epidemiológico nacional de 1988, embora não desenhado para testar esta variável, demonstrou que não existiam diferenças significativas no CPO-D das crianças examinadas em localidades com e sem programas de bochechos fluoretados. Porém, pesquisas acadêmicas realizadas em cidades com programas bem estruturados como Mirassol, Biritiba-Mirim, Santos, Pindorama e Estrela D'Oeste, demonstraram redução significativa no CPO-D (Pinto, 1992).

Manfredini (2003) afirma:

“...tem-se preconizado a suspensão dos bochechos com soluções fluoretadas em espaços institucionais de cidades com águas de abastecimento público regularmente fluoretada e que venham apresentando redução da prevalência de cárie dentária.”

O documento “Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária” coloca:

“...mesmo em indivíduos com acesso à água fluoretada, bochechos fluorados (desde que realizados semanalmente, totalizando, no mínimo, 25 aplicações durante um ano) podem estar indicados quando o valor do Índice CPO-D for maior que 3 aos 12 anos; ou se a proporção de indivíduos de 12 anos com índice CPO-D igual a zero for menor do que 30%” (São Paulo, 2000).

2.6 SISTEMAS DE TRABALHO DE ALTA COBERTURA

Desde a década de 1940 que os sistemas de trabalho de alta cobertura vêm sendo desenvolvidos, porém, no Brasil e na América Latina, só foram colocados em prática a partir da década de 1970 (Frazão, 1997).

Frazão (1997) afirma:

“Seja para assegurar a extensão da cobertura, ou a universalidade do acesso, ou para garantir a integralidade da assistência e a capacidade de resolução dos serviços, é certo que somente com sistemas de trabalho de alta cobertura, que se conseguem padrões mínimos de resposta à população que tem no serviço público sua única possibilidade de acesso.”

Os sistemas de trabalho de alta cobertura levaram à formação de equipes odontológicas, com a incorporação da ACD e THD e de novos ambientes de trabalho com clínicas modulares. Este movimento a que se deu o nome de odontologia simplificada se disseminou por todo o país e também no Estado de São Paulo, onde se estendeu por mais de 150 municípios (Soares, 2005).

Para Garrafa (1981, p. 9):

“...a ‘simplificação da odontologia’ constitui a busca da eliminação do desnecessário, daquilo que pode obstaculizar um trabalho e/ou que pode encarecê-lo e a procura simultânea, do alcance de uma maior cobertura e melhoria da qualidade de atendimento.”

Pinto (1993, p.130) afirma:

“A base deste movimento foi dada pelo Programa Integrado de Saúde Escolar da Secretaria de Educação e pelo Serviço Social do Comércio, ambos no Distrito Federal, sendo responsável, entre outros avanços, pela introdução de equipamentos eficazes e de custo reduzido (...). Foi também em Brasília que o treinamento de auxiliares e técnicos de higiene dental começou a ser feito, desenvolvendo-se as clínicas modulares com três ou mais ‘camas clínicas’.”

2.7 ODONTOLOGIA PARA BEBÊS

Durante a primeira infância, a realização do diagnóstico da cárie é difícil, devido à procura tardia por tratamento e informações sobre o cuidado. A detecção precoce vai possibilitar que métodos preventivos e não invasivos sejam aplicados.

A odontologia para bebês teve seu início na Universidade Estadual de Londrina em 1985, corrigindo algumas deficiências inerentes ao sistema incremental clássico cuja atenção era tardia, em crianças já em idade escolar. A odontologia para bebês teve como objetivo o controle e prevenção da cárie de crianças de zero a 30 meses e, para entrar no programa, as crianças deveriam ter no máximo 6 meses, época da erupção dentária (Flório e Pereira, 2003).

O programa foi formulado como instrumento para educar e motivar pais ou responsáveis quanto à adoção de condutas preventivas voltadas à promoção da saúde bucal, entrando a assistência somente para casos necessários. Os resultados obtidos, especialmente relacionados à educação da população, foram considerados muito satisfatórios (Flório e Pereira, 2003).

Em 1988 o programa Bebê-Clínica foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé (PR), sendo esta pioneira no país quanto ao atendimento odontológico precoce. O estado do Paraná apresentou em 2001, 160 municípios com Bebê-Clínica e 212 em fase de implementação, sendo que a capacitação dos profissionais era feita na Universidade de Londrina (Flório e Pereira, 2003).

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conta com esse atendimento desde 1990. Na cidade de Sorocaba (SP), o Programa de Atenção à Criança agenda aconselhamento odontológico trimestral desde os 6 meses de vida. Em Piracicaba (SP), o Centro de Pesquisa e Atendimento para Pacientes Especiais, em ação conjunta com a prefeitura e a Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP desenvolve trabalhos preventivos para crianças de 0 a 60 meses bimestralmente com palestras educativas e aferição do índice de biofilme dental. Em Araçatuba o programa teve início em 1996 na Faculdade de Odontologia, onde os pais das crianças de 0 a 36 meses participam de orientação educativa e após essa idade, as crianças são encaminhadas à clínica

odontológica de pediatria onde são acompanhadas até os 12 anos. Em Cubatão (SP), o Programa de Atendimento Odontológico ao Bebê teve início em 1997 nos moldes do realizado pela Universidade de Londrina. Em Goiânia (GO), a Bebê-Clínica teve seu início em 1991 e as crianças são divididas por risco (Flório e Pereira, 2003).

As clínicas de bebês instaladas em vários municípios brasileiros estão desvinculadas de ações globais de saúde bucal. Muitos municípios implantam essas clínicas como sinônimo de assistência odontológica, o que pode levar a um modelo tão excludente quanto o incremental, que tinha foco na atenção ao escolar (Roncalli, 2000).

Para Flório e Pereira (2003, p.422):

“...realizada com responsabilidade e seriedade e alicerçando um programa odontológico amplo e não excludente, a odontologia precoce apresenta resultados significativos nos índices de doença e abre portas para que haja uma alteração na mentalidade relacionada à necessidade de atenção odontológica durante a fase de dentição temporária...”

Roncalli (2000, p.132) afirma:

“A atenção precoce é uma conquista da odontologia e sua inserção nos modelos assistenciais de saúde bucal é uma estratégia fundamental para a prevenção das doenças e representa a incorporação de um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, numa perspectiva de promoção de saúde.”

2.8 AVALIAÇÃO DE RISCO

Os fatores associados ao risco de cárie são os aspectos socioculturais, a idade, a localização da lesão, a atividade da cárie, os hábitos e a presença de placa bacteriana. Baseado nos fatores de risco a que são expostos, a SES-SP, classificou os grupos de acordo com suas condições individuais como no Quadro 1 (São Paulo, 2000).

Quadro 1: Classificação de risco de cárie e critérios para inclusão segundo a situação individual

CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
Baixo Risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
Risco Moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
Alto Risco	D	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.
	F	Presença de dor e/ou abscesso.

Fonte: São Paulo. RSS-16 de 21.12.2000

A SES-SP considera dois critérios de risco em saúde bucal: o familiar e o individual. O risco familiar deve ser considerado primeiro, devido aos determinantes sócio-econômicos e culturais do processo saúde-doença. As famílias de alto risco devem ser definidas pelo PSF, sendo estas as primeiras a receber ações educativas, participarem de triagens e serem inseridas ao tratamento e controle (São Paulo, 2001).

Para o critério de risco individual, a SES-SP propõe a seguinte divisão: baixo risco - sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença; risco moderado - sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de

doença; e, alto risco - com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença (São Paulo, 2001).

O documento “As recomendações para o uso de produtos fluorados no âmbito de SUS-SP em função da cárie dentária” afirma:

“A divisão em grupos (A, B, C, D, E, F) é proposta para facilitar a referência dos indivíduos que necessitem de tratamento odontológico, segundo suas necessidades mais imediatas, para as Unidades Básicas de Saúde, no caso de ações coletivas. Naqueles que já estão em tratamento na Unidade de Saúde, essa classificação pode orientar um agendamento mais propício para cada caso, em que os que apresentam um quadro mais grave devem ser atendidos com maior frequência” (São Paulo, 2000).

2.9 CÂNCER DE BOCA

Ao analisar a mortalidade por câncer de boca e as desigualdades sociais em capitais brasileiras entre os anos de 1980 e 1991, identificou-se correlação positiva com o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), o ICV (Índice de Condição de Vida) e as taxas de mortalidade, o que nos remete à necessidade de educação em saúde (Manfredini, 2003).

Esteves (1998) afirma:

“A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento. O número de idosos correspondia em 1970 a 3,1% da população total; em 1995, o índice subiu para 4,9%. Projeções indicam que atingirá 8,8% em 2020 e 18,4% em 2050. Paralelamente a participação de crianças de até 15 anos na população total, que era de 42,1% em 1970, baixou para 31,8% em 1995. Estima-se que diminua ainda para 21,5% em 2020 e 17,25 em 2050.”

No Brasil, os programas dirigidos aos idosos ainda são raros. Pesquisas epidemiológicas mostram que, sem renda para a utilização de serviços privados e sem prioridade nos serviços públicos, os idosos apresentam grande quantidade de problemas bucais, como dentes extraídos, sextantes com doença periodontal, lesões da mucosa bucal e necessidade de próteses (Silva e Valsecki Júnior, 2001).

Assim, o processo de envelhecimento da população, também obriga os profissionais e serviços de saúde a estarem preparados para o trabalho com essas pessoas e a diferenciarem fatores próprios do processo de envelhecimento normal, de fatores externos (Silva e Valsecki Júnior, 2001).

O envelhecimento associado a vícios como o tabagismo, etilismo e má higiene oral, é causa de 80% das neoplasias bucais e embora seja mais freqüente no sexo masculino, têm-se observado um aumento de incidência em mulheres (Melo, 2005).

Um estudo feito no município de São Paulo no PSF, em uma população de mais de cinquenta anos de idade, através de exame dos tecidos moles da cavidade bucal, detectou que 18% dos examinados apresentaram lesão sugestiva de câncer de boca. Isto nos aponta uma taxa de prevalência de 27 casos em 10.000 (Sartori, 2004).

2.10 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF pode se constituir em importante instrumento na identificação dos grupos de maior risco social e de famílias sem acesso ao serviço odontológico. A redução dos índices de cárie na população infantil deve ser utilizada para planejamento de ações para outras faixas etárias (Manfredini, 2003).

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS tem sido agente de vital importância. Persiste o predomínio da oferta através da odontologia de mercado. Os próprios dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados de próprio bolso, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000).

Dados do MS revelam que a saúde bucal no Brasil vem recebendo uma parcela relativamente pequena em relação ao total de investimentos do SIA/SUS. Em 1998, 5,24% do investimento em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos, percentual este que oscilava entre 2,07% no estado do Amapá e 11,91% no Mato Grosso do Sul. O gasto per capita anual (1998) em procedimentos individuais também foi modesto, com uma média nacional de R\$ 0,88. Há uma clara tendência de crescimento no eixo Norte-Sul, com gastos per capita de R\$ 0,60; 0,67; 0,83; 1,02 e 1,08 para as regiões Norte, Nordeste, Centro - Oeste, Sudeste e Sul, respectivamente (Barros et al, 2002).

Roncalli (2000, p. 133) afirma:

“A participação da saúde bucal nas atividades do PSF têm sido proposta desde a sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba-PR. (...) A assistência com base no domicílio, introduz uma nova lógica assistencial que rompe com a prática histórica da odontologia, essencialmente centrada no alívio da dor e no trabalho dentro de quatro paredes do consultório.”

Com a Portaria nº 1.444/GM, de 28 de dezembro de 2000, a ESB foi incluída no incentivo financeiro do Programa Saúde da Família com uma ESB para 2 ESF (Brasil, 2004a).

Em 2003, a Portaria nº 673/GM, de 3 de junho, concedeu aumento no valor do incentivo, permitindo o mesmo número de ESB em relação a ESF (Brasil, 2004b).

A Portaria nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, reajustou mais uma vez o valor dos incentivos financeiros e determinou que o MS fornecesse um equipo odontológico completo para as equipes que se habilitassem na modalidade II (Brasil, 2004b).

Analisando o incremento de ESB a partir de 2003, observa-se que em um ano aumentaram de 4.261 para 6.170 (Manfredini, 2004).

Dados apresentados no V congresso Cearense de Odontologia, mostram que o Ceará com seus 173 dos 184 municípios cobertos por ESB no PSF apresenta uma situação alarmante. A Tabela 3 mostra o incremento de ações decorrentes da implantação de ESB, comparando PC e Procedimentos Individuais (PI) no estado em 2000 e 2002 (Manfredini, 2004).

Tabela 3: Incremento de PC e PI relacionado ao aumento de ESB no Ceará.

Ano	PC	PI
2000	2,341 milhões	4,725 milhões
2002	6,954 milhões	5,144 milhões
Incremento (%)	197,04	9,10

Fonte: Revista Brasileira de Saúde da Família , 2004.

3. OBJETIVO

Analisar a evolução histórica das políticas de saúde bucal do município de Diadema no período de 1972 a 2007, relacionando-as com as principais políticas implementadas nesse período, no âmbito federal e estadual paulista.

4. METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo do tipo exploratório, conduzido por meio de análise bibliográfica documental e de entrevistas. Foram analisados documentos oficiais do município de Diadema e realizadas entrevistas com prefeitos, secretários da saúde, coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do município de Diadema, que vivenciaram as diversas fases e políticas de saúde bucal no município.

Para efeito de organização cronológica do estudo, optou-se por uma divisão dos períodos, em conformidade com as diversas administrações que se sucederam. Em cada um destes, identificam-se os principais elementos que caracterizam cada fase. O período entre 1972 e 1982 é agrupado num único momento, pela característica comum que o define. Os outros períodos são: 1983 a 1988; 1989 a 1992; 1993 a 1996; 1997 a 2000; 2001 a 2004; e, 2005 a 2007, ano em que esta pesquisa finaliza.

4.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Os documentos oficiais do município foram selecionados mediante sua pertinência em relação ao período político-administrativo analisado, levando em consideração as principais políticas desenvolvidas no município, sendo esta uma valiosa ferramenta para a reconstituição histórica da abordagem proposta.

Os documentos oficiais foram obtidos na Secretaria Municipal da Saúde de Diadema e no acervo histórico do município.

Foram também selecionadas matérias jornalísticas, revistas e periódicos cuja abordagem envolvesse o objeto de pesquisa.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada tendo como ponto de partida a base de dados da BIREME utilizando-se como palavras-chave: saúde pública – história; serviço de saúde bucal; odontologia; saúde bucal; odontologia preventiva; levantamentos em saúde bucal; Programa Saúde da Família; SUS; e, políticas de saúde.

Foram consultados também livros, periódicos, revistas nacionais e estrangeiras, publicações jornalísticas, trabalhos científicos incluindo teses, dissertações e monografias, além de documentos oficiais do município e sítios da internet.

4.2 ENTREVISTAS

As entrevistas foram semi-estuturadas. O conteúdo foi gravado e transcrito, abordando-se o histórico dos diversos momentos pelo qual a saúde bucal passou. O roteiro de questões se aplica ao conhecimento dos períodos políticos ressaltando as dificuldades e facilidades para a implantação das respectivas políticas.

Foram utilizados três roteiros para a realização das entrevistas: a) para os prefeitos e secretários de saúde; b) para os coordenadores de saúde bucal; e, c) para os cirurgiões dentistas.

As entrevistas tiveram início, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), em outubro de 2007 e se estenderam até maio de 2008. Foram entrevistados três prefeitos, sete secretários municipais de saúde, seis coordenadores de saúde bucal e nove cirurgiões dentistas.

Todos os gestores desses períodos foram entrevistados, exceto o secretário de saúde aqui identificado com o código [SS8] que faleceu. Os cirurgiões dentistas foram selecionados pelo grau de envolvimento nas diversas políticas analisadas.

Nos anos de 1972 a 1986, a política de saúde bucal não era municipal, portanto não foram entrevistados gestores neste período, apenas cirurgiões dentistas que trabalharam nessa época.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora com base nos roteiros abaixo, contendo as seguintes questões:

A) Roteiro para os prefeitos e secretários de saúde:

- 1) Em que período o senhor (a) exerceu o cargo de Prefeito do município de Diadema?
- 2) Na época, como era a política de saúde bucal do município e qual sua contribuição para área?
- 3) Qual a importância da saúde bucal em sua gestão?

B) Roteiro para os coordenadores de saúde bucal:

- 1) Em que período o senhor(a) exerceu o cargo de coordenador de saúde bucal do município de Diadema?
- 2) Na época, como era a política nacional de saúde bucal e em que situação Diadema se encontrava?
- 3) A política de saúde bucal se articulava com outras políticas sociais?
- 4) Como foi o período que o senhor (a) trabalhou na coordenação da saúde bucal? Quanto tempo, como era e quais mudanças ocorreram... enfim, até a sua saída.

C) Roteiro para os cirurgiões-dentistas:

- 1) Em que ano o senhor(a) iniciou suas atividades profissionais em Diadema e quais as principais políticas de saúde bucal implementadas neste período?
- 2) Quais mudanças ocorreram e como isso foi sentido pela população e pela equipe de saúde bucal?
- 3) Como o senhor(a) vê a inclusão da saúde bucal no PSF em Diadema e qual a diferença desta para a antiga política de saúde bucal no município.

Como as entrevistas foram semi-estruturadas, além dessas, outras questões foram formuladas, se e na medida em que o desenvolvimento de cada entrevista criasse oportunidade de novos temas serem abordados.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Para acesso aos documentos oficiais do município, foi solicitado ao secretário municipal da saúde um Termo de Anuência (ANEXO 1).

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Saúde Pública (FSP), da Universidade de São Paulo (USP), para análise dos aspectos éticos e aprovado no dia 1º de outubro de 2007 (ANEXO 2)

Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos sujeitos a serem entrevistados. O TCLE, nos termos da Resolução CNS 196/96 (ANEXO 3) contém informações sobre a pesquisa e o pesquisador. A privacidade dos entrevistados e seu anonimato foram assegurados, assim como foi garantido o direito a interromper a participação a qualquer momento.

5. RESULTADOS

Para efeito de organização cronológica do estudo, optou-se por uma divisão dos períodos, em conformidade com as diversas administrações que se sucederam. Em cada um destes, identificam-se os principais elementos que caracterizam cada fase. O período entre 1972 e 1982 é agrupado num único momento, pela característica comum que o define.

Os períodos e suas características são os seguintes:

- a) 1972 a 1982
 - i) sistema incremental.
- b) 1983 a 1988
 - i) início da política municipal de saúde bucal, incorporada na Secretaria Municipal de Educação;
 - ii) fluoretação das águas de abastecimento público.
- c) 1989 a 1992
 - i) transferência da política de saúde bucal para a Secretaria Municipal de Saúde;
 - ii) sistemas de trabalho de alta cobertura (clínicas modulares e criação das equipes de saúde bucal);
 - iii) atividades educativas;
 - iv) saúde bucal nas escolas de ensino infantil;
 - v) ações coletivas com bochechos fluoretados.
- d) 1993 à 1996
 - i) vigilância dos teores de flúor na água;
 - ii) critérios de risco;
 - iii) odonto-bebê;
 - iv) início das ações coletivas nas escolas estaduais;
 - v) atendimento a adultos e especializado;
 - vi) atendimento a pacientes com necessidades especiais.
- e) 1997 a 2000
 - i) pronto-atendimento nos finais de semana;

- ii) atendimento hospitalar;
 - iii) atendimento odontológico no presídio;
 - iv) prevenção do câncer de boca.
- f) 2001 a 2004
- i) inclusão da saúde bucal na equipe de saúde da família;
 - ii) Centro de Tratamento e Referência – CRT;
 - iii) Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.
- g) 2005 a 2007
- i) reorganização da política municipal de saúde bucal;

5.1 ODONTOLOGIA ESCOLAR: 1972 A 1982

O primeiro indício da existência da SB no serviço público ocorreu em 1972, quando o primeiro cirurgião-dentista começou a trabalhar em escola estadual no município. Esse profissional foi contratado pela Secretaria de Educação do Estado de São Paulo através do DAE.

O atendimento era realizado nas escolas estaduais e o DAE tinha responsabilidade sobre a orientação das ações a serem implementadas, a avaliação da produtividade, o fornecimento de insumos odontológicos e na manutenção dos equipamentos. Por sua vez, a Secretaria Municipal de Educação era responsável pela contratação de recursos humanos.

Nesse período, a política de saúde bucal estava voltada ao atendimento aos escolares e o modelo implementado era o sistema incremental, baseado na metodologia desenvolvida pela Fundação SESP. O cirurgião-dentista trabalhava sozinho, em consultórios montados no ambiente escolar e sua atuação era limitada ao tratamento de lesões de cárie dentária nas crianças matriculadas na escola, sendo que as atividades preventivas e educativas se restringiam a iniciativas isoladas. Isso levava à necessidade de re-tratamentos e não propiciava a melhoria das condições de saúde bucal dos usuários.

O CD [D2] relata:

“Eu entrei na prefeitura em março de 1981 (...) Eu era contratado pela prefeitura através de um convênio que tinha entre a secretaria da educação do município e o DAE.(...) Esse convênio preconizava que a prefeitura contratasse o profissional e o DAE fornecia a orientação técnica e todo o material para esse profissional atender em escola estadual. Em 1981 tinham treze dentistas aqui em Diadema.(...) Eles (o DAE), me orientaram a realizar procedimentos curativos, restaurações em amálgama e resina composta em dentes permanentes. Eu até cheguei a questionar sobre os dentes decíduos das crianças.(...) Mas a orientação é que só fizesse procedimentos em dentes permanentes, porque os dentes decíduos não entravam como produção. A produção era realizar cinco procedimentos, restauração ou extração em

permanentes, num período de quatro horas de trabalho.(...) Eu não concordava com essa política.(...)"

Inexistia uma política de promoção e prevenção de saúde bucal e a abordagem era meramente curativa. Até 1986 foram quinze os cirurgiões-dentistas no serviço escolar, sendo dois servidores do Estado e treze da Prefeitura, contratados como funcionários celetistas.

Além do serviço escolar, o município dispunha de um centro de saúde da SES-SP. Essa unidade mantinha um serviço de saúde bucal com três cirurgiões-dentistas. Nesse atendimento, a prioridade era dada aos escolares, que eram referenciados das escolas estaduais. O atendimento ao paciente adulto se reduzia às urgências.

A CD [D1] trabalhou no único centro de saúde estadual que existia em Diadema e coloca:

"Trabalhei no único posto do estado que agora pertence a prefeitura, que é a UBS Centro. Eram três períodos de dentista, um de manhã, um à tarde e outro à noite.(...) Era um gabinete pequeno. O nosso trabalho lá era um complemento do pessoal que ficava nas escolas. Eles mandavam pra gente e atendíamos as crianças, que eram prioridade. Adultos eram atendidos na emergência mesmo."

5.2 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1983 A 1988.

Esse período foi marcado pela municipalização da SB, inserida como atividade da Secretaria Municipal de Educação e pelo início da fluoretação das águas de abastecimento público.

Por várias décadas, a política hegemônica de SB no Brasil e também em Diadema, era voltada ao atendimento aos escolares. As escolas abrigavam os consultórios odontológicos, num trabalho essencialmente curativo, seguindo o sistema de atenção incremental (Diadema, 1997a).

Quando [P1] elegeu-se prefeito, deu início ao primeiro governo popular do município. A política de saúde bucal, a princípio, não sofre alteração, continuando a ser orientada pelo DAE. Na ocasião, eram muitos os problemas sanitários:

[P1] relata:

“O maior programa social do Brasil foi a urbanização das favelas. (...) Então nós, urbanizando a favela, melhoramos a saúde do povo. As pessoas não tinham endereço antes da urbanização.(...) Se nem água não tinha, como que ia ter tratamento bucal? A autorização para a fluoretação das águas aconteceu na minha gestão em 1985, mas foi implementada pela SABESP em 1986. (...) Aí veio a baixa da mortalidade: porque tinha água. Eles tinham esgoto passando embaixo do barraco, antes era aberto, contaminando a água. A infra-estrutura foi a base de meu governo. (...) começamos a construir escolas e passamos de mais ou menos mil e quinhentas para dez mil crianças em um ano.”

[D2] declara:

“O [P1] assumiu em 1983 como prefeito de Diadema e foi a primeira administração petista do Brasil. (...) Quando eu conheci [P1], eu sugeri que houvesse uma modificação nesse programa, na forma como os dentistas atendiam nas escolas. (...) Não havia controle nenhum da prefeitura sobre o nosso serviço e nossa produção. (...) Tínhamos dois patrões...”

Segundo reportagem publicada em março de 1988, o serviço municipal de saúde bucal foi formado da seguinte maneira:

“Em 16 de outubro de 1987 começou a funcionar o Projeto SAREM – Serviço de Apoio a Rede Escolar Municipal – atuando nas áreas de fonoaudiologia e odontologia, atendendo, gratuitamente, estudantes das EMEI – Escolas Municipais de Educação Infantil, SEJA – Serviço de Educação de Jovens e Adultos, Escola de Esportes e Escola de Educação Especial Olga Benário Prestes. Na área odontológica, o Programa Educativo de Higiene Corporal e Saúde Bucal coordenado e criado por três cirurgiões-dentistas da Prefeitura, ataca dois pontos fundamentais: prevenção, através de transmissão de conhecimentos científicos aos pais, professores e alunos; e tratamento dentário com serviços emergenciais, curativos, restaurações permanentes e radiografias, extensivas aos estudantes dos colégios estaduais. Para desenvolver o programa a equipe municipal contou com o auxílio de 15 dentistas lotados nos consultórios da rede estadual e o trabalho de 100 estagiários do curso de odontologia, do Instituto Metodista de Ensino Superior.” (Informativo Municipal, 1988, p. 13).

O CD [D3] relata:

“Eu iniciei em 1986. A gente era contratado pela secretaria municipal de educação para trabalhar nas escolas estaduais. (...) Aí trabalhei dois anos na escola pública e depois veio a municipalização que teve início em 1987...”

A CD [D4] iniciou suas atividades profissionais em 1987 e conta:

“Raramente fazíamos escovação porque não conseguíamos manter as escovas nas escolas, pois não era fornecido pela prefeitura, nem pelo estado. Nós chamávamos as crianças de sete anos de idade e fazíamos o selamento em amálgama do primeiro molar mesmo sem ter cárie presente (...) Na época não havia tratamento de canal para decíduo e muitas vezes fazíamos até extração seriada de decíduos...”

O prefeito [P1] declara sobre o início da política municipal de SB:

“Enquanto a gente estava construindo escolas, íamos colocando as crianças para estudar. E aí, fomos ampliando o atendimento dos dentistas. Como não existiam dentistas nas escolas municipais, nós criamos o SAREM, que era um local de atendimento para crianças de menos de sete anos. (...) Aí fizemos também um trabalho de prevenção e de orientação nas escolas. Um trabalho

com professores e estudantes da Metodista (...) Os adultos não tinham mais jeito, era um caso quase que perdido. (...) Aí nós contratamos dentistas para melhorar o atendimento, enfim, desenvolvemos um trabalho de prevenção.”

A SB fazia parte da Secretaria Municipal de Educação. O dentista [D2] relata sobre o SAREM:

“Eu fui chamado pelo secretário de educação para ser diretor de um departamento que visava a saúde e higiene ao escolar. Foi aí que criamos o SAREM. O prefeito [P1] investiu muito em construção de EMEI e não tínhamos atendimento para esta faixa etária. (...) Montamos um consultório onde hoje é o CAPS e colocamos três dentistas para trabalhar. Eles atendiam a demanda das EMEI. (...) O dentista do período das 17 às 21 horas atendia também os alunos do SEJA.(...) Aqueles primeiros programas que foram discutidos em 1986 e 1987 priorizavam a prevenção. Desenvolviam ações preventivas e educativas em unidades escolares e outros ambientes sociais.(...) Nós da secretaria municipal de educação, fizemos um convênio com a Universidade Metodista e trazíamos os alunos para Diadema uma vez por semana para fazerem programas preventivos nas EMEI. (...)”

O [SS1] exerceu o cargo de secretário de saúde de janeiro de 1983 a julho de 1988 e relata:

“Na verdade, a secretaria municipal de saúde tinha uma estrutura pequena e uma quantidade de equipes também pequena. A prefeitura na época tinha nove postos de puericultura. Esses postos faziam atendimento à criança, vacinação, e dois postos atendiam a gestante. O adulto não era atendido e nem tinha a parte de saúde bucal. (...) Mas nós tínhamos acumulado essa vontade de implantar esse serviço de saúde bucal, já que participamos do debate da reforma sanitária. (...) Nessa época, eu já concebia uma unidade de saúde com espaço voltado para todas as áreas. Eu consegui com o INAMPS o recurso e fizemos o desenho da unidade de saúde com consultório de pediatria, de ginecologia e sala de odontologia.”

A CD [D4] conta:

“...Os escolares atendidos eram em número reduzido, pois as condições eram inadequadas para o atendimento. A gente trabalhava na época com ebulidor, nem tinha estufa. Não existia o auxiliar e o horário de atendimento dependia das atividades das crianças na escola. Isso levou a uma produtividade muito baixa do dentista. (...) ficamos ligados à Secretaria Municipal de Educação até 1988, quando começou a movimentação para a construção das UBS, que apesar de já existirem algumas, não contemplavam ainda a saúde bucal.”

5.3 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1989 A 1992.

No período de 1989 a 1992, destaca-se a transferência da SB para o Departamento de Higiene e Saúde de Diadema (DHS- Diadema). As políticas que caracterizaram esta fase foram a montagem das clínicas modulares e criação das equipes de saúde bucal; as atividades educativas; as ações coletivas com bochechos fluoretados; e, a saúde bucal inserida nas programações das escolas de ensino infantil.

Em 1989, com a posse do prefeito [P2], uma nova proposta foi colocada para a saúde. Logo no início da gestão, a SB foi transferida da secretaria de educação para a secretaria de saúde, havendo a partir daí, uma mudança do espaço de trabalho e sendo formulada uma nova programação.

A partir daí, os espaços de trabalho passaram a ser as unidades básicas de saúde e foram introduzidos os sistemas de trabalho de alta cobertura, com clínicas modulares e equipes de saúde bucal (Diadema, 1997b).

Os bochechos fluoretados eram realizados em Diadema desde 1989. O programa desenvolvido em Diadema foi realizado sob a forma de bochechos diários com solução na concentração de 0,05% de fluoreto de sódio.

O prefeito [P2] coloca:

“Quando eu fui prefeito nós construímos uma unidade de saúde para cada bairro. (...) Primeiro que nós tínhamos uma proposta de um espaço voltado para a saúde bucal, onde você tinha o atendimento a quatro mãos. Tinha o trabalho de prevenção, que o nosso profissional se deslocava para a escola, trabalhava a escovação. (...) A prevenção da cárie, a escovação, o bochecho, num trabalho imensamente articulado.(...) Nós implantamos o módulo nas unidades de saúde. (...) Não foi difícil tirar o dentista das escolas, porque nós não deixamos as crianças sem nada. Nós tiramos e aumentamos o programa. Agora nós tínhamos um programa concreto. A escola passava pela unidade.”

A secretária de saúde [SS2] exerceu o cargo de 1989 a julho de 1995 e caracteriza a transição:

“Quando assumi a secretaria, um dos desafios nossos era organizar o sistema municipal de saúde. (...) Tivemos um primeiro momento de dificuldade que foi a saída desses profissionais da secretaria de educação para a secretaria de saúde (...) O coordenador de saúde bucal veio a ser o [CSB1], que passou a participar da equipe de direção da SMS-Diadema. (...) fomos definindo as questões fundamentais que eu vou ressaltar três. A primeira foi definir o universo. (...) Que este programa ia ter um viés educativo muito grande e que nossa prioridade seriam as crianças, porque a partir daí a gente produziria mudanças educacionais, na cultura e acompanharia essa geração para ter como resultado um outro padrão de saúde bucal na cidade (...) Outro ponto fundamental nessa definição inicial, foi a metodologia de trabalho na assistência odontológica que passaria a ser a metodologia de atendimento a quatro mãos, com equipe com ACD e THD. (...) Foram criados os cargos, desenvolvemos formação para alguns profissionais. O outro ponto decorrente disso foi o espaço físico e equipamentos para a saúde bucal nas UBS que seriam construídas naqueles quatro anos. (...) A planta física teve que ser modificada (...) com equipes modulares, com escovódromos em todas as UBS (...) Cada unidade básica tinha vínculo com suas escolas...”

O CD [D2] relata:

“Quando o prefeito [P2] entrou em 1989, fui chamado para conversar com a secretária de saúde [SS2]. (...) Ela me comunicou que a partir daquele momento a SB faria parte da secretaria de saúde e pediu para que eu convocasse uma reunião no SAREM com todos os dentistas, que na época já eram em torno de vinte. (...) Durante a reunião ela comunicou aos profissionais que o diretor do departamento seria um médico pediatra e que queria colaboradores para formar a equipe e construir um novo programa de saúde bucal...”

Em matéria jornalística de 1989, afirma-se:

“Em 1987 na cidade, foi colocado em prática um projeto que, além de garantir o tratamento odontológico a todas as crianças matriculadas nas EMEI, visava também o cuidado com a prevenção da cárie. Durante o tempo em que durou, esse trabalho foi um sucesso mas, com a mudança do chefe do executivo, não

teve continuidade, apesar de que [P2] ocupava o cargo de diretor do Departamento de Saúde. Atualmente, a prefeitura de São Paulo adota o mesmo programa, que será posto em prática em 1990.” (Diadema Jornal, 1989, p. 6).

Como réplica do município, na mesma reportagem:

“Segundo informações de Satossi Kitahara, auxiliar do serviço odontológico da municipalidade, o SAREM foi extinto porque não atingiu o seu objetivo. Na atual gestão, o serviço passou a fazer parte do Departamento de Saúde e num convênio com o Estado, foi montado em 16 escolas estaduais consultórios odontológicos, onde os profissionais continuam dando atendimento de emergência às crianças das EMEI. Nessas escolas além do tratamento dispensado aos estudantes, os dentistas da municipalidade, juntamente com os professores fazem uma campanha de prevenção ...” (Diadema Jornal, 1989, p. 6).

A reportagem diz ainda:

“...apesar do município possuir 56 escolas estaduais e mais 20 municipais, somente 16 é que têm a assistência odontológica. E em toda a cidade existem dois postos dentários para atender toda a população. (...) Com a mudança do governo municipal, o SAREM foi desativado e foram criados em seu lugar dois consultórios dentários nas UBS Serraria e dois no Jardim ABC ...”(Diadema Jornal, 1989, p.6).

Réplica de Satossi:

“...Estamos num projeto de construção de mais consultórios dentários nas UBS, mas tudo isto leva tempo. O nosso projeto nessas escolas vem alcançando resultados positivos, precisando agora ampliá-lo...” (Diadema Jornal, 1989, p. 6).

5.3.1 Sistemas de trabalho de alta cobertura

A partir de 1989, os serviços odontológicos das unidades de saúde começaram a ser projetados na forma de clínicas modulares, com três ou quatro equipamentos no mesmo espaço físico, e contando com uma área de instrução e

motivação para higiene bucal: os escovários. Com as clínicas modulares, houve a mudança da prática odontológica e foram formadas as primeiras equipes de saúde bucal, com a incorporação de ACD e posteriormente do THD (Diadema, 1997b).

Os consultórios instalados nas escolas foram desativados e os profissionais transferidos para as unidades de saúde, formando equipes multidisciplinares (Diadema, 1997b).

O coordenador de saúde bucal de 1990 a 1996 [CSB1] declara:

“...Em Diadema entre 1989 a 1991, conseguimos duas coisas bastante importantes: no primeiro momento foi a decisão política acertada e o apoio que tivemos para a desativação dos consultórios dentro das escolas. Trabalhávamos no sistema incremental e tínhamos muita dificuldade de entendimento do que era o sistema incremental naquele tempo. Os dentistas trabalhavam nas escolas e a resolutividade era muito baixa. Tinha ainda a questão da promoção da saúde bucal ...”

A CD [D4] relata:

“... Fui trabalhar na UBS Canhema que foi inaugurada em 1989 já com serviço de saúde bucal. (...) Aí passamos a ter acesso a materiais mais adequados, como o selante e já começou a se discutir uma política de saúde bucal mais conservadora no município. Havia um movimento bastante grande contra a saída dos dentistas das escolas. (...) A UBS era um espaço adequado, com profissionais auxiliares e aumentou o acesso da população. A cobertura foi ampliada e chegou a ter fila para o atendimento da urgência...”

[CSB1] completa:

“.. Nós chegamos sem nenhuma bagagem de saúde pública e fomos fazendo algumas experiências em atividades de promoção e prevenção, aliados a construção das primeiras 14 UBS, sempre contemplando o espaço de saúde bucal com módulos para quatro cadeiras. Tivemos um trabalho onde passávamos a noite pesando flúor para no dia seguinte fazer os bochechos das crianças nas escolas...”

O prefeito [P2] coloca:

“...O maior salário do Brasil, não somente para dentista, mas para os outros profissionais de saúde bucal, era o de Diadema. (...) Havia manutenção dos equipamentos, não faltavam instrumentos e insumos. Isso era uma coisa boa. Quem trabalhava sentia-se parte do processo, sentia-se valorizado. Fazíamos uma avaliação periódica dos resultados, dos avanços obtidos (...) A saúde bucal em minha gestão foi muito importante, foi uma marca. No Brasil a prática da saúde excluía a saúde bucal, então estava fora do sistema. (...) Nós tivemos que preparar o profissional para essa organização de serviço: trabalhar a quatro mãos, trabalhar com unidade modular, trabalhar não somente com essa atividade de atendimento, mas também a educativa com a mesma importância...”

O CD [D2] relata:

“...No Departamento de Obras é que foi desenvolvido o módulo e aprimorado. (...) Tivemos que adaptar os equipamentos para os módulos. (...) A prefeitura comprou cerca de cinquenta equipamentos odontológicos à medida que as UBS iam sendo construídas. Já calculavam uma área mínima para a saúde bucal que era em torno de 36 metros quadrados...”

Para a implantação das ESB, houve a necessidade de formação de profissionais auxiliares no município. As primeiras ACD foram atendentes de enfermagem em desvio de função. Nessa perspectiva, o DHS-Diadema criou em agosto de 1990, um curso supletivo de qualificação profissional com habilitação parcial em atendente de consultório dentário e habilitação plena em higiene dental. Na ocasião, o município já havia implantado o sistema modular de atendimento odontológico em três unidades e oito novas unidades estavam em processo de implantação. O curso teve 96 horas e foi conduzido por cinco CD da rede (Diadema, 1990).

O CD [D3] relembra:

“Iniciei na UBS Promissão e a população era mais atendida, era mais coberta. Tinha a ACD, mas ainda não tinha a THD naquela época. As ACD eram auxiliares de enfermagem e a gente dava o curso para elas e depois elas podiam tirar o CRO...”

5.3.2 Atividades educativas

A implantação das atividades educativas em grupo teve início em 1989 e eram realizadas nas UBS, em grupos de 10 a 15 pessoas. Nesses grupos, o CD ou ACD abordava os problemas de maior prevalência na população. O objetivo era levar informações sobre prevenção de doenças bucais e fornecer creme dental fluoretado, escova dental e soluções de fluoreto de sódio para bochecho. Além disso, procedia-se aos exames bucais para identificação de necessidades para encaminhamento às clínicas odontológicas. Os grupos cobertos eram as crianças de 0 a 4 anos, suas mães, gestantes e idosos (Diadema, 2000).

O coordenador de saúde bucal [CSB1] explica:

“... A gente não tinha ainda nenhuma grande iniciativa do governo federal nas programações e também em nível de estado as coisas eram muito precárias no que se refere a uma política consistente de saúde bucal. (...) Eu lembro que aqui em Diadema, nas programações entre 1990 e 1991, a gente se baseou muito no que a cidade de Santos fazia (...) O Estado se limitava às questões ligadas a odontologia infantil e alguns municípios avançaram mais na universalização, na inclusão. Na época gente tinha Santos e Porto Alegre com avanço...”

Em 1989, segundo documento da então DHS-Diadema, foi introduzido no município o “Projeto piloto ampliado para o sistema de controle da cárie dental nas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI)”, cujo objetivo era integrar ações coletivas e restauradoras (Diadema, 1989).

Até este momento, o serviço de saúde bucal não desenvolvia práticas preventivo-educativas. Com o apoio da diretoria do Departamento de Saúde e Higiene da Prefeitura de Diadema e baseando-se em trabalhos inovadores, como o desenvolvido pelo Prof. Ruy Opperman da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, um grupo de CD começou a buscar soluções para os problemas de saúde bucal. Foram identificados problemas similares aos observados em Porto Alegre, limitando a possibilidade de desenvolvimento de um trabalho coletivo de maior abrangência (Diadema, 1989).

O projeto era de natureza educacional e a criança o principal alvo. A primeira fase consistia na comunicação com as crianças, professores e diretores das EMEI. Ao longo do programa, as informações em saúde bucal eram passadas através de discussões coletivas e/ou individuais, que abordavam as causas de cárie e doença periodontal, formas de prevenção, objetivos do projeto piloto, dificuldades coletivas e individuais no desenvolvimento do programa e cuidados caseiros (Diadema, 1989).

O prefeito [P2] fala sobre esse trabalho:

“...Esse trabalho com a escola não era só isso, nós trabalhávamos outras questões. A dimensão que nós dávamos a tudo era que a escola tinha um papel importante tanto na prática como na formação, como espaço de conhecimento, um espaço importante de envolvimento.”

O CD [D3] diz:

“A gente ia às escolas fazer programas de escovação com flúor, fazíamos reuniões com as mães, com as professoras, obedecia todo o esquema de ações coletivas, com educação.”

O coordenador de saúde bucal [CBS1] relata:

“...A grande política inter-setorial que a gente conseguiu em Diadema foi com a educação. (...) Houve o interesse do prefeito de não deixar nenhuma criança entre zero a seis anos de idade fora da pré-escola. (...) Quem nos ajudou muito na época, foi o pessoal do Rio Grande do Sul. O Prof. Ruy Opperman, que tinha um trabalho em Porto Alegre com duas ou três escolas onde ele trabalhava as triagens em cima do grau de ataque da cárie e localização da cárie. (...) Acho que essa foi a grande política na época inter-setorial. Talvez equivocada, porque a gente focou muito nela e por muitos anos e acabou se esquecendo dos adolescentes e adultos...”

5.4 POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1993 A 1996.

Esse período foi marcado pela implementação de diversas políticas de SB. Dentre elas destacamos a vigilância dos teores de flúor na água; a classificação de risco; o odonto-bebê; o início das ações coletivas nas escolas estaduais; o atendimento a adultos e atendimento especializado; e o atendimento a pacientes com necessidades especiais.

O documento final da II Conferência Municipal de Saúde – I Conferência Municipal de Saúde Bucal, realizada em 1993, refere os resultados obtidos com essa programação:

“Um estudo realizado recentemente em uma escola estadual de nosso município, mostrou que as crianças que freqüentaram EMEI apresentavam, em média, 0,17 dentes permanentes atacados pela cárie aos sete anos, enquanto aquelas que não freqüentavam as EMEI no mesmo período (não recebendo, portanto os cuidados preventivos oferecidos pela PMD) apresentavam 0,57 dentes permanentes cariados na mesma faixa etária.” (Diadema, 1993, p. 4).

O Prefeito [P3] diz:

“Quando fui prefeito de 1993 a 1996, a SB já tinha uma definição, devido ao mandato anterior do prefeito da cidade, o [P2] a esposa dele a [SS2] que era a secretária de saúde e inclusive foi minha secretária de saúde durante dois anos e meio. (...) Demos um grande salto na SB, que teve seu início na segunda gestão do PT com o [CSB1] como coordenador. (...) Entre 1993 a 1996 (...) foi quando se contratou mais dentistas na cidade. Foi quando a gente aperfeiçoou os espaços, com quatro cadeiras, com equipos modulares, com os dentistas sendo mais bem aproveitados do ponto de vista técnico operacional, com as ACD, as THD, com as clínicas de alta cobertura. (...) Foi a cidade que naquele momento tinha o maior número de dentistas na atenção básica. O foco era muito nas crianças e nos adolescentes, por motivos óbvios, nós não podíamos atender todos. Chegamos a ter, para minha alegria, os indicadores - no meio da década de 1990 de redução de cáries entre as crianças - que a OMS recomendava para o ano 2000. (...)”

O coordenador de saúde bucal [CSB2] refere os avanços desse período:

“No período de 1993 a 1996, eu diria que foi um período de grande avanço da política municipal de SB. A partir de 1993 foi possível incorporar uma grande quantidade de ACD e THD. Isso foi possível com o início dessas carreiras. Foi realizado o primeiro concurso público e teve também um grande ingresso de dentistas. O quadro de funcionários quase que triplicou nesse período.”

Segundo documento técnico da época:

“...Esse processo não está totalmente concluído, sendo necessárias novas contratações e cursos de formação até que se eleve a relação auxiliares/CD dos atuais 1,5 auxiliares/CD até aproximadamente 3,0 auxiliares/CD, o que otimizará os serviços e ampliará seu espaço de atuação.(...) O chamado sistema de alta cobertura permitiu diversificar as atividades desenvolvidas e ampliar a cobertura das programações em mais de 400%, apenas entre os anos de 1992 e 1996. Nesse último ano foram realizados 45.207 tratamentos odontológicos, significando, em articulação com as ações coletivas de saúde bucal, uma cobertura total de aproximadamente 70% das crianças de 0 a 14 anos residentes na cidade.” (Diadema, 1997b, p.05).

Matéria publicada na imprensa realça:

“Crianças na faixa de cinco anos têm 50% de seus dentes livres de cáries, meta pretendida pela OMS – Organização Mundial da Saúde – para o ano 2000. O resultado é de um levantamento feito pelo Departamento de Saúde e Higiene entre 3.290 crianças, de um total de 11.000 que passaram por creches e escolas municipais. Esse avanço conquistado em Diadema, segundo a equipe do prefeito José de Filippi Júnior (PT), deve-se ao programa desenvolvido nas creches e escolas, onde as crianças fazem diariamente, escovações e bochechos com solução fluoretada, além de sessões mensais de fluoroterapia intensiva e atividades educativas. O levantamento foi monitorado por profissionais da USP e Universidade Metodista do ABC...” (Diário Popular, 1994).

A I Conferência Municipal de Saúde Bucal e a II Conferência Municipal de Saúde, ocorridas em 1993, propunham o direito à assistência odontológica, expansão dos serviços assistenciais; acesso a serviços de referência para atendimento

especializado; direito de acesso à prevenção em SB: garantia de acesso à água tratada e fluoretada a toda a população; garantia de acesso a informações sobre saúde e doenças bucais; garantia de acesso à métodos preventivos através de ações coletivas; e, política de recursos humanos: política de formação e incorporação de pessoal auxiliar com criação de carreiras e concurso público; repúdio às tentativas de restrição ao trabalho dos THD e ACD por entidades corporativas e descompromissadas com a saúde bucal dos brasileiros (Diadema, 1993, p. 4).

O serviço de saúde bucal em 1993 estava organizado com atividades preventivas voltadas para crianças de 0 a 3 anos, que recebiam orientações e cuidados preventivos através de atividades em grupo vinculadas ao atendimento de enfermagem; crianças de 3 a 6 anos matriculadas em creches e escolas municipais realizavam escovações e bochechos diários com solução fluoretada, além de sessões mensais de fluoroterapia intensiva e atividades educativas de rotina (Diadema, 1993, p. 4).

[CSB1] fala sobre esta fase:

“A gente começou em 1990 com esse trabalho de prevenção e promoção nas escolas com um ceo-d bastante alto na faixa etária que nós atuávamos. A gente tinha um CPO-D como de todo o Brasil. (...) Isso teve uma importância maior ainda quando pudemos trazer as crianças das escolas para as unidades para fazer o tratamento restaurador. Já tínhamos também nesse período a fluoretação das águas de abastecimento público e foi implantado nosso sistema de vigilância.”

A [SS2] relata;

“... tivemos excelentes resultados também devido a fluoretação das águas de Diadema e o controle da fluoretação que eu não lembro a data que começou. Fazíamos também o acompanhamento do CPO-D anualmente.”

Durante o II Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO), ocorrido em Guarujá – SP, um dos destaques foi o programa de saúde bucal de Diadema:

“...através do programa, educadores e funcionários das escolas municipais foram treinados e hoje coordenam a escovação e bochecho fluorado feitos

diariamente pelos quinze mil alunos da rede. (...) A saúde bucal se dá desde a fase de bebê por intermédio das mães, orientadas nas creches e unidades de saúde, para fazer corretamente a limpeza da boca da criança...” (Diário da Cidade, 1994).

Artigo publicado em revista odontológica de circulação nacional ressalta que os objetivos do programa eram:

“- inserir as ações de saúde bucal nas unidades de saúde, iniciando uma integração com os demais programas de saúde em desenvolvimento;
- desenvolver ações de saúde bucal para toda a população da cidade, priorizando as crianças.” (Rev. ABO Nacional, 1994).

Reportagem publicada em novembro de 1994 afirma:

“Dentistas de Diadema se reuniram na última semana, para discutir a situação da saúde pública bucal do município. O encontro, que aconteceu no Paço Municipal, contou com uma palestra cujo tema foi: História das políticas públicas de SB no Brasil e suas relações com a realidade de Diadema. O programa realizado desde 1989 na cidade visa combater o nível caótico brasileiro através da prevenção em crianças e adultos.” (Diadema Jornal, 1994b, p. 6).

Na mesma data, foi publicada matéria, onde [CSB1], coordenador do programa de saúde bucal do município explica:

“Aos 12 anos uma criança (nível Brasil) chega a ter seis dentes cariados, enquanto em Diadema este índice cai para menos de quatro dentes. O programa de saúde bucal de Diadema está voltado para a questão preventiva.” (Diadema Jornal, 1994c).

[CSB2] relata a situação da política nacional de saúde bucal no ano de 1993, quando iniciou suas atividades em Diadema:

“Na verdade não havia em 1993 uma política nacional pactuada para os municípios e estados, mas havia um movimento forte no sentido de promover algumas mudanças nas práticas a nível nacional, em especial, uma mudança na tabela de procedimentos que incluía pela primeira vez uma remuneração para

procedimentos coletivos, numa perspectiva de financiar ações antes remuneradas individualmente como procedimentos individuais, o que estimulou muitos municípios a tentar promover mudanças no sentido de incorporar procedimentos coletivos. (...) Na época havia uma articulação muito forte na área da educação, tanto municipal como estadual. (...) Com uma política conhecida em todo o município, o que nos permitia ir um pouco além do horizonte da saúde.”

5.4.1 Vigilância dos teores de flúor

A fluoretação das águas de abastecimento público teve seu início em Diadema no ano de 1986. Em maio de 1993, a PMD passou a controlar os teores de flúor na água de abastecimento público da cidade, garantindo este benefício para toda a população servida pela rede, o que representou uma ação de grande relevância (Diadema, 1997b).

Na ocasião, as amostras eram coletadas mensalmente em onze bairros da cidade, sendo analisadas em laboratório para checarem os teores de flúor do município. Documento oficial relata:

“O Departamento de Saúde e Higiene, decidido a garantir o benefício da fluoretação a toda a população da cidade, passou a realizar coletas mensais, em dias sorteados, de amostras de água, inicialmente em onze bairros da cidade, passando a fazê-lo em treze localidades em janeiro de 1994. (...) Os locais escolhidos foram as UBS e os responsáveis pelas coletas são os profissionais de saúde dessas UBS...” (Diadema, 1994).

No período entre maio de 1993 e setembro de 1994, foram colhidas 60 amostras, que foram classificadas em aceitáveis ou inaceitáveis de acordo com a concentração de flúor encontrada, cuja relação ótima deveria estar em 0,7 ppm de flúor, com uma variação de 0,1 para mais ou menos.

Os dados apurados através do relatório indicaram que em seu primeiro ano de funcionamento, a vigilância da fluoretação das águas de abastecimento público de Diadema comprovou os teores de flúor necessários para a redução da incidência de cárie, sem riscos consideráveis de ocorrência de fluorose dentária por ingestão contínua de água com excesso de flúor (Diadema, 1994).

5.4.2 Classificação de risco

Conhecimentos sobre o processo de formação e desenvolvimento da cárie foram introduzidos em Diadema em 1993, através da realização de um curso de cariologia, motivando mudanças na percepção da saúde e das doenças bucais e levando ao desenvolvimento de novas programações (Diadema, 1997c).

No Manual de classificação das crianças segundo suas condições de saúde/doença bucal, aparecem as seguintes orientações:

“Os critérios para a classificação das crianças foram assim distribuídos:

1. Quanto à atividade da doença cárie/doença gengival:

a) sim

i) Presença de manchas brancas ativas e/ou;

ii) Presença de lesões ativas de cárie e/ou;

iii) Presença significativa de placa bacteriana, com inflamação gengival.

b) não

i) Ausência de manchas brancas ativas e/ou;

ii) Ausência de lesões ativas de cárie e/ou;

iii) Ausência ou presença significativa de placa bacteriana, sem inflamação gengival.

Nesses casos podem ocorrer a presença de manchas brancas inativas, fossas e fissuras escurecidas (manchas escuras inativas) ou mesmo de cavidades de cárie inativas (lesões crônicas). Todas essas situações expressam a ausência de atividade da doença cárie.

2. Quanto à presença de lesões cavitadas de cárie:

a) sim

i) Presença de cavidades de cárie dentária, sejam elas crônicas ou agudas.

b) não

i) Ausência de cavidades de cárie dentária.

Nesses casos pode ocorrer a presença de manchas brancas ativas ou inativas e fossas e fissuras escurecidas (manchas escuras), desde que não tenha ocorrido cavitação.

c) cárie zero

i) Ausência de cavidades de cárie dentária;

ii) Ausência de lesões tratadas de cárie.

3. Quanto à necessidade de atendimento de urgência:

a) sim

i) Presença de abscesso dento alveolar ou gengival;

ii) Presença de fístula;

iii) Presença de dor de origem dental;

iv) Necessidade urgente de exodontia.

A necessidade de atendimento odontológico para a realização de atendimentos programáticos, mesmo em casos de crianças com vários dentes nessas condições não implica necessariamente em sua inclusão neste grupo, caracterizado pela sintomatologia e pela necessidade de tratamento imediato.

b) não

i) Ausência das situações acima listadas...” (Diadema, 1997c)

Dessa forma, após o exame quanto aos três critérios apresentados, a classificação é executada de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2: Classificação dos grupos quanto ao risco

Grupo	Quanto à atividade da doença cárie/gengival	Quanto à presença de lesões de cárie	Quanto á necessidade de tratamento de urgência
A₁	NÃO	CÁRIE ZERO	NÃO
A	NÃO	NÃO	NÃO
B	NÃO	SIM	NÃO
C	SIM	NÃO	NÃO
D	SIM	SIM	NÃO
D₁	SIM	SIM	SIM

Fonte: Diadema, 1997c.

Em outros termos, segundo o Manual de classificação das crianças segundo suas condições de saúde bucal (1997) os grupos podem ser caracterizados da seguinte forma:

- “Grupo A₁ : crianças que nunca tiveram lesões de cárie (cárie zero), não apresentando nenhuma restauração, e apresentando-se na ocasião do exame com o meio bucal em situação de equilíbrio. Podem apresentar sulcos escurecidos nos pré-molares e molares, ou ainda manchas brancas inativas, desde que sem cavitação;

- Grupo A: crianças que já tiveram lesões de cárie, essas lesões estão adequadamente tratadas, não apresentam novas lesões e apresentam-se, na ocasião do exame, com o meio bucal em situação de equilíbrio;
- Grupo B: crianças que apresentam lesões de cárie dentária não tratadas, resultantes de desequilíbrios anteriores, cuja evolução resultou em cronificação (quer seja pelo acesso ao flúor ou mesmo por mudanças nos hábitos de alimentação ou de higiene bucal), apresentando-se na ocasião do exame com o meio bucal em situação de equilíbrio;
- Grupo C: as crianças não apresentam lesões de cárie dentária, mas apresentam-se na ocasião do exame com o meio bucal em situação de desequilíbrio. Esse desequilíbrio pode se manifestar através de manchas brancas ativas, ou mesmo por grande acúmulo de placa bacteriana e inflamação gengival;
- Grupo D: crianças que apresentam lesões de cárie de evolução aguda, com o meio bucal em situação de desequilíbrio;
- Grupo D₁: crianças que apresentam lesões de cárie de evolução aguda e com sintomatologia dolorosa, tendo ainda o meio bucal em situação de desequilíbrio no momento do exame” (Diadema, 1997c).

O coordenador de saúde bucal [CSB2] diz:

“...tivemos várias atividades de educação continuada, formação para os profissionais na área de cariologia, na área de saúde bucal do bebê e em outras áreas, o que permitiu atualizar os procedimentos coletivos realizados na cidade. Anteriormente, embora se desse grande ênfase na prevenção, praticamente, um ou dois métodos preventivos estavam sendo dados para todas as crianças. A partir dessas iniciativas de educação, foi possível criar uma sistemática de classificação de risco dessas crianças e ao mesmo tempo a diversificação das tecnologias preventivas, utilizadas dependendo do risco. Foi implantado também toda uma sistemática de triagem e classificação de nossos clientes, tanto na escola quanto na própria unidade...”

O CD [D3] fala sobre a classificação de risco:

“O atendimento era para crianças até 14 ou 15 anos. (...) No começo a forma de entrada das crianças era através do livro de espera, depois, quando o

[CSB2] veio para Diadema coordenar a bucal, então foi através das ações coletivas, quando nós éramos responsáveis pelas crianças da escola. Foi criado o grupo de risco e as crianças D e D1 eram chamadas primeiro.”

5.4.3 Odontologia para bebês

Em estudo realizado no ano de 1993, verificou-se que 46% das crianças aos cinco anos de idade matriculadas nas EMEI do município, estavam livres de cárie. Para enfrentar este quadro, formulou-se o “Plano integrado de atenção à saúde bucal das crianças de 0 a 3 nos de idade”, aplicado nas áreas de saúde da criança, enfermagem e setor de creches da Secretaria Municipal de Educação.

Matéria publicada em março de 1994 registra:

“A partir da segunda quinzena de março, as crianças na faixa de zero a cinco anos terão atenção redobrada quanto à saúde bucal nas UBS da cidade. Os profissionais também estarão orientando as mães sobre a limpeza dos bebês após as mamadas, fornecerão flúor para aplicação desde o primeiro dentinho e escovação apropriada até os dois anos quando a criança já tem dentição completa. De três em três meses, mães e bebês participarão das reuniões nas UBS com profissionais que lhe darão orientações gerais...” (Diadema Jornal, 1994a).

Artigo publicado em revista nacional afirma:

“Além do pioneirismo de alguns procedimentos implantados pelos recursos de saúde municipais, Diadema vem desenvolvendo atividades educativas e preventivas com bebês...” (Rev. ABO Nacional, 1994).

Em reuniões realizadas em dezembro de 1994, foram definidas as “Propostas para o planejamento da área de saúde bucal no período de 1995/1996”. Quanto ao plano integrado de atenção à saúde bucal do bebê, foi definido:

“a) necessidade de melhorar a integração da saúde bucal com o programa de atenção à saúde da criança, envolvendo principalmente os pediatras das UBS e realizando grupos de atividades integradas;

- b) implantação de grupos específicos para crianças entre 24 e 48 meses, enfatizando atividades para controle da doença e encaminhamento para a clínica;
- c) instalação de escovódromos nas salas de reunião para realização de escovação supervisionada em grupos;
- d) seguimento ao trabalho de 1994 com as gestantes, através de adequação do meio bucal e atividades de educação” (Diadema, 1994b).

Apesar das ações com a faixa etária de 0 a 36 meses terem sido implementadas desde 1994, o projeto odonto-bebê foi implantado em 1995, sendo executado em grupos, que envolviam mães ou responsáveis, abordando conteúdo educativo e enfatizando a prevenção da cárie dentária.

A CD [D5] conta:

“Em 1994 começou-se a pensar em intervenções nas idades mais precoces. Em 1995 essas atividades foram legitimadas. Mas na minha interpretação era a lógica do modelo materno-infantil. Nós não podíamos extrapolar o serviço para outras faixas etárias da população. Algumas unidades, pela sua característica de funcionamento tinham atenção ao adulto, mas eram poucas.”

Em 1995, foi realizado curso de atualização conduzido pelo Prof. Dr. Luiz Reinaldo de Figueiredo Walter, envolvendo cerca de duzentos profissionais (CD, THD, ACD, pediatras, fonoaudiólogos e psicólogos), para subsidiar o programa odonto-bebê, que era dividido em dois grupos: “odonto-bebê primeiros dentinhos” (0 a 18 meses de idade) e “odonto-bebê escovação” (de 18 meses de idade até o ingresso na EMEI).

Assim era descrito o programa:

a) Ingresso

O ingresso das crianças aos grupos se dava através do encaminhamento do pediatra, por livre demanda de mães que recebiam a informação através dos cartazes afixados nas UBS ou durante a participação das mães em outros grupos, onde recebiam a informação.

b) Dinâmica dos grupos

Era usado material educativo como macro-modelos, slides, cartazes e convites educativos. O número de participantes normalmente se limitava a dez mães e dez bebês e o conteúdo teórico básico era composto de: conscientização do alto número de cáries em bebês; importância da dentição decídua; a placa dental e a higiene bucal; a cárie de mamadeira; o controle da dieta; a contaminação da boca da criança; flúor: tópico – sistêmico; hábitos perniciosos.

c) Os primeiros dentinhos

Nesta fase eram incluídos os bebês de 0 a 18 meses, que passavam por exame e orientação. Com posição “joelho a joelho”, o profissional e a mãe colocavam a criança em posição de exame, na qual o CD demonstrava a limpeza da cavidade bucal com gaze ou fralda embebida numa solução de água oxigenada a 10% com quatro partes de água filtrada. Após a limpeza, procedia à aplicação de fluoreto de sódio a 0,2% com cotonete, verificava o grau de risco de cárie e indicava o retorno. A mãe era orientada a retirar mensalmente na UBS um frasco com fluoreto de sódio a 0,02% para aplicação diária.

d) Escovação

Nesse grupo, as mães eram orientadas a comparecerem com escova dental, toalha e canequinha. Após receberem o conteúdo teórico básico, era feita a evidenciação da placa bacteriana e as mães eram orientadas a desenvolverem a escovação até a completa remoção do evidenciador. Com isso, as dificuldades vinham à tona e eram feitos os esclarecimentos necessários para uma perfeita escovação diária para que se pudessem alcançar os resultados propostos.

Segundo o presente documento, após a escovação, se procedia a aplicação tópica de fluoreto de sódio a 0,2% da seguinte forma:

“i) para crianças de 1 a 2 anos: utiliza-se 4 gotas da solução, em um cotonete, para cada arco;

ii) para crianças com mais de 2 anos: utiliza-se 4 gotas da solução, em um cotonete, para cada quadrante.

Em ambos os casos o cotonete deve ser friccionado por um minuto.”

Após a aplicação tópica de flúor, verificava-se o grau de risco e era agendado o retorno. Caso houvesse necessidade, os bebês eram encaminhados para o tratamento clínico.

O odonto-bebê era realizado também nas creches municipais, onde as berçaristas eram orientadas e periodicamente supervisionadas pelas ESB. Os pais eram convocados para atividades onde pudessem entrar em contato com o conteúdo teórico. No primeiro ano, foram matriculadas seis mil crianças entre 0 e 3 anos nas 15 unidades de saúde. Após as palestras para as mães, os CD examinavam as crianças e, de acordo com os problemas apresentados, marcavam o retorno que podia ser trimestral ou semestral.

Documento técnico afirma:

“Para acompanhar a situação de saúde bucal desse grupo etário são realizados levantamentos epidemiológicos a cada dois anos. A redução da cárie no período de três estudos chega a 60 %...” (Diadema, 2000).

Artigo publicado em revista odontológica, que cita Diadema como município com experiência de sucesso em SB, ressalta:

“Voltado para crianças de 0 a 3 anos de idade, ele atingiu mais de seis mil crianças nos últimos dezoito meses e está implantado em todas as 15 UBS do município, além das 11 creches da prefeitura (...) As mães recebem soluções de fluoreto de sódio a 0,02% para uso caseiro e têm seus retornos agendados de acordo com a avaliação de alguns fatores de risco quanto à cárie dentária.” (Rev. da APCD, 1996)

Em matéria publicada em jornal em 1997, o [CSB2] esclarece:

“...a saúde bucal da mãe é muito importante. Muitas delas relaxam porque prestam atenção apenas na criança que vai nascer. (...) muitas mães não sabem que precisam limpar a boca do bebê, especialmente depois da última mamada, porque o leite materno também é doce...” (Diário do Grande ABC, 1997a, p.6).

[CSB2] declara:

“... Durante esse período, uma iniciativa que já existia, que era o trabalho com os bebês, ganhou uma escala muito forte. Também ocorreram várias atividades

com outros profissionais como pediatras e auxiliares de enfermagem, passando conhecimentos sobre saúde bucal para esses outros profissionais de saúde. (...) Tínhamos claramente esse diagnóstico que cerca de 10% a 15 % das crianças, por mais que fossem abordadas e cuidadas não respondiam positivamente aos cuidados específicos de saúde bucal. (...) Com a mudança de gestão, inclusive de partido, não houve uma paralisação total, mas houve uma diminuição na ênfase do trabalho que vinha sendo desenvolvido em 1996.”

Durante a campanha de multivacinação em 1995, ocorreu um levantamento epidemiológico, onde CD realizaram exames clínicos em 548 crianças de diferentes bairros. Segundo Bönecker, os resultados obtidos com o índice de Knutson, que classifica crianças com ou sem experiência de cárie foram:

“Nas faixas etárias entre 0 e 1 ano, 1 e 2 anos e 2 e 3 anos, a porcentagem de crianças que apresentaram lesões de cárie foi, respectivamente, 8,92%, 34,50% e 66,50%...” (Bönecker et al, 1997, p. 537).

Foram também levantados os índices ceo-d e ceo-s, com os seguintes resultados:

“... quando não computamos manchas brancas, para crianças de 1 ano de idade, o ceo-d médio passaria a ser de 0,00, e para crianças de 2 e 3 anos de idade seria, respectivamente, de 0,23 e 1,33. (...) quando não computamos mancha branca, o componente “c” dos índices, passaram a ser para crianças de 1, 2 e 3 anos de idade, respectivamente, 0,00, 0,43 e 1,99...” (Bönecker et al, 1997, p. 537-538).

5.4.4 Ações coletivas em creches, EMEI e escolas estaduais

Em reuniões realizadas em dezembro de 1994, foi definido o documento “Propostas para o planejamento da área de saúde bucal no período de 1995/1996”.

Quanto às ações coletivas de saúde bucal em creches, EMEI e escolas estaduais, o documento propunha:

“a) realização de triagens nos espaços coletivos, com a finalidade de identificar o mais precocemente possível a situação do processo saúde-doença, que classificava cada criança pelo critério de risco, definindo assim a terapia a ser adotada em cada situação;

- b) os grupos com diagnóstico inicial de atividade de doença bucal, recebiam abordagem diferenciada no próprio espaço coletivo, incluindo fluorterapia intensiva, controle de higiene bucal com monitoramento do IHOS (índice de higiene oral simplificado) e ênfase nas atividades educativas com a criança e seus pais;
- c) os grupos com atividade de doença bucal eram encaminhados para a clínica, onde recebiam tratamento profilático para o restabelecimento do equilíbrio fisiológico da cavidade bucal com ênfase em restaurações com ionômero de vidro, aplicação de cariostáticos e controle de higiene oral, além do tratamento restaurador tradicional com restaurações de amálgama e resinas;
- d) as mães eram envolvidas em atividades educativas em grupos onde recebiam estímulo para melhoria do cuidado caseiro. No caso de crianças com atividade de doença, a escola deveria colaborar para que a criança e seu responsável comparecessem no dia e horário marcados;
- e) foram adquiridos macro-modelos para todas as equipes de saúde bucal como recurso educativo, além da produção de folhetos informativos para mães e crianças sobre auto cuidado em saúde bucal;
- f) foi promovido no segundo semestre concurso de desenhos sobre saúde bucal envolvendo todos os espaços coletivos;
- g) foram definidos instrumentos de registro de dados que permitiram acompanhar a evolução da saúde bucal das crianças durante o ano...” (Diadema, 1994).

Em outubro e novembro de 1994, as equipes de saúde bucal visitaram as escolas estaduais para realizar um diagnóstico inicial. Em 1995 foi lançado documento denominado “Proposta de atuação junto às escolas estaduais”, visando ampliar as atividades coletivas de educação e prevenção para aproximadamente dezesseis mil crianças do ciclo básico das sessenta e uma escolas estaduais instaladas no município.

A secretária de saúde [SS2] relata:

“...Começamos a ter uma expansão no trabalho com a educação porque passamos a atuar nas escolas estaduais, no primeiro momento no ciclo básico, com planejamento de cobrir todas as escolas e isso chegou a acontecer...”

[CSB1] faz um balanço deste período:

“Bem, o que tivemos foi, de fato, uma política pública de promoção e prevenção nas escolas e que infelizmente a gente não conseguiu avançar para um modelo mais universalizado. Mas dentro do que a gente tinha na época, estruturado na saúde e na educação, acho que foi o possível. E dentro desse possível, essa consolidação muito consistente.”

5.4.5 Atendimento ao adulto e início da clínica especializada

Em 1995, houve o início do atendimento ao adulto, realizado no período noturno em seis UBS, com a atuação de 17 CD (20 horas) e 13 ACD (Diadema, 1997b).

O documento “Programa de Atenção à Saúde da Mulher e da Gestante” afirma:

“Com o objetivo de propiciar atenção integral à saúde da mulher, a SMS desenvolve em caráter de prioridade programações para acompanhamento de pré-natal. (...) Em muitas UBS as atividades em grupo vem contando com a participação dos profissionais de saúde bucal, o que vem permitindo uma abordagem educativa/preventiva com as mulheres sobre a sua saúde bucal (...) de modo a propiciar a melhoria de sua saúde bucal e contribuir para uma gestação mais saudável. Em 1995 os profissionais de saúde bucal receberam orientações sobre a gestação e aspectos de interesse na saúde bucal em atividade técnico-científica...” (Diadema, 1995b).

[CSB2] afirma:

“Junto com o atendimento ao adulto, iniciou-se a implantação de algumas especialidades mais básicas digamos, e algumas unidades começaram a realizar tratamentos endodônticos, em pequena escala, mas demonstrando um esforço para uma prática mais integral.”

5.4.6 Atendimento a pacientes com necessidades especiais

O atendimento aos pacientes com necessidades especiais teve seu início em 1995 e incluía ações coletivas na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Diadema (APAE) e na Escola Especial Olga Benário.

O documento “Promoção de Saúde Bucal em Diadema”, relata como era feito o atendimento:

- “a) atendimento básico para deficiência mais simples em todas as UBS;
- b) atendimento especializado para casos mais complexos;
- c) atendimento hospitalar no Hospital Público de Diadema, sob anestesia geral, para os casos sem possibilidade de resolução no nível ambulatorial.” (Diadema, 1997b).

A CD [D6] conta sobre o início do serviço com os pacientes especiais:

“Em 1995 mais ou menos, nós começamos a pensar no paciente especial. (...) O especial surgiu mais por um movimento dos profissionais da rede, num movimento de baixo para cima. (...) Quem deu muita força para a gente foi o Dr. Edir, que era de Santos. Depois nós fomos atrás de treinamento para fazer o atendimento com anestesia geral. No começo a gente não tinha nem unidade para atender. Depois, como a unidade do Parque Real estava começando a funcionar, nós usávamos a sala de ações coletivas às sextas feiras. Aí depois nós conseguimos uma sala no Parque Real, onde nós fomos montando com equipamento usado de uma escola. Tivemos uma formação bacana, mas mais por esforço dos profissionais envolvidos, que da própria coordenação.”

A CD [D7], especialista em pacientes especiais relata:

“O [CSB2] e [CSB1], na época coordenadores da saúde bucal, disseram numa reunião que a gente tinha que atender os pacientes especiais. (...) Isso em final de 1995, início de 1996. (...) Além disso, uma dentista da rede, a [D6], tinha fechado o consultório e doou muita coisa pra gente. Esse programa já tem mais de 10 anos.”

Artigo de jornal local destacou que em outubro de 1997, ocorreria a inauguração de novo consultório dentário para atender apenas as crianças portadoras de algum tipo de deficiência, localizada na UBS Parque Real (Diadema Jornal, 1997).

Este atendimento feito na UBS Parque Real se manteve até 2003, quando foi transferido para um espaço no Pronto Socorro Municipal de Diadema.

5.5 AS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 1997 A 2000.

Este período foi marcado pela implementação das seguintes programações: pronto atendimento nos finais de semana; atendimento hospitalar; prevenção do câncer de boca; e início do atendimento no presídio.

Em maio de 1999, documento preparatório para a Conferência Municipal de Saúde define como programações em SB em desenvolvimento na cidade: o controle da fluoretação das águas de abastecimento público; ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal para crianças e jovens de 3 a 14 anos matriculados em creches, escolas municipais e estaduais e outras entidades; atividades com grupos, para bebês de 0 a 3 anos e crianças de 4 e 5 anos (não matriculados em creches ou escolas); crianças e adultos ingressantes para tratamentos na clínica; adultos, idosos e outros grupos como gestantes e adolescentes; atendimentos programáticos nas UBS para pacientes triados nas ações coletivas e grupos; atendimentos de urgência nas clínicas odontológicas das UBS; atendimentos de urgência no Pronto Socorro; atendimentos especializados: serviço de atendimento a pacientes especiais, diagnóstico bucal, endodontia, ATM, cirurgia oral menor, serviço de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (Diadema, 1999).

O secretário de saúde [SS3] relata:

“Fui secretário de 1997 a 2000. O município de Diadema já tinha uma política de saúde bucal estruturada. (...) Cada UBS tinha sua equipe. (...) Havia um programa de prevenção à cárie feito nas escolas (...) Não só mantive como ampliamos. (...) Chegamos ao detalhe de comprar canetas para cada CD. (...) Investimos muito em saúde bucal. Tivemos várias mutirões de prevenção de câncer de boca. (...) Contratamos mais dentistas. (...) Quando saímos de lá tínhamos um CPO-D de 1,8. (...) Também foi no nosso período que teve início o tratamento aos soropositivos. (...) Eu fui na ocasião presidente do CONASEMS e tive a oportunidade de levar ao Ministro José Serra, a proposta de nós criarmos as ESB nos PSF.”

O coordenador de saúde bucal [CSB2] coloca:

“No ano de 1997 se iniciou o saúde da família de uma forma bastante tímida com 2 ou 3 equipes implantadas. Até o ano 2000, implantaram-se muitas equipes de PACS. Esse segundo período em que estive coordenando a saúde bucal, se caracterizou como de alguns avanços pontuais, que eu destacaria o avanço do trabalho na área de pacientes especiais. Mas na verdade, foi um período muito mais marcado pelo esforço de não permitir um retrocesso das políticas construídas até 1996. (...) Eu avalio que houve uma fragilização do processo de gestão e de discussão coletiva, com alguma perda de qualidade do trabalho, uma perda de motivação dos funcionários em relação ao período anterior.”

Em fevereiro de 1999, na UBS Paineiras, identificou-se a primeira tentativa de vinculação da saúde bucal com os ACS. Em processo de iniciativa individual, a equipe iniciou um trabalho de levantamento de problemas, através de observação da realidade e da tentativa de teorização dos problemas mais relevantes de SB, com aplicação na realidade das visitas domiciliares. Entretanto, tal tentativa não prosperou (Diadema, 1999).

Documento técnico de 2000 divulga os indicadores alcançados pelo município em 1997, como o CPO-D de 1,8 aos doze anos de idade e cerca de 57% de crianças aos 5 anos livres de cárie, e esclarece:

“Os investimentos nos profissionais de SB, envolvendo desde a contratação até sua constante atualização através de cursos e seminários, é, sem dúvida, um dos fatores primordiais para esse êxito. (...) Esses resultados, além da dedicação e do envolvimento dos profissionais da SMS, mostram o acerto da política municipal de saúde ao adotar um modelo de atenção amplo, coletivo e com ênfase na manutenção da saúde e na prevenção das doenças...” (Diadema, 2000)

O prefeito em exercício [P1] relata:

“No segundo mandato, 1997 a 2000, nós ampliamos o trabalho da saúde bucal e foi reconhecido como a melhor dentição de jovens do Brasil, segundo a pesquisa. Eu nem sabia que eles estavam fazendo a pesquisa e foi publicado

que Diadema tinha um serviço de primeiro mundo. (...) Nós tivemos o melhor IDH do Brasil no meu segundo mandato..."

[CSB2], coordenador de saúde bucal neste período, esclarece sobre os indicadores alcançados por Diadema:

"Desde 1993 a cidade tem o controle da fluoretação das águas de abastecimento, teve essa sistemática de ações preventivas fortemente focadas na criança. A própria estruturação dos serviços, o monitoramento dos indicadores CPO-D e ceo-d, certamente são fatores que ajudaram a impulsionar os resultados obtidos. É um conjunto grande de medidas, e sem dúvida a maior parcela de contribuição está nesse campo mais geral da qualidade da vida na cidade."

Diadema foi um dos municípios escolhidos para o desenvolvimento do pré-projeto do Levantamento de Condições de SB da População Brasileira. Matéria na imprensa regional destaca:

"A Secretaria de Saúde da Prefeitura de Diadema foi escolhida pelo Ministério da Saúde para fazer parte do Projeto SB 2000: condições de saúde bucal da população brasileira. O município foi selecionado pelo trabalho de prevenção e combate às cáries desenvolvido pela secretaria, que tem rendido na cidade excelentes resultados na redução do índice de cáries na população, chegando a números semelhantes aos países de primeiro mundo" (Diário Regional do ABCD, 2000).

Matéria relata que:

"Em Diadema foram feitas visitas residenciais e realizados exames em 600 pessoas divididas por faixa etária. A prefeitura local destacou profissionais para esse trabalho e os dados obtidos foram enviados à Brasília. (Jornal ABO Nacional, 2000)

5.5.1 Início do pronto atendimento nos finais de semana

As UBS atendiam a demanda de urgência durante a semana. Porém, nos finais de semana, não existia tal serviço. Para sanar esta situação, foi criado o serviço

de pronto atendimento, no Pronto-Socorro Municipal, que passou a funcionar nos finais de semana e feriados, com plantonistas diurnos.

5.5.2 Atendimento hospitalar

O atendimento hospitalar para casos de maior complexidade era realizado no Hospital Municipal de Diadema, por equipe especializada, operacionalizado por convênio firmado com a Universidade Metodista, a partir de 1999. Esse serviço foi extinto em 2003, quando o convênio não foi renovado.

Matéria de imprensa relata:

“A prefeitura de Diadema, através da Secretaria da Saúde, assina no próximo dia 19, às 16 horas, no salão Amarelo do Paço Municipal de Diadema, convênio com a UMESP (Universidade Metodista de São Paulo) de São Bernardo, para a realização de cirurgias buco-maxilo-faciais de emergência. (...) Os dentistas realizam desde o implante de dentes até reconstituição da face...” (Folha Regional, 1999a).

O atendimento aos pacientes especiais à época, também se estendeu no nível hospitalar, onde estes eram atendidos sob anestesia geral.

[SS3] relata:

“Criei um pronto-socorro dentário que funcionava aos sábados, domingos e feriados. (...) Fiz um convênio com a Faculdade Metodista e criamos um estágio de buco-maxilo. (...) Nós abrimos um serviço para os pacientes com necessidades especiais com anestesia geral e todas as condições de suporte no Hospital Público.”

A CD [D7] relata:

“...Em 1998/1999, nós começamos o atendimento hospitalar com anestesia geral para os pacientes especiais. Era um problema conseguir entrar no Hospital Municipal. O hospital na época não oferecia boas condições para atendimento de pacientes odontológicos e isto não durou muito...”

5.5.3 Atendimento odontológico no presídio

No ano 2000, foi implantado em Diadema o serviço médico e odontológico na cadeia pública. Reportagem publicada afirma:

“Até o fim deste mês, a Secretaria de Saúde de Diadema irá inaugurar o primeiro consultório médico odontológico dentro da cadeia pública. No novo espaço, onde os presos serão atendidos por médico e dentista da prefeitura, também serão feitas as coletas de sangue para o teste anti-HIV dos presidiários...” (Diário do Grande ABC, 2000).

Posteriormente, este atendimento passou a ser feito por CD do Estado concursados para o trabalho nos presídios.

5.5.4 Prevenção do câncer de boca

Matéria jornalística de 1997 ressalta:

“A Secretaria da Saúde de Diadema inicia na próxima segunda feira o treinamento de vinte dentistas que participarão do *Programa de prevenção de câncer bucal nos idosos*, que será iniciado na cidade em outubro. Os diagnósticos serão realizados nas UBS, durante as visitas de rotina...” (Diário do Grande ABC, 1997b).

Esta política se intensificou a partir de 1998, onde nas campanhas de vacinação para a gripe, inicia-se o rastreamento do câncer de boca. Os usuários com suspeita de alterações bucais, também puderam procurar qualquer uma das unidades de saúde para o exame, sem marcação de consulta programática. O atendimento era imediato, o usuário era orientado e em caso de suspeita, encaminhado para diagnóstico (Diadema, 2000).

A implantação do Serviço de Diagnóstico Bucal inicia em 1999. Segundo relato na imprensa:

“A Secretaria Municipal de Saúde implantou em março passado, um serviço especialmente dedicado ao diagnóstico de lesões bucais. (...) As pessoas com suspeita de alterações bucais deverão procurar qualquer uma das UBS de Diadema para um exame inicial e orientações gerais, sendo que os casos mais complexos serão encaminhados para a UBS Parque Real e, se necessário,

colherá informações complementares e material para biópsia” (Folha Regional, 1999b).

A CD [D6] fala sobre o início do serviço:

“No diagnóstico começamos a ver alguma coisa. Começamos mais ou menos junto com o pessoal da cirurgia em 1997. Quando nós conseguimos uma sala separada para os especiais, foi aí que a cirurgia começou e o diagnóstico também. O diagnóstico funcionava as segundas feiras junto com a cirurgia. Tinha uma CD da rede que era especialista em diagnóstico bucal e foi mais ela quem nos orientou...”

5.6 AS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 2000 A 2004

Este período foi marcado por retrocessos significativos. Porém notabilizou-se pela inclusão da saúde bucal nas equipes de saúde da família; pelo início do atendimento no CRT; e, pela criação do CEO.

A partir de 2001, o serviço de saúde bucal enfrentou grave crise. Com problemas salariais e insatisfações, a política que, até aquele momento era referência para o Brasil, sofre uma fragilização e se constata profunda desorganização nos serviços.

O prefeito[P3], no exercício de seu segundo mandato, relata:

“...Quando eu voltei em 2001 tomei um choque porque tinha uma cidade com um orçamento totalmente aquém das necessidades, funcionários muito desmotivados, desanimados e eu tive que tomar naquele momento uma medida muito dura (...) porque a prefeitura tinha um custo de 280 milhões de reais e a previsão de receita naquele momento era de 220 milhões. (...) Aí tive uma trombada com os dentistas do ponto de vista do salário, e de benefícios com todos os funcionários. Hoje eu tenho um olhar mais crítico, não tinha outro jeito e, no atacado a gente tinha que tomar medidas assim. Agora, no varejo eu acho que eu podia ter preservado um pouco a área da saúde e nós tratamos igual uma coisa que não é igual. Nós tivemos esse descuido. (...) Enfim, hoje nós temos essa leitura e nós tivemos que passar por essa dificuldade. (...) Na minha avaliação nós tivemos duas repercussões importantes. Uma foi a redução na capacidade de atendimento da população, com redução de horas extras, da carga horária de alguns dentistas, limitação de equipamentos, materiais de consumo para um bom atendimento. A segunda coisa negativa que aconteceu, por conta desse ajuste financeiro, foi o aspecto mais político psicológico. O conjunto dos trabalhadores de saúde bucal ficou desesperançado, desanimado.”

O CD [D2] fala sobre o período:

“A partir de 2001, perdeu-se totalmente essa representatividade. (...) Houve perda de prestígio e de força política e o maior prejudicado disso foi o programa de saúde bucal. Teve um processo de redução salarial, de falta de

insumo para o CD trabalhar. (...) Houve um desestímulo muito grande a qualquer tipo de ações coletivas.”

A CD [D6] fala:

“... Nós vimos um progresso muito rápido com o trabalho nas escolas e chegou um período que nós nos sentimos meio que soltos, abandonados, com a saída do [CSB2]. Na época, a gente sentiu muita diferença. Cada unidade estava fazendo o que queria. Não se pensava muito na questão de organização...”

O secretário de saúde de janeiro a setembro de 2001 foi [SS8] que faleceu em 2007, o que impossibilitou que fosse entrevistado. A coordenadora de saúde bucal [CSB3] descreve o período que ficou na coordenação:

“Minha gestão foi no início do ano de 2001, depois da gestão do PSB. Foram quatro meses aproximadamente, de janeiro ao final do mês de março, quando fui embora para outro município. (...) Naquela época, o MS estava implantando o serviço de SB no PSF. (...) Mas a gente aqui estava num momento super incipiente. (...) O secretário [SS8] pediu então, que a gente fizesse uma lista de todos os dentistas que fossem compor, mas apenas assim, para implantar nominalmente no SIAB. (...) Os CD não chegaram a ser cadastrados enquanto eu estava aqui. (...) Houve outro problema, de ajuste da folha, para cumprir a legislação na questão da lei de responsabilidade fiscal, que levou os municípios a reajustarem principalmente a folha de pagamento e criou uma situação com a categoria dos dentistas....”

O serviço de saúde bucal manteve-se sem coordenação até o ano de 2002 e quem continuou as articulações da área foi [SS8].

O secretário de saúde [SS4] atuou entre outubro de 2001 e janeiro de 2003 e relata:

“Foi um período conturbado porque algumas ações que eles deveriam fazer não eram feitas, por uma razão salarial, do corte do adicional de periculosidade que foi retirado em consequência de uma auditoria que julgou que não deveria ser pago, e isto resultou numa insatisfação muito grande. De

certa forma isto atrapalhou bastante o desenvolvimento do trabalho. Foi um período difícil.”

Os anos de 2001 a 2004 foram marcados pela falta de autonomia das áreas, que eram estruturadas como referências técnicas, limitando a governabilidade e poder de decisão, apenas indicando a direção da política. Além disso, a crise na saúde bucal gerada por perda salarial, dificultou que a referência técnica conseguisse desenvolver um trabalho na rede.

O coordenador de saúde bucal no ano de 2002 foi [CSB4] e relata sobre a situação que encontrou a área:

“A rede estava desorganizada naquela época, também por questões internas do município. (...) As ações coletivas foram interrompidas por um período razoavelmente longo, a produção das unidades caiu drasticamente. (...) Não havia nenhum tipo de planejamento, nem política de saúde bucal. (...) Enfim, foi uma época de administração de crise, não foi uma época memorável para a saúde bucal de Diadema.”

Para o CD [D2]:

“De 2001 a 2004, não dá para falar em política de saúde porque passaram cinco secretários de saúde nesse período, então fica difícil de eu lembrar qual era a política que ia ser implementada, ou que ia ser mudada. Tinha uma política até 2000, mas qual a política que prevaleceu nessa época, não sei dizer. Era sim a política de mudança de secretário de saúde, porque era menos de um ano cada secretário.”

O secretário de saúde [SS5] exerceu seu cargo de janeiro a outubro de 2003 e fala sobre a saúde bucal em sua gestão:

“Sempre foi considerada uma das cidades ponta na aplicação das políticas de saúde bucal e espelhava e espelha até hoje indicadores bastante significativos na área, em função de todo o processo de implantação do serviço. (...) Ainda que nós tenhamos tido alguns períodos em que tivemos oscilações e que a secretaria de saúde entendia que necessitava de correções, nós tivemos ao longo do período melhoras na área (...)”

De outubro de 2003 a março de 2004, houve nova mudança na direção da secretaria de saúde e o cargo foi exercido interinamente pelo prefeito [P3]. A secretária de saúde [SS6] exerceu o cargo de março a dezembro de 2004 e declara:

“Havia em Diadema um atendimento focado mais na questão das escolas, principalmente nas crianças e adolescentes (...) não tinha mais nenhum tipo de atendimento na rede. Então, se adulto tivesse dor, ele não tinha onde buscar atendimento, a não ser em alguns dias que tinha plantão odontológico no pronto socorro. Aí nós partimos para o PSF, com equipes de saúde bucal (...)”

O coordenador de saúde bucal [CSB5] fala do período em que exerceu o cargo:

“Fiquei de 2003 até início de 2006. (...) Diadema já tinha algumas equipes de PSF, mas eram poucas unidades. A maioria continuava no sistema tradicional de atendimento aos escolares. (...) Fora os espaços que eram atendidos pelos pacientes especiais, que também atendiam instituições como APAE e Olga Benário. Na parte da atenção básica não houve mudanças. (...) Teve também a ampliação de algumas equipes de saúde da família em julho de 2004...”

O convênio com a UMESP para o serviço hospitalar de buco-maxilo funcionou até 2003, quando não foi renovado.

[CSB3] atuou na coordenação de saúde bucal em 2004 e relata:

“Quando eu voltei, já tinha uma outra situação acontecendo, tinha até ESB implantada no PSF. (...) Houve então um início de discussão a respeito de qual seria o desenho dessa implantação, também muito atropelado. (...) Em relação às outras unidades, em poucas delas a gente conseguiu ver que elas mantinham o que faziam há anos atrás. (...) Poucas mantiveram o trabalho de ação coletiva nos espaços escolares e pré-escolares. (...) Tivemos alguns avanços sutis e tímidos.”

Em relação aos indicadores epidemiológicos do período, Bönecker afirma:

“...A análise epidemiológica comparativa a partir dos estudos realizados entre 1995 e 2004 indica que houve evidente redução na prevalência e severidade da

cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade do município de Diadema (SP). (...) Pôde-se inferir que as novas gerações da população de crianças com menos de 5 anos de idade do município de Diadema possuem uma melhor condição de saúde bucal.”

Diadema realizou estudos epidemiológicos em 1995, 1997 e 2004, em parceria com a DIR II, referência regional da SES-SP. Os resultados obtidos nesses inquéritos são apresentados na Tabela 5, comparados com as metas da OMS para o ano 2000 e com o SB-Brasil que foi realizado pelo MS no ano de 2003.

Tabela 5: Comparação dos indicadores municipais de 1995, 1997 e 2004 com metas da OMS e SB-Brasil

	1995	1997	Metas OMS 2000	SB-Brasil 2003	2004
CPO-D aos 12 anos	2,39	1,90	3,00	2,78	0,88
% ceo = 0 Aos 5 anos	56	-	50	40	56

Fonte: Diadema. SMS/Coordenação de Atenção Básica – 2007.

5.6.1 Inclusão da saúde bucal na equipe de saúde da família

O PACS foi iniciado a partir de 1996 e as primeiras equipes de saúde da família foram introduzidas em 1997. O PSF ocorria em duas unidades, sem equipes de saúde bucal. Até 2000, não houve esforço e vontade política para que a estratégia fosse ampliada no município.

Em meio a esta crise, em dezembro de 2001, ocorreu a primeira tentativa de inclusão da saúde bucal no PSF, com a instalação de quatro equipes de modalidade I, nas unidades de saúde inauguradas para o “Programa Saúde em Casa”, nome dado no município ao Programa Saúde da Família.

A proporção era de uma ESB para duas equipes de saúde da família. Os CD, ACD e os outros membros da equipe, foram contratados através de entidade parceira. Na ocasião, os quatro dentistas, sem apoio técnico da coordenação, reuniam-se para discutir a melhor forma de dar cobertura às famílias cadastradas. Iniciaram um trabalho de promoção da saúde bucal junto aos ACS, para que estes

pudessem levar informação às famílias. A seguir, iniciaram o trabalho junto às escolas e a dar cobertura a todas as crianças por faixa etária, com trabalhos de educação em saúde bucal e assistência odontológica. Um dos principais problemas era a condição inadequada na qual os consultórios odontológicos foram montados. Na ocasião, os PSF eram instalados em casas alugadas, com a proposta de trabalho voltado para a promoção da saúde nas residências.

O CD [D3] fala sobre a saúde bucal no saúde da família:

“Quando foi criado o PSF, eu entrei. (...) Antes só se dava cobertura para crianças até 15 anos e a partir do momento que você está no PSF você passa a tratar todo mundo...”

O coordenador [CSB4] afirma:

“...Na época já havia um início de implantação de PSF aqui em Diadema. Nós tínhamos algumas unidades de saúde em casa, onde o PSF estava implantado, mas de uma maneira não muito efetiva, pois as unidades trabalhavam basicamente com prevenção, muito pouca atividade curativa e razoavelmente desorganizada. O restante da rede trabalhava ainda naquele modelo que deu muitas alegrias para Diadema, modelo que começou a ser implantado em 1996, mas que basicamente era voltado para o atendimento das crianças. Não existiam recursos voltados para o adulto ...”

[SS5] relata sobre o PSF:

“...Nós fizemos uma série de excursões por UBS onde existia a prática tradicional, e eu entendo que a convivência de prática, com a saúde da família, não é só uma manifestação de prejuízo, porque num determinado momento você é obrigado a viver com práticas mais convencionais, Mas superar modelo implantado é uma questão onde os profissionais têm que ser ouvidos (...).”

Em junho de 2003, em uma unidade que trabalhava com a estratégia saúde da família, a UBS Piraporinha, foi introduzido um trabalho diferenciado, com a perspectiva de dar um novo conceito de saúde bucal ao município, baseado na diminuição da exclusão, uma vez que o município não apresentava programação que desse cobertura a outras faixas etárias, tendo como foco principal e quase exclusivo,

as crianças de 0 a 14 anos. A proposta incluía o desenvolvimento e a promoção de saúde, enfatizando a resolutividade com qualidade de atendimento, executado a baixo custo.

Em termos quantitativos, o objetivo inicial da experiência foi dar cobertura para a população de 0 a 14 anos em 17 meses; aumentar o acesso para maiores de 15 anos; obter um limite de 20% de urgências; diminuir o absenteísmo para 10%; dar uma cobertura a 9,84% da população ao ano, segundo o dimensionamento proposto.

O trabalho inicial foi o dimensionamento de recursos humanos e físicos. A UBS Piraporinha tinha uma população adstrita de doze mil habitantes, distribuída em três equipes de saúde da família trabalhando em dois turnos.

O dimensionamento admitiu que duas equipes de saúde bucal dessem cobertura para três equipes de saúde da família, sendo uma modalidade I e outra modalidade II, prevendo uma cobertura de 98 usuários por mês e de 1.181 usuários ao ano, ou seja, 9,84% da população coberta ao ano (Cunha, 2004).

A CD[D8] relata sobre a estratégia:

“Eu iniciei em 2004 e já entrei na política do PSF, já entrei fazendo parte dessa estratégia. (...) Eu não vivi na prática a antiga política de saúde bucal, mas trabalhei em outras prefeituras, então eu acho que você atendendo o adulto, aumentando a faixa etária do atendimento leva a população a uma satisfação. (...) Conseguimos aqui no Piraporinha, com esta metodologia de trabalho, dar acesso a três mil famílias em 30 meses e temos cerca de 80% das crianças incluídas em nossa programação.”

Os resultados obtidos na UBS Piraporinha no período de 30 meses são demonstrados nas Tabelas 6,7 e 8:

A Tabela. 6 aponta a cobertura anual estimada e a cobertura alcançada pela equipe.

Tabela 6: Taxa de cobertura populacional/ano de saúde bucal da UBS Piraporinha, Diadema, SP

Estimada	Alcançada
9,84%/ano	13,41%/ano

Fonte: Mapas de Saúde Bucal do Município de Diadema – 2003-2005.

A Tabela 7 compara a evolução anual dos atendimentos de urgência/emergência da USC Piraporinha.

Tabela 7: Evolução anual da taxa de urgência/emergência da USC Piraporinha, de 2003 a 2005, Diadema, SP

Ano	Taxa(%)
2003	23,34
2004	11,09
2005	9,96

Fonte: Mapas de Saúde Bucal do Município de Diadema – 2003-2005.

A Tabela 8 mostra a evolução anual da taxa de absenteísmo em saúde bucal da USC Piraporinha.

Tabela 8: Evolução anual da taxa de absenteísmo em Saúde Bucal da USC Piraporinha, de 2003 a 2005.

Ano	Taxa (%)
2003	18,60
2004	17,90
2005	16,79

Fonte: Mapas de Saúde Bucal do Município de Diadema – 2003-2005.

Em julho de 2004, a partir da experiência da UBS Piraporinha e da publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, este modelo foi levado para outras quatro UBS, sendo cadastradas na ocasião mais oito equipes de saúde bucal.

[SS6] relata:

“... Nós fizemos 34 equipes de saúde da família e começamos um projeto piloto em sete postos. Formamos nove equipes de saúde bucal em cinco deles. Isso foi

dando abertura para o atendimento geral da família e não só da criança e do adolescente....”

[CSB3] explica:

“...Quanto a saúde bucal do PSF, se saber qual o desenho de política que se queria para o município, sem fazer a reposição da redução da jornada por problemas salariais, sem manter abastecimento mais constante dos materiais, sem fazer uma discussão do desenho organizativo da saúde bucal, qual desenho se queria, a inclusão dos adultos, então a proposta tinha dificuldade de ganhar corpo.”

A CD [D6] fala sobre sua adesão à estratégia:

“Quando surgiu a proposta do PSF em julho de 2004, eu resolvi experimentar porque vinha de encontro com algumas coisas que eu pensava, mas que eu não conseguia motivar os colegas a fazer... Hoje eu me sinto assim: eu tenho uma proposta, um objetivo...”

As nove equipes implantadas não evoluíram para uma prática mais consistente e dessas, algumas acabaram se desviando do processo de trabalho pactuado. Houve falta de articulação e de empoderamento da política por parte da administração, resultando em descompromisso com os processos propostos.

5.6.2 Centro de Referência e Tratamento

O Centro de Referência e Tratamento (CRT) a portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST) foi criado em 1999. Apesar dos esforços para que o atendimento odontológico se efetivasse, este só ocorreu em 2004 e não existem documentos oficiais sobre sua implantação.

A CD [D6] fala sobre o CRT:

“Nós fizemos uma oficina em 1999, para sensibilização, mais para multiplicadores junto à população. (...) Foi então que me chamaram para montar o serviço.”

A CD [D5] que trabalha no CRT esclarece:

“...estou no CRT desde abril de 2002. (...) A parte odontológica começou a funcionar com clínica de fato a partir de 2004, porque em 1999, quando se comprou o primeiro equipamento do CRT, a gente ainda não tinha infraestrutura. O CRT já existia, mas ainda não tinha equipe odontológica. Teve profissionais que foram capacitados para isso e acabaram não vindo. (...) Começou com prevenção...”

5.6.3 Centro de Especialidades Odontológicas

A especialidade odontológica do município iniciou em 1995, com o atendimento a pacientes especiais e o diagnóstico de lesões bucais. Houve um esforço da rede básica para contemplar outras especialidades como a endodontia.

Mesmo com as dificuldades pela qual a área de saúde bucal passava em outubro de 2004, o município conseguiu habilitar e montar o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II, consolidando num único espaço físico, serviços que se encontravam misturados à rede básica e sem reconhecimento.

Havia no Pronto Socorro Municipal três equipamentos para o serviço odontológico aos pacientes especiais que, com a implantação do CEO, passaram a fazer parte das especialidades cadastradas. O serviço ofereceu as especialidades de diagnóstico bucal, endodontia, periodontia e cirurgia oral. O pronto atendimento foi transferido para este espaço.

A [SS6] relata:

“...Inauguramos em outubro de 2004 o CEO, que além de atender os pacientes especiais, nós começamos a atender a especialidade em SB: endodontia, periodontia, cirurgia de médio porte, diagnóstico. Houve então nesse atendimento, a possibilidade de no futuro também produzir a prótese. (...) Na época nós tínhamos uma proposta do governo federal de receber quatro equipamentos e nós aqui da secretaria municipal montamos sete equipamentos, sendo que três eram destinados ao paciente especial, totalmente adaptado.”

O coordenador de saúde bucal [CSB5] esclarece:

“Na atenção especializada, houve a ampliação do serviço especializado, que só era o diagnóstico bucal e pacientes especiais. Com a política nacional do

Brasil Sorridente a gente teve a chance de inaugurar o CEO em outubro de 2004....”

[CSB3] conta:

“...Nós abrimos o CEO a custo de trazer dentistas da rede que tiveram sua jornada reduzida na atenção básica e a única vantagem que eu vejo do ponto de vista de recursos humanos, foi a contratação do pessoal auxiliar pelo concurso.”

O CEO não obteve grandes resultados enquanto referência. Como possíveis causas aponta-se a inadequação de recursos humanos e a falta de uma política de regulação das vagas.

5.7 AS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS NO PERÍODO DE 2005 A 2007.

Esse foi um período marcado pela reorganização da atenção básica. Observa-se uma marcante mudança na política de saúde bucal, traduzida no aumento de recursos humanos, ampliação e adequação das clínicas odontológicas e nos processos de educação permanente.

[SS7] foi secretário de saúde em 2005 e 2006 e relata:

“A política de SB de Diadema sempre teve uma tradição muito forte, (...) mas acho que havia naquele momento uma desorganização dessa política. Na verdade, dá para dizer que a política estava ainda muito centrada nas ações voltadas para a criança, as ações coletivas estavam num momento de crise de articulação e estava muito desorganizada. Acho que a coordenação não tinha ascendência sobre a equipe, os coordenadores tinham dificuldade de controlar a política de saúde bucal...”

A expansão da SB na estratégia saúde da família só foi enfatizada, a partir de janeiro de 2006, após a posse de nova equipe na Coordenação de Atenção Básica (CAB), sob o comando de [CSB2]. Esse momento foi marcado pela retomada de investimentos e pela reorganização do organograma da SMS-Diadema. Áreas como saúde mental, saúde bucal, saúde da mulher, da criança, do adulto e enfermagem, passaram a ter referência no interior da CAB, pensando-se na lógica da saúde integral e na estratégia saúde da família.

A coordenação encontrou a rede básica com estrutura precária, perda de profissionais e de capacidade assistencial, processo de trabalho desorganizado com diversos modelos de atenção, pouca clareza da missão e responsabilidade das UBS, conflito entre profissionais e desvalorização do papel da rede básica como estratégia estruturante do SUS.

Na saúde bucal, o quadro não era diferente: perda de recursos humanos, desigualdade na oferta, dificuldade de acesso, irregularidade nas ações coletivas, diversidade na programação do serviço das UBS, necessidade de reformas, de troca de equipamentos, de ampliação das equipes de SB na estratégia saúde da família e o CEO com dificuldades para alcançar as metas estabelecidas pelo MS.

A partir desse diagnóstico, a CAB iniciou um processo de reestruturação da rede básica e, portanto também da SB. Isso ocorreu a partir do “Primeiro Encontro de Atenção Básica: Compromissos da Secretaria Municipal de Saúde”, no ano de 2006. Durante esse ano, foram realizadas setenta e seis Oficinas de Gestão nas dezenove UBS de Diadema com os temas: território, sistema de informação, o trabalho nas UBS e reorganização nas UBS.

O secretário de saúde [SS7] relata:

“...Nestes dois anos acho que a gente tentou trazer a discussão da SB mais próxima da expansão e consolidação da saúde da família. Tentamos introduzir uma nova discussão da saúde bucal na atenção básica, vinculando a expansão ao atendimento do adulto, que é uma coisa importante. (...) Apesar de ser uma diretriz da secretaria, isto conseguiu ser executado junto com os profissionais. (...) Em vários momentos, em seminários, onde os próprios profissionais participaram dessas discussões (...) Nós só conseguimos fazer isso no momento que a gente conseguiu uma coordenação que entendesse a necessidade dessa reorganização. Isso iniciou com a entrada do [CSB2] na CAB, um pouco com a coordenadora de saúde bucal [CSB6] e principalmente com a entrada da coordenadora de saúde bucal [CSB7], que foi quando nós começamos a redirecionar a política de saúde bucal. (...) Acho que a saúde bucal nesse sentido, avançou mais que as outras áreas da saúde...”

A coordenadora de saúde bucal [CSB6] exerceu o cargo de março de 2006 a setembro de 2006 e relata:

“Foi um momento de implementação do PSF. Esse momento foi o primeiro contato que eu tive com esse esforço, que ainda estava engatinhando. (...) O período foi pequeno. (...) Trabalhei um pouco com o CEO, com o laboratório de prótese. (...) Foi um período para nortear, ou reorganizar as ações de saúde bucal. Peguei um final, dei continuidade. Não dei passos grandes, não foi um momento marcante...”

O coordenador de atenção básica [CSB2] relata sobre esse novo período:

“... No ano de 2006, de novo foram retomados alguns princípios. Responde pela área a [CSB7], uma técnica com especialização, com formação adequada para

a área, com compromisso. A área volta a se articular com a coordenação de atenção básica e com outras coordenações e inicia um processo de rearticulação também do diálogo com os funcionários. Voltam a ser feitos cursos, capacitações, reuniões periódicas, os gerentes voltam a discutir saúde bucal em reuniões e se inicia um movimento forte no sentido de implantar novas equipes de SB no saúde da família e ao mesmo tempo de expandir a atenção ao adulto. Então, nesses últimos meses o esforço que se está fazendo é de recuperar o tempo perdido e dar o salto para o futuro necessário tanto para a área em si, quanto para o conjunto da atenção básica, que vive um momento de reorganização e rearticulação muito importante...”

[CSB7} relata:

“Iniciei minhas atividades em Diadema em 2001 com a inclusão da saúde bucal no PSF. Tive uma trajetória profissional ligada a essa política, trabalhando na ponta e, a partir de 2003 consegui fazer uma experiência bem sucedida na UBS Piraporinha. Em 2006 fui convidada por [CSB2] para compor a coordenação de atenção básica, que tinha a proposta de reorganizar a rede básica. Em setembro de 2007 assumi a saúde bucal. Foi um momento importante, pois conseguimos trazer a então referência técnica de saúde bucal, para a coordenação de atenção básica. Já havíamos iniciado a reorganização com a [CSB6], com quem tínhamos uma relação de apoio e acompanhamento (...) o que mais me satisfaz nesse processo foi conseguir levar a discussão a todos os profissionais da área e com eles construir o modelo implementado no município. Com isso o processo se legitimou. (...) Acredito que os resultados alcançados foram produto de um grande enfrentamento de toda a equipe da coordenação de atenção básica e do apoio dos secretários [SS7] e [SS4]. ”

O processo de repactuação da SB foi iniciado com o alinhamento técnico com os gerentes em reuniões da CAB. Após esta etapa, foi formado o Grupo Técnico de Saúde Bucal, com um representante de cada UBS, que fazia a discussão em reuniões quinzenais com a coordenação. Esta etapa foi muito importante, pois ampliou a participação de todos no processo, além de resgatar a reunião de equipe, que há muito tempo havia sido extinta das unidades.

Essas reuniões abordavam o resgate histórico da saúde bucal; a discussão da situação epidemiológica “do passado” (que até o momento ainda era colocada como diretriz básica para organização do serviço) e a “epidemiologia do presente” (discussão dos resultados de CPO-D e ceo-d do município no ano de 2004 e do SB-Brasil); reorganização das ações coletivas; construção coletiva de um novo processo de trabalho, visando a expansão da SB na SF; realização de oficinas para uniformização dos mapas SIA-SUS.

Ainda em 2006, foram realizados o “I Seminário de Atenção Básica” com a participação do MS, SMS de Belo Horizonte e SMS de Aracajú e o “I Seminário de SB: Reorganização da Saúde Bucal”, que teve três etapas. A primeira etapa ocorreu em setembro, com apresentação e discussão das experiências municipais, entre essas, a organização do trabalho da UBS Piraporinha que trabalhava com a Estratégia Saúde da Família e a recente experiência da UBS ABC, que aceitou o desafio de implantar numa unidade tradicional, o modelo utilizado no Piraporinha. A UBS ABC era, na ocasião, a unidade com maior número de reclamações por falta de acesso para crianças. Após três meses já obteve como resultado a quase extinção das reclamações, por apresentar uma porta de entrada mais elástica dando resposta ao usuário e estendendo esse atendimento ao adulto.

Na segunda etapa, que ocorreu em outubro, foram realizados dois dias de oficinas de trabalho para repactuação e construção coletiva do novo modelo de saúde bucal do município, momento em que houve a participação da SMS de Amparo-SP. O terceiro momento foi o encerramento em dezembro, quando foi apresentado ao município o novo modelo.

Em 2006, estudo epidemiológico conduzido na primeira fase da campanha de multivacinação com crianças de 0 a 59 meses, apresentou os seguintes resultados:

“...a prevalência de cárie dentária na população estudada foi de 18,8% quando não se considerou a inclusão de lesões de mancha branca no exame clínico, e de 33,8% quando se considerou a inclusão dessas lesões. Observou-se que em ambos os casos ocorreu um aumento significativo no número de crianças que apresentavam $ceo > 0$ de acordo com a idade. (...) os índices $ceo-d$ médios encontrados na população estudada, sem e com a inclusão de lesões de mancha

branca no exame clínico foram, respectivamente, 0,69 e 1,45. Observa-se que há um aumento neste índice de acordo com a idade...” (Oliveira, 2006, p. 52-53).

Durante os anos de 2006 e 2007, em paralelo à reorganização dos serviços, a CAB reestruturou a rede, ao contratar empresa para fazer a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; revisar as descrições dos insumos; reformar diversas UBS, priorizando a ampliação da saúde bucal, processo esse que se consolidará no ano de 2008 com reforma e ampliação de todas as unidades; realizar curso de desenvolvimento profissional com os THD que se encontravam afastados de suas atividades assistenciais nos últimos anos; proporcionar formação em saúde bucal para os 361 ACS em 2007 e com a perspectiva de continuidade do processo com os novos ACS em 2008, confeccionar 600 manuais de “Promoção de SB para ACS”, de autoria do Prof. Dr. Paulo Frazão; e, promover atualização para todos os funcionários da saúde bucal.

Ainda como parte da reestruturação física foram adquiridos 65 equipamentos odontológicos, 133 mochos, 14 aparelhos de raios-X, 14.850 instrumentos odontológicos, 118 periféricos e estão em processo para aquisição em 2008, mais 6 equipamentos odontológicos, 28 mochos, 1.200 instrumentos para periodontia, 5 aparelhos de raios-X e 12 periféricos, necessários para inserir a saúde bucal com 100% de cobertura em saúde da família, em consonância com a cobertura da rede básica.

O prefeito [P3] fala sobre a evolução da saúde bucal:

“... Estamos trocando todas as cadeiras, fazendo todo um trabalho de aperfeiçoar os equipamentos, instrumental novo, gente nova, contratamos dentistas e auxiliares de saúde bucal, ampliamos de nove para vinte e três equipes de saúde bucal no PSF em 2007. (...) A gente espera que a evolução da saúde bucal aconteça cada vez com maior intensidade no município...”

O secretário de saúde [SS7] fala sobre os investimentos:

...A gente conseguiu garantir um investimento importante em equipamentos, o que foi extremamente importante. Na verdade a gente conseguiu contratar o serviço de manutenção de equipamentos e do ponto de vista dos investimentos,

isso é muito interessante, porque aparentemente o investimento em saúde bucal é imenso, mas na verdade hoje em dia isso não é mais, considerando o que as outras área da saúde ampliaram, tornando-se mais caros os investimentos...”

O ano de 2007 se inicia com o processo de transição para a estratégia saúde da família. Considerando que as UBS estavam caminhando para essa reorganização, a SB iniciou a primeira fase dos PC nas escolas municipais e estaduais, realizando triagens e encaminhando os pacientes com necessidade de tratamento para as unidades de referência da residência. A triagem e escovação supervisionada vinham ocorrendo de forma localizada, por vontade e iniciativa da unidade, e não mais como política municipal. Havia a falsa idéia de que a rede cobria pelo menos 70% das crianças entre zero e catorze anos. Porém, na verdade, como diagnosticado pela área responsável, o que de fato acontecia era um rotineiro atendimento ao mesmo grupo de crianças, excluindo grande parte da população da faixa etária aqui proposta, que não tinha acesso ao serviço por falta de vaga.

Isso ficou evidente no momento em que esses usuários foram encaminhados às UBS, através do enorme número de novos pacientes que nunca tiveram acesso ao serviço. Uma evidência desta distorção pode ser visualizada através dos indicadores do Pacto de Gestão, em que se registrou 21% de primeiras consultas programáticas no ano de 2006 e, com toda esta nova demanda, caiu para 10,5% em 2007, mais uma vez evidenciando a falta de fidedignidade no registro de dados.

A forma de organizar esse acesso ocorreu através da cobertura mensal, contemplando grupos por faixa etária, o que deveria levar cerca de 17 meses para finalizar. Além da entrada através das triagens escolares, qualquer criança na faixa etária proposta, isto é, de 0 a 14 anos, que comparecesse nas UBS por livre demanda, teria garantido um horário dentro do grupo etário.

Esse processo foi importante para a vinculação do usuário à unidade de referência de sua residência, como previsto na estratégia saúde da família. Assim, na ocasião em que a unidade tivesse sua completa reorganização na estratégia, a SB já estaria com seu processo adiantado.

Conforme as ESF eram implantadas nas unidades, essas crianças eram redirecionadas para as equipes já organizadas e com ACS que, após o preenchimento da ficha controle da criança, podiam ter o controle de cobertura e convocar as crianças ainda não incluídas na programação da equipe.

O trabalho com as famílias se iniciou no momento desta implantação, sendo essas convocadas através da ficha A do SIAB em ordem numérica. Cada equipe passou a chamar sessenta famílias ao mês, para participação no grupo de educação em SB, fazendo-se um trabalho interativo, procurando identificar conhecimentos e melhorar os hábitos do usuário. Nesse grupo, os usuários passariam também por uma triagem e seriam colocados em tratamento com garantia de término em cerca de um mês.

A CD [D8] relata sobre a demanda:

“A cobertura da criança é através do grupo por faixa etária, sendo grupo prioritário, por ser faixa de maior risco. Temos critérios de risco e damos alta cobertura com inclusão de todas as crianças de zero a quinze anos da área adstrita. Nos adultos, nós conseguimos dar acesso a todas as famílias, e fica a critério dos usuários virem ou não, pois trazemos a demanda através do ACS.”

O secretário de saúde no ano de 2007 foi [SS4], que no exercício de sua segunda gestão declara sobre a saúde bucal:

“Bom, do meu ponto de vista a saúde bucal teve alguns ganhos, mas acho que nós temos capacidade de fazer muito mais e nós estamos traçando metas, objetivos para que a gente possa realmente apresentar esse avanço. (...) Mas isto não significa que eu esteja plenamente feliz, está bem melhor, mas ainda dá para fazer muito mais. (...) Eu acho que tem um trabalho aí pela frente que pode levar Diadema a ser uma referência, principalmente aqui na região. (...) A SB tem seu papel, não é uma coisa secundária, é que os apelos da saúde são inúmeros e às vezes parece que a SB não tem importância. (...) A perspectiva é de ampliar a SB na estratégia.”

No ano de 2007, diversos eventos foram realizados, consolidando as discussões realizadas em 2006. Entre eles, registram-se o “2º Encontro de Atenção Básica: reorganizando a atenção básica”, o “3º Encontro de Atenção Básica:

humanização e acolhimento”, o “II Seminário de Atenção Básica e II Seminário de Saúde Bucal: Diadema – 20 anos de saúde bucal”, o “III Seminário de Atenção Básica: A equipe multi-profissional na reorganização da saúde da família” e o “Encontro de Agentes Comunitários de Saúde”.

O “II Seminário de Atenção Básica e II Seminário de Saúde Bucal: Diadema - 20 anos de saúde bucal” foi realizado em outubro de 2007 e contou com a presença dos professores Samuel Jorge Moysés, Marcelo Bönecker e Marco Antônio Manfredini. O encerramento contou com trezentos participantes e com a presença do Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Dr. Gilberto Pucca e do Coordenador do PROESF – fase II, Dr. Luiz Cláudio Sartori. Na ocasião o município apresentou os resultados obtidos durante esses dois anos e as perspectivas para o ano de 2008.

No final de 2007, havia 23 equipes de SB cadastradas na estratégia, com previsão de se chegar até maio de 2008 a 47 equipes e a 66 até o final de 2008. A Figura 3 mostra a relação de expansão entre as equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em 2007 e a previsão de avanços para o ano de 2008.

Figura 3: Relação entre a expansão das equipes de saúde da família e de saúde bucal entre os anos de 2006 e 2007 e a previsão de avanços até maio de 2008. Diadema-SP.

Fonte: Diadema. SMS/Coordenação de Atenção Básica – 2007.

Em 12 de dezembro de 2007, foi aprovada a Lei Complementar 252 que criou a gratificação Programa Saúde em Casa para o titular do cargo de cirurgião-

dentista. O valor dessa gratificação é de 30% sobre o salário base de 40 horas semanais.

"Art. 3º Esta gratificação será concedida durante o período em que o servidor estiver vinculado ao Programa Saúde em Casa, mediante aferição de produtividade e cumprimento de metas a serem estabelecidas através de Decreto regulamentador" (Diadema, Lei Complementar 252 de 12/12/2007).

Durante o processo de aprovação da Lei, vários CD da rede tiveram interesse em aumentar a carga horária, facilitando o cadastramento das equipes. Além disso, foram nomeados no ano de 2007, 10 CD, 11 ACD e 3 THD para a expansão da estratégia prevendo-se para 2008 um número maior de contratações. Os CD que não aumentaram a carga horária, foram realocados para o CEO, no caso dos especialistas, resolvendo assim a deficiência de RH até então registrada nesse serviço; ou, formaram equipes não cadastradas dando cobertura às equipes de saúde da família e trabalhando com a mesma responsabilidade dos cadastrados. A Figura 4 mostra a composição de carga horária de CD na atenção básica em 2005 e em 2007.

Figura 4: Composição da carga horária de CD em 2005 e em 2007.

Fonte: Diadema. SMS/Coordenação de Atenção Básica – 2007.

A transferência de profissionais ao CEO resultou em cinco novos profissionais nesse serviço, o que levou a um incremento de 92 horas semanais,

levando a diminuição das filas, o que, entretanto, ainda é insuficiente. Levando em consideração que a partir de 2008 toda a população teria acesso ao serviço odontológico, torna-se preocupante a questão da organização de referências.

Em 2007, foram adquiridos dois equipamentos odontológicos, um para o CEO e outro para o Pronto Socorro Municipal, além de equipamentos para montagem do laboratório de prótese, tendo em vista a mudança desses equipamentos para o “Quartirão da Saúde”, primeiro complexo municipal de especialidades do Brasil, inaugurado em maio de 2008.

O prefeito [P3] fala sobre o CEO:

“... Vamos tentar fazer com que o quartirão da saúde, equipamento de retaguarda para a atenção básica, tenha um espaço especial de saúde bucal, fazendo próteses e outras especialidades...”

5.7.1 Processo de trabalho da saúde bucal na estratégia saúde da família.

O serviço de saúde bucal é dividido em duas categorias: 0-14 anos e 15 anos e mais. A demanda é organizada e o paciente entra em tratamento através do ACS. Os ACS entregam à equipe uma ficha controle com todas as crianças de 0-14 anos divididas por ano de nascimento de sua micro-área. Essas crianças são chamadas mensalmente em grupos por faixa etária onde recebem educação em saúde bucal na unidade ou na comunidade, ocasião em que são identificadas suas necessidades de tratamento através de um indicador de necessidades, com o qual consegue-se programar o atendimento clínico e caso seja necessário, são colocadas em tratamento. Todas as crianças saem do grupo com retorno marcado de 6/6 meses para 0 - 5 anos e de 12/12 meses para crianças de 6 - 14 anos. Não perdem vaga, mesmo que falem, pois o retorno já está pré-agendado. O primeiro grupo é sempre feito pelo CD e os grupos de retorno das duas equipes são feitos pela THD ou ACD. As crianças que porventura não comparecerem ao grupo inicial são inseridas na ocasião da procura nos grupos de retorno.

O acesso dos adultos é através do número de família da ficha A do SIAB, numa sequência ordenada onde as famílias são chamadas pelos ACS em suas residências, recebem educação em saúde bucal, suas necessidades são classificadas pelo CD através do IHC e entram em tratamento. O retorno somente se dá quando

retornar ao seu número de família. O atendimento da demanda espontânea se dá nos casos de urgência/emergência.

Para determinação das necessidades da população, adotou-se resultados médios obtidos com a utilização de um instrumento epidemiológico de mensuração, denominado Indicador de Hierarquia de Complexidades (IHC). O IHC agrupa as necessidades de uma população até 14 anos em 3 grandes dimensões: Controle da Doença, Controle da Lesão e Necessidade Especializada (Loureiro, 199x).

Para a faixa etária de 15 anos e maior, o IHC agrupa as necessidades em 4 dimensões: Controle da Doença, Controle da Lesão, Necessidade Especializada e Necessidade de Prótese, apesar desta última não ser implementada nas unidades, mas servindo de referência de necessidade da população. Internamente, cada dimensão foi subdividida em itens formando uma escala de tarefa ordinal de acordo com o número de passos e a complexidade da tarefa. Esta escala foi elaborada para representar a complexidade das tarefas (Loureiro e Araújo, 2005).

O Quadro 3 mostra o protocolo de intervenção do atendimento clínico individual do IHC.

Quadro 3: Protocolo de intervenção segundo IHC do atendimento clínico individual.

Acolhimento		Avaliação da necessidade percebida; Classificação da Hierarquia de Complexidade	THD/CD
Controle da Doença	SN	Higiene Bucal Supervisionada; Aplicação tópica de flúor; Profilaxia;	THD
	CDI	Fluorterapia complementar; Raspagem supra-gengival; selante resinoso e ionomérico.	
Controle da Lesão	SNL	Exame Clínico	CD
	CLS	Restaurações plásticas; amálgama, resina e ionômero; endodontia conservadora da polpa; endodontia de decíduos; exodontias; raspagem sub-gengival.	
	CLC	Restaurações a pino; próteses unitárias; endodontia radical de uni-radiculares.	
Tratamento Especializado I	SNE NTE	Sem necessidades Endodontia de multi-radiculares; extração cirúrgica; periodontia.	CD Especialista
Tratamento Especializado II	SNP	Sem necessidade	CD Protetista
	PPR	Prótese Parcial Removível	
	PTR	Prótese Total Removível	
	PPR/PTR	Prótese Parcial e Total Removível	
Saída		Reserva de Consulta	Agente Administrativo
		Conclusão do Tratamento	

Fonte: Loureiro e Araújo, 2005

O significado de cada intervenção é: SN - Sem Necessidade; CDI - Com Doença Inicial; SNL - Sem necessidade (Lesão); CLS - Com Lesão Simples; CLC - Com Lesão Complexa; SNE - Sem Necessidade Especializada; NTE - Necessidade de Tratamento Especializado; SNP - Sem Necessidade de Prótese; PPR - Prótese Parcial Removível; PTR - Prótese Total Removível.

Cada dimensão corresponde ao perfil de tarefas de um tipo de agente de trabalho, sobre a qual este detém habilidades técnicas e legais para atuar resolutivamente.

Estudo realizado por Loureiro e Araújo (2005) identifica o tempo de tratamento necessário para cada sub-dimensão. Em Diadema, como as consultas são de 30 minutos, formulou-se o Quadro 4, referente ao número de consultas para

pacientes até 14 anos e o Quadro 5, que refere o número de consultas de 30 minutos para pacientes acima de 14 anos. Com essa ferramenta, torna-se possível a organização e planejamento do serviço de saúde bucal, tendo em vista a programação mensal proposta.

Quadro 4: Número de consultas para tratamento de 0 a 14 anos.

SN	1
CDI	2
SNL	1
CLS	3
CLC	5
CLS/CLC	8
NTE	8

Fonte: Diadema. SMS/Coordenação de Atenção Básica – 2007.

Quadro 5: Número de consultas para tratamento acima de 14 anos.

SN	1
CDI	2
SNL	1
CLS	5
CLC	7
CLS/CLC	10
NTE	8
PPR	6
PTR	8
PPR/PTR	8

Fonte: Diadema. SMS/Coordenação de Atenção Básica – 2007.

São também realizados grupos para gestantes no primeiro trimestre da gestação, recém nascidos, insulino dependentes, trabalhadores, pacientes com indicação médica e grupos interdisciplinares.

O CD [D2], cuja unidade ainda é mista (tradicional e com duas equipes de saúde da família implantadas) avalia as mudanças:

“...Hoje a gente está passando por um momento de mudança, adaptação, inclusive aqui, a gente está começando a chamar as famílias para tratamento, já fizemos grupo com famílias, enfim, é uma experiência nova para esta unidade, nova para a população da área aqui. (...). O saúde da família tem um impacto positivo para a população cadastrada, enquanto para os não cadastrados chega a ser uma interrogação.”

6. DISCUSSÃO

O município de Diadema teve sua emancipação apenas em 1960. Ao se descrever o histórico da política de saúde bucal, constata-se a diversidade de vontade política das gestões. Em relação aos períodos aqui citados, temos características marcantes que serão destacadas, levando em consideração os períodos políticos.

Ao se analisar as políticas de saúde bucal do município, encontramos o início desse serviço somente em 1972 e temos um período longo até 1988, marcado pelo sistema incremental de atenção, com assistência exclusiva ao escolar, influenciado pelos primeiros programas da Fundação SESP. Segundo Narvai (2006), os primeiros programas odontológicos escolares no Brasil tiveram seu início em 1952 pela Fundação SESP.

Narvai (2006) afirma que em 1929, os profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior, e que em 1932, após a criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, instituiu-se a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário para atender a população de escolares da rede pública estadual. Segundo a FUNDAP (2003), em 1947 foi criada a Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social, transformada em 1969 na Secretaria da Saúde. Apesar disso, segundo Soares (2005), a assistência médica-odontológica permaneceu na Secretaria de Educação e mais tarde, em 1976, a assistência médica-odontológica se incorporou ao DAE, que somente em 1983 foi transferido para a SES-SP.

Em Diadema, o serviço odontológico era realizado em escolas estaduais e tinha o DAE como responsável pela orientação das ações a serem implementadas. Em contrapartida, os CD eram contratados pela Secretaria Municipal de Educação. Nesse período, a política de saúde bucal estava voltada para o atendimento aos escolares e o modelo implementado era baseado na metodologia desenvolvida pela Fundação SESP, o sistema incremental.

Para Pinto (1992), o sistema incremental foi um método empregado em agrupamentos fechados, daí sua ênfase em programas escolares. Narvai (2002a) cita

que, até o início da década de 1980, diversos programas foram baseados no modelo sespiano.

Para Pinto (1993), o programa incremental limitou-se a organizar fluxo de pacientes às clínicas, com base curativa e alguma prevenção, porém falhou em dois pontos: não conseguiu reduzir a incidência de cárie, já que os métodos preventivos adotados eram de pouco alcance e metodologicamente inadequados, e; tinha baixa cobertura populacional gerada, entre outros motivos, pelo parcial tempo de dedicação do profissional, pela não contratação de pessoal auxiliar e ausência de coordenação técnica efetiva. Em Diadema, o quadro não era diferente e o período foi marcado pela insatisfação dos profissionais e pela baixa produtividade.

Na última etapa desse período, a partir de 1987, a política de saúde bucal passa a ser gerida pelo município, com os serviços do DAE sendo transferidos para a Secretaria Municipal de Educação e com a criação do SAREM, que tinha dois pontos fundamentais: prevenção, através de transmissão de conhecimentos científicos aos pais, professores e alunos; e tratamento dentário com serviços emergenciais, curativos, restaurações permanentes e radiografias. Esses serviços eram extensivos aos estudantes das escolas estaduais.

Em 1986, como política principal, fazendo parte da odontologia preventiva, inicia-se a fluoretação das águas de abastecimento público implementada pela SABESP. Foi o período em que o município iniciou a urbanização das favelas com saneamento básico, praticamente inexistente até 1983.

Segundo Narvai (2002a), a odontologia preventiva chegou ao Brasil no início dos anos de 1960. Porém, somente com o desenvolvimento da cariologia pelos países escandinavos e do controle da cárie na maior parte dos países do primeiro mundo, é que, na década de 1980 ela se firmou no Brasil. Ela partiu da compreensão do processo saúde doença.

O primeiro sistema de fluoretação de águas de abastecimento público no Brasil, segundo Pinto (1992) e Koslovk e Pereira (2003) ocorreu em Baixo Guandu, no Estado do Espírito Santo em 1953. No Estado de São Paulo, segundo Ramirez e Buzalaf (2007), teve início em 1956 no município de Marília, em Campinas ocorreu em 1961, sendo seguido por Araraquara, Piracicaba e Barretos.

Para Frazão et al (2003) e Koslowski e Pereira (2003), o efeito da fluoretação das águas sobre a experiência de cárie em população adulta tem mostrado reduções em torno de 20%, sendo considerado um método preventivo indispensável.

O período de 1989 a 1992 foi marcado pela transferência da política de saúde bucal da Secretaria Municipal de Educação para o DHS-Diadema, pela mudança do espaço de trabalho das escolas para as UBS, pela formação das ESB, pelo sistema de trabalho em clínicas modulares e pelo início das ações coletivas.

Segundo Frazão (1997) os sistemas de trabalho de alta cobertura vêm sendo desenvolvidos desde a década de 1940, porém, no Brasil e na América Latina, só foram colocados em prática a partir da década de 1970.

Para Soares (2005), os sistemas de trabalho de alta cobertura levaram à formação de equipes odontológicas, com a incorporação da ACD e THD e de novos ambientes de trabalho com clínicas modulares. Este movimento a que se deu o nome de odontologia simplificada se disseminou por todo o país e também no Estado de São Paulo.

Em Diadema, a incorporação dos ACD ocorreu em decorrência de um curso de formação em 1990 e a incorporação dos THD ocorreu em 1993 por ocasião do concurso público.

Pinto (1993) afirma que a base da odontologia simplificada foi o Programa Integrado de Saúde Escolar da Secretaria de Educação e o Serviço Social do Comércio, ambos no Distrito Federal. Foi ali também que o treinamento de auxiliares e técnicos teve seu início, assim como o desenvolvendo das clínicas modulares com três ou mais ‘camas clínicas’.

Em 1989, não diferente do país, Diadema apresentava a cárie dentária como problema de saúde pública, apresentando indicadores preocupantes. Daí a prioridade quanto ao uso de ferramentas que pudessem controlar o quadro epidemiológico. Tiveram início nesse mesmo ano, os procedimentos coletivos sob a forma de bochechos diários com solução na concentração de 0,05% de fluoreto de sódio e a educação em saúde bucal.

Segundo Pinto (1992), as soluções fluoretadas mais utilizadas são o fluoreto de sódio a 0,2% para uso quinzenal ou semanal e a 0,05% para uso diário, sendo as duas, soluções neutras. Os resultados se mostraram similares com as duas

concentrações, tendo como vantagens: poder preventivo no grupo etário considerado de maior prevalência de cárie; facilidade de aplicação e rápida compreensão do método; custo reduzido; pequena interferência na rotina escolar; aplicação fora do ambiente clínico; interligação com atividades educativas.

Segundo Narvai (1999), a Portaria nº. 184 de 1991 da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, instituiu os Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal na tabela de procedimentos do SAI-SUS o que levou ao favorecimento de sua implementação nas ações dos municípios brasileiros. Nota-se que Diadema, mesmo antes dessa Portaria, já havia iniciado suas ações.

Dentre as duas principais ações de caráter coletivo recomendadas pela Rede Cedros (1992), encontramos a fluoretação das águas de abastecimento público, a qual Diadema implementa desde 1986; e, garantir a grupos populacionais definidos, acesso a procedimentos que integralizem o sistema de prevenção associando métodos preventivos e educativos. Esta segunda ação, apesar de implementada pelo município, apresentou-se restrito aos espaços escolares públicos, sem o acesso dos demais grupos populacionais.

Hoje, segundo as “Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária” da SES-SP (2000), os bochechos fluorados só devem ser recomendados em municípios com fluoretação de água de abastecimento público, quando o valor do CPO-D aos 12 anos for maior que 3 ou a proporção de livres de cárie nesta idade for inferior a 30%. O município de Diadema interrompeu os bochechos fluorados em 2000.

O período de 1993 a 1996 se caracteriza pelo início da vigilância dos teores de flúor na água; introdução da classificação de risco; odonto-bebê; início das ações coletivas nas escolas estaduais; atendimento a adultos e atendimento especializado; e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Em maio de 1993, a PMD passou a controlar os teores de flúor na água de abastecimento público da cidade, garantindo este benefício para toda a população servida pela rede. Segundo Narvai (2000a), o desenvolvimento da vigilância à fluoretação das águas teve início na década de 1980. Narvai (2002b) afirma que em 1990, o Município de São Paulo montou o primeiro sistema de vigilância sanitária da fluoretação das águas. Segundo Koslovski e Pereira (2003), somente através das

Portarias nº. 3.313 de janeiro de 1998 e nº. 1.469, de dezembro de 2000 do MS, foram estabelecidos os procedimentos e as responsabilidades relativas ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano.

Segundo Zanetti (1996) a odontologia integral, deu ênfase à prevenção nos anos de 1980, influenciando a odontologia para bebês, o conceito de risco e métodos combinados de prevenção.

A classificação de risco foi criada no município de Diadema em 1993 baseando-se nos conhecimentos sobre o processo de formação e desenvolvimento da cárie e influenciando o estado de São Paulo a sugerir este critério para os 645 municípios do Estado através da RSS-16 de 21.12.2000.

Apesar das ações com a faixa etária de 0 a 36 meses terem sido implementadas desde 1994, o projeto odonto-bebê foi implantado em 1995, sendo executado em grupos, que envolviam mães ou responsáveis, abordando conteúdo educativo e enfatizando a prevenção da cárie dentária.

Segundo Flório e Pereira (2003), a odontologia para bebês teve seu início na Universidade Estadual de Londrina em 1985, corrigindo algumas deficiências inerentes ao sistema incremental clássico cuja atenção era tardia, em crianças já em idade escolar. O programa foi formulado como instrumento para educar e motivar pais ou responsáveis quanto à adoção de condutas preventivas voltadas à promoção da saúde bucal, entrando a assistência somente para casos necessários. Em 1988 o programa Bebê-Clínica foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Cambé (PR), sendo esta pioneira no país quanto ao atendimento odontológico precoce.

Para Roncalli (2000) as clínicas de bebês instaladas em vários municípios brasileiros estão desvinculadas de ações globais de saúde bucal. Muitos municípios implantam essas clínicas como sinônimo de assistência odontológica, o que pode levar a um modelo tão excludente quanto o incremental, que tinha foco na atenção ao escolar.

O programa de odontologia para bebês e ampliação das ações coletivas para as escolas estaduais de primeiro grau em 1995, enfatizam o aspecto característico da política municipal, voltada para a prevenção e população infantil.

O atendimento ao adulto e em especialidades, iniciado no mesmo ano, foi incipiente, não causando impacto para a população. Destaque se faz para o atendimento aos pacientes com necessidades especiais, por sua trajetória e fortalecimento dentro da política municipal a partir de seu início.

No período entre 1997 e 2000 registram-se poucos avanços, como a implantação do pronto atendimento nos finais de semana, o atendimento penitenciário, o atendimento hospitalar e o serviço de prevenção do câncer de boca.

O serviço de diagnóstico do câncer de boca teve início em 1997, antes do início da campanha de vacinação para o idoso e do rastreamento organizado pelo estado de São Paulo em 1998.

O atendimento hospitalar foi operacionalizado no Hospital Municipal por convênio firmado com a Universidade Metodista em 1999. Esse serviço foi extinto em 2003, quando o convênio não foi renovado.

O atendimento penitenciário foi uma iniciativa municipal em 2000 e sua necessidade só foi discutida em 2004, como parte integrante do Programa Brasil Sorridente.

O período de 2001 a 2004 foi marcado por crise no serviço de saúde bucal do município. Destaca-se neste período a inclusão da saúde bucal nas equipes de saúde da família; o início do atendimento no CRT; e, a criação do CEO.

A inclusão da ESB no PSF ocorreu em 2001, um ano após a publicação da Portaria 1.444/GM de 28 de dezembro de 2000 (Brasil, 2004a). Em Diadema, até 2004 foram criadas 34 ESF e apenas 9 ESB. Essa política não foi priorizada na atenção básica, principalmente no que diz respeito à saúde bucal, que teve um período de estagnação.

Roncalli (2000) afirma que as ações de saúde bucal no PSF foram iniciadas pioneiramente em Curitiba (PR), antes mesmo de sua inclusão no SF pela Portaria 1.444/GM.

Em novembro de 2003 existiam no Estado de São Paulo, 1.996 ESF e 367 ESB em funcionamento, isto é, apenas 18% das ESF contemplavam ESB (Brasil, 2004a). De dezembro de 2002 a dezembro de 2005, o número de ESB aumentou em 212% no Estado de São Paulo, totalizando 807 equipes em 290 municípios cobrindo 4,7 milhões de pessoas (Brasil, 2006b).

Foi evidente em Diadema a redução da cárie dentária na população escolar. Manfredini (2003) destaca que a redução dos índices de cárie na população infantil deve ser utilizada para planejamento de ações para outras faixas etárias e o PSF pode se constituir em importante instrumento na identificação dos grupos de maior risco social e de famílias sem acesso ao serviço odontológico.

O CRT foi criado em 1999, porém, o atendimento odontológico só teve início em 2004 e não existem documentos oficiais sobre sua implantação.

Em 2004, tivemos ainda a criação oficial do serviço especializado, com a inauguração do CEO em outubro de 2004, um dos primeiros do Brasil, incluído como parte integrante das políticas do Programa Brasil Sorridente.

O período de 2005 a 2007 foi marcado pela reorganização da atenção básica. Observa-se uma marcante mudança na política de saúde bucal, traduzida no aumento de recursos humanos, reorganização das ações coletivas, ampliação e adequação das clínicas odontológicas e nos processos de educação permanente.

É relevante destacar a organização do processo de trabalho e o aumento considerável de ESB que ocorreu entre 2005 e 2007, dando um salto de 9 para 23 e com previsão de implantação de 66 equipes até o final de 2008, dando cobertura a 100% da população. A Lei Complementar nº 252 que gratifica CD cadastrados no SF mediante metas alcançadas, é uma política inédita no país, dando a Diadema a prerrogativa de pioneira dessa modalidade salarial. Os processos educativos também são expressivos nesse período, com destaque para a formação dos 361 ACS.

Ao se analisar os períodos aqui citados, deve-se destacar a continuidade da programação de saúde bucal. Num país onde a descontinuidade político-administrativa caracteriza a maioria dos serviços públicos de saúde, realça-se a experiência de Diadema, onde, mesmo com percalços e dificuldades, a área de SB se manteve como política municipal por mais de três décadas.

Esta continuidade pode ser um dos fatores que explicam a sensível melhora nos indicadores epidemiológicos observados no município para crianças e adolescentes. Verifica-se uma redução de CPO-D aos 12 anos, que em 1995 era de 2,38 e passa para 0,88 em 2004, e um aumento no percentual de crianças livres de cáries aos 5 anos de idade de 46% em 1993 para 56% em 2004. Esses indicadores superam os registrados pelo Estado de São Paulo que no ano de 2002 obteve um

CPO-D aos 12 anos equivalente a 2,62 e 47% das crianças aos 5 anos livres de cárie. Em nível nacional, segundo o SB-Brasil realizado em 2003, registrou-se um CPO-D de 2,80 e 40,5% das crianças aos 5 anos livres de cárie.

Com uma política focada no atendimento a grupos populacionais ditos “prioritários”, com destaque para escolares, pré-escolares e bebês durante quase três décadas, observa-se no período final deste estudo, a preocupação com a universalização do acesso à assistência odontológica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou discutir as políticas e programas desenvolvidos na área de SB no município, a partir da análise de documentos oficiais e entrevistas com os atores envolvidos - prefeitos, secretários de saúde, coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas. Ressalte-se a importância das entrevistas na construção desse histórico, viabilizando a construção da linha do tempo, com os momentos de destaque dessas políticas.

Ao se analisar este processo, à luz das políticas nacionais e estaduais, identificam-se aspectos nos quais o município influenciou ou foi influenciado, seja no pioneirismo, ou no desafio da implementação dessas práticas. Da odontologia escolar, implantada a partir de 1972, à Estratégia Saúde da Família, em 2007, percorreu-se um caminho onde avanços e dificuldades permearam o processo.

Na evolução das políticas públicas de saúde bucal em Diadema, contextualizadas por gestão municipal, observa-se que esta cidade apresentou as mais variadas formas de organização das ações de SB.

Cada administração municipal apresentou características singulares, que quando confrontadas às políticas das esferas de governo estadual e nacional, permite a afirmação de que Diadema foi influenciada e também influenciou a construção dessas políticas, num processo dinâmico e relacional.

O período de 1972 a 1988 foi marcado pelo sistema incremental de atenção, com assistência exclusiva ao escolar, influenciado pelos primeiros programas da Fundação SESP, gerando insatisfação dos profissionais, baixa cobertura e baixa produtividade, já que esse sistema de trabalho limitou-se a organizar fluxo de pacientes às clínicas, com base curativa e alguma prevenção. Nesse período se destaca a municipalização em 1987 da política de saúde bucal, a princípio para a Secretaria Municipal de Educação. Destaque se dá à fluoretação das águas de abastecimento público em 1986, 33 anos após ter iniciado em Baixo Guandu (ES), mas num período em que o município investia em saneamento básico, praticamente inexistente até então.

No período entre 1989 e 1992, observa-se uma mudança institucional importante, com a transferência da SB da Secretaria Municipal de Educação para o então DHS-Diadema. Neste momento, foi implantado o sistema de alta cobertura, com clínicas modulares e equipes de saúde bucal com o desenvolvimento da formação profissional e inclusão dos ACD e, em 1993 dos THD. Destacam-se também as ações coletivas com bochechos fluoretados, realizados diariamente, em escolas de ensino infantil e gerando uma mudança nas programações de saúde bucal.

Em 1989 tiveram início os procedimentos coletivos sob a forma de bochechos diários com solução na concentração de 0,05% de fluoreto de sódio e a educação em saúde bucal. Esta foi uma das ferramentas utilizadas pelo município para controlar os alarmantes indicadores de cárie dentária de então. Os procedimentos coletivos só foram inseridos na tabela de procedimentos do SAI-SUS em 1991.

O período de 1993 a 1996 se caracteriza por grandes avanços onde se destacam como principais políticas a vigilância dos teores de flúor na água; a introdução da classificação de risco; o odonto-bebê; e, o atendimento a pacientes com necessidades especiais.

A vigilância dos teores de flúor na água teve seu início em 1993, sendo que no município de São Paulo, primeiro a incluir o heterocontrole, isto ocorreu em 1990.

A classificação de risco é o grande destaque desse período, pois foi criado no município de Diadema em 1993 baseando-se nos conhecimentos sobre o processo de formação e desenvolvimento da cárie e foi usado para efeito de organização de ações de natureza preventiva e assistencial, influenciando o estado de São Paulo a sugerir este critério para os seus 645 municípios.

O programa de odontologia para bebês e ampliação das ações coletivas para as escolas estaduais de primeiro grau em 1995, enfatizam o aspecto característico da política municipal, voltada para a prevenção e população infantil. Destaque se faz ao atendimento aos pacientes com necessidades especiais, por sua trajetória e fortalecimento desde seu início.

O período de 1997 a 2000 não foi um período marcante. Foi muito mais um período de continuidade das políticas até então adotadas, com pequenos avanços

no atendimento de urgência com os plantões de fim de semana e o atendimento em buço-maxilo-facial no Hospital Municipal. Destaque se dá ao rastreamento e diagnóstico do câncer de boca em 1997, antecedendo a campanha realizada no ano seguinte pelo estado de São Paulo.

O período de 2001 a 2004, marcado pela crise da política de saúde bucal, apresenta pequenos avanços traduzido pela inclusão da ESB na ESF, ainda de forma muito incipiente e a criação do CEO no final do período. Retrocessos importantes ocorreram, principalmente no que diz respeito à descontinuidade das ações coletivas, até então um marco do município. Apesar disso, em 2004 os indicadores de cárie dentária se colocam como inferiores ao do estado e do país.

Entre 2005 e 2007, ocorre a reorganização da atenção básica e também da saúde bucal. Houve expansão da estratégia saúde da família, acompanhada pela inclusão proporcional de equipes de saúde bucal, dentro das limitações de espaço das UBS. Aspecto importante foi a implantação deste modelo num processo de construção coletiva, à época em que a rede estava desmotivada.

Pode-se, portanto, identificar nos períodos de 1989 a 1996 e 2005 a 2007 momentos de avanços na política e nos períodos de 1997 a 2004, momentos de estagnação com algumas perdas importantes, como a descontinuidade das ações coletivas e um pequeno ganho, com a inclusão da saúde bucal na estratégia saúde da família e a criação do CEO.

Com uma política focada no atendimento a grupos populacionais ditos “prioritários”, com destaque para escolares, pré-escolares e bebês durante quase três décadas, observa-se no período final deste estudo, a preocupação com a universalização do acesso à assistência odontológica. Este processo se implementa num quadro epidemiológico, onde os indicadores de saúde bucal para crianças alcançaram precocemente as metas estabelecidas por organismos internacionais.

Pode-se afirmar que no ano de término desse estudo (2007), Diadema apresentou uma Política Municipal de Saúde Bucal, coerente com a Política Nacional de Saúde Bucal e, em alguns aspectos como, na implantação da saúde bucal na estratégia saúde da família, nos indicadores epidemiológicos de cáries em crianças e, na capacitação e educação permanente para os profissionais, observa-se o esforço do município em alcançar um estágio avançado.

8. REFERÊNCIAS

1. Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Wetsphal MF, Almeida ES. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp; 2001.
2. Alves VLR. Ingestão de dentifrícios fluoretados em crianças de idade pré-escolar e sua relação com ocorrência de fluorose. [monografia] Apresentada para conclusão do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.
3. Barros A J D, Bertoldi A D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 4(7):709-717.
4. Biancarelli A. Políticas públicas para a paz e a não violência: Os caminhos de Diadema (SP). *Divulgação em Saúde para Debate*. Maio 2006; 35:75-84.
5. Bönecker MJS, Pinto ACG, Walter LRF. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. *Revista da APCD*. 1997; 51:535-40.
6. Bönecker MJS. Redução da prevalência e severidade de cárie em bebês *Jornal Brasileiro de odontopediatria e odontologia para bebê*. [s.d.]; 3:334-40.
7. Bönecker MJS, Marcenes W & Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children em Diadema, BSPD and IAPD, *International Journal of Pediatric Dentistry*. Brazil., 2002; 12:183-188.
8. Bönecker, MJS. Tendência da experiência de cárie em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Diadema (SP) entre os anos de 1995 e 2004. [livre docência]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1997; [sn] 36

10. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de monitoramento da implantação do PSF em grandes centros urbanos. Brasília, DF; 2002. [acesso em 23 julho 2005]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para implantação de equipes de saúde bucal no programa saúde da família: Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde; Brasília, DF; 2004a.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Projeto SB Brasil 2003. Brasília, DF; 2004b.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2006a [acesso em 10 janeiro 2006]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2006b. [acesso em 02 fevereiro 2006]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF; 2004c. [acesso em 12 novembro 2006]. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf.php>.
16. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde; Brasília, DF; 2004d.
17. Buendia O C. Situação atual da fluoretação de águas de abastecimento público no Estado de São Paulo - Brasil. Rev. Saúde Pública. jun 1983; 17(3):226-232.
18. Cunha BAT. Avaliação da implantação do programa saúde da família na UBS Piraporinha-Diadema: avanços e limitações. [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
19. Diadema (Município). Prefeitura Municipal. [acesso em 06 junho 2006]. Disponível em <http://www.diadema.sp.gov.br>.
20. Diadema (Município). Prefeitura Municipal. Lei Complementar 252 de 12/12/2007. Diadema, SP; 2007.
21. Diadema Jornal. São Paulo adota programa de saúde extinto em Diadema. Diadema, SP; p. 6, 29/10 a 04/11 1989.

22. Diadema Jornal. Projeto atenderá crianças. Diadema, SP; 06/03/1994a.
23. Diadema Jornal. A saúde bucal na cidade é tema de discussão. Diadema, SP; p. 6, 06 de nov de 1994b.
24. Diadema Jornal. Dentistas fazem debate sobre saúde bucal. Diadema, SP; p. 6, 06 de nov de 1994c.
25. Diadema Jornal. Os dez anos da saúde bucal em Diadema. Diadema,SP; 09 de out 1997.
26. Diário da Cidade. I Congresso Paulista de Odontologia do Guarujá – SP e II Encontro paulista de técnicos do serviço público odontológico. Santos, SP; 13 de mai 1994.
27. Diário do Grande ABC. Cárie zero é possível com cuidados desde a gestação. São Bernardo do Campo, SP; p. 6, 06 de jul 1997a.
28. Diário do Grande ABC. Secretaria da Saúde faz prevenção de câncer bucal. Diadema, SP; 27 de set 1997b.
29. Diário do Grande ABC. Presos vão ter médico e dentista. São Bernardo do Campo, SP; 16 de set 2000.
30. Diário Popular. Diadema atinge meta da OMS em saúde bucal. Diadema, SP; 12 de mar 1994.
31. Diário Regional do ABCD. Diadema participa de projeto bucal. Diadema, SP; 10 de ago 2000.
32. Diadema. DHS – Diadema: Departamento de Higiene e Saúde de Diadema. Curso supletivo de qualificação profissional. Diadema, SP; ago. 1990.
33. Diadema. DSH – Diadema: Departamento de Higiene e Saúde de Diadema. Projeto piloto ampliado para o sistema de controle da cárie dental nas escolas municipais de educação infantil (EMEI), Diadema, SP; 1989.
34. Diadema. DSH – Diadema: Departamento de Higiene e Saúde de Diadema. I Conferência Municipal de Saúde Bucal. Diadema, SP; p.4, 1993.

35. Diadema. DSH – Diadema: Departamento de Higiene e Saúde de Diadema. O flúor nas águas de Diadema: relatório do sistema municipal de vigilância da fluoretação de águas de abastecimento público de Diadema – maio de 1993 a setembro de 1994. Diadema, SP; nov 1994.
36. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Mapa de saúde bucal, manual de preenchimento. Diadema, SP; 1997a.
37. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. A abordagem das doenças bucais em Diadema: dez anos de uma experiência inovadora. Diadema, SP; 1997b.
38. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Promoção da saúde bucal em Diadema. Diadema, SP; [s.d. a].
39. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Manual de classificação das crianças segundo suas condições de saúde/doença bucal. Diadema, SP; 1997c.
40. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Orientação geral para a realização de bochechos fluoretados. Diadema, SP; [s.d.b]
41. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Proposta de atuação junto às escolas estaduais. Diadema, SP; 1995^a
42. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Programa de atenção à saúde da mulher e da gestante. Diadema, SP; 1995b.
43. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Propostas para o planejamento da área de saúde bucal no período de 1995/1996. Diadema, SP; 1994b.
44. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Conferência Municipal de Saúde: A saúde e as doenças bucais na cidade. Diadema, SP; mai de 1999.
45. Diadema. SMS-Diadema: Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Promoção de saúde bucal em Diadema: 12 anos de resultados positivos. Diadema, SP; 22 de fev 2000.

- 46 Elias PE, Bousquat A, Nakamura E, Cohn A. A implantação do programa de saúde da família na metrópole paulista (2001-2003). *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Brasília, DF; abr 2004; 7 ed especial:62-71.
47. Esteves B. O Brasil de cabelos brancos. *Ciência Hoje*. 1998; 23 (137):18-21.
48. [FDI] Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *International Dental Journal*. 1982; 32 (1): 74-7.
- 49 Ferreira E, Vargas AMD, et al. Os caminhos da integralidade: reflexões de professores da Faculdade de Odontologia da UFMG. In: Garcia DV. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro; 2005. 65-74.
- 50 Folha Regional. Diadema firma convênio com UMESP para realizar cirurgias odontológicas. Diadema, SP; 15 de jan 1999a.
51. Folha Regional. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema implanta serviço de diagnóstico de lesões bucais. Diadema, SP; 09 de abr 1999b.
52. Frazão P. Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Bucal*. FUNDAP, São Paulo; 1997.
53. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. Bras. Epidemiol.* abr. 2003; 6 (1):49-57.
54. FUNDAP - Fundação para o desenvolvimento administrativo. Perfil da administração pública, 2003. [acesso em 12 agosto 2006]. Disponível em <http://www.perfil.fundap.sp.gov.br> .
55. Garrafa V. Simplificação e desmonopolização em odontologia. II ECEO: Encontro Brasileiro de Estudantes de Odontologia. Florianópolis; 1981.
56. Garcia DV. *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro; 2005:19-21.
57. Informativo Municipal. Diadema, p. 13, mar 1988.

58. Jornal ABO Nacional. SB 2000 segue em frente com oficinas de trabalho. Ano XII n. 67 set-out 2000.
59. Loureiro CA, Araújo VE. Dimensionamento do Programa de Saúde Bucal de Ouro Preto, MG. Belo Horizonte: Estação Saúde; 2005.
60. Manfredini MA. Planejamento em saúde bucal. In Pereira AC e colaboradores. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2003. 51-63.
61. Manfredini MA. PSF: promovendo saúde bucal. Revista Brasileira de Saúde da Família. Ministério da Saúde, Brasília, DF; abr. 2004; 7 ed especial: 50-54.
62. Martino LVS. O Cirurgião dentista e o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo: Uma Revisão Histórica [monografia]. São Paulo: FUNDECTO – Universidade de São Paulo; 2003.
63. Melo MCB et al. A família e o processo de adoecer de câncer bucal. Psicol.estud. 2005; 10[3]:413-419.
64. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2002a.
65. Narvai PC et al. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do Século XX. Odontologia e Sociedade. 1999; 1(1/2): 25-30.
66. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000a; 5(2):381-92.
67. Narvai PC. O Brasil e as metas da OMS – 2000. Rev. ABO Nac. dez 1999/jan. 2000b; 7(6):374-7.
68. Narvai PC. Heterocontrole? Jornal do Site Odonto. 2002b; 4(56).
69. Narvai PC. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica?., In Garcia DV. Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro; 2005:28-42.

70. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006; 19(6):385–93.
71. Narvai PC. Da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(n esp):141-7.
72. Oliveira LB. Experiência de cárie em crianças de 5 a 59 meses de idade e sua associação a fatores sócio-econômicos e estado nutricional de Diadema-SP [doutorado] Apresentado para a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2006
73. Oliveira JAA e Teixeira SMFT. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes; 1985.
74. Pereira AC, Flório FM. Alicerce para a promoção da saúde bucal: o início precoce. In Pereira AC e col. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre; 2003:413-422.
75. Pinto VG. *Saúde Bucal: Odontologia social e preventiva*. 3ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1992.
76. Pinto VG. *A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir*. 1ª Ed. São Paulo: Editora Santos; 1993.
77. Polignano MV . História das políticas de saúde do Brasil - Uma pequena revisão. UFMG [acesso em 30 setembro 2006]. Disponível em www.internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.
78. Ramirez I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. 2007; 12(4):1057-1065.
79. Rede Cedros. *Saúde bucal em SILOS. O que fazer nos municípios? Cadernos de Saúde Bucal*. Rio de Janeiro; 1992.
80. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia-Nacional*. Em Diadema 2000 é agora. E até os bebês tem programa odontológico. out/nov1994; 2:312.

81. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. Driblando a cárie. Jan/fev 1996; 50:18.
82. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal. [doutorado] Apresentado para a Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita; 2000.
83. Roncalli AG. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. In: Pereira AC e col. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre:Ed Artmed; 2003: 28-49.
84. Roncalli AG, Pereira AC, Koslowski FC. Métodos de utilização do flúor sistêmico. In: Pereira AC e col. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre; 2003:265-274.
85. Roncalli AG, et al. Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de levantamento domiciliar. Boletim da Saúde. 2002; 16:2.
86. São Paulo (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Coordenadoria de planejamento em saúde centro técnico de saúde bucal. A Organização da Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – uma proposta para o SUS de São Paulo. São Paulo, 2001.
87. São Paulo (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Recomendações sobre uso de produtos Fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária. RSS-164, de 21.12.2000. São Paulo, 2000 [acesso em 15 maio 2006]. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br>.
88. São Paulo (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Sínteses das principais ações de saúde bucal desenvolvidas entre 1995 a 2002. [relatório]. São Paulo: Centro Técnico de Saúde Bucal; 2002:7-11.
89. São Paulo (Estado). Secretaria do Estado da Saúde. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro técnico de saúde bucal; 2003.

90. Sartori LC. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no programa saúde da família [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.
91. Schneider Jr, Douglas Augusto. Seminário de planejamento em saúde bucal [conferência]. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 25 abril, 2001.
92. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*. out. 2000; 8(4):268-271.
93. Silva RFP, Silva MFA. Estudo comparativo da redução de cárie alcançada por dois tipos de programas. *RGO*. nov/dez 1996; 44 (6):351-358.
94. Silva SR. Novos avanços em saúde bucal coletiva. *Revista da APCD*. nov-dez 2000; 4(6):429-440.
95. Silva JÁ, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. In: *Dos programas de extensão de cobertura ao programa de saúde da família*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002; (1):19-74.
96. Soares MC. Programa de atenção em saúde bucal no sistema de saúde do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.
97. Souza HMS. Saúde da Família: desafios e conquistas. In Negri B e Viana ALD. *O Sistema Unico de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime/ Cealg; 2002.
98. Toledo JPG. A saúde bucal e as políticas públicas de saúde – São Paulo, 1995. [texto produzido para o Cadase – SES SP] In: Soares MC. *Programa de atenção em saúde bucal no sistema de saúde do estado de São Paulo*; 2005.
99. Viana A, Dal Poz MR. A reforma de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2005; 15 (suplemento):225-264.
100. Zanetti, CHG. Em busca de um paradigma na programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulgação Saúde em Debate*. julho 1996; 13:18-35.

101. Zenin L, Pardi V, Pereira AC. Método de utilização de flúor tópico In: Pereira AC e col. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Ed Artmed; 2003:275-286.

ANEXO 1: Termo de anuência do Secretário Municipal de Saúde de Diadema – SP

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO
DE DIADEMA**
Secretaria Municipal da Saúde

Diadema, 05 de fevereiro de 2007.

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal da Saúde de Diadema autoriza a discente Bernadete Aparecida Tavares Cunha, de RG nº. 15737579-1 e CPF nº. 080562308-66, matriculada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no curso de pós-graduação para obtenção do título de Mestre, a realizar pesquisa de campo para sua dissertação com o título "Diadema: da odontologia escolar à abordagem familiar", sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Capel Narvai. Estes dados serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e poderão ser divulgados através de artigos científicos, livros ou congressos.

Osvaldo Misso
Secretário Municipal da Saúde de Diadema

ANEXO 2: Termo de consentimento Livre e Esclarecido**Universidade de São Paulo***FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo está realizando uma pesquisa para conhecer a sua versão sobre as políticas de saúde bucal do município de Diadema (SP). Para isso, serão realizadas entrevistas que terão a duração de aproximadamente 40 minutos e, por razões técnicas, serão gravadas. Após a conclusão da pesquisa as fitas serão arquivadas ou devolvidas se houver interesse da pessoa que deu a entrevista. A sua participação não é obrigatória. Mesmo que você aceite participar, se quiser, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A sua entrevista será utilizada exclusivamente nesta pesquisa, mas, em conjunto, as informações poderão ser analisadas por especialistas e pesquisadores que se interessem pelos assuntos tratados, sempre que essas análises forem consideradas importantes para a saúde pública.

Se você tiver alguma dúvida, pergunte tudo que quiser. Se estiver bem esclarecido sobre o assunto, e concordar em conceder a entrevista, por favor, assine no local indicado logo abaixo. Após a entrevista, se em algum momento você quiser saber sobre o andamento da pesquisa, procure Bernadete Aparecida Tavares Cunha, na Faculdade de Saúde Pública à Av. Dr. Arnaldo nº 715, São Paulo, ou então telefone para 11-4057-7031. Agradecemos por sua colaboração, participando da pesquisa.

São Paulo, 15 de maio de 2007.

Bernadete Aparecida Tavares Cunha
Responsável pela Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa *Diadema: da odontologia escolar à abordagem familiar*, **AUTORIZO** a realização da entrevista.

São Paulo ____ de _____ de 2007.

Nome

Assinatura

ANEXO 3: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da USP **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**Of.COEP/ 200 /07**

Protocolo 1636

Projeto de Pesquisa DIADEMA: DA ODONTOLOGIA ESCOLAR À ABORDAGEM FAMILIAR

Pesquisador(a) Bernadete Aparecida Tavares Cunha

01 de outubro de 2007.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua 3.ª/07 Sessão Extraordinária, realizada em 28.09.2007, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o **protocolo** de pesquisa acima intitulado, e o considerou **APROVADO**.

Lembramos, ainda, que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do(a) pesquisador(a):

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

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP**

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

Bernadete Aparecida Tavares Cunha

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Metropolitana de Santos (1987). Atualmente é cirurgiã-dentista da Prefeitura do Município de Diadema coordenando o serviço de saúde bucal, atuando também na coordenação de atenção básica. Mestrando em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, é especialista em Saúde da Família, Saúde Coletiva em Odontologia e Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde bucal, estratégia saúde da família, planejamento de serviço de saúde, dimensionamento de serviço de saúde bucal, política de saúde e educação permanente.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 27/07/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/4452652652191475>

Paulo Capel Narvai

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978). Atualmente é Professor Titular da USP. Publicou 3 livros, 17 capítulos de livros, 61 artigos em periódicos especializados e 23 trabalhos em anais de eventos. Proferiu 42 conferências e palestras em eventos técnico-científicos e participou como apresentador em 78 seminários, simpósios e comunicações. Ministrou 43 cursos e participou de 164 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colombia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou bancas julgadoras de mérito acadêmico em 49 defesas de mestrado e 31 doutorados. Orientou 11 dissertações de mestrado e 6 teses de doutorado nas áreas de Saúde Pública/Coletiva e Odontologia. É membro do conselho editorial de 8 revistas e consultor de 7 periódicos científicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 116 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos cujas temáticas se referem à saúde bucal, saúde bucal coletiva, fluoretação da água, cárie dentária, fluorose dentária, epidemiologia e serviços odontológicos, políticas de saúde e vigilância sanitária. É consultor do Ministério da Saúde (1997-). Coordena o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2006-). Representa a USP no Conselho Municipal de Saúde de São Paulo (2005-).
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 31/07/2008

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>