

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Implantação e evolução dos serviços públicos
odontológicos em Taubaté – SP, no período de
1983 a 2006**

Adriana de Castro e Silva

**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**

**Orientadora: Profª Drª Maria Cristina da
Costa Marques**



São Paulo

2007

**Implantação e evolução dos serviços públicos
odontológicos em Taubaté – SP, no período de
1983 a 2006**

Adriana de Castro e Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profª Drª Maria Cristina da Costa Marques



São Paulo

2007

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.

49290 | 2008 doc

Para meus pais, Augusta e Antonio Carlos,
meus tios Terezinha e Reginaldo,
minha sobrinha Melina
e, especialmente, para a minha irmã Andréia.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades concedidas,

à Professora Doutora Maria Cristina da Costa Marques, minha orientadora, por ter me acolhido com seu abraço e sempre acreditado nesta pesquisa,

ao Professor Doutor Paulo Capel Narvai e ao Professor Doutor Paulo Frazão, pelas contribuições indispensáveis,

a Vânia e Lívia, funcionárias da Faculdade de Saúde Pública, pelo apoio e carinho,

à Prefeitura Municipal de Taubaté, por ter permitido a realização da pesquisa,

ao Museu e Arquivo Histórico de Taubaté e ao Jornal Diário de Taubaté, pelo acolhimento,

e a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para que esta pesquisa se realizasse.

Silva AC. Implantação e evolução dos serviços públicos odontológicos em Taubaté – SP, no período de 1983 a 2006 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

RESUMO

Introdução – De acordo com o processo de municipalização da saúde, o município se tornou gestor das ações de saúde bucal. A política de saúde bucal deve seguir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. **Objetivo** – Conhecer a evolução da política municipal de saúde bucal de Taubaté e verificar sua adequação às deliberações das conferências nacionais de saúde bucal, considerando os diferentes momentos. **Métodos** – Pesquisa qualitativa. Composta pelas seguintes etapas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental realizada nos arquivos da Prefeitura Municipal de Taubaté e levantamento de informações pertinentes divulgadas através da imprensa local. Também foram realizadas entrevistas com os principais atores envolvidos na construção da política municipal de saúde bucal. As fontes orais foram somadas às outras fontes utilizadas. Na análise, procurou-se estabelecer uma relação entre o desenvolvimento dessa política e as deliberações das conferências nacionais de saúde bucal. **Resultados** – Foi encontrada uma relação entre a construção da política estudada e as deliberações das conferências consideradas. **Conclusões** – O município de Taubaté conseguiu estruturar suas ações de saúde bucal, contemplando os três níveis de atenção. Porém, a política de saúde bucal precisa ser aperfeiçoada, principalmente no que diz respeito à universalidade do acesso e à integralidade das ações. Para isso, o fortalecimento da participação da comunidade poderá contribuir.

Descritores: Políticas Públicas. Saúde Bucal. Municipalização. SUS.

Silva AC. Implantação e evolução dos serviços públicos odontológicos em Taubaté – SP, no período de 1983 a 2006 / Implantation and development of public oral health services in the municipality of Taubaté – SP, between 1983 and 2006 [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007.

ABSTRACT

Introduction – According to health municipality process, the municipality now has to take charge of oral health actions. The Oral Health Policy should follow the principles and directives of Sistema Único de Saúde, SUS (Standardized Health System). **Objective** – Getting to know the progress of municipal oral health policy in the municipality of Taubaté and verify its similarity to the directive proposed by national oral health conferences, considering different stages. **Methods** - Qualitative research. Composed by the following stages; bibliographical research, documentary research carried out at Taubaté Town Hall archives, and local newspaper-article archives. Interviews have also been carried out with the main actors involved in the organization of the municipal oral health policy. The verbal sources were added to other used sources. In this analysis, the writer attempted to establish relations between the development of this policy and the directive proposed by national oral health conferences. **Results** –Relations between the development process of the analyzed policy and the directives of considered conferences were found. **Conclusions** – The municipality of Taubaté structured its oral health actions contemplating the three levels of attention. However, the oral health policy needs to be improved, mainly concerning general accessibility and the entirety of the actions. Community participation becoming stronger may also contribute to this.

Descriptors: Public policy. Oral health. Municipalization.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
1.2	O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL	16
1.3	A SAÚDE BUCAL E O SUS	20
1.4	ÍNDICES, INDICADORES E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	24
1.5	POLÍTICA PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO	29
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3	MÉTODOS	32
3.1	CAMPO DA PESQUISA	32
3.2	OBJETO DO ESTUDO	33
3.3	ETAPAS DA PESQUISA	34
3.3.1	Pesquisa Bibliográfica	35
3.3.2	Pesquisa Documental	35
3.3.3	Levantamento de Informações Através da Imprensa Local	36
3.3.4	Análise das Informações Obtidas (Fonte Documental e Imprensa Local) e Elaboração das Questões Abordadas nas Entrevistas	37
3.3.5	Realização das Entrevistas	39
3.3.6	Análise das Entrevistas	40
3.4	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	48
4	RESULTADOS	51
4.1	A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA JUNTO AO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E CULTURA EM TAUBATÉ	51
4.2	1º. PERÍODO: A IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS MUNICIPAIS	53

4.3	2º. PERÍODO: A IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES COLETIVAS	70
4.4	3º. PERÍODO: A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	89
4.5	4º. PERÍODO: A AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES ESPECIALIZADAS E A NOVA IMPLANTAÇÃO DO PSF	101
4.6	ASPECTOS DA TOMADA DE DECISÃO	120
5	DISCUSSÃO	131
6	CONCLUSÃO	139
7	REFERÊNCIAS	141
8	MATÉRIAS DE JORNAL CITADAS	151
ANEXOS		
	Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	155
	Anexo 2 – Questões utilizadas nas entrevistas	158

SIGLAS UTILIZADAS

ACD -	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
AIDS -	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS -	Ações Integradas de Saúde
APAE -	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APCD -	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
CADASE -	Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência à Saúde do Escolar
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB -	Comissão Intergestores Bipartite
CLT -	Consolidação das Leis do Trabalho
COMUS -	Conselho Municipal de Saúde
CNSB -	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DAE -	Departamento de Assistência ao Escolar
DAS -	Departamento de Ação Social
DBES -	Departamento de Bem-Estar Social
DIR -	Diretoria Regional de Saúde
DS -	Departamento de Saúde
DSB -	Divisão de Saúde Bucal
EC -	Emenda Constitucional
EEPG -	Escola Estadual de Primeiro Grau
EMPG -	Escola Municipal de Primeiro Grau
EQT -	Equipe de Qualidade Total

ESB -	Equipe de Saúde Bucal
FDI -	Federação Dentária Internacional
FUST -	Fundação Universitária da Saúde de Taubaté
GM -	Gabinete Ministerial
HIV -	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
LRPD -	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS -	Ministério da Saúde
NOAS -	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PA -	Pronto-Atendimento
PAB -	Piso da Atenção Básica
PABA -	Piso da Atenção Básica Ampliada
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM -	Posto de Assistência Médica
PAMO -	Posto de Atendimento Médico e Odontológico
PC -	Procedimentos Coletivos
PCCS -	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDS -	Partido Democrático Social
PMDB -	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMT -	Prefeitura Municipal de Taubaté
PS -	Pronto-Socorro
PSF -	Programa de Saúde da Família

- PPI - Programação Pactuada Integrada**
- PT - Partido dos Trabalhadores**
- QT - Qualidade Total**
- QUALIST - Qualidade de Atenção Integrada à Saúde Taubateana**
- RH – Recursos Humanos**
- SABESP - Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo**
- SES - Secretaria de Estado da Saúde**
- SESI - Serviço Social da Indústria**
- SESP - Serviço Especial de Saúde Pública**
- SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde**
- SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde**
- SUS – Sistema Único de Saúde**
- THD – Técnico em Higiene Dental**
- UIST - Unidade Integrada de Saúde de Taubaté**
- UNESP - Universidade Estadual Paulista**
- UNITAU - Universidade de Taubaté**
- USF - Unidade de Saúde da Família**

1 INTRODUÇÃO

O cenário é a cidade de Taubaté, localizada no interior do estado de São Paulo. O período é o compreendido entre os anos de 1983 e 2006, seu início foi marcado pela criação do Departamento Municipal de Saúde.

Esta pesquisa pretendeu conhecer a construção da política de saúde bucal do município e como ocorreu a implantação e a evolução dos serviços públicos odontológicos em Taubaté e, também, entender os mecanismos e as ações que auxiliaram o município na ampliação de sua rede de atendimento no que diz respeito aos serviços oferecidos à comunidade e ao acesso a eles.

O estudo foi guiado pelos princípios e diretrizes estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde — SUS — bem como pelas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal ocorridas no período em questão.

Como resultado deste trabalho, foi possível conhecer a forma como a implantação dos citados serviços se desenvolveu no município e destacar elementos determinantes da formulação da política de saúde bucal relacionados ao processo da tomada de decisão.

1.1 DO SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — SUS

Na década de 1950, dentro do Ministério da Saúde, foi criada a Seção de Odontologia do Serviço Especial de Saúde Pública — SESP — e o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (1956). A primeira tinha como função a coordenação dos serviços odontológicos públicos regionalizados, que eram direcionados a um público selecionado, enquanto o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia exercia ações de fiscalização profissional (ZANETTI,1993).

As ações do SESP se dividiam em duas linhas: a implantação da fluoretação das águas de abastecimento público, iniciada em 1953, em Baixo Gandu, no Espírito Santo, e a implantação de uma rede básica de atendimento odontológico, iniciada em Aimorés, Minas Gerais, em 1951. O atendimento era baseado nos princípios do sistema incremental em que a cobertura das faixas etárias é realizada gradativamente, através de tratamento intensivo, a partir das menores idades e realizado em poucas sessões (ZANETTI, 1993).

Desta forma o Ministério da Saúde realizava predominantemente ações de saúde pública, enquanto as unidades do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS — apresentavam uma proposta de atenção odontológica que buscava a realização de ações curativas. Os dentistas que atuavam na rede estadual também desenvolviam ações curativas, com ênfase nas extrações dentárias (SERRA, 2001).

O mesmo autor afirma que existiam duas características principais no modelo assistencial-privatista previdenciário de assistência odontológica; a primeira era a ausência de um programa detalhado de cobertura populacional e a segunda era a existência de um teto máximo para os prestadores de serviço. A escolha do

procedimento a ser realizado seguia a lógica econômica e não a necessidade do paciente, baseando-se, portanto, no que podia ser auferido com o registro do procedimento.

O modelo assistencial-privatista de atenção em saúde bucal exercido no país foi considerado predominante por NARVAI (2002) como característica da prática da odontologia de mercado, com ação centrada na doença e realizada, na maioria das vezes, por um único profissional, o cirurgião-dentista. BOTAZZO (1999) também se refere a uma prática odontológica centrada na doença, particularmente na cárie dental.

Dessa forma, os serviços públicos odontológicos se caracterizavam pelo desenvolvimento de ações predominantemente curativas, prestadas de forma desorganizada, por instituições pertencentes às diferentes esferas de governo. Nesse contexto, havia a assistência prestada pelo município, pelo INAMPS e existiam os serviços odontológicos junto às Secretarias de Estado da Promoção Social, de Segurança Pública, de Justiça e de Educação. No caso da Educação, tornou-se muito conhecido o Programa de Odontologia do Escolar, do Departamento de Assistência ao Escolar — DAE — (BOTAZZO, 1999).

A assistência odontológica, além de ser caracterizada pelo predomínio de ações curativas, era especialmente dirigida às crianças. Ao restante da população, o acesso era possível em caso de urgência (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2005, BOTAZZO, 1999, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

Na década de 80, houve uma reestruturação da área da saúde, com um processo de discussões amplas, considerando a saúde como direito, além de

importantes mudanças conceituais sobre o processo saúde-doença. Isso favoreceu o encontro de novas soluções ainda que não tenha melhorado imediatamente a condição de saúde das pessoas (PINTO, 1993).

A Reforma Sanitária, responsável por mudanças profundas no sistema de saúde nacional, defendia o conceito ampliado do processo saúde-doença. Assim, ao se admitir que o conceito de saúde seja mutável, admitiremos também que as práticas devam ser reorganizadas conforme a abrangência desse conceito. Ao se ampliar a abrangência do conceito de saúde, as ações deverão se tornar menos segmentadas e, portanto, mais efetivas.

Um marco nesse processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que discutiu as mudanças necessárias no setor saúde, as quais culminaram com a presença do SUS no texto constitucional (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1988).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1986, em um momento vital para a conquista do direito à saúde, pois defendeu a responsabilidade do Estado no cumprimento desse direito.

Nessa época, não existia uma política nacional de saúde bucal que abrangesse a maioria da população brasileira, pois apenas as necessidades de 5% da população eram atendidas. O atendimento era realizado por livre demanda, através de ações predominantemente curativas. Os métodos coletivos não eram utilizados de forma sistematizada e a lei de fluoretação das águas de abastecimento público não era rigorosamente cumprida. Esse modelo de atenção foi considerado ineficiente, caro, mutilador e incapaz de reverter essa realidade (1ª CNSB ,1986).

Por isso, a grande aspiração da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal era a inclusão das ações de saúde bucal no modelo proposto para o futuro sistema de saúde, em consonância com seus princípios e diretrizes, contribuindo para a democratização do acesso aos serviços e encontrando na municipalização um facilitador do processo de gestão.

No programa nacional de saúde bucal apontado pela 1ª CNSB, as ações seriam oferecidas em todos os níveis, com priorização da atenção básica, utilizando métodos coletivos que possibilitassem a cobertura de toda a população com o impacto social necessário. Dentro das prioridades, estaria o atendimento direcionado às crianças de 0 a 14 anos, às gestantes e aos adultos, que deveriam ser discutidas com a população.

Pouco tempo depois da realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, foi aprovado o Programa Estadual de Saúde Bucal, através da Resolução CIS/SP-12/89. Tal programa estabelecia diretrizes que auxiliavam os sistemas municipais e alertavam que a população tinha acesso muito restrito à odontologia privada. Previa a inclusão de outros grupos populacionais, como os trabalhadores, e também priorizava o escolar. Em seu texto, a atenção básica é definida como um conjunto de ações que incluem a educação em saúde, a proteção específica dos agravos, o diagnóstico precoce e tratamento imediato das patologias bucais, com a utilização de tecnologia apropriada (SES, 1988).

Como parte do processo de reforma sanitária e com a finalidade de unificar os serviços de saúde, no documento intitulado Exposição de Motivos nº 31, de 10 de julho de 1987, assinado pelo Ministro da Saúde e Previdência Social, aprovado pelo

Presidente da República, houve a divisão de competências das três esferas de governo para as atividades do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS —, incluindo as ações de odontologia. Coube ao município executar a gestão, coordenação, controle e avaliação do Sistema Municipal de Saúde e a execução direta das ações na esfera municipal, principalmente aquelas consideradas de atenção básica.

O referido sistema tinha como objetivo fortalecer e desenvolver as Ações Integradas de Saúde — AIS — e perdurou até a criação do Sistema Único de Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1988).

As Ações Integradas de Saúde tiveram grande importância na construção da política de saúde brasileira e previam, dentre outras ações, o repasse de verbas federais para estados e municípios (BOTAZZO, 1999).

1.2 O SUS COMO POLÍTICA SOCIAL

Na busca pela consolidação de direitos negados pela ditadura militar, o país percorreu uma trajetória para promover a reestruturação do Estado e das relações de solidariedade entre os setores sociais, de forma a contribuir com o enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde. Fundamentais nessa trajetória foram a 8ª Conferência Nacional de Saúde e o processo político constituinte, em 1988 (HEIMANN e MENDONÇA, 2005).

Segundo VIANA e LEVCOVITZ (2007), a “ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência” é o objeto da proteção social (p.17).

Com a promulgação da Constituição de 1988, o país reorganizou as ações de proteção social e dividiu-as em três tipos: a assistência social, o seguro social e a seguridade social.

À assistência social cabe a distribuição de recursos para camadas específicas da população, orientada por necessidades típicas. O seguro social se caracteriza pela distribuição de recursos às categorias ocupacionais e a seguridade social consiste na distribuição de benefícios, ações e serviços, incluindo os de saúde, a toda população de determinada unidade territorial (VIANA e LEVCOVITZ, 2007).

Outro conceito importante diz respeito à política pública, entendida como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)” (SOUZA, 2007, p.69).

Esse autor considera também que a formulação de uma política é a tradução dos objetivos de um governo em ações responsáveis por produzir impacto no mundo real.

Assim, a intervenção do Estado, na sociedade e no mercado, se concretiza através da implantação de políticas públicas, as quais, quando aplicadas à área social, recebem o nome de políticas sociais.

Políticas públicas podem apresentar vários formatos institucionais no que diz respeito ao modo pelo qual as decisões são tomadas, à distribuição de funções entre o governo federal, estados e municípios, e à coordenação entre eles. Nesses diferentes formatos, tanto a autoridade do governo central como a autonomia dos governos locais possui diferentes extensões (ARRETCHE e MARQUES, 2007).

Na área da saúde, a redefinição das prioridades da política do Estado ocorreu através da criação do Sistema Único de Saúde — SUS —, que assegurou o acesso universal à saúde e a participação da comunidade para a democratização dos serviços (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

O SUS é um sistema de saúde hierarquizado e descentralizado, em que aos municípios cabe a função de planejamento e execução das ações de saúde, que englobam as ações de saúde bucal, e aos estados e à União cabe a cooperação técnica e financeira (ARRETCHE e MARQUES, 2007, CORDON, 1991, GERSCHMAN e VIANA, 2005).

Além de uma reforma administrativa, o SUS promoveu uma reformulação mais profunda ao adotar um conceito ampliado de saúde. Isso significa que não apenas a dimensão biológica deva ser considerada, mas também a dimensão social do processo saúde-doença (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

De acordo com o novo conceito, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal defendeu que a atenção em saúde bucal é parte integrante do SUS, assim como a saúde bucal é considerada parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, apresentando relações estreitas com as “condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” (1ª CNSB, 1986, p.2).

O modelo de descentralização do SUS, também reforçado pela Lei nº 8.080/90, concentra autoridade no governo federal que tem como função a formulação da política nacional de saúde através de normas e portarias, a coordenação das ações intergovernamentais e o financiamento, realizado por um amplo sistema de transferências inter-regionais (ARRETCHE e MARQUES, 2007).

Assim, estabeleceu-se no país um padrão de atuação pública que possui centralização normativa e descentralização executiva, cabendo à esfera estadual o gerenciamento dos serviços públicos de saúde sob a orientação do governo central (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Sendo o município o grande executor das ações, aos administradores locais é permitido o controle direto da ação da administração, tornando maiores as oportunidades de ação política. Ao encontrar menor diversidade de problemas a serem resolvidos, os recursos financeiros poderão ser empregados de forma mais eficaz. A municipalização também se justifica por que o município corresponde a uma unidade cultural, com vários interesses comuns (DALLARI, 1985).

A municipalização ainda aproxima a população da instância decisória, fato que contribui para o exercício da cidadania, através da consolidação dos direitos e transforma “as pessoas em sujeitos históricos que constroem seu próprio futuro em uma dimensão política” (ANDRADE, 2003, p.18).

Ao permitir a divisão do poder político e da tomada de decisões, a descentralização possibilita aos cidadãos brasileiros participar ativamente do sistema de saúde. A descentralização deve ser considerada, também, não apenas nas diferentes esferas de governo, mas dentro do município e das unidades de saúde de forma que a população possa participar das decisões, as quais, por sua vez, sempre

refletem na própria população (GERSCHMAN e VIANA, 2005, 2ª CNSB, 1993, 3ª CNSB, 2004).

Mesmo com a criação do SUS e apesar das mudanças ocorridas na organização da assistência e da conquista do direito à saúde, BOTTAZZO (1999), considerou que a população ainda encontrava dificuldades de acesso aos serviços e eles ainda não ofereciam tratamentos minimamente resolutivos.

A área da saúde continua sendo profundamente marcada por avanços e retrocessos impostos pela política econômica neoliberal que, nos últimos anos, vem sendo implantada no país (3ª CNSB, 2004).

1.3 A SAÚDE BUCAL E O SUS

Para NARVAI (2002), as modificações ocorridas no Sistema de Saúde Nacional também atingiram os serviços odontológicos, apesar deles terem se mostrado insuficientes e ineficazes epidemiologicamente. Porém afirma que foram muitas as realizações na área de atenção em saúde bucal durante as últimas décadas.

Os conceitos de atenção e assistência utilizados neste trabalho são os propostos por NARVAI (2002, p.68):

Para nós, “assistência” odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não.

A “atenção” à saúde bucal é constituída, por outro lado, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota

nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal (grifos no original).

Assim, conforme 1ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, lutar por saúde bucal é lutar por cidadania, por melhores condições de vida e cabe ao Estado a manutenção de uma política de saúde integrada às demais políticas econômicas e sociais.

O novo conceito de saúde requer um novo modelo de atenção à saúde, que se opõe ao modelo curativista tradicionalmente utilizado, além de ações intersetoriais que interfiram nos condicionantes no processo saúde-doença. Para o planejamento das ações, deve-se considerar um diagnóstico epidemiológico que contemple a situação das doenças bucais e o seu relacionamento com o contexto social, político e econômico da população considerada, possibilitando um entendimento mais profundo da realidade (1ª CNSB, 1986, 2ª CNSB, 1993).

Para BOTAZZO (1992), citado por NARVAI (2002, p.73):

“(...) os agravos biológicos à saúde são condicionados pelos distintos modos de viver — modos sociais de viver — os quais, por sua vez, são engendrados pela e na própria sociedade humana”.

Como parte integrante do SUS, a atenção em saúde bucal também tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade, bem como são suas diretrizes a organização descentralizada e a participação da comunidade (3ª CNSB, 2004).

Com o objetivo de contribuir para a implantação e regulamentação do SUS, foram aprovadas a Lei nº 8.080/90, a Lei nº 8.142/90 e várias normas operacionais básicas — NOB — (SOUZA, 2002).

A Lei nº 8.080, de 1990, em seu capítulo I, artigo 5, parágrafo III, explicita que o objetivo do SUS é oferecer “ assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

A Lei nº 8.142, de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e dá outras providências. Determina ainda que, em cada esfera de governo, o SUS terá a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, como instâncias colegiadas. A conferência terá a participação de vários segmentos sociais e terá como função propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Os conselhos terão função deliberativa e serão compostos por membros do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários. Atuarão na formulação de estratégias e na execução da política de saúde.

À atenção básica foi destinado um grande esforço no que diz respeito à reorganização das ações de saúde bucal, visando à humanização do atendimento e à racionalização dos serviços com base em um planejamento fundamentado na racionalidade epidemiológica e no perfil social, econômico e cultural das pessoas, das famílias, da comunidade (3ª CNSB, 2004).

De acordo com o SUS, no que concerne à atenção básica, são os municípios que garantem o primeiro nível de atenção a todos os seus cidadãos. Cabe às três esferas de governo buscar e implementar um modelo de atenção em saúde bucal que,

articulando ações de assistência e ações coletivas, tenha o objetivo final de assegurar a todos os seus cidadãos o acesso às ações de saúde, com humanização e qualidade (3ª CNSB, 2004).

Com esse objetivo, o Ministério da Saúde normatizou os Procedimentos Coletivos — PC — em saúde bucal, em 1992, os quais foram contemplados nos procedimentos de atenção básica através da Portaria 166, de 31 de dezembro de 1997 e da Portaria 18, de 21 de janeiro de 1999, da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde.

Tais procedimentos coletivos englobavam atividades educativas, escovação supervisionada e aplicação de flúor, direcionadas prioritariamente para crianças de zero até 14 anos.

A Resolução SS-39 de 16 de março de 1999, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), considerou esses procedimentos estratégicos para a promoção, prevenção e controle das principais doenças bucais, tanto que a cobertura de PC era um dos únicos indicadores de gestão dos municípios pactuados através das Programações Pactuadas Integradas — PPI —, com metas de ampliações contínuas, para a população de zero até 14 anos (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2005).

Ainda dentro da atenção básica, foi estimulada a adoção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde — PACS — e do Programa de Saúde da Família — PSF —. A Portaria MS 1.886, de 18 de dezembro de 1997, aprovou as diretrizes e as normas para esses programas. Também seguem os princípios do SUS, buscando a integralidade da atenção, agindo a partir do núcleo familiar, com adscrição da população e com abordagem multiprofissional. A equipe de saúde bucal foi incluída

no PSF através da Portaria-MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

Quanto ao financiamento da atenção básica, a Norma Operacional Básica 01/96, instituiu o Piso da Atenção Básica — PAB — e alguns incentivos às ações ou programas prioritários, como os citados anteriormente. O PAB representou o passo inicial para a consolidação do modelo de financiamento do SUS (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS — 01/2002, contribuiu para o processo de regionalização e definiu responsabilidades e ações estratégicas mínimas para a atenção básica. Dentro das ações de saúde bucal, há prioridade para o desenvolvimento dos procedimentos coletivos e individuais, para crianças de zero até 14 anos e gestantes, e o atendimento das urgências para todas as faixas etárias (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

1.4 ÍNDICES, INDICADORES E OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

A Epidemiologia pode contribuir com o processo de tomada de decisão e com a formulação de uma política de saúde, pois produz informação de valor relevante e estratégico. Assim, em termos políticos, a qualidade da informação deve ser considerada (NARVAI e FRAZÃO, 2006).

Segundo SIMON, citado por SOUZA (2007), uma informação incorreta, dentre outros fatores, pode prejudicar a racionalidade dos decisores públicos, tornando-a limitada (p.67).

Para NARVAI E FRAZÃO (2006), a Saúde Bucal Coletiva, que é um campo de conhecimento e práticas, se ocupa de todos os processos que repercutem na produção de determinadas condições de saúde bucal de uma população, englobando ações de atenção à saúde bucal e de assistência odontológica.

Para esse campo do conhecimento,

a “saúde bucal”(grifo no original) das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos (NARVAI e FRAZÃO, 2006, p.350).

Dessa forma, a Epidemiologia auxilia na identificação do que deve ser feito frente a um agravo à saúde, e, por se constituir em um recurso de poder, poderá ser apropriado e estará sujeito a vários interesses dentro da esfera política (NARVAI e FRAZÃO, 2006).

Um índice muito utilizado em saúde bucal é o CPO-D (em que “C” corresponde ao dente cariado, “P”ao perdido e “O”ao obturado) proposto por KLEIN e PALMER, em 1937. O CPO-D, para um indivíduo, expressa o número de dentes permanentes atacados por cárie e é obtido através do somatório do número de dentes permanentes cariados, obturados e perdidos. Dessa forma, na dentição permanente, seu valor varia de zero (nenhum dente atacado por cárie) até 32 (todos

os dentes atacados por cárie). Em uma população, o índice CPO-D é resultado da soma de todos os dentes permanentes atacados por cárie dividida pelo número de indivíduos examinados. É recomendado o cálculo do CPO-D para cada faixa etária (FRAZÃO, 2003). Esse índice pode ser calculado para várias idades e grupos etários. Porém a idade-índice de 12 anos, quando a dentição permanente se completa, é uma das idades mais utilizadas no cálculo do CPO-D.

O índice CPO-D é utilizado em todo o mundo e a Organização Mundial da Saúde — OMS — preconiza que os levantamentos epidemiológicos sigam uma metodologia para que seus resultados sejam passíveis de comparação com outras localidades e com as metas propostas.

“Há pelo menos duas décadas, as metas propostas pela Assembléia da Federação Dentária Internacional — FDI — (Rio de Janeiro, setembro de 1981) e adotadas pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000, vêm norteando o planejamento das ações de saúde, servindo hoje como parâmetros de avaliação dos resultados dos programas executados” (SES, 2001, p.4).

Em 1985, foi iniciado pelo Ministério da Saúde o primeiro levantamento epidemiológico sobre saúde bucal de base nacional. Seus resultados foram conhecidos em 1988, através da Divisão Nacional de Saúde Bucal criada no ano anterior. Esse levantamento foi classificado como uma das três vertentes da política nacional de saúde bucal da época, juntamente com os Serviços de Programação e Normas Técnicas e de Recursos Operacionais (ZANETTI, 1993) e seguiu as preconizações da Organização Mundial da Saúde — OMS —, mas com algumas restrições, por exemplo: a não inclusão da idade de 5 anos, considerada referência para a cárie dentária na dentição decídua, e a diminuição da faixa etária para a

avaliação das condições bucais dos idosos. Tais restrições desencadearam algumas críticas e impediram a comparação com outros estudos que utilizam os critérios da OMS (OLIVEIRA, 2006).

Entre os principais dados estavam a ausência da cárie dentária em 47% das crianças aos 6 anos, enquanto a OMS tinha como meta para o ano 2000 que 50% das crianças estivessem nessas condições. O valor do CPO-D aos 12 anos foi igual a 6,65 e a meta para o ano 2000 era que esse valor fosse igual ou inferior a 3. Aos 18 anos, apenas 32% dos examinados possuíam todos os dentes, enquanto a meta da OMS era a de que 85% dessa população não apresentasse perda dentária. Para os idosos, foi considerada a faixa etária de 50 a 59 anos e, por isso, menos de 20% dos examinados possuíam 20 ou mais dentes naturais ao passo que a OMS considerava uma faixa etária diferente, conforme mencionado anteriormente, e tinha como meta que 50% dessa população apresentassem essas condições.

No Estado de São Paulo, em 1982, foi obtido o valor de 7,14 para o índice CPO-D aos 12 anos. Em 1998, no Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, realizado pela Secretaria de Estado da Saúde, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o valor encontrado para essa idade foi de 3,72. E, em 2002, foi obtido o valor de 2,52, que é considerado um bom resultado (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

Assim, quando esse índice é obtido através da metodologia preconizada e utilizada em âmbito mundial, seus resultados podem ser acompanhados e considerados na avaliação das medidas adotadas para os agravos em questão. Bons levantamentos epidemiológicos podem demonstrar questões desconhecidas e estes, por sua vez, ao encontrarem boas propostas de resolução poderão resultar em

decisões políticas para setores até então esquecidos pelos tomadores de decisão (NARVAI e FRAZÃO, 2006).

Existem também alguns indicadores de avaliação em saúde bucal. De acordo com o nome, eles auxiliam no processo de avaliação das medidas adotadas e, dentro desse grupo, os principais são o acesso à assistência odontológica e a cobertura dos procedimentos coletivos de zero até 14 anos. O primeiro é obtido através da divisão do número de primeiras consultas odontológicas programáticas que constam na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) pelo número de habitantes de determinada localidade. Como qualquer indicador, se calculado incorretamente, pode apresentar distorções. A existência de retornos do mesmo paciente pode superestimar o valor obtido. No Estado de São Paulo, esse indicador manteve-se em torno de 11% nos últimos anos, denunciando que há muito por fazer na busca do acesso universal à assistência em saúde bucal (SES, 2001).

A taxa de cobertura dos procedimentos coletivos para a faixa etária de zero até 14 anos é calculada através da divisão do número de crianças inscritas nessas ações pelo total da população da referida faixa etária (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001). Em 2002, a cobertura alcançada para os procedimentos coletivos na faixa etária de zero até 14 anos foi de 28,9% no estado de São Paulo. A meta da SES-SP é de 50% e a NOAS 1/2002 defende uma cobertura, a ser alcançada em longo prazo, de 80% (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2005, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2001).

1.5 POLÍTICA PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO

Ao fazer considerações sobre pesquisas em políticas públicas, SOUZA (2007) afirma não existir uma única nem perfeita definição para o termo, mas admite que todas elas se direcionam para os governos, pois é ali que acontecem os conflitos em torno de interesses e é onde as idéias se desenvolvem. Outro ponto em comum das definições é a necessidade de se considerar o todo, através de uma visão holística, identificando vários fatores como as ideologias, as instituições, os indivíduos e suas interações, mesmo que possuam diferentes relevâncias, nas diferentes abordagens.

Tais políticas não são resultado apenas das pressões de alguns grupos nem são definidas exclusivamente pelas pessoas presentes no poder. Há uma interação de fatores, como outros segmentos além do governo, movimentos sociais e grupos de interesse, que exercem maior ou menor influência de acordo com as coalizões presentes, além do momento histórico quando é definida determinada política (SOUZA, 2007).

Vários países em desenvolvimento estão adotando políticas públicas de caráter participativo, com a inserção de grupos sociais no processo de formulação e acompanhamento de políticas públicas, principalmente nas políticas sociais. No Brasil, são exemplos dessa nova política os conselhos comunitários e o orçamento participativo. Apesar, porém, dessa delegação de poder, “os governos continuam tomando decisões sobre situações-problema e desenhando políticas para enfrentá-las” (SOUZA, 2007, p.80).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a evolução da política municipal de saúde bucal de Taubaté, cujo como marco inicial é a criação do Departamento de Saúde, e verificar a adequação dessa política às diretrizes nacionais propostas pelas Conferências Nacionais de Saúde Bucal e do próprio SUS, considerando os diferentes momentos, é o objetivo central deste trabalho.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Esta pesquisa apresenta como intenção atingir aos seguintes objetivos específicos:

a) identificar o cenário político institucional que amparou a criação do Departamento de Saúde, em 1983;

b) identificar as diretrizes propostas para a organização da Atenção em Saúde Bucal desde a criação do Setor Odontológico; e

c) identificar os atores e as forças sociais envolvidos bem como a confluência de fatores que permitiram a construção dessa política.

3 MÉTODOS

3.1 CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Taubaté, localizado no médio Vale do Paraíba do Sul, eixo de circulação entre São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, centros de maior produtividade e concentração populacional do país. O município é cortado pela Rodovia Presidente Dutra que liga São Paulo ao Rio de Janeiro e está a 123 km e 280 km dessas duas cidades respectivamente. Possui uma área total de 655 km², dos quais 58 km² representam a área urbana. É composto por 71 bairros, dos quais, 23 estão na zona urbana (compostos por 310 vilas e loteamentos) e 48 na zona rural. Sua população é de 267.471 habitantes (PMT, 2003).

Taubaté possui 53 Postos de Atendimento Médico e Odontológico (PAMO), que correspondem às Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 39 estão situados na zona urbana. Os PAMO realizam ações que fazem parte da atenção básica nas áreas de clínica geral, ginecologia, pediatria, odontologia, enfermagem e assistência farmacêutica (PMT, 2003).

Considerando as ações de odontologia, o município também realiza ações de média complexidade, através da clínica de especialidades odontológicas, oferecendo atendimento nas especialidades de diagnóstico bucal, endodontia, periodontia,

prótese, cirurgia oral-menor e ortodontia preventiva. Além de atender pacientes com necessidades especiais e realizar procedimentos odontológicos em âmbito hospitalar. Existe também um serviço de atendimento odontológico emergencial, dividido em duas modalidades: o pronto-atendimento, realizado junto à clínica de especialidades odontológicas de segunda a sexta-feira, e o plantão à distância, realizado junto ao Pronto-Socorro Municipal nos finais de semana e feriados * (PMT, 2003).

A atenção odontológica também é oferecida na Casa da Mãe Taubateana, implantada em agosto de 2001, com o objetivo oferecer atendimento, por intermédio de equipe multidisciplinar, à gestante e ao bebê considerados de alto risco, e, através do Programa da Qualidade de Atenção Integrada à Saúde Taubateana —QUALIST—, dirigido a pacientes com dificuldades de locomoção.

3.2 OBJETO DO ESTUDO

O objeto do estudo foi o processo de construção e evolução da política de saúde bucal do município de Taubaté no período de 1983 até 2006, sob o enfoque da municipalização e do SUS. O recorte histórico inicia no ano em que o município começa a desenvolver suas ações na área da saúde. Foram considerados como

* Dados contidos na Proposta de Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo III.

referência, tanto no processo de obtenção de dados quanto no processo de análise, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

A escolha desse objeto de pesquisa deve-se à inserção da pesquisadora no serviço público odontológico de Taubaté e considera o pensamento de MINAYO (2004), segundo o qual todo problema de pesquisa nasce da prática, da vivência profissional e existe uma relação dinâmica, não neutra, entre o sujeito e o objeto de pesquisa (CHIZZOTTI, 2000). Quando o interesse está aliado à identificação com o objeto, a possibilidade de alcançar melhores resultados é maior (CRUZ NETO e GOMES, 1994).

3.3 ETAPAS DA PESQUISA

Foi realizada uma abordagem qualitativa do tema a qual permitiu o resgate dos significados implícitos nas ações dos atores sociais, nas relações sociais que desenvolvem, na motivação para a tomada de decisões bem como na relação entre a ação individual e o contexto no qual ela acontece.

A abordagem qualitativa pode ter uma orientação dialética ao valorizar as contradições existentes entre o que é observado e o sujeito que observa, entre as partes e o todo, entre o conhecimento e a ação na vida da sociedade (CHIZZOTTI 2000).

As técnicas de pesquisa são processos utilizados para a obtenção dos dados necessários para o conhecimento de um assunto. Correspondem à parte prática da

coleta de dados. Podem ser divididas em dois grandes grupos: documentação indireta, que inclui a pesquisa documental e a bibliográfica e a documentação direta, que inclui a entrevista (MARCONI e LAKATOS, 2001).

A pesquisa dividiu-se nas seguintes etapas:

3.3.1 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica pode ser considerada um confronto teórico entre os desejos e hipóteses do pesquisador com os autores relacionados ao tema escolhido. Nessa fase, se dá a construção teórica do objeto de estudo (CRUZ NETO e GOMES, 1994).

Foram utilizados, principalmente, artigos científicos, livros e relatórios referentes ao SUS, às Conferências de Saúde Bucal e ao processo de tomada de decisão.

3.3.2 Pesquisa Documental

As fontes documentais foram conseguidas através de arquivos, documentos oficiais e pessoais, atas de reuniões, relatórios, dentre outros.

A coleta dos documentos foi realizada, principalmente, no PAMO Água Quente, local onde, no ano de 2006, estavam guardados os documentos mais antigos da Divisão de Saúde Bucal de Taubaté.

A grande dificuldade encontrada nesta etapa foi a forma como tais documentos foram arquivados. A maneira inadequada de acondicionamento deles, bem como a inexistência ou imprecisão da identificação utilizada fez com que todas as caixas disponíveis no local fossem examinadas, aumentando o tempo dispendido na realização dessa etapa.

Outros documentos, principalmente aqueles emitidos a partir de 2001, estavam armazenados na sede do Departamento de Saúde e também foram analisados.

A Área Técnica Legislativa da Prefeitura Municipal de Taubaté também foi consultada a qual cedeu cópias dos decretos e leis pertinentes ao tema em estudo. A referida área está localizada na sede da Prefeitura Municipal de Taubaté e, além de ser responsável pelo assessoramento do Executivo, mantém um arquivo de todos os documentos legais relacionados a todos os Departamentos da Prefeitura.

3.3.3 Levantamento de Informações através da Imprensa Local

Outra importante fonte de informação foram os artigos dos jornais locais, principalmente aqueles que se referiam ao início do período estudado. Tais artigos

trouxeram informações como datas, eventos e indicações de atores importantes para o conhecimento do objeto.

O jornal Diário de Taubaté, fundado em 1975, foi escolhido, inicialmente, por ser o único jornal diário do município em atividade desde o início do período estudado. Seu precursor, o Almanaque Ilustrado do Diário de Taubaté, editado por Coelho de Carvalho em 1899, foi o primeiro jornal diário que circulou na região⁴⁷.

Essa etapa foi realizada na Hemeroteca do Museu e Arquivo Histórico do município e na sede do jornal Diário de Taubaté. Todavia, ao longo das investigações, foi constatado que nenhum dos locais citados possuía a coleção completa dos jornais, chegando a existir períodos em que nenhum exemplar foi localizado. Por esse motivo, também foram pesquisados e utilizados artigos do Jornal Gazeta de Taubaté, lançado no dia 28 de agosto de 1983, com edições semanais.

3.3.4 Análise das Informações Obtidas (fonte documental e imprensa local) e Elaboração das Questões Abordadas nas Entrevistas

A participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS e se efetiva através dos conselhos e conferências de saúde. As conferências são verdadeiros fóruns de discussão de propostas que devem orientar as políticas. Assim, a política de saúde bucal do município foi estudada tendo como marco de análise as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal.

Essas deliberações, divididas em temas que contemplavam aspectos da política de saúde bucal, orientaram a escolha das questões utilizadas nas entrevistas e a análise dos documentos pesquisados. Entre os temas abordados estão o acesso da população aos serviços públicos de saúde bucal, as atividades desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção, a priorização da atenção básica e o PSF, os recursos humanos, os recursos financeiros disponíveis para a área e, finalmente, alguns elementos considerados na formulação da referida política.

As fontes documentais quando somadas às fontes orais, fortalecem as afirmações e os relatos pessoais. Dessa forma, as informações extraídas dos documentos e dos jornais puderam ser somadas e confrontadas com a fala dos entrevistados que foram testemunhas da construção da política de saúde bucal de Taubaté e da implementação dela para verificar se havia relação entre as deliberações das conferências e a implantação da política de saúde bucal do município.

De acordo com Frank apud MARQUES, 2003, as fontes orais solicitam a memória humana, que pode trazer fatos inéditos, pois “as fontes escritas não bastam para reconstituir a rede de pressões, a meada de influências e a cadeia de decisões”. Porém, podem gerar erros e silêncios, o que deve ser considerado. Assim, devem ser comprovadas com o uso de outras fontes, igualmente importantes (p.22).

Uma característica interessante da pesquisa qualitativa é a flexibilidade, pois seus instrumentos podem ser readequados, quando necessário, durante o trabalho de campo. Pode-se considerar que as questões utilizadas nas entrevistas eram adequadas ao período vivido pelo ator, além de considerar outros dados apontados pelos documentos e jornais.

3.3.5 Realização das Entrevistas

Foram realizadas nove entrevistas, que foram gravadas e posteriormente transcritas, com os principais atores envolvidos na construção da política de saúde bucal municipal, apontados pelas fontes escritas e por outros atores.

Segundo MINAYO (2004), a amostragem não deve se prender ao fator numérico e sim à busca pelo conhecimento do objeto em suas variadas dimensões, através das diferentes percepções.

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas na abordagem qualitativa. Proporciona um contato direto entre entrevistador/pesquisador e o ator social escolhido, permitindo a coleta verbal dos dados necessários (MARCONI e LAKATOS, 2001, CRUZ NETO e GOMES, 1994).

Não é um momento neutro, já que os atores sociais relatam os fatos e ao mesmo tempo participam da realidade que é o objeto do estudo. A interação entre entrevistador e entrevistado é muito importante para favorecer a compreensão de aspectos rotineiros, culturais, conflitos e relevâncias. A comunicação é verbal, reforçando a importância da linguagem, da fala e de seus significados, gerando dados objetivos e subjetivos. Os dados subjetivos revelam valores, opiniões e atitudes dos entrevistados. Os dados objetivos podem ser obtidos e confrontados com outras fontes secundárias, como por exemplo, outros documentos (CRUZ NETO e GOMES, 1994).

Para CRUZ NETO e GOMES (1994), o trabalho de campo proporciona além da aproximação sujeito/objeto, a criação de um novo conhecimento, de novas revelações, a partir da realidade encontrada.

Uma vez que a pesquisadora, durante a realização deste estudo, trabalhava na rede de serviços públicos do município, ao longo de todo o processo de entrevistas houve o cuidado de impedir que seu ponto de vista fosse revelado ou ainda que sua opinião interferisse de forma tendenciosa nas respostas dos entrevistados.

3.3.6 Análise das Entrevistas

Após a transcrição das entrevistas, os temas foram agrupados conforme o período e o tema identificado e analisados.

O objeto se torna mais definido e conhecido através do confronto entre atores e fatos históricos, narrativas e documentos. Assim, foram conhecidas informações importantes e inéditas sobre a política de saúde bucal de Taubaté, que não conseguiriam ser apreendidas na sua totalidade por métodos quantitativos, conforme afirmou CHIZZOTTI (2000).

Ao entrevistar diferentes categorias de atores, executores e coordenadores, foram obtidas informações de um mesmo período, sob as perspectivas de diferentes níveis hierárquicos, as quais informações contribuíram para a construção do objeto deste estudo.

Com a divisão das informações conforme os temas escolhidos e abordados nas entrevistas, a política de saúde bucal de Taubaté e a evolução dos seus serviços odontológicos foi sendo desenhada. Dois aspectos foram destacados: o primeiro refere-se à implantação e evolução dos serviços odontológicos e o segundo diz respeito aos principais elementos do processo de tomada de decisão dessa política municipal.

As políticas públicas podem ser objeto de diferentes áreas do conhecimento, com diferentes teorias e modelos analíticos, o que não significa perda de coerência teórica e metodológica, mas sim permissão para diferentes “olhares” (grifo no original) (SOUZA, 2007, p.70).

Para conhecer alguns elementos envolvidos no processo de tomada de decisão de uma política pública, John Kingdon desenvolveu o Modelo de Múltiplos Fluxos*. Seu objetivo era entender como se formava a agenda governamental e por que um tema despertava a atenção dos tomadores de decisão (CAPELLA, 2007).

Esse modelo considera que as políticas públicas são compostas por quatro processos: a formação da agenda, a consideração das diferentes alternativas para a formulação das políticas, a escolha dominante entre essas alternativas e a implementação da decisão. Seu objetivo consiste no estágio pré-decisório, ou seja, na formação da agenda [*agenda-setting*] e nas alternativas para a futura política. Considera que a agenda governamental é composta pelos assuntos que estão em evidência para o governo e para as pessoas ligadas a ele. No entanto, existe ainda um

* Todas as informações sobre o referido modelo foram extraídas de CAPELLA, 2007.

subgrupo dentro da agenda governamental chamado de agenda decisional, em que se encontram questões prontas para a tomada de decisão dos formuladores de políticas.

Para que ocorram mudanças na agenda, é necessário haver convergência de três fluxos decisórios [*streams*] que permeiam o governo: o fluxo dos problemas [*problems*], das soluções ou alternativas [*policies*] e da política [*politics*].

No primeiro fluxo, uma questão passa a integrar a agenda governamental quando consegue chamar a atenção dos formuladores de políticas. Para auxiliar na compreensão, o autor do modelo distingue “questões” [*conditions*] de “problemas”. Questões são situações percebidas, mas que não mobilizam ações. Elas se tornam problemas a partir do momento que os formuladores de políticas, segundo suas percepções e interpretações, consideram que há necessidade de se fazer algo a respeito.

Essa transformação pode ocorrer através de indicadores, que auxiliam na demonstração de uma questão; de eventos [*focusing events*], crises e símbolos, geralmente de grande magnitude, que reforçam um problema e do *feedback* de programas já desenvolvidos pelo governo. Kingdon apud CAPELLA (2007) acredita que as questões não se transformam em problemas automaticamente, mas ressalta de forma central em seu modelo a dimensão interpretativa das questões pelos formuladores de políticas. Considera também que para a estratégia política, a articulação e a definição do problema são determinantes para o sucesso ou fracasso de uma questão dentro da agenda governamental.

O segundo fluxo [*policy stream*] diz respeito às alternativas e soluções [*policy alternatives*] escolhidas para o problema. Segundo o autor do modelo, elas não são específicas para os problemas percebidos e flutuam em um “caldo primitivo

de políticas” [*policy primeval soup*]. Faz uma analogia ao processo de seleção natural e conclui que as idéias viáveis tecnicamente, com custos toleráveis, bem como as que apresentam aceitação do público e receptividade dos formuladores de políticas sobrevivem intactas ou combinam com outras.

Essas alternativas/idéias são elaboradas por comunidades geradoras de alternativas [*policy communities*] formadas por especialistas e incluindo pesquisadores, assessores parlamentares, funcionários públicos, analistas pertencentes a grupos de interesse, entre outros, que dividem uma mesma preocupação a respeito de uma área [*policy area*], com pontos de vista diferentes ou não. Através do processo de seleção descrito, quando uma proposta é considerada viável, e isso não significa uma visão consensual, ela é rapidamente difundida através de persuasão e levada a diferentes fóruns para sensibilizar as comunidades de políticas [*policy communities*] e o público em geral.

A forma citada de difusão das idéias [*soften up*], que se utiliza de mecanismos de persuasão, reúne audiência às propostas e assim vai construindo sua aceitação. Essa sensibilização faz com que as idéias ganhem mais atenção ao serem apresentadas, de forma que sua difusão sofre um efeito multiplicador [*bandwagon*] e elas encontrem cada vez mais adeptos.

É central nesse modelo a importância das idéias, das interpretações e da argumentação no processo decisório. Segundo seu autor, não se pode compreender as políticas públicas considerando apenas questões referentes às pressões, ao poder, às influências e estratégias presentes na análise tradicional das políticas públicas. Sua abordagem, ao diferir dessa análise tradicional, pretende auxiliar na compreensão da dimensão das idéias no processo de formulação das políticas.

O terceiro fluxo é a própria dimensão da política [*politics stream*], que segue dinâmica e regras próprias, independentemente dos outros fluxos. No fluxo político [*politics streams*], as coalizões são frutos de barganhas e negociação. Possui três elementos: o “clima ou humor nacional” [*national mood*], as forças políticas organizadas e as mudanças que ocorrem dentro do próprio governo.

O clima nacional pode ser explicado como uma situação na qual as pessoas estão atentas às mesmas questões no mesmo período de tempo, tornando propício o desenvolvimento de algumas idéias. Esse clima político sofre influências dos grupos de pressão, da opinião pública, de pressões do Legislativo e das agências administrativas, dos movimentos sociais e do processo eleitoral. Cabe aos participantes do processo decisório perceber se o clima é favorável à determinada questão, pois esse elemento pode atuar como um incentivo à sua promoção.

O segundo elemento do fluxo político é composto pelas forças políticas organizadas e que são exercidas pelos grupos de pressão os quais, através de conflitos e consensos, apóiam ou não certas questões. Quando uma questão encontra consenso entre essas forças ou outros grupos de interesses, o clima torna-se altamente propício à proposta. Porém, ao encontrar conflito e falta de apoio de alguns setores, a proposta não precisa ser abandonada, mas sua defesa será mais dispendiosa.

O último elemento que compõe o fluxo político são as mudanças dentro do próprio governo: mudanças de pessoas em cargos [*turnover*], mudanças de gestão e até de competências entre áreas distintas, que estão sempre reivindicando autoridade na sua área de atuação. Essas situações podem favorecer ou bloquear a entrada de

questões na agenda. De acordo com o modelo, o início de um governo é o momento mais favorável às mudanças.

Nesse fluxo, o autor destaca o clima nacional e as mudanças dentro do governo como os maiores facilitadores de mudanças.

Outro ponto considerado é a localização de algumas questões em agendas especializadas, dentro da estrutura administrativa do Poder Executivo. Apesar de fazer parte dessa agenda, essas questões podem não ser inseridas na agenda de decisão, devido à mobilização de um grupo de pessoas restrito a uma área, fato que dificulta seu processo de difusão.

Em alguns momentos, as circunstâncias possibilitam a convergência [*policy windows*] desses três fluxos — problemas, soluções e dinâmica política —, facilitando a ocorrência de uma mudança na agenda governamental. Tal convergência recebe mais influências do fluxo de problemas e do fluxo político. Ou seja, as mudanças ocorrem quando um problema é percebido pelo governo e também devido às alterações referentes à política propriamente dita no clima nacional ou no governo. O fluxo das soluções costuma influenciar a agenda, após a percepção de um problema ou para responder a uma necessidade política. Mesmo não tendo muita influência na formação da agenda governamental, o fluxo das soluções tem importância vital na ascensão de um problema à agenda decisional. Então os três fluxos se unem [*coupling*] nos momentos em que as *policy windows* estão abertas, caracterizando as oportunidades de mudança que possuem caráter transitório. A partir do momento em que ocorre a desarticulação de um dos fluxos, a oportunidade de mudança se encerra.

Além da junção dos fluxos, o modelo referido destaca a participação de outro componente: os empreendedores de políticas [*policy entrepreneurs*]. Ressalta que esses indivíduos estão sempre dispostos a investir em uma idéia, são especialistas em alguma questão e também podem ter uma posição de destaque dentro do processo decisório, contribuindo com a receptividade de suas idéias. Podem estar dentro ou fora do governo, mas têm como característica a habilidade política e a capacidade de negociação em diferentes fóruns. Ao encontrar as janelas abertas, agem. Quando elas não estão abertas, lutam por promover a junção dos fluxos. “Sem um empreendedor, a ligação entre os fluxos pode não acontecer: idéias não são defendidas; problemas não encontram soluções, momentos políticos favoráveis à mudança são perdidos por falta de propostas” (CAPELLA, 2007, p.97).

Alguns atores são decisivos na definição da agenda. São os atores chamados “visíveis”, pois recebem mais atenção do público e da mídia. Os atores considerados “invisíveis” [*policy communities*] são aqueles responsáveis pela geração das idéias. Dentre os atores visíveis, a figura do presidente é considerada como a mais decisiva na definição da agenda, pois maneja recursos, tem poder de veto, de nomear pessoas para cargos importantes (que também terão papel importante na definição da agenda) e é alvo de atenção pública. Porém, as alternativas estão com os especialistas, não cabendo a esse ator a determinação do resultado final de uma política. Ainda dentro dos atores visíveis, estão os atores do Poder Legislativo, que podem interferir na agenda e na geração de alternativas, através de leis essenciais ao processo de mudança, seja em busca da satisfação dos eleitores, seja em busca de prestígio, ou por defender questões que vão ao encontro do seu posicionamento político-partidário. Outro grupo é composto pelos componentes do processo

eleitoral, principalmente partidos políticos e *campaigners*. Através dos seus programas de governo, podem elevar uma questão à agenda, mas nem sempre depois de assumir o poder suas ações são direcionadas por sua plataforma de governo. A agenda de um novo governo é influenciada pelas coalizões feitas na campanha eleitoral.

Quanto aos grupos de interesse — grupos apoiados em indústrias, categorias profissionais, grupos de interesse público e lobistas —, sua atuação pode facilitar ou bloquear a entrada de uma questão na agenda. Geralmente sua influência se soma a outros fatores e atores para modificar a agenda governamental.

O último ator visível, nesse modelo, é a mídia, que não é considerada relevante no processo de formação da agenda. Essa posição não nega sua capacidade de amplificar o impacto das questões presentes na agenda governamental e de contribuir para a rapidez de seu desenvolvimento.

Já os atores invisíveis — servidores públicos, analistas de grupos de interesse assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores — exercem mais influência na elaboração e alternativas e soluções para as questões presentes na agenda governamental.

Kingdon afirma que a formulação da agenda parte da cúpula organizacional, pois acredita que o forte grau de hierarquia presente favorece um modelo centralizador de formação da agenda governamental.

O modelo recebeu algumas críticas, principalmente no que se refere à sua limitação aos processos pré-decisionais, à independência dos fluxos considerados e no que refere ao papel que as instituições desempenham no processo de tomada de decisão. Seu autor admitiu algumas correções, porém, o objetivo do pesquisador ao

considerar essas questões é aceitar a limitação do modelo, mas defender a sua capacidade de contribuição ao tema estudado.

3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Importantes testemunhas do processo de tomada de decisão da política de saúde bucal de Taubaté foram entrevistadas.

Os entrevistados, em sua grande maioria, foram cirurgiões-dentistas que exerceram funções administrativas durante o período pesquisado no município de Taubaté. Alguns exerceram cargos de coordenação, quando a Divisão possuía três coordenadores, outros de supervisão ou de chefia da Divisão Odontológica. Alguns ocuparam também outros cargos dentro do Departamento de Saúde, como o de Gerente da Área de Assistência à Saúde e de Diretor. Dentre os ouvidos também estão os atuais gerente* e o supervisor** da Área Odontológica. Alguns entrevistados integram ainda o quadro do funcionalismo municipal, exercendo a função de cirurgião-dentista clínico-geral, nos PAMO.

Por ter sido considerado um ator importante no processo de construção da política de saúde de Taubaté, um ex-prefeito foi entrevistado. Salienta-se que ele administrou o município em 14 dos 24 anos pesquisados.

* O cargo de gerente da Área Odontológica foi criado no início de 2005.

** Doc. sobre projetos para o ano 2005, contendo o organograma da Divisão de Saúde Bucal, onde não existe o cargo de supervisor, apenas a função.

Um ex-diretor do Departamento de Saúde do município, por ter exercido esse cargo por 10 anos, também foi procurado. Todavia, embora tenha se declarado disponível para ser entrevistado, alegou que não teria muito a contribuir, já que sempre teve um dentista para cuidar da área de saúde bucal. Por considerar que os demais seriam capazes de fornecer subsídios suficientes e que a ausência de tal entrevista não prejudicaria o resultado do estudo, ele não foi entrevistado.

Entrevistado 1: cirurgião-dentista, formado há 24 anos, trabalha na prefeitura há 20 anos, exerce a função de supervisão na Gerência de Área Odontológica e é o responsável técnico pela clínica de especialidades, não possui curso na área de Saúde Pública.

Entrevistado 2: cirurgião-dentista, advogado, formado há 8 anos em Odontologia e há 3 em Direito, especialista em Implantodontia, desde 1/1/2001 exerce o cargo de gerente da Área Odontológica, não possui curso na área de Saúde Pública.

Entrevistado 3: cirurgião-dentista, formado há 20 anos, trabalha na rede desde 1990, exerceu o cargo de Chefe da Divisão de Saúde Bucal por 9 meses em 2000. Antes disso, cooperava na elaboração de projetos de prevenção em saúde bucal. Possui pós-graduação em Saúde Pública.

Entrevistado 4: cirurgião-dentista, formado há 16 anos, trabalha na rede desde 1991, foi Chefe da Divisão de Saúde Bucal por 4 anos (aproximadamente de 1994 a 1998), com mestrado em Endodontia, professor da Disciplina de Prótese Dentária do curso de Odontologia da Universidade de Taubaté — UNITAU —, não possui curso na área de Saúde Pública.

Entrevistado 5: engenheiro, ex-prefeito do município — nos períodos de 1983 até 1988, de 1993 até 1996 e de 2001 até 2004 —, ex-professor universitário, escritor.

Entrevistado 6: cirurgião-dentista, formado há 29 anos, atua na rede desde 1992, desempenhou a função de coordenadora da Área de Prevenção em Saúde Bucal (aproximadamente de 1993 a 1998), com mestrado em Odontopediatria, ex-professora de Odontopediatria da Universidade Estadual Paulista — UNESP —, não possui curso na área de Saúde Pública.

Entrevistado 7: cirurgião-dentista, formado há 29 anos, trabalhou na rede de 1983 até 1994, atuou na administração da Divisão de Saúde Bucal por 3 anos (aproximadamente de 1991 até 1994), com mestrado e doutorado em Prótese Bucomaxilofacial, professor da UNITAU, não possui curso na área de Saúde Pública.

Entrevistado 8: cirurgião-dentista, formado há 25 anos, atua na rede desde 1983, exerceu a função de Chefe da Divisão em Saúde Bucal por 9 meses e a de Gerente da Área de Assistência a Saúde por 3 anos aproximadamente, possui curso na área de Saúde Pública.

Entrevistado 9: cirurgião-dentista, formado há 19 anos, Chefe da Divisão de Saúde Bucal por um ano, supervisor por vários anos, diretor do Departamento de Saúde da PMT por um ano, com curso na área de Saúde Pública. Trabalhou na PMT de 1987 até 2001.

4 RESULTADOS

Essa pesquisa pretendeu conhecer a implantação e a evolução da política de saúde bucal em Taubaté. O recorte histórico escolhido compreende o período entre os anos de 1983 até 2006 e iniciou com a criação do Departamento de Saúde e do desenvolvimento das primeiras ações de saúde no município.

De acordo com o referido recorte, foram identificados quatro períodos no processo de construção da citada política no município. A pesquisa realizada ainda permitiu identificar a existência da oferta de assistência odontológica ao escolar antes do período em questão a qual será apresentada a seguir.

4.1 A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA JUNTO AO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E CULTURA EM TAUBATÉ

A vinculação da assistência odontológica ao escolar com a área da educação foi encontrada em Taubaté antes da criação do Departamento de Saúde, quando havia dois dentistas lotados no Departamento de Educação e Cultura do município. Isso também ocorreu no estado de São Paulo, onde mesmo após a separação das Secretarias de Saúde e de Educação, ocorrida em 1967, a assistência médico-odontológica oferecida ao escolar continuou na Secretaria de Educação. Essa

vinculação foi reforçada com a criação do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE) pelo Decreto 7.510, de 29 de janeiro de 1976. A transferência desse Departamento para a Secretaria de Saúde ocorreu em 1987, quando se transformou no Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência à Saúde do Escolar — CADASE — (Araújo apud SOARES, 2005, p14).

O primeiro decreto encontrado nesta pesquisa, o Decreto nº 2.591, de 15 de dezembro de 1972 estabelecia as atribuições e especificações dos cargos de provimento efetivo da Prefeitura Municipal de Taubaté — PMT —, em correspondência ao Sistema de Classificação de cargos instituído pela Lei nº 1.373, de 27 de setembro de 1972, e foi assinado pelo então Prefeito Municipal Guido José Gomes Miné. Para o cargo de dentista, na especificação de classe de cargos do anexo I, folha 39, a definição era: “trabalho profissional, que consiste em prestar assistência dentária às crianças”. Como exemplos das ações exercidas por esse profissional, estavam as extrações dentárias e os curativos, palestras em estabelecimentos escolares, além de “habilidade para tratar o público com cortesia” (Manual do Município Taubateano, p.693 e 694).

O mesmo prefeito, de acordo com o disposto nos §§ 1º e 3º do artigo 26, do Decreto-Lei Complementar nº 9, de 31 de dezembro de 1969, promulgou a Lei nº 1.372, de 27 de setembro de 1972 que dispunha sobre a Organização do Sistema Administrativo Municipal de Taubaté. Na Seção I do referido Decreto-Lei, que tratava da hierarquia e da estrutura dos órgãos da administração, em seu artigo 11 apresentava a estrutura da administração municipal direta, constituída por órgãos entrosados entre si que obedeciam à seguinte hierarquia: departamento, divisão, serviço e setor. Na Sub-Seção XII, que tratava da estrutura do Departamento de

Educação e Cultura, o Serviço de Assistência Dentária Escolar fazia parte da Divisão de Ensino. No dia 13 de maio de 1982, foi promulgada a Lei nº 1.977 que dispunha sobre a reestruturação do sistema administrativo municipal, assinada pelo prefeito Waldomiro Carvalho, e mantinha o referido serviço vinculado ao Departamento de Educação.

4.2 1º PERÍODO A IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS MUNICIPAIS

O nosso recorte histórico tem seu início em 1983, como já foi mencionado anteriormente neste trabalho, quando foram desenvolvidas as primeiras ações municipais na área da saúde. Nessa época, o município não possuía um departamento de saúde. Durante a campanha eleitoral, em 1982, o candidato a prefeito José Bernardo Ortiz, tinha como um dos seus projetos a criação desse departamento.

O candidato Ortiz venceu as eleições e tornou-se prefeito do município. Antes dele, o prefeito era Moacyr Freire, que assumiu o cargo no dia 14 de maio de 1982, como sucessor de Waldomiro Carvalho, que havia se afastado para disputar uma cadeira na Assembléia Legislativa. Durante essa administração, a população de Taubaté aumentou cerca de 30 mil habitantes, alcançando o número de 180 mil, no início de 1983. Esse período chegou a ser descrito como “surto do progresso” (grifo no original), porém a prefeitura foi entregue cheia de dívidas ao novo prefeito^{18,34}.

Por estar localizado no eixo Rio-São Paulo, Taubaté tornou-se um centro industrial na década de sessenta, atraindo moradores das cidades vizinhas, além de ter tido um grande êxodo rural. O que pode explicar o referido aumento demográfico¹².

Com o crescimento da população, cresciam também as demandas por ações de saúde. Então, ao anunciar seus diretores de departamento, o novo prefeito incluiu o Departamento de Saúde, que deveria ser criado em curto prazo e anunciou seu primeiro diretor, o médico José Paulo Pereira. Em seguida, anunciou o cirurgião-dentista Carlos Benedictus Pereira de Almeida como o Coordenador da Assistência Odontológica²⁴.

A vontade de criar um departamento de saúde em Taubaté, que também desenvolvesse ações de odontologia, também pode ser comprovada pela fala de um entrevistado:

Bom, em uma das nossas reuniões junto ao coordenador de saúde bucal, na época, o Dr. Carlos Benedictus, que iniciou o serviço de Odontologia em Taubaté.... ele nos relatou que o serviço iniciou através da vontade do Prof. Bernardo Ortiz, até então, possível candidato a prefeito de Taubaté. Eles... o Prof. Bernardo era paciente do seu consultório e às vezes, em consultas odontológicas, eles comentavam a respeito do serviço... da necessidade de Taubaté... se instalar um Serviço Odontológico... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

No dia 1º de fevereiro de 1983, José Bernardo Ortiz e Augusto Ambrogi, assumiram a Prefeitura de Taubaté para um mandato de seis anos. O presidente do Brasil era João Baptista de Oliveira Figueiredo e o governador eleito pelo estado de

São Paulo era Franco Montoro. Também, em 1983, instalou-se a 10ª legislatura do Congresso Nacional ^{22,10}.

São trechos do pronunciamento de posse do prefeito:

Em seu triste paradoxo, convém lembrar que Taubaté tem duas rodoviárias, mas não tem um pronto-socorro sequer sofrível, nem ambulatório municipal nos bairros.

(...) Taubaté tem hoje mais de três quartas partes de logradouros urbanos, em comprimento, sem pavimentação, metade dos mesmos sem esgoto sanitário e um quarto sem água (...) ²⁶.

Até esse ano, Taubaté não possuía serviços públicos municipais de saúde. Havia o posto central ou posto de assistência médica (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que foi o primeiro posto de saúde instalado no município. Existiam também dois postos estaduais que trabalhavam paralelamente, realizando o atendimento daqueles que não podiam usar o INAMPS. Eram os denominados Centro de Saúde I, localizado na região central, e Centro de Saúde II, no sub-distrito de Quiririm ^{73,47,49}. Existiam dois hospitais: o Hospital Santa Isabel, inaugurado em 1975, e o Hospital da Universidade de Taubaté, conhecido como Hospital Universitário, criado através da promulgação da Deliberação nº. 29/83, em substituição ao antigo Hospital-Escola. O novo hospital atendia a particulares e convênios, inclusive aos credenciados do INAMPS ⁴⁷. De maneira geral, a década de oitenta foi uma década difícil, de grandes crises econômicas. Desde seu início, o país atravessava um período de três anos de seca consecutiva, crises de petróleo e dois anos de juros maiores que 18% ¹⁴.

Nessa época, o prefeito Ortiz afirmava que não iria cortar verbas do que era essencial para o povo, considerando, no quadro de necessidades, a criação do Departamento de Saúde e dos ambulatórios ²⁵.

A criação desse Departamento também foi solicitada pelo vereador Arnaldo Ferreira dos Santos, líder do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) no legislativo, pertencente ao mesmo partido do prefeito. O vereador acreditava que, por não existir um departamento nem uma coordenação específica para o setor saúde, o município apresentava inúmeras dificuldades, como as crises na assistência médica-hospitalar local e a falta de uma rede básica de assistência médico-sanitária. Como reforço, apoiava sua solicitação na política de descentralização do Governador Montoro, que também envolvia a área da saúde ²⁹.

Uma das primeiras ações de saúde da gestão do prefeito Bernardo Ortiz foi a ocupação abrupta do pronto-socorro — PS — na madrugada do dia 20 de maio de 1983. O PS, que era mantido pela Fundação Universitária da Saúde de Taubaté — FUST —, passou para a Prefeitura Municipal, conforme Decreto nº 4.852. Na ocasião, era o único local que prestava atendimento emergencial no município.

Nesse momento, tomou posse da diretoria clínica do PS, o médico José Paulo Pereira e o Sr. Pedro Cunha Neto, da diretoria administrativa. A justificativa para tal ocupação era que a assistência prestada era inadequada e que essa era uma atribuição do município. Pode-se dizer que a história da implantação dos serviços de saúde em Taubaté tem estreita relação com esse pronto-socorro localizado dentro do Hospital-Universitário, que pouco tempo depois também abrigaria o Departamento de Saúde, a Divisão Odontológica e o pronto-atendimento odontológico ^{35,19}, segundo fontes escritas e orais pesquisadas.

O pronto-socorro e os postos médicos são atribuições do município, atendimento primário e secundário, depois clínicas especializadas... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Aquele ponto do Hospital Universitário foi o início da Odontologia, do Departamento, da Divisão Odontológica... O gabinete do Benedictus era ali... Só tinha ali... não tinham postos... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

A primeira tentativa jurídica de criação do Departamento de Saúde foi em 29 de novembro de 1983, quando o prefeito José Bernardo Ortiz, através da Lei nº 2067, autorizou sua criação. Entre as prioridades do novo departamento estavam o atendimento de urgências e as ações de atenção primária, a serem desenvolvidas em “centros de saúde, postos ou ambulatorios, instalados de preferência nos bairros mais carentes e mais afastados da área central da cidade”.

O Departamento de Saúde foi criado de fato, porém, através do Decreto nº 5479, de 21 de maio de 1986, regulamentado pela Lei nº. 2.208, de mesma data. No seu artigo 2º, foi estabelecido que o Departamento de Saúde deveria compreender as Divisões Administrativa, Médica e Odontológica. O mesmo decreto, em seu artigo 5º, atribuiu como competência da Divisão Odontológica a “prestação de serviços odontológicos a nível ambulatorial e atendimento com unidades volantes”. Legalmente, esse foi o momento da criação da Divisão Odontológica, porém suas ações iniciaram em 1983. Nos documentos pesquisados, antes de receber grau hierárquico de divisão dentro da estrutura administrativa da Prefeitura Municipal,

foram encontradas referências a uma coordenação — a Coordenação de Assuntos Odontológicos — chefiada pelo dentista Carlos Benedictus Pereira de Almeida*.

Uma das primeiras ações do Departamento de Saúde foi a criação de um programa de saúde bucal dirigido a 6.800 crianças matriculadas em aproximadamente 36 escolas. Esse programa foi implantado no dia 1º de maio de 1983. A primeira etapa tinha por objetivo a remoção da cárie e a eliminação da dor.

Tal programa era essencialmente assistencial e foi precedido por uma campanha, realizada junto aos alunos para motivá-los a procurar pelo tratamento odontológico. A próxima etapa foi programada para outubro do mesmo ano e seria dedicada à prevenção da cárie, através aplicações tópicas de flúor².

Além desse programa, havia o atendimento das urgências odontológicas, dirigido a toda população. Para isso, o município dispunha de 4 unidades móveis (*trailers* odonto-médicos I e II, unidade volante Passat e unidade volante Kombi) equipadas para a prestação de atendimento em postos volantes e 5 consultórios instalados no ginásio municipal, na Escola Municipal de Primeiro Grau (EMPG) de Santa Luzia, na EMPG da Vila Nossa Senhora das Graças, no centro comunitário da Vila Aparecida. Nesses locais, foram alocados dez dentistas com 4 horas diárias de trabalho**.

A contratação dos primeiros profissionais da Divisão de Saúde Bucal do Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Taubaté ocorreu através de exame de seleção para a função de cirurgião-dentista. Os dez primeiros colocados

*Se manteve nesse cargo até 1992, depois foi diretor do Departamento de Saúde por dois anos, aproximadamente, como apontaram vários documentos e fontes orais.

** Relação de equipamentos odontológicos para serem cadastrados, do Dr. Carlos Benedictus para a Sra. Ideko A. Nogueira, Chefe de Serviços da Divisão de Patrimônio, em 12 de julho de 1983.

foram: Fábio Marcondes Salgado, Luiz Gonzaga da Silva Fernandes, Rosa Maria Rabelo, Maria Rozeli de Souza Quirino, Teresa Maria Dias do Nascimento, Lígia Prado Leite, Wenceslau Pinto Fonseca, Márcia Sebe Tonzar, Ana Christina Elias Claro e Antonio Jerônimo Luiz de Abreu*.

A unidade de Pronto-Atendimento Odontológico começou a funcionar a partir de 1º. De setembro de 1983, no prédio do Hospital-Escola, ao lado do Pronto-Socorro Municipal, sob a coordenação do dentista Carlos Benedictus de Almeida. Essa unidade atendia os casos de emergência de toda população, gratuitamente, e os custos da manutenção, funcionários e materiais cabiam à prefeitura. Nesse local, havia dois gabinetes dentários e trabalhavam quatro profissionais^{38,39,40}.

Dessa forma, a assistência odontológica municipal de Taubaté começou com o serviço de emergência, dirigido a toda a população e com a assistência ao escolar. Esse caráter essencialmente curativo das ações iniciais é encontrado no relato de alguns entrevistados, que consideraram necessárias as ações curativas tendo em vista a condição de saúde bucal das pessoas.

O município não tinha nenhum serviço... E havia uma necessidade, uma demanda reprimida imensa... Então, "a priori" a ação curativa era para melhorar a condição das pessoas em relação à dor... Para sanar a dor... Essa era a necessidade premente. (...) Era um atendimento de urgência mesmo... À medida que a população tinha necessidade, ela já buscava o serviço, era feita a ficha do atendimento e ela aguardava para ser atendida, sem agendamento... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

*Cópia xerográfica da relação dos candidatos aprovados no exame de seleção para a função de cirurgião-dentista, com data de 25 de julho de 1983, assinada pelo Dr. Carlos Benedictus Pereira de Almeida, Presidente da Comissão do Exame de Seleção (documento pessoal de Ana Christina Claro).

Para ampliar o acesso da população às ações da atenção básica, foram utilizadas algumas unidades móveis até que os PAMO fossem construídos. Elas se deslocavam para diferentes bairros, permitindo o atendimento dos escolares e da população em geral.

Como o serviço ainda não existia, a gente tinha que levá-lo até a comunidade e informar as pessoas a respeito da sua existência. E o atendimento era, principalmente, uma ação curativa... E buscava-se orientar a população de que haveria condições de tratamento... Porque esse serviço iria funcionar como rotina... No início, cada dia a gente ia para um bairro, a unidade móvel era instalada e as pessoas vinham da comunidade para ser atendidas... Depois, a gente já conseguia deixar alguns pacientes agendados, para dar continuidade ao que se começou na emergência... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

À medida que o serviço iniciou e houve uma resposta muito grande da população, que participou que viu que haveria o atendimento, que seria dada essa possibilidade... Começaram a surgir as solicitações junto à coordenação, para o atendimento em escolas, em outros bairros e a vontade da coordenação era justamente de fazer isso. Crescer, desenvolver e possibilitar a todas as outras comunidades esse atendimento... Então, as unidades iam para os bairros e depois também começaram a freqüentar o pátio das escolas, para receber as crianças, para tratamento das crianças... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

A utilização das unidades móveis para o atendimento assistencial iniciou nesse período e manteve-se durante os seguintes. O mesmo ocorreu com a criação dos PAMO.

... Por que um dia, eu entrei num carrinho desses e, sinceramente, achei muito pouco confortável. Quer dizer que isso serve como um paliativo. (...) Continua havendo necessidade por causa das escolas... Mas eu sou partidário que se deve colocar o gabinete odontológico... Colocar, colocar e não parar de fazer... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

No início, uma das dificuldades encontradas foi o convencimento da população acerca dos procedimentos odontológicos e a credibilidade em um novo serviço ao qual ela não tinha acesso anteriormente, com a preocupação, por parte dos profissionais, de estabelecer um vínculo com a população.

No início, a população tinha um pouco de resistência, medo principalmente... Aquela história odontológica... Mas aos poucos, a gente foi vencendo, conversando, mostrando que o serviço era de qualidade, que a gente estava ali justamente para atender, para amenizar o sofrimento, a dor e trazer algum benefício... E as pessoas foram entendendo a necessidade e vieram buscar o atendimento. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Eu posso dizer que o serviço, apesar de ter começado acanhado, de uma forma muito simples... Ele teve um crescimento, um avanço muito rápido... Não só pela necessidade da população, mas também pela vontade de quem estava exercendo, a vontade de fazer algo pela coletividade, isso fortaleceu muito o serviço... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

A cárie dentária afetava a vida de milhões de brasileiros e isso denunciava o não enfrentamento dessa realidade por parte das autoridades sanitárias até então. Na maioria dos casos, o tratamento realizado era mutilador ²¹.

A fluoretação das águas de abastecimento público, considerada a ação mais prática, barata e eficaz para a prevenção da cárie dentária, começou a ser realizada em Taubaté pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo — SABESP —, com concessão no município a partir de 1982, por isso seus benefícios ainda não eram significativos ⁴⁶.

Em 1983, foi realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Taubaté — UNITAU —, a Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, com a participação do Departamento do Bem-Estar Social (DBES) da Prefeitura Municipal de Taubaté — PMT —, pois o Departamento de Saúde ainda não estava estruturado e o serviço odontológico público municipal estava dando seus primeiros passos³. No ano seguinte, a mesma campanha foi realizada através da disciplina de Diagnóstico Bucal do Departamento de Odontologia da UNITAU, em parceria com a Divisão de Saúde Bucal da PMT*.

Nesse período, alguns postos de assistência médica e odontológica (PAMO) foram criados. O primeiro PAMO de Taubaté foi implantado no bairro denominado Parque Três Marias, no dia 19 de dezembro de 1983, no centro comunitário do bairro, na Avenida Armando de Moura. Segundo o Dr. José Paulo Pereira, Diretor de Saúde do município, esse PAMO iniciou com o atendimento médico na especialidade de clínica geral e com a realização de curativos e, nos meses seguintes, ganhou posto de vacinação e gabinete dentário²⁷. A criação dos PAMO foi relacionada, principalmente, com solicitações da população, além de uma necessidade técnica percebida. Tais solicitações, de acordo com as diferentes fontes pesquisadas, surgiram em reuniões do prefeito com moradores dos diferentes bairros

33

Ainda no início desse período, no dia 31 de janeiro de 1984, foi aprovada, na seção ordinária da Câmara Municipal, através do Decreto Legislativo nº 88/84, a cassação do prefeito José Bernardo Ortiz, inclusive com oito votos do seu partido, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro — PMDB — e outros quatro do

* A referida campanha continuou sendo realizada durante o período estudado nesta pesquisa.

Partido Democrático Social — PDS —. Era o início de um período de muita instabilidade política no município e de um processo que durou aproximadamente um ano e meio. O prefeito recorreu à Justiça e continuou no cargo. Durante essa crise entre os Poderes Executivo e Legislativo, o prefeito recebeu várias manifestações de apoio vindas da população. A última sentença declarou nula a sessão de cassação e cerca de um ano e meio depois ele já contava com o apoio de oito vereadores, dos doze que o cassaram^{1,6,7,8,16,17,30,48}.

Enquanto isso o país se mobilizava em torno dos ideais democráticos. A Associação Paulista de Municípios, a Comissão Interpartidária de Prefeituras Paulistas e a União dos Vereadores do Brasil, com apoio da Assembléia Legislativa de São Paulo lançaram a Frente Municipalista pelas Diretas e Constituinte, para lutar pela democracia no país.

Desde 1964, com a derrubada do presidente João Goulart, o país era governado por atos institucionais, decretos e por uma constituição baixada por uma junta militar em 1969, que substituiu a Constituição de 1946. Esta última foi elaborada por uma Assembléia Nacional Constituinte, mas sem muita representação da classe trabalhadora e vigorou até o golpe militar. Antes dela, porém, apenas as Constituições 1891 e de 1934 foram livres e democraticamente votadas e promulgadas⁵.

Várias delegações do Vale do Paraíba participavam dos comícios, em São Paulo, a favor do Movimento das Diretas Já. A convocação de uma nova Assembléia Nacional Constituinte era necessária para restabelecer a ligação entre povo e poder. E assim o país avançava rumo à consolidação democrática^{13,23,31,44}.

Em Taubaté, após um ano do início das ações municipais de saúde da nova administração, o PS havia sido reformulado, houve a implantação do pronto-atendimento odontológico e dos PAMO do Parque Três Marias e do Parque Sabará. Existiam ainda 36 obras da administração municipal sendo realizadas ao mesmo tempo em vários setores e entre elas estavam as obras do PAMO do Bonfim⁵.

A Universidade de Taubaté — UNITAU —, através do seu Departamento de Odontologia, sob a orientação do dentista Nivaldo Zollner, passou a atender no campo social do município, realizando tratamentos dentários para a população que pagava pelo atendimento de acordo com o padrão financeiro de cada um²⁰.

Também foi sancionada a Lei nº 2.088 que autorizava o Executivo Municipal a celebrar convênio com a Secretaria de Estado da Saúde para a prestação de serviços de assistência odontológica aos escolares da rede estadual de ensino do 1º Grau. O convênio previa a contratação dos dentistas pelo município e ao estado competia ceder o material de consumo, o equipamento e instrumental odontológico e o local para a instalação do consultório dentário⁴.

Em outubro de 1984, o país elegeu seu novo presidente, Tancredo Neves. Mas o presidente eleito faleceu antes de tomar posse e o país passou a ser governado pelo então vice-presidente José Sarney⁴⁵.

Em Taubaté, os serviços municipais odontológicos também cresciam e em abril de 1985 a rede já contava com equipamentos odontológicos dispostos da seguinte maneira: 6 gabinetes no Pronto-Atendimento Odontológico, sendo 2 estaduais, e 1 gabinete odontológico em cada um destes locais: PAMO do Parque Sabará, PAMO do Parque Três Marias, PAMO do Bairro do Bonfim, Escola de Santa Luzia, PAMO da Vila Albina e PAMO do Parque Aeroporto. Também foi

comprado um consultório para o PAMO da Vila Prosperidade. Existiam, também, 3 equipamentos móveis e vários PAMO e algumas instituições já contavam com a assistência odontológica: Jardim Gurilândia, Ginásio Municipal, Vila das Graças, Vila Aparecida, Bairro do Pinheirinho, Registro, Belém, Parque Paduan, Creche do Bairro Santa Cruz, Creche Dona Déia na Vila São Geraldo e Creche Lar Bom Samaritano no Bairro da Estiva. Essas obras comunitárias, depois de perceberem a necessidade de atendimento odontológico, ofereciam a estrutura física, o equipamento e solicitavam à prefeitura os materiais e o profissional*.

Com a criação dos PAMO, as consultas odontológicas passaram a ser agendadas. O acesso da população se efetivava através de triagens que utilizavam critérios clínicos e socioeconômicos, realizadas pelas assistentes sociais com o objetivo promover uma priorização, sem excluir nenhum paciente, pois o serviço já buscava cumprir o princípio da universalidade do futuro sistema de saúde brasileiro.

... Através das triagens sócio-econômicas que são feitas pelo serviço de assistência social. É um serviço antigo nos bairros, desde 83... Começou com a construção dos PAMO, então eles sabem que de tempo em tempo tem a triagem no bairro. E ele procura se informa, pega uma senha, faz a triagem, entra na seqüência. Ele é chamado... Anda, funciona, tem funcionado... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

De acordo com as fontes utilizadas, a distribuição das unidades de saúde pela cidade, sempre foi motivada por solicitação da população. Esses pedidos surgiam nas reuniões de bairro, e também eram feitos por vereadores. Alguns entrevistados também relataram a utilização de critérios técnicos, somados às solicitações

* Relação de equipamentos odontológicos com assistência profissional técnica e de material de consumo da PMT, de 1º de abril de 1985, assinado por Carlos Benedictus, Coordenador de Assuntos Odontológicos.

populares. Outros acreditam que, independente do que tenha motivado a criação de várias unidades de saúde, o objetivo foi alcançado: o acesso da população foi ampliado.

Chegamos a 45 postos na primeira e na segunda gestão. E isso deu uma vida muito grande à saúde... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Não tinha um mapeamento do município... Eu ocupava um cargo dentro da saúde bucal, não sei te responder se o diretor de saúde participava da decisão de criar o PAMO ou não... Mas a gente só sabia que ia montar a unidade naquele local... Havia um critério que era muito mais político do que técnico... Não eram vistos os dados epidemiológicos... Era vista a demanda da população! A população queria uma unidade naquele local, se criava a unidade... (...) Quando o serviço passou da esfera estadual, que executava todas as ações para o município... O município realmente precisa ampliar o acesso... Talvez tenha ampliado mais uma região e menos em outras... Mas foi um trabalho para ampliar a rede de acesso, a rede básica... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Havia uma necessidade técnica que era levantada, de em alguns bairros implantarem esses postos... Uma necessidade conhecida pelo diretor do Departamento de Saúde, pelo coordenador de saúde bucal. Mas paralelo a isso, eram conduzidas reuniões em bairros, do prefeito com a comunidade. E nessas reuniões, em alguns locais, a população pedia ao prefeito a criação de uma unidade de saúde, dos PAMO... Então, também houve a decisão política através do pedido da população, através da participação da população... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Porém, em alguns casos, a falta de critérios técnicos impediu a racionalização da distribuição dos recursos físicos e humanos, fator que comprometeu o acesso da população a esse serviço.

*Tanto é que existe PAMO, hoje, que podia ter uma demanda maior, e não existe demanda, pois existe uma concentração de postos no mesmo local... Com uma distribuição técnica, dificilmente ocorreria isso, uma ociosidade de períodos...** (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Em 1987, mais três PAMO localizados nos bairros Cidade Jardim, São Pedro e no distrito de Quiririm possuíam assistência odontológica**.

Após três anos, aproximadamente, do início dos serviços públicos municipais odontológicos, que inicialmente contemplavam apenas o atendimento básico, foi identificada a necessidade de oferecer também ações odontológicas especializadas. O objetivo era oferecer um tratamento integral para o paciente, atendê-lo em todas as suas necessidades, evitando assim o tratamento mutilador. Então, foi criada a clínica de especialidades odontológicas junto ao pronto-atendimento odontológico, no prédio do Hospital Universitário. As primeiras especialidades foram endodontia e periodontia, seguida de cirurgia oral menor, atendimento aos portadores de necessidades especiais e patologia bucal. Como relatou um entrevistado, logo que uma especialidade ia estabelecendo seu fluxo de atendimento, outra já era implantada.

A gente já tinha o atendimento em vários bairros, escolas, no pronto-atendimento que funcionava anexo ao Hospital Universitário... A gente tinha uma necessidade de atender esse paciente não só na cura da dor, mas em todo o tratamento que ele necessitasse... E foi em uma dessas reuniões, junto ao coordenador, que colocamos a necessidade da especialidade, do atendimento secundário e como ele também tinha essa intenção... Conseguimos implantar esse que funcionou, por bom tempo,

* O entrevistado se referiu aos dados de produção das unidades de saúde.

** Lista de material permanente do PAMO Quiririm, de 03 de nov de 1987; lista de material permanente do PAMO Cidade Jardim e lista de material permanente do PAMO São Pedro, de 04 de maio de 1987; todas assinadas por C. Benedictus, Chefe da Divisão Odontológica.

junto com o pronto-atendimento... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

(...) e na parte relativa à saúde bucal, isso é interessante, o nosso objetivo não era arrancar dente (...) Não, era recuperar o dente... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Começou com o pronto-atendimento, depois, em dois ou três anos foi se formando a periodontia, a endodontia e a cirurgia... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Iniciou-se com a Endodontia e Periodontia, que eram as necessidades maiores, mas, logo em seguida, as outras especialidades foram implantadas... Cirurgia buco-maxilo, atendimento a pacientes especiais... E foi acontecendo assim, tudo rápido... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Ainda nessa gestão, foi implantado o atendimento a pacientes portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida — HIV/AIDS —*.

E outra coisa que eu acho que é bastante marcante desse período, talvez isso tenha acontecido em 86, 87... Depois eu posso precisar isso para você... Nós recebemos uma solicitação dos médicos que atendiam no posto de saúde da cidade, os pacientes que estavam contaminados com HIV... Era o início da epidemia, ninguém sabia como era transmitida... Não existia isso... Mas a gente sabia que era uma doença que podia infectar outras pessoas e que essas pessoas que estavam contaminadas, elas também tinham problemas dentários e iam procurar alguns dentistas... Então, se não tivesse o serviço público, evidentemente que elas estariam indo em outros consultórios e sem o profissional saber... Mas estariam sendo atendidas. Então, a gente resolveu atender esse pedido do posto de saúde, dos médicos... E montou esse atendimento para paciente HIV positivo. Foi uma coisa pioneira... Eu acho que em São Paulo tinha um serviço no Hospital das Clínicas e nós fomos até lá conversar com o dentista que atendia... (...) E a gente veio para Taubaté,

* Esse atendimento continuou sendo realizado durante o período estudado nesta pesquisa. Aos poucos, também foi oferecido a outros pacientes com necessidades especiais.

e montou o serviço de uma forma assim... Sem muito conhecimento mesmo, porque não tinha disponível na época... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Também nesse período ocorreram experiências de implantação da especialidade de Prótese e de Ortodontia, as quais não se mantiveram por muito tempo. Posteriormente, foram feitas outras tentativas, que permaneceram por períodos igualmente curtos*.

De acordo com a crescente implantação dos serviços, havia a necessidade de contratação de novos profissionais.

Esses postos médicos, eles implicaram na contratação de médicos... Então, nós resolvemos, reservamos uma verba e fomos contratando médicos, fomos fazendo processos seletivos e fomos contratando médicos e fomos contratando dentistas. (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

A admissão dos profissionais, durante esse período, foi feita por processo seletivo. A contratação de cirurgiões-dentistas nunca foi considerada um problema, mas havia dificuldade para contratar pessoal auxiliar.

(...) isso ainda era sutil... mas nós já tínhamos auxiliares no posto é... no Posto Central, que ainda era no Hospital Universitário... naquele prédio anexo...(...) Foi depois que isso foi sendo implementado, né..? O trabalho auxiliar nos postos, nos PAMO... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Sempre teve por causa do pronto-atendimento, que necessitava sempre de auxiliar. Nem sempre capacitada, nem sempre com curso, com um curso completo... Ela ia aprendendo. Agora que está mais formalizado,

* Relatório realizado a pedido do prefeito Antonio Mário Ortiz, sobre a situação da DSB em 1997 e tentativas anteriores de implantação das especialidades de prótese dentária e ortodontia.

exige cursos... Está mais regular agora. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

A incorporação do pessoal auxiliar teve início com o serviço de pronto-atendimento odontológico. Nos períodos sequenciais, foram inseridos em alguns PAMO.

4.3 2º PERÍODO: A IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES COLETIVAS

Passada a fase de atendimento à grande demanda reprimida inicial, através da realização de ações assistenciais, houve uma avaliação das atividades realizadas, com posterior ampliação das ações desenvolvidas pelo serviço público odontológico municipal.

Quando o atendimento odontológico iniciou no município, a preocupação era atender a demanda reprimida que existia... Porque antes as pessoas não tinham aonde recorrer. Então, foi uma demanda de vários anos de atendimento, aí depois sim, começou-se a se discutir a necessidade do aperfeiçoamento do trabalho, de se ter um diagnóstico da situação do município... E com base nesse diagnóstico, nas necessidades, se implantar projetos e ações que efetivamente atendessem as necessidades de saúde do município... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Em seguida, veio a gestão do Salvador e o serviço odontológico começou a tomar um rumo diferente porque o Secretário de Saúde do município, nessa época, era o Dr. Marcos Lindenberg, que era petista e tinha uma visão voltada para prevenção, que é mais ou menos a formação do PT mesmo... E o serviço começou a tomar um pouco essa característica, as coisas começaram a ser conduzidas de uma forma mais planejada... (...)

Foi nesse período que houve a expansão do serviço odontológico nas escolas estaduais... E também foi quando começaram aquelas reuniões... (...) Conselho de Saúde! E as pessoas interagiam e podiam ajudar a gente a ter uma direção... Foi quando começou o Conselho de Saúde... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

O segundo período identificado nessa pesquisa teve início com a gestão do prefeito Salvador Donizetti George Kuhryeh, que teve como Diretor do Departamento de Saúde o médico Marcos Lindenberg Neto e compreendeu também a segunda gestão do prefeito José Bernardo Ortiz, o qual nos seus primeiros anos teve como diretor de saúde o Sr. Carlos Benedictus Pereira de Almeida e depois a Sr^a. Maria Emilia Nogueira de Sá.

Antes de ser diretor do Departamento de Saúde, o Sr. Carlos Benedictus, continuou como Chefe da Divisão Odontológica. Ao assumir a direção do Departamento, a Dr^a. Rosa Maria Rabelo Tobias passou a chefiar a referida Divisão. Durante esse período, a equipe administrativa da Divisão de Saúde Bucal, responsável pelo planejamento, implantação, avaliação e ajustes das ações odontológicas, passou a ter quatro membros:

Quando eu entrei na prefeitura em 90, nós tínhamos um chefe de Divisão, nós tínhamos três coordenadores, uma para prevenção, outro para RH, que era quem que fazia a ponte entre a chefia e os colegas que estão por aí no serviço... que ia conversar, que perguntava, que fazia essa ponte e tinha outro colega que cuidava dos pedidos de materiais... E a gente tinha um acesso muito grande a esses coordenadores... Então, o chefe de Divisão ficava sempre muito antenado no que estava acontecendo, onde as coisas não estavam dando bem... (...) Hoje em dia, é difícil você conseguir uma estrutura onde você tenha três profissionais que não estejam dentro da unidade de saúde, fazendo odontologia... É difícil justificar... (...) Mas, dependendo de quem está à frente, principalmente o diretor do departamento, se é um diretor que banca "não, eu preciso desse profissional ali"... E ele justifica, assina embaixo... Ele até consegue esse deslocamento. Mas sempre tem aquele

que vem falar do desvio da função... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Dentre os novos profissionais da área de saúde estavam a Dra. Ana Helena Junqueira Maraccini para a Área de Prevenção e Saúde Bucal, a Dra. Ana Emilia Gaspar atuava como supervisora dos PAMO e a Dra. Ana Christina Claro Neves coordenava a Área de Planejamento. Pouco tempo depois, a Dra. Rosa assumiu o cargo de gerente do Departamento de Saúde e, em 1994, a Dra. Ana Christina rompeu seu vínculo de trabalho com a prefeitura.

A Ana Emília cuidava dos PAMO... A função que o Gobbo faz hoje e a Ana Helena cuidava das escolas belamente... "Belamente" eu nem sei se existe, mas ela cuidava muito bem das escolas... Ela era odontopediatra e tinha uma vocação para prevenção, tem até hoje... É muito boa, então a coisa fluía muito bem, porque a mesma pessoa para cuidar de uma coisa e outra, e as coisas crescendo, o número de PAMO crescendo... Hoje as escolas cresceram muito... Na época que eu entrei acho que tinha 10 escolas, hoje eu acho que tem mais de 20 escolas atendidas... (...) Daí ele tirou a Ana Helena das escolas, aí começou a ficar ruim... A prevenção começou a acabar mesmo... Começou a ficar sem coordenação, até hoje trabalha sem coordenação... Então quem coordena a ACD é o dentista, se o dentista não se preocupa com a prevenção... A ACD fica lá, lavando instrumental, mas não faz a parte de prevenção... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Com a decisão de se reduzir o número de profissionais dessa equipe, a área administrativa da Divisão Odontológica passou a ter como chefe a Dr^a Ana Paula Lima Guidi Damasceno e a Dr^a Ana Emília Gaspar continuou exercendo a função de supervisora.

Após a primeira fase de implantação dos serviços odontológicos e com uma equipe administrativa disposta a implementar novas ações além de avaliar as

executadas, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico da cárie dentária em Taubaté, em 1992.

Esse levantamento foi obtido em 7 unidades escolares de Taubaté por profissionais da própria prefeitura no primeiro trimestre de 1992. O valor CPO-D aos 12 anos variou de 4,31 até 6,25 nas unidades consideradas. Não havia um único valor para essa idade-índice*.

Quando já existiam os serviços escolares, a gente tinha que ter um diagnóstico, saber exatamente o que estava acontecendo no município... Porque na realidade, o serviço iniciou, todo mundo foi trabalhar, resolver as necessidades da população, mas não tinha um diagnóstico... Sabia-se que a necessidade era grande, mas quantitativamente não se tinha nenhum dado... Nenhum trabalho realizado no município... E nós fizemos um levantamento... E foi detectado um índice muito alto, que chamava a atenção... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Nessa época, o município oferecia assistência odontológica, com ações básicas e especializadas, além do atendimento de urgência. Então, esse levantamento auxiliou na avaliação dos serviços oferecidos e ainda no planejamento das ações futuras.

Assim, o município passou a organizar uma estrutura que viabilizasse a implantação de um programa preventivo para a rede escolar, incluindo também ações curativas, de acordo com a necessidade.

Fui convocada a ajudar na organização da rede escolar, no atendimento das creches e a estabelecer um programa preventivo dentro da odontologia em Taubaté... Eu visitei todas as creches, todas as escolas, não só da rede municipal como também estadual e fiz uma priorização

* Ofício nº 071/92, da Equipe Técnica Estadual do SUDS-R-60, assinado por Marieta de Freitas Costa, Coordenadora dos Programas em Saúde Bucal, para Ana Christina Claro Neves, da Divisão Odontológica - Área de Planejamento.

daquelas comunidades mais carentes... Traçamos um plano de ação onde distribuiríamos consultórios dentro das escolas que mais necessitassem, faríamos atendimentos nas creches que foram construídas ao lado dos PAMO, e atuaríamos também na educação das famílias, das crianças, dos estudantes, e junto aos professores da rede escolar, para que pudéssemos trabalhar em sintonia. Procuramos, ardentemente, fazer essa integração e implantar essa filosofia preventiva... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Reuníamos-nos, pelo menos a cada dois meses... Para que realmente fosse avaliado o que estava sendo feito... (...) Antes disso discutíamos o nosso objetivo, a nossa intenção... Havia facilidade para trabalhar com todos os dentistas, mas eu fiz uma seleção dos profissionais mais afinados à atividade com crianças e os coloquei em pontos estratégicos... E cada profissional em seu PAMO, desenvolvia uma atividade preventiva e selecionava aquelas crianças que mais precisavam, ainda que, ele não tivesse capacidade de atendê-las, mas para que fossem encaminhadas... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Nesse ano, quase 4 mil crianças participaram dos procedimentos coletivos*.

Em 1993, o vereador José Ary Padovani Squarcina fez o Projeto de Lei nº. 15/93, pedindo a obrigatoriedade da escovação dental diária nas unidades escolares municipais, porém o prefeito municipal deu parecer desfavorável em 18 de maio de 1993 devido ao número insuficiente de recursos humanos que viabilizassem a frequência proposta das ações**.

Essas ações coletivas foram se desenvolvendo, com grande expansão a partir de 1995, coincidindo com o processo de municipalização do ensino básico. O número de escolares inscritos nos procedimentos coletivos, na faixa etária de 3 até 14 anos, foi de 4.700, em 1994, 9.500 em 1995, 14 mil em 1996, 15.700 em 1997 e de aproximadamente 17 mil nos anos de 1998, 1999 e 2000.

* Dados de produção dos procedimentos coletivos em 1992.

** Carta dirigida ao Vereador José Ary Padovani Squarcina, em 29 de abril de 1993, sobre o Projeto de Lei nº. 15/93.

Dentre os procedimentos coletivos, é preconizada a realização de levantamentos epidemiológicos. Os valores para o índice epidemiológico da cárie dentária, CPO-D, em Taubaté, foi dado como igual a 13 em 1994, 2,66 em 1997 e 0,38 em 2000 (PMT, 2001).

A obtenção de um documento contendo valores referentes ao ano de 1996, levou-nos a considerar a possibilidade de repetição desse dado no ano de 1997, pois, coincidentemente, ao final do documento, o mesmo valor (2,66) foi apresentado como resultado geral * **.

Não foi objeto dessa pesquisa a avaliação da validade dos dados epidemiológicos encontrados, mas, considerando a sua importância no processo de avaliação e planejamento das ações, serão feitas algumas considerações. Esses documentos se referiam a um valor geral para o CPO-D e, através do documento de 1996, foi possível verificar que o valor apresentado correspondia à média dos índices obtidos nas diferentes idades examinadas. Assim, a forma como o índice CPO-D foi apresentada no referido Plano Municipal de Saúde é questionável. Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, foram estabelecidos grupos etários e idades-índice para a realização do índice CPO-D. Portanto, os valores apresentados deveriam apresentar referência a uma idade-índice ou grupo etário.

Além das ações coletivas, muitas escolas também contavam com assistência odontológica. A partir de 1996, vários consultórios foram remanejados das escolas

* Doc. Divisão de Programas em Saúde Bucal apresenta resultado do CPO de 1996.

**Memorando de Márcia Chaves para Ana Emília Gaspar, de 17 de março de 2000, sobre cronograma do levantamento epidemiológico que seria realizado, de acordo com a orientação da Secretaria Estadual da Saúde, através da Resolução SS 13/92.

estaduais que não iam mais oferecer o 1º grau, deixando, assim, de atender a faixa etária considerada como prioridade pelo município. A seleção das escolas que receberiam os consultórios foi feita após visita aos referidos estabelecimentos de ensino e considerou como critérios o número de alunos e a condição socioeconômica deles*.

Nesse período, segundo a Delegada de Ensino, Profª Maria Mércia Agostinho Marcondes, teve início a reorganização da rede escolar no estado de São Paulo, quando as crianças de 1ª a 4ª séries passaram estudar em escolas distintas dos adolescentes de 5ª a 8ª séries do ensino fundamental**.

Um entrevistado relatou a retirada dos consultórios das escolas como uma medida que visava à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, porém, em Taubaté, os consultórios retirados de algumas escolas não foram colocados em PAMO, mas em outras escolas que possuíam alunos até a 4ª série.

Teve a política de saúde do escolar, de atenção ao escolar. Então, todos os consultórios foram direcionados para as escolas... Tudo. Depois, conforme a saúde bucal foi caminhando, a gente começou a mudar o foco para a família. E hoje, a gente está muito mais centrada na família do que no escolar. Porque a gente precisa ampliar o leque de atendimento em relação, principalmente, ao acesso... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

A população é grande... Tem muitas escolas, ainda mais agora, muitas escolas foram municipalizadas. Então a gente ainda não acompanhou esse aumento da rede municipal de ensino. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

*Memorando de Ana Emília Gaspar, Chefe da Divisão de Saúde Bucal para Maria Emília Nogueira de Sá, Diretora do Departamento de Saúde, com data de 22 de janeiro de 1996.

**Doc. A verdade sobre a reorganização da rede escolar no Estado de São Paulo, assinado por Maria Mércia Agostinho Marcondes, Delegada de Ensino, em novembro de 1995.

Demos prioridades para as escolas que tínhamos uma boa parceria e entusiasmo... Da diretora, dos professores, dos alunos... Demos prioridades para as escolas maiores, nisso houve uma revolução na educação. Houve municipalização de muitas escolas, a gente deu prioridade para essas escolas, uma vez que não tínhamos verba para colocar (consultórios) em todas as escolas. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Desde o início, foi pedida a contratação de pessoal auxiliar para viabilizar a expansão dessas ações coletivas*. Quanto ao cargo de auxiliar de consultório dentário — ACD —, houve demora em criá-lo**. Os ACD começaram a trabalhar na prefeitura a partir da implantação do pronto-atendimento odontológico, mas eram contratados como escriturários.

...É um processo difícil... Tudo é um processo de amadurecer e dessas idéias serem aos poucos, implantadas... A idéia existia, a necessidade também, mas havia uma dificuldade para se implantar direta e objetivamente o traçado, o definido... (...) Visitamos São José dos Campos, onde o serviço já existia, conseguimos dados, informações importantes, que trouxemos para o município, para discussão com a coordenação e futuramente com o prefeito... A prefeitura resolveu então, fazer um concurso público, um processo seletivo para incorporar o serviço auxiliar na odontologia... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

No início, a incorporação dos ACD ao serviço ocorreu de uma maneira tímida, mas passaram a integrar a equipe odontológica. Foram treinadas com a ajuda da equipe técnica estadual, que, de acordo com o SUS, deve prestar assessoria técnica aos municípios, e da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD).

* Fatura dos PC de 1992.

** Ao final do período considerado nesta pesquisa, o cargo de THD ainda não tinha sido criado na PMT.

E daí, essa organização, quem iria treinar, onde seria feito o curso, houve então, a integração da equipe técnica do estado, dando apoio ao município nessas discussões, nessas resoluções, nessa tomada de decisão juntamente com o apoio da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD) que também favoreceu o atendimento desse programa... E dessa união de esforços é que se conseguiu implantar o curso de treinamento das auxiliares, fazer o concurso e, efetivamente tê-las em atividade. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Ainda sobre as ações coletivas, durante alguns anos, houve a realização de um projeto extra-muros para que fossem desenvolvidas pelos alunos da disciplina de Odontologia Social do Departamento de Odontologia da UNITAU, além dos ACD. Essa interação também ocorreu com outras instituições, como a Escola de Artes Plásticas Fêgo Camargo, com a equipe de teatro do Sítio do Pica-Pau Amarelo, com o SESI e com o Departamento de Ação Social da própria prefeitura*.

A incorporação do pessoal auxiliar é necessária tanto nas ações coletivas, como nas assistenciais. As ações coletivas devem ser desenvolvidas preferencialmente pelo pessoal auxiliar, cabendo ao cirurgião-dentista a supervisão delas.

Apenas um cirurgião-dentista entrevistado considerou como dificuldade a integração profissional entre o dentista e o ACD, que tem sua atuação profissional considerada como solitária, característica esta reforçada na graduação.

... O dentista se forma para trabalhar sozinho... A formação dos dentistas mais antigos... É muito sozinho, na cadeira, com o paciente... Quando muito se aprende na faculdade a dividir com outro dentista, nunca com uma pessoa auxiliar... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

*Doc. Projeto Extra-Muro, com parceria da UNITAU/DSB/SESI, para atender 25 escolas do município.

Mesmo lentamente, a incorporação dos auxiliares foi acontecendo e passaram a trabalhar nos postos de maior demanda, mas ainda entravam para o serviço público como escriturários. Para que pudessem exercer a função de ACD, passavam por um treinamento. Com isso acabaram percebendo o risco ao qual estavam submetidos e iniciaram um processo para ganhar pela insalubridade da função*.

A gente colocou ACD nos PAMO que não tinham, nos de maior demanda... Fizemos um trabalho com elas, promovemos cursos... Não eram ACD na realidade... Eram escriturárias, mas assumiram porque não existia esse cargo. Hoje eu não sei... Mas quando eu saí ainda não existia... Era uma briga para instituir porque na realidade eram contratadas como escriturárias e trabalhavam como ACD... Eram pessoas comuns, então a gente promovia cursos junto com a APCD para treinar essas meninas...

Elas não recebiam insalubridade, eram escriturárias... Aí quando fizeram o curso, o que aconteceu? Elas viram toda essa questão da biossegurança, porque até então a gente mandava colocar luva e elas colocavam... Mas não tinham a consciência da questão, quando se instruíram, elas perceberam "Olha, então a gente tem direito, a gente está correndo risco"... Mas como escriturária vai ganhar insalubridade? Mesmo assim a gente conseguiu fazer com que elas ganhassem... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Ainda a respeito da insalubridade, na gestão do prefeito Salvador, o percentual era o mesmo para médicos e cirurgiões-dentistas. Com o tempo, muito mais para acerto salarial do que propriamente por insalubridade, houve uma diferenciação nesses percentuais.

A insalubridade ficou estabelecida para todos em 20%, para médicos e dentistas e... Posteriormente, eu não sei precisar para você, nem como,

* Memorando de um ACD para Dra. Ana Paula L. G. Damasceno pedindo o adicional referente à insalubridade, com data de 20 de março de 1997.

nem quando, nem por que... É que houve uma diferença entre a insalubridade médica e a odontológica... A médica passou a 40% e a dos dentistas a 20%... Eu acredito que seja até pela necessidade do mercado de trabalho, mas isso é uma opinião minha... Eu não posso afirmar que isso tenha sido o motivo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Dentro das ações preventivas, em 1992, foi realizada a 1ª. Semana de Prevenção da Cárie Dentária, promovida pela Prefeitura Municipal de Taubaté. Nessa semana aconteceram algumas palestras, entre elas uma proferida pelo Prof. Wilson Naressi, do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da UNESP Júlio Mesquita Filho, de São José dos Campos, e outras duas sobre avaliação clínica de paciente com vistas ao tratamento odontológico e terapêutica medicamentosa. O atendimento odontológico realizado durante essa semana foi reservado às crianças para readequação do meio bucal, profilaxia e aplicação tópica de flúor* ** ***.

Na nossa época, a gente promovia sempre algum tipo de atualização. Nós fizemos várias reuniões... Hoje em dia a gente não se reúne mais... Mas a gente fazia não de serviço público, mas relacionada à área clínica... Fizemos sobre tratamento de urgência e emergência, de diagnóstico... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

* Ofício Circular nº 037/92, de 18 de agosto de 1992, sobre a Semana de Prevenção da Cárie Dental, que foi realizada no período de 28 de setembro a 02 de outubro de 1992.

** Ofício Circular nº 033/92 e nº 46/92, sobre aula a respeito da avaliação clínica do paciente e terapêutica medicamentosa.

*** Comunicado aos dentistas, de 14 de agosto de 1992, sobre as atividades desenvolvidas na Semana de Prevenção a Cárie Dental.

Esses documentos foram assinados pelo Dr. Marcos Lindenberg Neto, Diretor do Departamento de Saúde.

No início do serviço odontológico existiam as reuniões mensais, para entrega de relatórios, discussão do atendimento, das dificuldades e até de casos clínicos... Algumas decisões eram tomadas em relação a algum tema proposto na reunião, obtenção de verba, atendimento em um local novo, tudo era discutido na reunião... (...) Mas paralelamente a isso, alguns cursos de educação continuada também... Não muitos, mas existiram, nós tivemos cursos de atendimento de emergência, de atendimento infantil, ao escolar especificamente com participação de pedagogas, do pessoal da área escolar, área de educação... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Nós tínhamos reuniões permanentes, cursos de atualização... É uma fala geral entre os profissionais do quanto isso era bom, como isso era proveitoso, lucrativo para todos nós... Todos nós aprendíamos muito... Eu realmente acho que o fato de ter deixado de acontecer esses cursos periódicos foi uma perda...

... Bem como justificar a nossa ausência ao trabalho para qualquer curso hoje, a gente não consegue... Acho que a prefeitura só tem a perder com isso... Claro que tem que ter critérios... (...) A saúde bucal assim como qualquer área de Ciências, precisa de atualização, exige... A ciência é um crescer... Eu tenho trinta anos de formada, se eu fizesse a odontologia que eu aprendi, na melhor universidade do país, onde mais se pesquisa... Eu estaria fazendo o avesso do que eu faço hoje... O diretor que me entregou o diploma, no dia que eu me formei disse: "atualize-se a cada dia" e eu acho que isso vale até hoje... Se a prefeitura não vê assim, faz errado... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Em 1990, a Prefeitura Municipal de Taubaté, em parceria com a UNITAU, ofereceu um curso de especialização em Odontologia Social e Preventiva para alguns funcionários no Centro de Ciências Biológicas da universidade. De acordo com as fontes pesquisadas, foi a única iniciativa encontrada nesse sentido.

A gente tinha uma parceria coma a UNITAU, que tinha bolsas para alguns cursos de especialização. Esse curso de saúde pública, eu fiz em 90 com bolsa da prefeitura... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Para um entrevistado, a formação universitária não prepara o futuro profissional para o trabalho em saúde pública. O modelo de formação continua sendo de base biológica, tecnicista, com valorização da especialização. Portanto, a educação continuada deve contemplar além de conteúdos clínicos, outros que permitam uma melhor compreensão da comunidade, do seu contexto econômico e social, dos seus valores e práticas.

A universidade... Ela não cria responsabilidade de trabalho, ela não cria o sentimento social que esse tipo de medicina que o município faz... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Essa necessidade de desenvolver um trabalho mais coerente com as necessidades da população foi também percebida por outro entrevistado que, por iniciativa própria, buscou seu aperfeiçoamento.

Desde que eu me engajei na saúde pública em Taubaté, eu senti fortemente a necessidade de aprender mais, porque a gente vê que o conteúdo da graduação não é suficiente... Então eu comecei a participar de todos os congressos da área de saúde pública, de todas as convenções que haviam dentro do estado de São Paulo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Ainda nesse segundo período, além do desenvolvimento das atividades coletivas, houve uma reestruturação do Departamento de Saúde e foi elaborada a lei que rege a estrutura organizacional da prefeitura. Em 1991, foram organizados o Conselho Municipal de Saúde e a 1ª Conferência Municipal de Taubaté.

Até porque essa participação popular é uma coisa característica do PT mesmo. Naquele momento, eu não sigo política, mas dentro do partido

estavam os médicos de formação sanitarista... O secretário do município era um médico sanitarista, a gerente de planejamento era uma médica sanitarista e são até hoje... E a secretaria tomou essa visão. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Eu lembro que a conferência ocorreu, Taubaté se organizou com o conselho municipal, houve a participação das entidades e desse documento, voltado à área de saúde bucal, instituiu a necessidade do aperfeiçoamento do trabalho, da ampliação desse serviço, não só o atendimento existente até então, mas de uma ampliação para outras unidades, inclusive com o aperfeiçoamento no atendimento ao escolar, com o atendimento técnico do dentista e também do auxiliar, nós não tínhamos... E até o preparo deles, inclusive do técnico de higiene dental. Nessa época, já se discutia todos esses parâmetros do dentista não trabalhar sozinho, dele ter a possibilidade do auxiliar e da técnica para a gente poder exercer a prevenção. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Apesar das discussões ocorridas, as conferências e o próprio conselho não foram vistos pela maioria dos entrevistados como grandes expressões da participação popular.

O conselho nunca foi um conselho participativo de fato. Foi mais um conselho figurativo do que realmente participativo. Porque isso? Porque o presidente do conselho era o prefeito... Impossível uma pessoa definir políticas com uma comunidade sendo que você vai deliberar... O conselho não consegue deliberar se o prefeito é o presidente. E esse conselho, por muito tempo, ele foi só consultivo... Depois ele passou a ser deliberativo... (...) Eu participei de uma conferência que foi de porta fechada... Entraram uma parte da população, os funcionários e fecharam as portas e ninguém mais entrou... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

De acordo com o regimento interno do Conselho Municipal de Saúde — COMUS — de Taubaté, no título I, sobre a Instituição, artigo 1º, ele foi estabelecido no município de Taubaté através das Leis Complementares nº 11, de 16 de setembro

de 1991, e nº 13 de 30 de setembro de 1991, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema municipal de saúde.

Esse regimento foi aprovado em 1º de dezembro de 1994. Nele consta, no título III, sobre a estrutura e funcionamento, capítulo I da estrutura, seção I da composição, artigo 4º, que o presidente do COMUS é o prefeito ou, por delegação dele, o diretor do Departamento de Saúde, comprovando o relato anterior.

Ao ser questionado sobre as solicitações populares, que apareceram em diversas falas, um entrevistado relatou que elas não possuem significado ou aplicação na formulação da política.

Chega a discutir, o primeiro regimento é de 94... Então, existem reuniões freqüentes, existe o conselho de saúde formado, de maneira paritária, com participação dos usuários, dos gestores, dos prestadores. (...) Então existe uma participação, mas nem sempre a sociedade responde. Existe até audiência pública na Câmara, mas a freqüência infelizmente é pequena. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Essas reuniões que existem nos bairros, nas quais a população comparece junto à administração... São feitos pedidos, pedidos próprios, não são pedidos coletivos, ou algum programa, são pedidos individuais... Não resolve nada em termos de política... Ou, às vezes, um pedido de um PAMO, sendo que já tem algum a 500 metros e ele não quer andar muito... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Como reforço a respeito da realização das Conferências Municipais de Saúde e suas deliberações, outro entrevistado relatou que, apesar da realização delas estar prevista para cada 4 anos, desde 1991, o município realizou apenas três conferências de saúde e nenhuma de saúde bucal.

...Está escrito na lei, mas esqueceram. Então, ninguém faz mais porque esqueceram. Mas está escrito na lei que tem que fazer... De quatro em quatro anos. Significa a cada gestão tem que fazer uma conferência municipal de saúde. Ela é realizada mais para o fim porque ela vai orientar a política seguinte... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

A 2ª Conferência Municipal de Saúde de Taubaté foi realizada no dia 20 de dezembro de 1995. O tema central foi “Saúde pública e a fixação de suas diretrizes”, com sete subtemas sendo um deles sobre saúde bucal que tratava da prevenção em ações coletivas na rede escolar.

De acordo com seu relatório final, houve a proposta de ampliação do atendimento odontológico através dos métodos coletivos, considerando as creches e escolas como locais prioritários para o desenvolvimento dessas ações, sem esquecimento das outras faixas etárias e incluindo a fase gestacional. Também foi defendida a ampliação e a racionalização da capacidade de atendimento odontológico, a ser conseguida através da incorporação de ACD e THD na equipe odontológica.

A conferência deliberou por uma maior integração com a UNITAU, principalmente com o Departamento de Odontologia, para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos periódicos que possibilitassem um melhor planejamento das ações oferecidas à população.

Quanto ao tema referente à saúde do idoso, foi proposta a formação de uma equipe multidisciplinar que incluísse o cirurgião-dentista*.

* 2ª Conferência Municipal de Saúde – 1995 / Saúde Pública. Fixação de suas diretrizes. Relatório Final. Conselho Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. Prefeitura Municipal de Taubaté.

A pasta de um participante dessa conferência continha algumas anotações sobre a dificuldade encontrada para se formar o grupo que discutiria o tema de saúde bucal. Um entrevistado foi questionado a respeito e apontou que a participação da classe odontológica era sempre relegada ao segundo plano.

É... Porque sempre quando tinha alguma coisa de saúde, era para os médicos... É impressionante... Porque o desenvolvimento da saúde é com o médico, o dentista é outra parte... A boca é um pequeno pedaço do corpo humano, então para cinquenta médicos, um dentista... Está bom! (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Segundo o relatório final da referida conferência, uma das propostas foi intensificar a divulgação dos serviços odontológicos oferecidos, principalmente aqueles referentes ao diagnóstico bucal e à prevenção do câncer bucal.

As ações odontológicas especializadas eram realizadas no prédio anexo ao Hospital Universitário, há quase dez anos, em pequenas instalações, junto com o serviço de pronto-atendimento odontológico. Um entrevistado relatou uma discussão sobre a transformação do PAMO da Chácara Pastorelli na Clínica de Especialidades Odontológicas.

Mas nessa conferência... Foi o problema do câncer bucal e a intensificação desse posto. Não, esse posto foi construído mesmo em decorrência disto. Foi depois dessa conferência. Aí então, foi feito o posto. Ele já estava sendo construído como um posto odontológico central e aí ele foi modificado um pouco, para ser mais especializado... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Isso ocorreu dois anos depois*, quando a Clínica de Especialidades Odontológicas passou a funcionar na Chácara Pastorelli.

O serviço de pronto-atendimento odontológico foi transferido para o novo PS municipal, onde havia duas salas para o atendimento das urgências odontológicas: uma destinada ao atendimento de adultos e a outra para crianças. O novo PS foi inaugurado em 1995 e, depois de pouco tempo de funcionamento, as salas destinadas à odontologia foram ocupadas e o pronto-atendimento odontológico voltou a funcionar junto à Clínica de Especialidades Odontológicas, agora na Chácara Pastorelli.

O projeto do Pronto-Socorro Municipal foi um projeto muito grandioso para a época... Porque antes ele também funcionava dentro do Hospital Universitário, em instalações muito pequenas... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

...existia uma ala para a odontologia! Então tinha uma sala para o pronto-socorro odontológico, com três cadeiras odontológicas e uma sala menor para “odonto infantil” (atendimento de crianças)... Mas foi abrir o pronto-socorro... Como ele foi pouco dimensionado... Quando abriu, viram que precisavam de muito mais salas, de muito mais coisas... Então, foram tirando a odontologia... A “odonto infantil” passou a ficar junto com a adulta, e depois tiraram a adulta... E nós saímos do pronto-socorro municipal e fomos ficar junto com a (clínica de) especialidade odontológica... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

A princípio aconteceu o correto... O pronto-socorro odontológico trabalhava junto com o pronto-socorro municipal, o que é melhor em função da retaguarda... Porque aparecem casos que precisam de uma retaguarda médica, hospitalar... Não são os mais freqüentes, mas existem... (...) Mas aí se dividiu o serviço, a equipe dos (cirurgiões) buco-maxilos ficou atendendo à longa distância e o atendimento clínico ficou

*Relatório de Supervisão, sobre visita à obra da futura clínica de especialidades odontológicas, feito por Ana Paula L. Guidi Damasceno, em 26 de março de 1997.

sendo feito na (clínica de) especialidade odontológica... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

... E acho que faz um serviço de grande valia para a população. Porque só o atendimento agendado no posto... A gente precisa ter mesmo uma retaguarda de urgência, até a gente conseguir um acesso de 100% da população, você precisa oferecer tratamento e precisa oferecer um serviço de emergência... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Além do atendimento clínico das urgências, o PS possuía o plantão de cirurgia buco-maxilofacial para o atendimento dos traumas da face ou de pacientes politraumatizados.

A implantação desse atendimento encontrou dificuldades causadas pelo relacionamento das categorias profissionais médica e odontológica.

Então, o atendimento (de cirurgiões) buco-maxilo é uma coisa que o pronto-socorro sempre teve. E aí, entra em jogo uma confusão porque o médico, ele costuma entender que o pronto-socorro é um lugar dele. E quando vai o dentista lá para fazer uma cirurgia ou qualquer coisa, ele reclama e cria problemas. Então, até esse apaziguamento profissional tem que ser cuidado. Neste ponto é mais a rebeldia do médico do que a do dentista. (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Para um dos entrevistados, esse “problema” pode ser resolvido com a substituição do cirurgião-dentista, pois existe uma oferta grande desses profissionais no mercado de trabalho.

O dentista não... Com o dentista a gente se adapta melhor. E tem mais no mercado. Se o dentista não serve, a gente tira e põe outro. E o médico a gente não tem no mercado. (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

4.4 3º PERÍODO: A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Esse período inicia com a posse do prefeito Antonio Mário Ortiz. No Departamento de Saúde, a Srª Maria Emília Nogueira de Sá continuou como diretora e a Draª Ana Paula Lima Guidi Damasceno como Chefe da Divisão de Saúde Bucal.

Foi um tempo marcado pela primeira implantação do PSF no município, pelo desenvolvimento de um programa de capacitação profissional e pela implantação de um novo sistema de trabalho em odontologia, que consistiu no Projeto Piloto Alto de São Pedro*. Nesse projeto, o sistema de trabalho baseava-se na atuação de uma equipe multiprofissional composta por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental — THD —. Durou aproximadamente 4 anos: foi desativado em 2001, de acordo com as fontes orais e escritas, porque não atingiu os objetivos esperados**.

Alguns entrevistados apontaram as possíveis razões para o seu insucesso: a relação entre o CD e o THD na divisão do trabalho e a falta de empenho de todos os profissionais, fatores que podem ter colaborado para que a população não acreditasse no projeto. Assim, os resultados não foram tão convincentes e poucos anos depois o

* De acordo com o documento Projetos da DSB em 1997, o Projeto Piloto Alto São Pedro foi implantado em 1997.

** Doc. Projetos da DSB para 2001 informa a desativação do projeto, assinado por Daniel de A. M. Bueno.

projeto foi desativado sem ter contribuído para o convencimento do Poder Executivo quanto à importância do trabalho auxiliar e de outro sistema de trabalho.

Tinha duas THD, duas ACD e o dentista. Esse projeto a gente colocou no PAMO São Pedro porque era o PAMO mais populoso. Na época, achamos que lá ia fluir bem... A gente instalou uma sala com três equipamentos para trabalhar um conjunto. Funcionava bem... Mas eu ainda acho que aquilo lá não dava o resultado que podia dar, mas não pela intenção do projeto... Acho que as pessoas não vestiram a camisa. (...) Poderia ter andado muito mais, mas o prefeito não deu muita atenção a isso, ele achou que não teve muito resultado... Porque realmente não foi uma coisa esplêndida, que chamasse tanta atenção para que ele pudesse colocar em outros lugares e... O problema maior era que estava envolvido THD, ACD e o negócio dele era dentista... E ele queria ver resultados imediatos... (...) Quando eu saí ainda tinha... Estava meio esquecido, meio desandado... Mas ficou uns três anos pelo menos... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Houve dificuldades de se criar o auxiliar de consultório dentário... Mas foi criado o cargo... Depois que conseguiu essa batalha de criar o cargo, de resolver a insalubridade, houve a dificuldade do profissional dentista aceitar o profissional auxiliar... Isso em relação à ACD e muito visivelmente em relação à THD... Nós até fizemos uma experiência em uma das Unidades com THD, eu considero que o resultado não foi positivo... A população não aceitava o THD e o profissional também não “cacifava” o THD... De modo que entendia que o profissional adequado para tratar do dente é o dentista e não a THD, mesmo nos procedimentos reversíveis... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Nesse período, a respeito do acesso da população aos serviços, foi relatado que a diminuição da renda da população poderia ser responsável pela demanda reprimida, assim como, apesar de o município oferecer assistência odontológica há alguns anos, as necessidades da população que frequentava os PAMO não haviam diminuído. O entendimento de que o modelo de atenção seguido não foi capaz de

promover os resultados necessários, nem a ampliação da cobertura desejada, talvez não seja claro, mas já começa a ser observado.

Em termos de quantidade nós vamos sempre estar aquém do necessário. Não há como em nenhum serviço público, já que a demanda tem um progressão constante... E isso, às vezes, deixava a gente assustada... Uma pergunta que a gente fazia... Quinze anos de saúde bucal! Já não era para ter uma diminuição na procura, um aumento na prevenção, um aumento só no acompanhamento? Mas é uma coisa que não acontece... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Outro ponto importante também se refere à ampliação da atenção básica, com a implantação do Programa de Saúde da Família — PSF —, no município, em 1998. Foram implantadas 19 equipes, sem a equipe de saúde bucal. Porém, foram observados vários momentos de aproximação entre a equipe de saúde bucal convencional, alocada nos PAMO, e os núcleos de PSF.

Embora a saúde bucal não fosse contemplada no PSF... Mesmo assim nós trabalhamos efetivamente na formação dos agentes comunitários... Para que eles tivessem noções básicas de prevenção e pudessem atuar também nessa área... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

A gente tinha uma assessora para a implantação do PSF, ela era de Assis, já tinha uma experiência maior. Como tinha uma dentista na direção do Departamento de Saúde, a idéia de entrar nessa parte educativa e preventiva, ainda que sem entrar na curativa, foi muito bem recebida por ambas e apoiada. (...) Eu lembro que a primeira ação foi, exatamente, tratar dos agentes comunitários, que iriam levar toda informação. Alguns deles com problemas básicos, como cárie, outros já com problemas mais avançados... Atender os agentes comunitários para que eles pudessem falar “com conhecimento de causa” da importância da saúde bucal... Foi um processo interessante! (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Nesse período, não foi vista como problema a ausência do incentivo financeiro para a equipe de saúde bucal — ESB — do PSF. Esse incentivo foi conseguido somente através da Portaria nº 1.444/2000 do Ministério da Saúde, publicada em dezembro de 2000. Isso por que o município ainda não era habilitado na gestão plena da atenção básica pela NOB 01/96 e, portanto, não recebia nem o incentivo referente à equipe mínima do PSF. Por outro lado, o regime de trabalho do cirurgião-dentista foi apontado como dificuldade maior para a implantação dos trabalhos.

(...) porque o regime de trabalho que o dentista possui, praticamente em todas as prefeituras, de 4 horas, é um problema na hora que você faz a implantação do Programa de Saúde da Família... (...) Acho que 4 horas não cria vínculo, é pouco tempo... Você tem que estar oito horas na Unidade para você conhecer sua demanda, conhecer sua área de abrangência... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Antes do final da gestão 1997/2000, o município foi habilitado na gestão plena da atenção básica e tornou-se apto a receber os incentivos do governo federal.

A diretora do Departamento, que na época era a Dr^a Ana Emília, e o prefeito era o Antônio Mário, buscaram o aperfeiçoamento do serviço de saúde de Taubaté, com a adesão do município à gestão plena de atenção básica... Porque até então, o município realizava os procedimentos e recebia do SUS... (...) Mas ainda não tinha formalizado junto à Secretaria Estadual, a sua intenção, o seu interesse e a sua responsabilidade na atenção básica... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

(...) Eu sei que em alguns momentos houve esse interesse, uma vontade, mas o Poder Executivo achou melhor, até porque Taubaté era uma

cidade-referência para as cidades vizinhas... Achou melhor a condução desses municípios primeiro e foi caminhando com seus serviços, melhorando o seu atendimento, e depois apresentou o seu plano de gestão... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Quanto ao meio de contratação, de acordo com os relatos dos entrevistados, a maioria entrou no serviço público por meio de concurso ou de processo seletivo. Mas também aconteceram contratações de servidores temporários, pelo período de noventa dias, com possibilidade de renovação do contrato. Apenas nesse período muitos profissionais foram contratados por sistema de cooperativas.

Na época do Antonio Mário, ele começou uma parceria com cooperativas da cidade para contratar pessoal de limpeza, e começou a fazer contratação de dentista, de médico. Como se fosse assim... As pessoas se organizavam nos bairros, montavam aquela cooperativa e você contratava a cooperativa. E a cooperativa contratava os profissionais... (...) Eu acho que foi uma tentativa do Executivo na época, para achar uma alternativa para o concurso público. Eu não sei te falar o motivo porque nesta época, eu não estava vinculada diretamente, tinha um outro diretor de saúde e a gente levava as demandas, e haviam as contratações... Parece que isso teve uma complicação depois... (...) (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Os profissionais que foram contratados... Eu não tenho a noção de que critérios o pessoal adotou para contratar este ou aquele profissional, visto que a gente sabe que o número de currículos em cima das mesas é enorme... É uma interrogação que eu tenho... Não sei como feito... Na época que eu trabalhei na administração, nenhum profissional foi contratado sem concurso, nenhum profissional... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Em 1998, a Dr^a Ana Paula deixou a chefia da Divisão de Saúde Bucal e a Dr^a Ana Emília Gaspar assumiu o cargo. A função de supervisão passou a ter um caráter cumulativo, não tendo sido nomeado um funcionário que se dedicasse

exclusivamente a essa atividade. Vários entrevistados se referiram à diminuição da equipe administrativa e consideraram suas implicações como a falta de orientação e, principalmente, em relação às ações coletivas.

Foi logo com a saída da Dr^a. Ana Paula, ficou a Dr^a. Ana Emília como chefe de Divisão... Não foi mais deliberado ninguém. Nessa época, como eu fazia unidade volante, a diretora de departamento me liberou para trabalhar com a Dr^a. Ana Emília algumas horas do meu período... (...) Depois eu fiquei (como chefe)... Aí o Dr. Daniel veio... Eu acho que no começo ele teve ajuda sim, do Dr. Gobbo e de mais alguém... Dr. Flávio Claro... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Acho que houve um aumento grande no número de profissionais, de cirurgiões-dentistas (...)... E deveria ter crescido também a área administrativa, não no sentido de que precisem ser supervisionados, vigiados... E sim no sentido de orientação. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Também nesse período foi desenvolvido o Projeto de Qualidade Total, em vários departamentos da prefeitura. Em relação à educação permanente, esse projeto foi o mais significativo: o que atingiu um maior número de profissionais e teve a maior duração.

O principal objetivo era obter a certificação ISO 9002 para o pronto-socorro, mas a prefeitura também desejava a certificação como um todo e para isso buscou transmitir os princípios da qualidade total a todos os seus funcionários, almejando com isso melhorar o atendimento da população através de uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

A administração com qualidade total — QT —, nos moldes propostos, envolvia a satisfação total dos clientes, a eliminação de falhas, o envolvimento de todos, o conhecimento pleno do processo e a melhoria contínua*.

O objetivo básico era melhorar o atendimento da população. Fazer com que os funcionários tivessem o olhar e fizessem o acolhimento da população. O trabalho começou nas unidades e foi feito um trabalho muito intenso no pronto-socorro... (...) Mas é um trabalho que tem que ser continuado. Na saúde, é muito ruim quando você paralisa um trabalho, volta para trás e depois começa de novo. Porque você só perde, a gente não tem ganho. Eu acho que cada secretário, cada prefeito, cada um que trabalha escreve um pedacinho da história. Então, você tem que aproveitar o que está dando certo, e infelizmente esse trabalho parou... Eu acho que foi produtivo na época, teve uma melhora no atendimento... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

O documento Treinamento de Qualidade Total nos Postos de Atendimento Médico e Odontológico trata do início do treinamento de 16 funcionários do Departamento de Saúde os quais perceberam que era necessário levar a filosofia da qualidade total a todos os outros funcionários da saúde. Para isso foram formados agentes multiplicadores nos seus próprios locais de trabalho, dentro da sua jornada diária. A missão da equipe de qualidade total — EQT — era “satisfazer as necessidades de saúde do ser humano por meio de ações conjuntas das áreas educacional, social, psicológica, médica e odontológica”.

O documento expõe também que “em nenhuma época dentro do Serviço Público Municipal a experiência de *ouvir* (grifo no original) o funcionário foi colocada em prática”. Todos os problemas relatados eram anotados para serem

* Documento Treinamento de Qualidade Total nos Postos de Atendimento Médico e Odontológico, Departamento de Saúde, Prefeitura Municipal de Taubaté.

analisados pela equipe da EQT/SAÚDE posteriormente. A princípio houve a resistência de alguns profissionais em participar das atividades propostas. Porém a maior resistência foi das chefias em aceitar o novo perfil de gerência adequado aos princípios da Qualidade Total. Ainda assim a implantação seguiu por determinação do prefeito e depois esse problema foi superado*.

Esse treinamento com os funcionários da sede do departamento e dos PAMO ocorreu no ano 2000. Devido ao grande número de funcionários, ele foi dividido em duas etapas. A primeira foi realizada, mas a segunda etapa não aconteceu, pois coincidiu com o início da campanha eleitoral e houve receio de que surgissem reclamações a respeito da interrupção do atendimento à população durante o treinamento embora ninguém tivesse o conhecimento de alguma reclamação na etapa anterior.

E era difícil fazer as pessoas entender, que ao tirar um profissional do atendimento, por uma hora a cada 15 dias, não comprometeria a qualidade do serviço, que essa hora era para aumentar a qualidade de serviço. Era uma vontade do prefeito e nós fizemos por 6 meses, e nunca tivemos uma reclamação, mas isso não bastou para convencer... As pessoas que estavam na organização da campanha (eleitoral), não queriam mudar nada que pudesse trazer alguma dificuldade. Então, optou-se entre bater de frente, ficar criando desarmonia no momento que não era propício e até queimar, determinadas relações que deveriam ser de parceria... Suspendeu-se, mas a primeira etapa foi concluída... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

* Documento Treinamento de Qualidade Total nos Postos de Atendimento Médico e Odontológico, Departamento de Saúde, Prefeitura Municipal de Taubaté.

A quantidade insuficiente de pessoal auxiliar ACD e THD continuou sendo uma dificuldade e contribuiu para que não ocorresse um aumento da cobertura das ações coletivas dirigidas aos escolares*.

Para estimular a prevenção e o auto-cuidado em saúde bucal na população em geral, o município realizou muitas campanhas educativas através da Divisão de Saúde Bucal em parceria com a UNITAU e com o Taubaté Shopping Center. Em 1995, no município, a vereadora Maria Mércia Agostinho Marcondes elaborou a Lei nº 2892, que instituiu a Semana da Saúde, a fim de incentivar o desenvolvimento de várias ações, inclusive de higiene pessoal e de saúde bucal.

A realização das atividades coletivas deve envolver outros profissionais da saúde e de outros departamentos através de ações interdisciplinares e intersetoriais, especialmente com o Departamento de Educação e o Departamento de Ação Social. Essa integração também encontrou algumas resistências.

Por outro lado, existem profissionais que compreendem a necessidade de uma prática de saúde coletiva em que cada um se apodere de uma parte do saber do outro e ao mesmo tempo permita que a própria prática também seja apreendida.

Na época, eu trabalhei bem afinada com elas, não tive problema... Agora, isso não reflete a realidade geral... Sei de grandes problemas de afinação entre o serviço social das diferentes prefeituras e até mesmo aqui, em Taubaté. Eu, pessoalmente, procurei me aproximar delas... Eu acho que o segredo é esse: é a aproximação! À medida que você se aproxima você vai se afinando, porque as diferenças não são defeitos propriamente ditos... São pontos de vista... E a verdade não cabe só a um lado, ela aparece realmente, quando as diferenças se aproximam... E a gente consegue ver sob um único ângulo, o melhor ângulo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

* Doc. Projetos da DSB, relata a proposta de ampliação dos PC, para atingir 30 mil escolares.

Olha, até com essa equipe que era bem maior do que a de hoje, nós já sentíamos dificuldade e pedíamos socorro ao Serviço Social, às assistentes sociais, ao pessoal da enfermagem, procurávamos assim, nos integrar ao máximo... Aí, o atendimento anda bem, porque nós tratamos de um indivíduo, não tratamos de uma boca... Nós tratamos de indivíduos que possuem bocas, ou seja, a equipe precisa ser multidisciplinar, bem integrada e ter um maior número de profissionais... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Para alguns entrevistados, existia um relacionamento cordial entre esses departamentos, o que proporcionava um somatório de esforços, como mostra o trecho da entrevista abaixo:

...tinha muito apoio dos diretores das escolas, havia entre o Departamento de Saúde e o Departamento de Educação, uma troca muito legal de forças, de ajuda, de parceria mesmo. Então, a grande dificuldade eram os pedidos que a gente não podia atender, porque muita gente queria o serviço... Mas você tem um RH limitado... Para você fazer uma coisa, como deve ser, você tem um limite de atendimentos... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Outro, porém, aponta essa interação entre departamentos e o próprio deslocamento do dentista para dentro da escola como obstáculos encontrados.

...fazer essa interlocução com a Educação, o dentista ir para dentro da escola... Foram obstáculos que a gente encontrou no começo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Quanto às ações odontológicas especializadas, mantinha-se o atendimento em periodontia, em endodontia, em cirurgia oral menor, em diagnóstico bucal e em atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais. As especialidades de

prótese e de ortodontia chegaram a ser implantadas em períodos anteriores, porém não se mantiveram por muito tempo*.

Ainda nesse período um vereador elaborou dois projetos de lei (Lei nº 3.438, de 27 de setembro de 2000 e Lei nº 3.440, de 05 de outubro de 2000) aprovados pela Câmara Municipal e que previam a confecção de próteses para idosos.

Algumas dificuldades foram encontradas para que se implantasse esse atendimento. A primeira e mais elementar dizia respeito aos recursos necessários. Todo serviço para ser implantado gera custos.

Então as especialidades, no início, funcionavam em um prédio com bastante problema físico, limitação de RH, que também funcionava no horário de posto de saúde... O prefeito, na época, pediu ao Departamento de Saúde que se avaliasse a implantação do serviço de prótese. Ele tinha uma vontade e tinha um projeto aprovado pela Câmara, um projeto de lei que pedia a instalação deste serviço. Mas, foi deixado bem claro que não teria verba extra... (...) Foi feito um levantamento, chegou-se a um valor "x" e foi mandado para o gabinete... O parecer final foi sobre a dificuldade de encaixar mais verba na programação daquele ano. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Também foi relatada a necessidade de preparação do paciente para receber a prótese e depois o acompanhamento e a adaptação correta da prótese. Essa parte técnica deve ser compreendida até mesmo para se prever o número de consultas necessárias ao atendimento de cada paciente, pois isso traz implicações diretas no atendimento da demanda reprimida.

* Doc. Relatório de Situação em 14 de março de 1997, feito por Ana Paula L. G. Damasceno em resposta à solicitação do prefeito Antonio Mário. Informa que o serviço de ortodontia foi implantado, pela primeira vez, em 1988, quando funcionou por 1 ou 2 meses apenas, pois foi considerado "caro", além de contar com grande demanda reprimida e não possuir "suporte" adequado.

Prótese não é como o pessoal pensa por aí... Você imagina alguém que faz um projeto, que diz para você "De hoje em diante você tem que dar uma prótese"... Ele não imagina que muitas vezes você tem que preparar aquele paciente para uma prótese... Não é bem assim, você tem que fazer um trabalho, adequar a boca deste paciente, fazer um bom trabalho e acompanhar depois... (...) Um serviço que não se preocupa com isso não é um serviço de qualidade, eu acho que para você criar um serviço sem qualidade, é melhor não criar... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Outro aspecto considerado foi tipo de prótese a ser confeccionada.

Quando eu entrei na prefeitura já existia o trabalho de prótese... Tinha o protético, ele era contratado, era um funcionário da prefeitura e trabalhava ali... Mas quando eu entrei na administração não existia mais, e depois durante todo o tempo que eu fiquei, como sou professora de Prótese na universidade, eu sempre batalhei por isso. Mas prótese é muito complicado... Eu não admito a prótese popular... (...) Eu não sou a favor disso. Eu acho que elas deterioram a boca do paciente, são próteses provisórias, em determinados casos são necessários... Mas como elas são mais baratas, estão sendo feitas... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Sobre os recursos financeiros municipais, a dificuldade relatada foi em relação à sua centralização no gabinete do prefeito. A quantidade dos mesmos até foi citada, porém não foi tida como o ponto mais importante.

No período que diz respeito à minha participação, quanto aos recursos, sempre que a gente solicitava, eram atendidos, vinham a contento. Lógico que a necessidade sempre é maior... (...) Mas, de tudo que era discutido e formalizado... A nível municipal, era atendido sempre... Com algumas dificuldades de você estar justificando questões técnicas junto ao Poder Executivo, formalizando a necessidade, justificando e provando que aqueles procedimentos eram necessários... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Essa centralização colaborou para que as licitações também se realizassem de forma centralizada, sob a responsabilidade do Setor de Compras.

(...) quem fazia a aprovação não era técnico da área. Você mandava lá para o (Setor de) Compras... Não que ele não tivesse boa vontade, mas ele não era a pessoa adequada para priorizar essas coisas. Você pedia escova dental para fazer prevenção com as crianças, você tinha 5 mil crianças escritas. (...) Era uma luta para aprovar as 5 mil escovas, para mostrar que você necessitava daquele material... Tinha que explicar muito, tinha que mostrar a inscrição das 5 mil crianças... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

4.5 4º PERÍODO: A AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES ESPECIALIZADAS E NOVA IMPLANTAÇÃO DO PSF

Esse período inicia com a terceira gestão do prefeito José Bernardo Ortiz, que nomeou novamente como diretor do Departamento de Saúde o médico José Paulo Pereira e para a Chefia de Divisão de Saúde Bucal o Dr. Daniel de Abreu Matias Bueno.

Uma das primeiras ações foi interromper a implantação do PSF, desfazendo todas as equipes. O município de Taubaté possuía uma rede com várias unidades de saúde em funcionamento, o que pode ter dificultado a aceitação do PSF, pois, para alguns entrevistados, o programa era visto como uma alternativa para locais que não possuísem serviços de saúde ou que tivessem uma rede mínima. Não era visto como uma estratégia de reorganização da atenção básica, como facilitador da mudança do modelo de atenção à saúde. Também houve resistência em aceitar o

trabalho dos agentes comunitários de saúde — ACS — como profissionais de saúde, já que eles não tinham um curso de formação específica nessa área.

... Dentro da área urbana, da cidade, você tem a um quilômetro de distância, um posto perto da sua casa. Então, isso é saúde da família. (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

... Agentes de saúde, isso ele põe lá no interior do Maranhão, do Piauí, isso lá talvez sirva. Aqui não é isso que nós queremos. Nós queremos que saúde seja feita por quem tem formação de saúde... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Mesmo sem o PSF, a assistência odontológica continuou se expandindo, tanto na atenção básica, como na atenção secundária. Neste último aspecto, com o início desse período, buscou-se a ampliação do atendimento em todas as especialidades e a implantação das especialidades de prótese e ortodontia, além do atendimento odontológico hospitalar.

A especialidade responsável pelo atendimento de pacientes portadores de necessidades especiais recebeu uma verba destinada ao tratamento dos pacientes portadores de HIV/AIDS, a qual foi utilizada na compra de aparelhos e materiais para o consultório odontológico onde é realizado o atendimento desses pacientes, tornando-o exclusivo para esse fim.

A gente procurou aumentar as especialidades de periodontia e de endodontia que eram, na época, as de maiores necessidades e com demanda reprimida maior. Eu nunca tive problema com a especialidade, que já existia e permanece até hoje, de diagnóstico bucal... Basicamente, cirurgia e diagnóstico bucal, a gente via que não tinha necessidade (de ampliação)... Verificamos que a especialidade de atendimento aos pacientes soropositivos, pacientes especiais, até fisicamente, estava muito fraca. Primeiro, porque tinha pouco horário de atendimento... (...)

E fisicamente ela dividia a mesma cadeira com a especialidade de cirurgia buco-maxilo... Então, a primeira coisa que a gente fez foi desmembrar isso fisicamente... (...) Criamos ao longo do tempo a especialidade de prótese, que hoje realiza somente prótese em acrílico, próteses totais e próteses parciais removíveis e ortodontia preventiva com aparelho móvel... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Além do atendimento ambulatorial dos pacientes portadores de necessidades especiais, realizado na clínica de especialidades odontológicas e na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais —APAE —, era necessário o atendimento em instalações hospitalares. Esse atendimento encontrou resistência por vários anos e conseguiu ser implantado somente quando o Dr. Ciro Bertoli assumiu a direção do Hospital Universitário.

Para a especialidade de pacientes especiais, nós contávamos com um período de atendimento na clínica de especialidade odontológica e outro na própria APAE. E verificamos o seguinte problema: para alguns pacientes não era possível o atendimento ambulatorial. Ao longo de dois anos, nós procuramos hospitais na região que quisessem estabelecer uma parceria com a gente. A prefeitura forneceria todo o material necessário para essa anestesia geral, tanto o sal anestésico, o que o anestesista precisasse, assim como o profissional dentista e o que fosse necessário para o atendimento odontológico (...) Queríamos apenas que o hospital cedesse o anestesista, que ele realizasse esse procedimento sem custo. Procuramos, obviamente, hospitais como o Universitário, a Santa Casa de Clínicas, hospitais tidos como da população... Não hospital particular. Durante dois anos, tivemos muita reticência da parte médica nisso, sempre pondo os mais absurdos dos obstáculos. A prefeitura, o prefeito, ele sempre nos apoiou no que fosse necessário para isso. (...) Até que uma boa alma, um dia, assumiu o Hospital Universitário de Taubaté, Dr. Ciro Bertoli e falou: “Vamos fazer!” (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Em 2001, foi criada a Casa da Mãe Taubateana, cuja missão era oferecer tratamento multiprofissional para a gestante e bebê de alto risco, incluindo o atendimento odontológico.

Foram feitos cursos em Londrina, com o precursor do desenvolvimento dessa área... Chegou-se a colocar e acho que ainda funciona na Mãe Taubateana... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

A princípio esse atendimento de criança de 0 a 5 anos não era muito para prevenção, era para o atendimento curativo... A parte preventiva começou agora com a Casa da Mãe Taubateana... Começou a se fazer um trabalho preventivo com as gestantes... Realmente é um tratamento que é multidisciplinar, precisa das outras áreas junto, mas a princípio foi colocado como atendimento curativo. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)*

Quanto à especialidade de prótese, antes da sua implantação na clínica de especialidades odontológicas, os casos protéticos eram encaminhados para a clínica odontológica da UNITAU**. Nos últimos quatro anos, porém, isso não tem sido feito porque o número de alunos no primeiro ano do curso de Odontologia caiu de 80 para 30 estudantes***. Essa especialidade requer não apenas o consultório odontológico, como também um laboratório e outros profissionais, além do técnico em prótese dentária e seu auxiliar para a realização das peças protéticas. Segundo um dos

* Se refere ao Projeto de Atenção Odontológica à gestante, aos bebês e à criança até 5 anos; um dos projetos da DSB em 1997.

** Memorando dirigido a todos os dentistas, onde a Dra. Rosa Maria Rabelo Tobias solicita o encaminhamento para a UNITAU dos casos protéticos não atendidos pela PMT, em 10 de junho de 1994.

*** Informação dada por um entrevistado. A mesma não foi gravada mas teve sua reprodução autorizada.

entrevistados, houve a elaboração de um projeto a ser realizado junto à universidade, mas que não foi implantado.

Eu tentei montar um projeto junto com a universidade para ser feito através de alunos e a prefeitura daria o material... Eu nem sei por que, mas não deu certo... Falaram "Ah não! Mas a gente vai dar o material, vai ficar muito caro"... Mas alguma coisa a prefeitura tinha que dar, o serviço seria oferecido por ela... Nós já estávamos dando a mão-de-obra, que é uma coisa cara também... Não deu certo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Eu acho que poderia ter sido mais trabalhada a questão junto a universidade... Não sei se a falha é nossa, de quem estava no poder, de quem tinha a possibilidade de exercer essa integração... Mas faltou muito, e eu acho que até hoje falta essa integração entre o serviço odontológico municipal e a universidade... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

A falta de uma integração maior entre a prefeitura e a Universidade de Taubaté surgiu em vários relatos e seu fortalecimento foi considerado necessário, tanto para a complementação dos serviços não oferecidos pela prefeitura, como na capacitação profissional e no desenvolvimento das atividades coletivas. Nesse período, apenas foi mantida a realização anual da Campanha de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, com a parceria entre as duas instituições.

Ainda dentro do último período considerado, em 2005 iniciou a gestão do Prefeito Roberto Pereira Peixoto. O Diretor do Departamento de Saúde era o Dr. Pedro Henrique Silveira e o Chefe da Gerência de Saúde Bucal, o Dr. Daniel de Abreu Matias Bueno. O PSF foi implantado novamente no município e contava com oito equipes de saúde da família — ESF — e também com oito equipes de saúde bucal — ESB — modalidade I. Essas equipes eram formadas de acordo com as

recomendações do Ministério da Saúde. As ESF eram compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. As ESB da modalidade I são formadas por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário.

Desde o início, essa segunda parte do PSF em Taubaté teve dentistas... Desde o início, inclusive os primeiros núcleos foram no Jardim Tereza e na Esplanada Santa Terezinha... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Alguns entrevistados consideraram essa implantação importante na mudança de modelo, pois permitiu uma atuação profissional condizente com o conceito ampliado de saúde e possibilitou à equipe de saúde bucal muito mais que a prática conjunta de ações preventivas e assistenciais, mas o entendimento da realidade e a busca por soluções que se encontravam fora do setor saúde.

(...) O modelo da atenção básica deve se dirigir para o PSF, sempre com a inclusão da saúde bucal na equipe. É muito importante... A carência, a necessidade é grande. Existe muito trabalho para o dentista nessa área e dá outro enfoque. Ele sai um pouco do consultório e vai conhecer mais aquele paciente, a causa de todo problema dele... A vida dele está refletida na saúde bucal, que reflete na saúde geral... Está tudo envolvido... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

...Eu acho que é o sonho de todo dentista que tem perfil para trabalhar em Saúde Pública, aliar o preventivo com o curativo e o PSF propicia isso... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Para outros, as ações desenvolvidas pelo PSF são basicamente preventivas, sem a resolutividade necessária às demandas assistenciais da população, inclusive

remetendo ao programa a incapacidade de atendimento de toda a população adstrita. Entre os obstáculos locais encontrados, foi citada a criação de uma coordenação específica para o programa. Tal coordenação não tinha uma boa integração com a Divisão Odontológica a qual por sua vez acabou não participando de algumas decisões.

Foi mudado só o modelo de atendimento, que é um modelo que prega o PSF, um atendimento mais personalizado, das visitas domiciliares, dos ACS, da ACD, do dentista no começo... Que agora está caminhando bem... Embora eu ache que para uma cidade do porte de Taubaté, o PSF é para algumas localidades... Não para 100%... Porque nós ainda vivemos numa realidade que o atendimento clínico é necessário. Não dá para fazer prevenção e esperar a turma morrer! O PSF atua muito na prevenção e tira o dentista muita vezes do atendimento clínico. Então, eu acho que tem que ser sempre estudado, com critério de saúde a implantação... A transformação, do atendimento atual, para o atendimento de PSF. Porque eu vi que depois de implantado, tiveram reticências. E inclusive incapacidade de atendimento. Até que hoje em dia é feito isso, no começo não foi porque se deu muita importância a verba, que não foi aplicada de uma maneira correta. Eu acho que poderia ter sido trocado alguns equipamentos, já que era uma verba específica para isso. Mas, infelizmente, a saúde bucal não tomou parte na época. Foi criada uma gerência específica de PSF. Hoje, não é mais assim... Tem a gerência de PSF, mas a saúde bucal do PSF está tecnicamente ligada à saúde bucal do Departamento de Saúde. Hoje, isso é melhor debatido... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

A falta de interação entre a coordenação do PSF e a Gerência de Área Odontológica fez com que a verba para a implantação da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, que é específica e tem o objetivo de custear parte da compra do consultório e dos materiais, tivesse outra destinação.

(...) Aqui não se implantou saúde bucal no PSF, porque já existia em todos os locais... Transformou-se em PSF, já existia posto, cadeira,

dentista, então... Foi usada, sem nenhuma consulta ao departamento de odontologia, porque já se sabia que existia... E então, foi comprado um carro para levar a turma, não foi usada na saúde bucal... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Ainda no que se refere à atenção básica e à ampliação do acesso às ações de saúde bucal, no último período considerado pela pesquisa, as unidades odontológicas móveis ainda eram utilizadas para oferecer assistência às crianças de escolas e creches mais afastadas ou a comunidades que ainda não possuísem PAMO e também eram empregadas em eventos e campanhas de saúde pública.

Eu sou suspeita para falar porque eu trabalhei por sete anos em unidade volante, uma experiência muito grande, gratificante... Porque você tem contato com pessoas que estão muito longe dessa nossa ilusão de tudo fácil... Quando você vai para mais longe, embora “mais longe” possa ser só 20 quilômetros, você tem uma mudança muito grande no perfil das pessoas, achava importante que a unidade fosse... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

As ações coletivas continuavam sendo realizadas e, em 2005, o indicador de cobertura dos procedimentos coletivos na população de 0 a 14 anos foi de 31,84%, mas a dificuldade de ampliação persistia principalmente pela dificuldade de contratação de ACD, pois a utilização do CD para essas atividades não é considerada ideal.

O médico vai receitar. Porque é caro o salário do médico. Não podemos pegar o médico e sair por aí fazendo oba, oba com ele. Como não pode fazer com um dentista que é um profissional. (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Em 2005, de acordo com o documento Proposta para a Implantação do CEO, as ações odontológicas da atenção básica eram realizadas em 8 núcleos do Programa Saúde da Família, 55 PAMO, sendo 33 na zona urbana e 12 na zona rural. Tais ações ainda eram desenvolvidas em 15 escolas e creches. Ao todo, essas ações mobilizavam 95 cirurgiões-dentistas.

Apesar disso, o acesso da população à assistência odontológica programática foi de 20%, no mesmo ano considerado. Para ampliar tal acesso, um dos entrevistados relatou que além da ampliação da estrutura física da rede havia a necessidade de uma filosofia preventiva.

O acesso da população... Como até hoje, os indicadores apontam é muito baixo. Você coloca o dentista na rede, na comunidade, e a gente observa que a população que procura, a população que é atendida, são sempre as mesmas pessoas que fazem a primeira consulta, voltam para o retorno e, a gente tem uma dificuldade de acesso. Então, o quê que a gente tentou na época? Primeiro foi ampliar a rede básica... Colocando dentistas nos bairros, aumentando o número de dentistas, você aumenta a cobertura na rede básica então, você melhora o acesso. E implantar um programa de prevenção com as crianças, para que elas já tenham uma noção, para que ela já, se conscientize da importância de cuidar dos dentes... É uma ação que também melhora o acesso a médio e longo prazo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

A universalidade do acesso também considerada restrita aos serviços básicos determina a separação das políticas de saúde: uma para a ação pública e outra para a ação privada.

A lei de responsabilidade fiscal do município estabelece um limite de recursos humanos e não é só dentista que a população precisa... (...) Esse limite cabe ao prefeito diagnosticar e determinar em qual área ele pode ser incrementado... (...) A procura pela saúde é sempre maior que a

demanda. (...) A saúde pública na teoria é de um jeito, na prática é de outro. Porque se a gente ofertar muito serviço o que vai ser do particular? ... Então a gente tem que oferecer um serviço de qualidade sim, mas dentro de um limite... Eu acho que a obrigação do serviço público é qualidade de vida, é a gente buscar, cada vez menos cárie, conter focos de infecção, fazer estudos epidemiológicos... Traçar planos para isso... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

O atendimento considerado emergencial continuava sendo realizado no Pronto-Atendimento — PA — Odontológico. Equipado com 5 consultórios, onde atuavam 10 cirurgiões-dentistas, nos dias úteis da semana, das 8 às 21 horas. Para os horários não cobertos pelo funcionamento do PA Odontológico, havia um plantão à distância, no Pronto-Socorro — PS — Municipal. Ainda com a existência desse serviço específico, os PAMO reservavam o primeiro horário de cada período para o atendimento de uma emergência.

A Clínica de Especialidades Odontológicas se concentrava no atendimento odontológico especializado. Funcionava no mesmo prédio do Pronto-Atendimento Odontológico e era constituída por 7 consultórios, onde eram ofertados atendimentos nas especialidades de Periodontia, Endodontia, Diagnóstico Bucal, Cirurgia Oral Menor, Prótese, Ortodontia Preventiva e Atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais, incluindo nesta modalidade o atendimento a pacientes portadores de HIV/AIDS. O atendimento especializado era desenvolvido por 19 cirurgiões-dentistas, num total de 340 horas de trabalho semanais distribuídas em três turnos. São dados da produção dos serviços públicos odontológicos de Taubaté, em 2005: 736.815 procedimentos de atenção básica, 33.715 atendimentos de urgência e emergência e 21.973 procedimentos especializados.

Segundo um dos entrevistados, a demanda reprimida no atendimento odontológico especializado, encontrada nos documentos e relatos, pode ser explicada pela expansão da atenção básica em saúde bucal no município, que resultou em grande número de encaminhamentos à atenção especializada. O tempo de espera aproximado para a especialidade de periodontia e endodontia era de três meses, para cirurgia oral menor e maior, cinco meses e para prótese e ortodontia chegava a dois anos. Para as especialidades de diagnóstico bucal e para pacientes com necessidades especiais não foi constatada a existência de demanda reprimida*.

Um entrevistado relatou a importância das especialidades de endodontia e periodontia para evitar a perda dentária.

Vejo endo e perio, hoje em dia, não como especialidades. É complemento de tratamento de clínica geral. Se não você não tem, só vai tirar dente mesmo e aumentar a demanda de prótese... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

O atendimento realizado pelos especialistas em cirurgia buco-maxilofacial foi implantado, novamente junto ao PS, após 4 anos de tentativas frustradas devido às divergências entre as diferentes coordenações envolvidas.

A diretoria do PS, na época, não deixava o buco-maxilo da rede entrar para avaliar um paciente. (...) Durante quatro anos, eu tive reticências da diretora do pronto-socorro municipal com os argumentos mais esdrúxulos possíveis... (...) Era uma médica que achava que boca não era importante. (...) E eu não consegui vencer essa mulher durante quatro anos. Por mais que eu explicasse para o prefeito a necessidade, por mais que eu estabelecesse um plano para gastar pouco pelo que ia trazer... Ela sempre dizia que não, e o serviço não era aceito... Aí, durante a campanha, do atual prefeito, que era vice-prefeito antigo, a gente

* Dados contidos na Proposta de Implantação do CEO, elaborada em 2006.

trabalhou e trabalhou a cabeça... E no dia 20 de janeiro de 2005, esse serviço começou a funcionar. (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Em relação às próteses dentárias que, nesse ano, eram confeccionadas através de serviços terceirizados, o número de pacientes atendidos era pequeno e o tempo de espera de aproximadamente dois anos. A demanda pela especialidade de prótese era explicada pelo valor alto do CPO-D na faixa etária de 50 até 70 anos, com predomínio do componente “extraído” e pelo percentual de idosos (10%) com alterações em tecidos moles, muitas delas causadas por problemas com as próteses utilizadas*.

Hoje, nós estamos já em fase de aumento de espaço físico da clínica de especialidades, que já foi aumentado de 2001, para comportar mais consultórios e adequar a algumas exigências da vigilância sanitária, através do Programa Brasil Sorridente do Centro de Especialidades Odontológicas do governo federal. Hoje a gente pretende incrementar, principalmente, as especialidades de prótese e ortodontia. (...) Porque tem em torno de mil pacientes esperando para fazer prótese. Isso até é um diagnóstico... O atendimento odontológico no município de Taubaté existe desde 1983. Então, durante vinte anos, só se extraiu o dente... (...) O grande problema da ortodontia que eu notei... É que, hoje em dia, já tenho as minhas dúvidas se é obrigação do serviço público... Eu acho que é obrigação em certos casos, em casos funcionais. Só que é muito difícil explicar isso para políticos. Por quê? Porque tem uma demanda enorme também. Porque na ortodontia se demora dois anos para dar alta. Você põe o tratamento e não tira... (...) A especialidade hoje, é o grande gargalo da odontologia de Taubaté. (...) Foram criados muitos postos e não foi investido da mesma forma na especialidade. Não por falta de pedido dessa chefia, mais até por espaço físico... Chegou uma hora que eu não conseguia nem colocar dentista lá dentro, até que foi bastante incrementado... Aumentou bastante o número de dentista, de oferta, de atendimento... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

* Os dados de 2005 foram retirados dos documentos denominados de Proposta para a Implantação do CEO e Proposta para Implantação do LRPD, ambos elaborados em 2006.

Com o objetivo de incrementar o número de atendimentos especializados em 50% e equacionar a demanda reprimida de todas as especialidades, o Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de Taubaté, embasado no disposto no artigo 2º da Portaria nº. 1069/GM de 04 de julho de 2005, solicitou os incentivos financeiros previstos para a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo III.

Pretendeu-se com isso a ampliação da clínica de especialidades odontológicas, através da compra de 4 novos consultórios, da implantação de um laboratório de prótese dentária para a “municipalização” desse serviço* e da implantação do atendimento especializado em odontopediatria, que nunca esteve presente na referida clínica.

Dentro da clínica de especialidade, eu estranho muito não ter a odontopediatria... Eu acho um erro crasso... (...) Mas vem nos prometendo, agora, com a ampliação do centro de especialidades, inclusive no setor de pronto-socorro odontológico, eu acho que haveria a necessidade de termos um profissional que atendesse especificamente crianças e adolescentes... Não temos até hoje... E essa promessa é antiga! (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

No dia 22 de maio de 2006, o Sr. Luiz Roberto Barradas Barata, presidente da Comissão Intergestores Bipartite — CIB —, assinou a deliberação CIB nº46/2006 que previa a antecipação de recurso financeiro para implantação de CEO tipo III e para implantação do laboratório regional de prótese dentária para o município de Taubaté.

* Doc. Proposta de Implantação de CEO – Tipo III, de 27 de março de 2006, assinada por Dr. Daniel A. Matias Bueno, Chefe da Divisão de Saúde Bucal e pelo Dr. Pedro Henrique Silveira, Diretor do Depto. de Saúde.

A respeito da contratação de recursos humanos, em 2006, o Ministério Público ordenou ao município que apenas contratasse funcionários pelo regime estatutário, que é o regime previsto na prefeitura, e demitisse todos aqueles que foram contratados nos anos anteriores com outro tipo de vínculo.

Essa admissão nesses anos que eu estou aqui já foi feita das formas mais absurdas possíveis. (...) Embora tivesse um concurso previsto, um número de cargos para estatutário, não para “celetista”, o prefeito na época achou por bem contratar todos como “celetista” e só aqueles que residissem na cidade... (...) No início dessa gestão, como a lei também permite, foram contratados. Até porque o processo seletivo já tinha caducado... Outros dentistas como “clt”, servidor temporário, pelo período de 90 dias que permaneceram até o ano de 2006. Quando a pedido da promotoria foi realizado um concurso público, para preenchimento de todos os cargos de dentista, como estatutário, extinguindo o regime de CLT na prefeitura, por motivos que o Ministério Público deve explicar melhor... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Ainda sobre as contratações, foi considerada a importância da força política exercida por quem está à frente da área, de modo a não perder espaço frente às outras solicitações.

A obtenção de uma referência salarial maior para o cargo de especialista na área odontológica foi conseguida no último concurso público municipal, realizado em 2006, praticamente vinte anos depois da implantação da clínica de especialidades odontológicas de Taubaté. Na área médica, os profissionais que ocupavam cargo de especialista sempre possuíram referência salarial mais elevada.

Os cargos dos especialistas foram criados agora, com acesso através do concurso público. Demorou muito para ser criado, já trabalhavam como especialistas e não existia o cargo. Existe um THD (no quadro do funcionalismo municipal), inclusive não existe o cargo... Auxiliares...

existe o cargo para que possam ser contratadas. Futuramente, nós vamos ter o protético... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

E quanto ao fato de o percentual salarial referente à insalubridade ser maior para a classe médica quando comparado à odontológica, o mercado de trabalho é apontado como o grande responsável.

...Dentro da possibilidade do que a lei de responsabilidade fiscal norteia, sem devaneios, eu nunca tive problema de contratação. Eu não peço absurdo, também entendo o lado do prefeito, não é só de odontologia que vive um município. Acho que sempre olharam bastante... Isso depende muito da imposição pessoal de quem está à frente da área, porque se você deixar, você é passado para trás pela área médica e por todas as outras áreas. Então, você tem que ter um pouco de força, política e pessoal, de bater de frente... (...) A gente tem que ter força pra mostrar a nossa importância, e a necessidade disso. Eu acho a vitória da referência maior, um cargo maior para o especialista já é alguma coisa... (...) Ainda pode evoluir bastante na área odontológica, como por exemplo, a classe médica hoje ganha 40% de insalubridade no salário, os dentistas ganham 20%... (...) O que regra isso é o mercado, infelizmente. Você faz um concurso para dentista, você tem 2 mil inscritos... Você faz um concurso para médico, não tem... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Sobre a falta de isonomia salarial entre médicos e dentistas, um entrevistado reforçou o papel do mercado de trabalho e relatou que não pode apenas se mobilizar com algumas questões profissionais da classe odontológica, consideradas por ele utópicas, porque assim pode deixar de obter apoio para a realização de outras atividades.

Eu não estou aqui como paladino da odontologia, eu tenho que entender a prefeitura, porque senão eu também não consigo algumas outras coisas com o prefeito... Se eu for defender só dentista, eu não consigo realizar o que a população precisa... Eu vou lutar sempre por melhores

condições, mas não vou lutar por utopia... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

No que se refere aos recursos humanos auxiliares, sua incorporação na equipe odontológica pode ser considerada pequena. Em 2005, existiam 95 CD e 16 ACD na atenção básica, de forma que a maioria dos dentistas da Prefeitura Municipal de Taubaté ainda trabalhava sem auxiliar. A maioria do pessoal auxiliar é composta pelos ACD, pois a prefeitura possui apenas um THD, o qual foi contratado para participar do Projeto Piloto Alto São Pedro.

Vem incorporando, mas ainda considerando o tamanho da rede municipal odontológica, ainda há carência desse profissional, inclusive para aumentar o atendimento... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

A parte administrativa da Gerência de Área Odontológica, no último período, tinha como gerente o Dr. Daniel de Abreu Matias Bueno, o Dr. Luiz Antonio Gobbo na função cumulativa de supervisor e o Sr. Roberto Alves dos Santos como assistente técnico administrativo. Apesar da expansão sofrida pela rede de serviços odontológicos, essa equipe não foi ampliada.

A capacitação dos recursos humanos da área odontológica não foi considerada importante por um dos entrevistados.

A reciclagem... Na área bucal, ela é menos necessária... (...) A não ser no caso desses que trabalham com pronto-socorro... (...) Mas eu tenho a impressão de que fora disso o dentista comum, ele tem que ser um profissional bom, consciente e saber fazer. Mas ele não precisa da reciclagem... Não é tão terrível quanto à necessidade que você tem que dar ao médico... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Para muitos, essa capacitação é vista como uma solicitação do funcionário e não como uma ação da própria prefeitura, enquanto empregadora, para promover o aperfeiçoamento e atualização dos seus profissionais. Um grande número de memorandos encontrados nos arquivos da Gerência de Área Odontológica diz respeito às solicitações particulares dos profissionais para participação em cursos ou eventos.

Mas, na área odontológica, os pedidos de reciclagem foram sempre muito poucos e também para esses médicos da clínica. O argumento foi sempre que o trabalho que o dentista faz nos postos médicos é um trabalho para o qual ele já está apto com o que ele sabe com o que ele recebeu na escola... E aí vai muito mais, passa a ser da aptidão dele que já vai desenvolver. Então, sempre foi assim. Mas, evidentemente, que se alguém tivesse pedido mais reciclagem, eu a faria, ou pelo menos, a programaria... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

A educação permanente, eu acho que é algo um pouco novo e que agora já está tendo essa mudança... dos prefeitos, dos cargos maiores... de entender que o funcionário sendo capacitado... Ele não está trazendo prejuízo para a prefeitura por não estar atendendo naquele momento... Ele vai trazer uma maneira melhor de ser atendido. Acho que é uma necessidade... Para não envolver, cargos maiores que poderiam impedir, eu sempre autorizei que meus funcionários trocassem horários para realizar cursos, dentro da minha limitação, para de repente o tiro não sair pela culatra... Mas, eu acho que isso vai ser tema da próxima campanha para a prefeitura. E vai ser uma obrigação de toda prefeitura realizar esse curso de reciclagem, estabelecer parcerias. E o próprio SUS impõe isso. Acho que tudo tem que ser de uma maneira regrada e avaliada, para não virar um grande "oba, oba"... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Para outro entrevistado, a prefeitura nunca teve nenhum programa concreto para a capacitação dos seus profissionais.

Muito pouco, quase nada... Não existe um programa nesse sentido, um pensamento, um estudo, um projeto, nada... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Tal capacitação constou nas propostas da 2ª e 3ª Conferências Municipais de Saúde do município. Esta última foi realizada em 2005, com o tema “SUS com qualidade e controle social”. A conferência deliberou pela criação de um conselho gestor em todas as unidades de saúde e núcleos do PSF e também pela ampliação do número de equipes do programa*.

As propostas para a área odontológica foram a ampliação do serviço de radiologia odontológica, com a compra de um aparelho de raios-X panorâmico, a criação do serviço de atendimento da disfunção da articulação têmporo-mandibular e a implantação do laboratório de prótese dentária. Para a implantação deste laboratório e a realização da ampliação da clínica de especialidades odontológicas, o município pleiteou os incentivos do governo federal destinados a esse fim. De modo geral, os recursos financeiros não foram apontados como problema em nenhum período.

Eu acho que está satisfazendo, tanto é que estamos ampliando. O governo federal, com o incentivo do CEO... Que nós pleiteamos e conseguimos a implantação dessa clínica. Acho que está satisfazendo, tanto da parte da esfera municipal como da federal... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Esse projeto (CEO) foi oferecido para Taubaté há quatro anos. Foi negado por essa gerência e pelo prefeito da época. A portaria ainda previa que o atendimento era para referência da micro-região. Nós já tínhamos uma clínica que atendia a cidade, a partir do momento que eu usaria uma verba, que daria apenas para reformar a clínica e eu teria

* Relatório Final da 3ª. Conferência Municipal de Saúde - SUS com Qualidade e Controle Social. Departamento de Saúde. Prefeitura Municipal de Taubaté. 2005.

que atender a microrregião, ou seja... Eu ia gerar mais gastos... A partir do momento, que a portaria foi modificada pelo Ministério (da Saúde), sendo que cada CEO poderia atender uma população de 100 mil habitantes, ótimo. Aceitamos essa verba e estamos implementando a reforma, que está em andamento, da clínica de especialidade odontológica... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Sobre os recursos financeiros municipais, sua centralização foi apontada, novamente, como a maior dificuldade. Eles não possuem uma destinação específica, não ficam nos departamentos. Existe uma previsão anual, realizada no início do ano, que pode sofrer alterações a qualquer tempo.

Não há essa divisão formal de verba. Há uma previsão, a gente apresenta no começo do ano, mas dentro da necessidade, o prefeito pode remanejar. Não é uma secretaria... (...) As implantações são discutidas com o prefeito... Se implantar mais, vem mais repasse, mas nunca o repasse é suficiente para 100% do serviço. A prefeitura tem a contrapartida. Então, o que limita você pedir uma verba ou não é a contrapartida da prefeitura... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Essa centralização de recursos resulta da própria estrutura organizacional da prefeitura, que é dividida em departamentos e não em secretarias. Secretarias possuem orçamento próprio, fazem seu planejamento, são mais autônomas e podem fazer suas próprias licitações.

...Nós somos departamentos, não secretarias... Os recursos não vêm diretamente para nós, eles são todos centralizados no gabinete do prefeito. Nós não temos orçamento próprio, não é como uma secretaria que o secretário assina um cheque... Aqui é diferente, é mais difícil de trabalhar... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Outro entrevistado, favorável à organização da prefeitura em Departamentos, aponta as vantagens das licitações centralizadas:

... Com a diretoria, as licitações da prefeitura eram centralizadas e por isso a gente conseguia assegurar uma maior seriedade nas licitações. (...) E eu estava mais próximo para poder fiscalizar... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

...O recurso não tinha que disputar. O recurso tinha que simplesmente pedir, solicitar. O recurso não ficava com ninguém. O recurso ficava na minha mão. Sempre. Todos eles. E a gente ia distribuindo esses recursos, a medida das necessidades... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

4.6 ASPECTOS DA TOMADA DE DECISÃO

Foram identificados alguns aspectos importantes no processo de tomada de decisão para a implantação da política de saúde bucal de Taubaté. Durante a pesquisa, fontes escritas e orais apontaram a importância do chefe do executivo na tomada de decisão.

A gente tomava poucas decisões... A gente dava idéias... Não éramos nós que tomávamos as decisões... Era o gabinete do prefeito. Então, a gente fazia projetos, fazia solicitações... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

... Tudo que você vai estruturar tem que ter vontade política... O chefe do Executivo tem que definir que é aquilo que vai ser feito... Quem manda é o chefe do Executivo... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 04 de junho de 2007)

Assim, esta pesquisadora procurou por um modelo que contribuísse para a compreensão dessa política e que destacasse o que poderia influenciar a atuação dos desses tomadores de decisão.

O Modelo de Múltiplos Fluxos auxilia a identificação dos elementos considerados na formação da agenda de um governo e aponta que as mudanças acontecem quando ocorre a convergência de três fluxos: o de problemas, o de soluções e o político. Embora seu autor tome como unidade de análise toda a extensão do governo federal, esse modelo foi escolhido para ajudar na compreensão da política municipal estudada por considerar que os elementos envolvidos no processo podem ser transportados, respeitando suas proporcionalidades, para o âmbito municipal.

No 1º período considerado pela pesquisa, os acontecimentos mais marcantes foram a criação do Departamento de Saúde e da Divisão de Saúde Bucal. Tais criações foram “facilitadas” pelos seguintes elementos, de acordos com os três fluxos:

Questões relacionadas à saúde bucal haviam despertado a atenção do futuro prefeito e, antes mesmo de sua candidatura ser oficializada, suas idéias sobre o desenvolvimento de ações na área de saúde eram discutidas com aquele que seria o futuro coordenador da área. Como Taubaté não possuía serviços públicos municipais de saúde, a solução para suprir essa carência passaria pela inovação no que diz respeito à prestação de assistência à população. Era preciso realizar algo que não havia sido feito anteriormente.

No cenário nacional, o país vivia uma reformulação na área da saúde e a municipalização das ações era um objetivo.

Taubaté contou, ainda, com posicionamento favorável de um vereador, que é um ator que também poderia influenciar o processo de tomada de decisão para a criação do citado departamento.

Mudanças no próprio governo, como a própria mudança de gestão foram ingredientes que possibilitaram a criação do Departamento de Saúde no município de Taubaté e posteriormente da Divisão de Saúde Bucal.

O fluxo dos problemas pode, através de indicadores, fazer uma questão ser priorizada pelos tomadores de decisão. Existe aqui a dimensão interpretativa e os indicadores podem auxiliar.

Os prefeitos que passaram aqui sempre deram muita importância para a necessidade da população, então se a gente apresentava em números o porquê que a gente estava pedindo aquele incremento de RH... (...) sempre foi muito bem atendido em relação a isso, da maneira mais rápida possível, dentro dos trâmites legais. Isso não foi uma dificuldade... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Ao abordar as questões consideradas na tomada de decisão referente à política de saúde bucal, os pedidos populares e as necessidades encontradas pela própria Divisão Odontológica, mereceram destaque nas falas dos entrevistados, nos vários períodos.

Aqui a influência das solicitações populares se dá no fluxo político e também é apontada a importância dos diretores, da comunidade de especialistas, com as suas

soluções. Decisões não são tomadas quando a solução proposta não é considerada boa.

Então, essas decisões estavam sempre pautadas nesses dois pilares... É verdade... Eu posso dizer que eu nunca fiz nada que não fosse pedido pela comunidade. Ou pela comunidade ou por esses próprios diretores... De pedir e argumentar e a decisão vinha rápido... Eu sempre fui partidário de que o que é preciso fazer, tem que ser feito... (ex-prefeito, entrevista concedida em 19 de maio de 2007)

Nessa fala, o entrevistado também relata a importância da argumentação e da persuasão para a difusão das idéias.

Esses pedidos eram embasados na vivência que a gente tinha dos problemas e na solicitação dos munícipes, dos profissionais... Mas, a força a gente não tinha... Nenhuma... Era muito difícil, porque nós vivemos uma época de implantação de muitas coisas diferentes porque não existia nada... (...) A força maior era da população porque o Bernardo atendia muito a população, então quando a gente falava: "Nossa! A gente precisa fazer isso... Então vamos ver quem está pedindo, quem está querendo...". Essa era a nossa força na verdade... A população. Ele atendia mais a população que a gente que estava ali, confiava mais no pedido dela... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

Ao saber que determinado grupo tem "força", é necessário difundir a sua idéia e construir a sua aceitação. Isso promove uma melhor apresentação da idéia e favorece a tomada de decisão. Os membros da Divisão Odontológica foram responsáveis pelo fluxo das soluções, elaborado por uma comunidade de especialistas, um grupo que tem uma preocupação referente a uma área e que precisa difundi-la junto a outros grupos e à comunidade política.

Eu lembro que sempre partia assim, especificamente da divisão, perceber alguma necessidade, conversar com quem estava perto daquela necessidade e organizar o projeto, levar para aprovação... E aí, sim instalar o programa e realizá-lo... Como foi a tentativa das próteses e outras mais... Então essa iniciativa partia sim, sempre da percepção da chefia de divisão... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 22 de maio de 2007)

Por mais conhecimento técnico que se dispusesse sobre determinado assunto, o parecer final era do prefeito, o qual nem sempre se sentiu convencido pelos argumentos da Divisão Odontológica. Essa argumentação muitas vezes foi feita pelo Diretor do Departamento de Saúde, por isso alguns entrevistados relataram que a ausência de um contato direto do chefe da Divisão Odontológica com o prefeito poderia ter prejudicado a tomada de decisão. Assim, quando não há um contato direto do coordenador de Saúde Bucal com o prefeito, as idéias devem apresentar uma difusão, saindo da comunidade restrita da saúde bucal e conseguindo aceitação de outros setores. Um entrevistado chegou a relatar que o fato de o diretor de saúde não ter o conhecimento técnico odontológico poderia dificultar sua argumentação frente ao prefeito. Um diretor nunca deterá conhecimento sobre todas as áreas profissionais que compõe o Departamento de Saúde, mas é necessário que ele esteja informado, bem assessorado e integrado ao contexto para poder contribuir na tomada de decisão.

A gente fez o projeto justamente por isso, sabendo da dificuldade de se contratar ACD, propusemos trabalhar com o numero pequeno de ACD. Às vezes, tenho vontade até levar esse projeto para o prefeito, direto, quem sabe a argumentação está sendo fraca... Porque isso é um problema que eu também tinha... A gente não consegue chegar ao prefeito... Eu nunca tive uma audiência com o prefeito em todos os anos que eu estava na prefeitura... Porque eles falam com os diretores de departamento. Mas, na minha época, por exemplo, a diretora do departamento era uma assistente social... Então a visão dela, a

argumentação frente às minhas necessidades... Era complicado. Talvez isso brecasse um pouco, o desenvolvimento da odontologia... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

O Modelo de Múltiplos Fluxos também aponta atores importantes no processo de formulação de políticas. Entre os atores visíveis, estão os empreendedores de políticas: são pessoas influentes, com habilidade política, que podem estar no governo ou não. Como exemplo, dois entrevistados relataram que as decisões eram mais rápidas e fáceis na época do Dr. Carlos Benedictus, cirurgião-dentista, primeiro coordenador da Divisão Odontológica, pessoa que possuía grande afinidade com o prefeito.

O coordenador tinha livre acesso ao prefeito, despachava diretamente com o prefeito todas as questões da odontologia. Isso fez com que o serviço odontológico caminhasse muito rápido, desde seu início, sua implantação, do atendimento básico à especialidade... O coordenador era designado pelo prefeito, e anteriormente a isso... O conhecia há muito tempo havia essa facilidade de comunicação entre os dois. O Dr. Carlos fazia as reuniões conosco, estabelecia as prioridades e no dia seguinte, ele já despachava com o prefeito. E as decisões eram tomadas e colocadas em prática, logo nos próximos dias... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 23 de maio de 2007)

Na época do Dr. Benedictus, as coisas eram muito mais fáceis, porque ele era dentista, então a argumentação dele com o prefeito era muito mais fácil, dava muito mais resultado. Eu acho uma coisa muito importante... Ter o contato direto de quem vai dar o "OK", de quem vai decidir realmente... Porque a verba não estava no Departamento de Saúde, a verba estava lá, no gabinete, então é ele que tem que liberar a verba, é ele que tem que dar autorização... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 18 de maio de 2007)

No 2º período, vários fatores contribuíram para esse novo momento do serviço público odontológico. Entre eles, a mudança ocorrida na administração e a

edição dos procedimentos coletivos pelo Ministério da Saúde, mostrando que a influência do governo federal, responsável pela formulação da política nacional, tem um caráter indutivo.

O problema — condição “ruim” da saúde bucal da população — persistia e demandava anos de assistência curativa. A solução proposta era viável, pois o custo da prevenção é mais baixo e com a edição dos procedimentos coletivos pelo Ministério da Saúde em 1992, várias pessoas se voltaram para esse problema, fato que pode ter influenciado a decisão. Também contribuiu para isso o fato de o Diretor do Departamento de Saúde, Dr. Marcos Lindenberg, ser um médico sanitário, o que trouxe uma filosofia preventiva para o departamento.

Quando não se consegue unir os fluxos, quando a idéia não consegue ser difundida, não há mudança. O fluxo das alternativas e soluções é o que menos influencia o processo de decisão. A idéia tem que ser capaz de mudar a interpretação do tomador de decisão, ele tem que ser convencido de que existe um problema, e existindo uma solução viável, poderá ser resolvido, determinando a mudança.

A grande falha dessa equipe da qual eu fiz parte, foi tino político que você realmente precisa ter, para saber o momento exato, politicamente correto para se chegar ao ponto desejado... Então, éramos bons profissionais e poucos políticos... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Havia pessoas capacitadas ali, na área administrativa, pessoas realmente qualificadas para poder decidir... E tínhamos sim, contato com o poder de decisão máximo que era o prefeito... Com a pessoa que efetivamente decide... Infelizmente, nem todos os contatos verbalizados foram concretizados. Mas não por falta desse contato, esse contato existia... As reuniões existiam e saíamos certas de que tínhamos convencido a autoridade máxima... Mas nem tudo conseguimos, mas não por falta de pessoal com boa vontade, capacidade e contato com o poder

de decisão... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 17 de maio de 2007)

Um problema, não solucionado, identificado pelos cirurgiões-dentistas, diz respeito à contratação do pessoal auxiliar. Nesse caso, havia o conhecimento por parte dos técnicos, porém a dificuldade passou a ser o convencimento do Poder Executivo sobre a eficácia das ações coletivas e a possibilidade de elas serem realizadas por outros profissionais que não os dentistas. A idéia não foi difundida, nem tampouco encontrou apoio de outros grupos, entre eles a própria população. Isso não significa que essa idéia terá que ser abandonada, mas indica que sua retomada será mais custosa.

(...) À população e ao próprio prefeito, que não é técnico, cabe a gente tentar explicar, mas eles têm os motivos deles... Eles acham que medicina se faz com médico e odontologia se faz com dentista. E a gente sabe que, às vezes, é uma maneira de aperfeiçoar e de aumentar o número de pacientes atendidos... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

(...) eu acho que a maneira mais fácil de melhorar o atendimento nas escolas é através do uso de auxiliares de consultório dentário. (...) Trabalhando com a ACD, eu acho que é mais dinâmico, mais fácil... Só que daí implica no cultural do prefeito, no atual, no antigo, mostrar que isso é válido, já tentei mostrar, a gente tenta mostrar da nossa forma, mas por enquanto ainda tem um pouco de reticência nisso. Que eu acho que a gente poderia melhorar, mas se eu falar em melhorar, eles vão pensar em por dentista. Eu acho que é certo desperdício... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

No 3º período, o processo eleitoral também surgiu como influência do clima político e interferiu no processo de tomada de decisão.

Quanto à implantação do PSF, a mudança de governo, a política nacional e alguns indicadores, auxiliaram no processo de percepção da inadequação do modelo assistencial e, também, a constatação de que havia um fluxo de alternativas: o próprio programa.

Outra importante decisão desse período foi o desenvolvimento de um programa de capacitação profissional. Por razões já mencionadas anteriormente, o referido programa foi planejado para ser implantado em duas etapas. A primeira delas foi concluída com sucesso. Já a segunda, por coincidir com o período eleitoral, não foi realizada. Os gestores da época temiam que o afastamento, mesmo que temporário, dos profissionais dos postos de atendimento causasse a insatisfação da população sobre os serviços e, por consequência, esse resultado se refletisse nas urnas.

No 4º. Período (primeira gestão), pode-se atribuir à mudança ocorrida na gestão municipal o insucesso da primeira tentativa de implantação do PSF no município. Nem sempre a idéia dos gestores sobre um determinado assunto é compatível e, por esse motivo, algumas decisões tomadas na gestão anterior acabam sendo abortadas.

Ainda nesse período, porém na segunda gestão, o PSF, para alguns atores, volta a assumir um aspecto positivo, com necessidade de ampliação. Essa idéia, quando difundida, promove a mudança. Porém algumas comunidades de especialistas não partilham do mesmo ponto de vista. Existem idéias contrárias e a escolha entre elas será pela mais viável, em um processo no qual a argumentação é muito importante.

O desafio é que precisa de ampliação... A coordenação precisa se interar da importância do PSF, porque realmente ele, como eu disse, ele envolve muito. Então, ele gera uma demanda social muito grande também, eu acho que precisa de um envolvimento muito grande de outras áreas, de todos os departamentos da prefeitura... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 10 de maio de 2007)

Para outro entrevistado, conforme trecho de entrevista transcrito anteriormente, a implantação do PSF possui restrições e não é considerada adequada a todas as localidades do município. Essa divergência de opiniões, presente em todos os ambientes, é que transforma a argumentação em uma importante ferramenta no processo de tomada de decisão.

A divisão de competências pode gerar disputa pelo poder e emperrar algumas mudanças. Anteriormente, foi citada a criação de uma coordenação específica para o referido programa. Tal coordenação não tinha uma boa integração com a Divisão Odontológica, que por sua vez acabou não participando de algumas decisões. Um entrevistado relatou que não pode apenas se mobilizar com as questões profissionais da classe odontológica, consideradas por ele utópicas, porque assim pode deixar de obter apoio para a realização de outras atividades. O fluxo político está relacionado às negociações e barganhas.

A influência do processo eleitoral também surgiu nesse período, apoiada pela indução da política nacional: “*E o próprio SUS impõe isso*” (grifo nosso).

...eu sempre autorizei que meus funcionários trocassem horários para realizar cursos, dentro da minha limitação, para de repente o tiro não sair pela culatra... Mas, eu acho que isso vai ser tema da próxima campanha para a prefeitura. E vai ser uma obrigação de toda prefeitura realizar esse curso de reciclagem, estabelecer parcerias. E o próprio SUS impõe isso. Acho que tudo tem que ser de certa maneira regrada e

avaliada, para não virar um grande “oba, oba”... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Ainda sobre a tomada de decisão, muitas necessidades são percebidas, todavia elas ficam à espera do melhor momento — aquele em que ocorre a convergência dos fluxos — para que sejam aprovadas e posteriormente colocadas em prática. A própria mudança do grau hierárquico de Divisão Odontológica para Gerência de Área Odontológica esperou alguns anos para se concretizar e aconteceu em 2005, no primeiro ano do mandato do atual prefeito.

A saúde bucal era uma divisão, não era uma gerência, não era uma diretoria, era uma divisão, pelo próprio estatuto da prefeitura... São áreas, digamos assim, que compreendem em torno de vinte funcionários. (...) É estranho você ver que, por exemplo, tinha a Gerência de Área de Enfermagem, a Gerência Médica e a Odontologia era uma divisão, sendo que a gente tinha mais funcionários... Então, ficamos assim até o começo do mandato do atual prefeito... Ele corrigiu isso e criou a Gerência de Área Odontológica... (cirurgião-dentista, entrevista concedida em 15 de maio de 2007)

Também nesse período, a ampliação das ações especializadas foi influenciada pela política nacional e pela mudança de gestão.

5 DISCUSSÃO

De acordo com SOUZA (2007), o foco da pesquisa de uma política pública está no seu processo, na sua formulação e, ao se considerar uma política social, o foco passa a ser seus resultados. Entendemos que existe uma estreita ligação entre os elementos apresentados por esse autor, que dificultou a separação sugerida. Por isso, à medida que essa pesquisa foi se desenvolvendo, um esforço foi feito no sentido de identificar tanto os aspectos envolvidos na formulação da política estudada quanto aqueles resultantes dela, pois uma política se concretiza com as ações no mundo real.

O município de Taubaté, no período de 1983 até 2006, implantou uma rede de serviços públicos odontológicos que contempla ações de atenção primária, secundária e terciária.

O processo de construção da política de saúde bucal apresentou quatro períodos distintos. Para a determinação do início desses períodos, as mudanças das gestões municipais foram decisivas. Esse fato encontra apoio no Modelo de Múltiplos Fluxos, que considera o início de um governo como o momento mais propício à mudança e tido como referência nesta pesquisa para a identificação dos fatores que contribuíram para a tomada de decisão (CAPELLA, 2007).

Nos quatro períodos identificados, houve a presença que uma questão mais relevante, que encontrava relação com o que estava acontecendo no país. Isso confirmou o traço centralizador e normativo da política de saúde brasileira, pois à esfera federal cabe formular e normatizar a política de saúde do país, cabendo ao

município, conforme esse modelo de descentralização, a execução das ações (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005, DALLARI, 1985).

Assim, o 1º período, que se refere à implantação dos serviços no município, aconteceu quando o país também buscava a municipalização dos serviços de saúde (ARRETCHE e MARQUES, 2007, CORDON 1991, GERSCHMAN e VIANA, 2005).

Ressalta-se ainda que essa implantação iniciou-se em um período de luta pelo direito à saúde o qual ainda não estava assegurado pela Constituição através do Sistema Único de Saúde e mesmo a política de saúde vigente não contemplava o acesso universal a esses serviços. A conquista desse direito também se apoiava na descentralização das ações, através da municipalização dos serviços de saúde tida como uma das diretrizes do futuro sistema de saúde do país.

Então o município assumiu a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos, indo ao encontro da reformulação que ocorria na área da saúde do país como um todo. As primeiras ações odontológicas municipais foram voltadas ao atendimento do escolar e ao atendimento de urgência de toda a população, assim como no restante do país (BOTAZZO, 1999, 1ª CNSB, 1986, PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, SES, 2001). Porém, enquanto isso, o município procurou construir uma rede de atendimento básico e especializado para possibilitar o acesso universal e a integralidade das ações, defendidos pela 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Ao final desse período houve a promulgação da Constituição, com a instituição do Sistema Único de Saúde, o qual trazia como uma de suas diretrizes, além da descentralização, a participação da comunidade (ANDRADE, 2003,

ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005, GERSCHMAN e VIANA, 2005, 2ª CNSB, 1993, 3ª CNSB, 2004).

Com o acontecimento de eleições municipais, houve mudança no quadro político em Taubaté, o que proporcionou uma nova direção para a política de saúde bucal, iniciando assim seu 2º período. A nova administração trazia mais apoio às ações preventivas e à prática de atividades participativas de acordo com seu ideário partidário e com as propostas aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Abrangeu duas gestões municipais, mas pode-se considerar que as ações iniciadas na 1ª gestão desse período apresentaram continuidade na 2ª gestão. Apesar da mudança de governo, houve a manutenção de alguns atores envolvidos no processo de formulação da política de saúde bucal: o coordenador da DSB, que se manteve nessa função até 1992, passou a diretor do DS, na 2ª gestão desse período.

Houve a preocupação em desenvolver a integração das ações preventivas e assistenciais, em concordância com o SUS e com a nova concepção do processo saúde-doença (3ª CNSB, 2004, PINTO, 2003, ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). Foi marcado também pela participação da comunidade, através da organização local dos conselhos e conferências municipais de saúde, que ocorreu a partir da promulgação da Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade no SUS.

Em 1991, foi implantado o Conselho Municipal de Saúde e realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Taubaté. A participação da comunidade sempre foi citada quer pela realização das reuniões nos bairros, quer pelas solicitações individuais, mas até então não eram participações asseguradas por lei.

A participação da comunidade é o exercício da própria cidadania e deve ser objeto de preocupação e ação de todos os trabalhadores da saúde, não apenas os da área odontológica, que devem assumir como compromisso político e social sua contribuição na politização dos usuários do sistema. Só assim o SUS se tornará efetivamente democrático e voltado para o atendimento das necessidades da população (3ª CNSB, 2004). O desenvolvimento das ações coletivas também estava em concordância com a 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Essas atividades são consideradas como prioridade na atenção básica e têm como objetivo a ampliação da cobertura das ações odontológicas, o que possibilita a melhora na qualidade de vida da população (SES, 2001). Contudo, deve haver sempre um equilíbrio entre a execução das ações assistenciais e coletivas. A manutenção de uma prática profissional apoiada nas ações assistenciais se mostrou insuficiente na reversão dos indicadores epidemiológicos e deve ser superada. Essa mesma prática deve contemplar o trabalho em equipe, com utilização de pessoal auxiliar para as duas atividades a fim de possibilitar que houvesse a otimização do atendimento e a ampliação do acesso às ações de saúde bucal (3ª CNSB, 2004).

As ações coletivas foram implantadas no município, mas ainda encontram dificuldades para a sua expansão. Isso se deve ao fato de serem realizadas, preferencialmente, por auxiliares de consultório dentário e a contratação desses profissionais sempre ter encontrado resistência por parte do Poder Executivo, o grande responsável pela tomada de decisão. Argumentos técnicos não foram suficientes para produzir a mudança. A incorporação do pessoal auxiliar precisa ser perseguida para a concretização de uma nova prática profissional, recomendada pelas deliberações das conferências nacionais de saúde bucal. O SUS exige a

reconstrução dos modelos assistenciais para possibilitar o acesso universal, com garantia da integralidade e da qualidade das ações.

A estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Taubaté prevê a sua divisão em departamentos e não em secretarias, o que contribui para a centralização dos recursos financeiros. A quantidade desses recursos, de maneira geral, não foi apontada como o maior obstáculo, mas sim a sua centralização no gabinete do prefeito, que reforça também sua grande influência no processo de tomada de decisão. A descentralização da política de saúde prevê a divisão dos recursos financeiros, das atribuições e do poder entre as diferentes esferas de governo, e também deve estar presente no âmbito municipal, atingindo inclusive as unidades de saúde. As decisões referentes à política municipal de saúde bucal e à destinação dos recursos precisam ser compartilhadas com os trabalhadores da saúde e com a comunidade, a fim de atenderem plenamente às necessidades locais (3ª CNSB, 2004). Isso pode ser conseguido através das conferências e dos conselhos de saúde. As discussões a respeito da atenção à saúde bucal, que ocorreram na 2ª e 3ª Conferência Municipal de Saúde de Taubaté, tiveram algumas de suas propostas concretizadas: a organização das ações coletivas e a ampliação das ações especializadas, respectivamente.

No 3º período identificado nesta pesquisa, foi implantado o Programa de Saúde da Família, mas sua implantação não atingiu a totalidade do município, nem contemplou a equipe de saúde bucal. Esse período iniciou-se em 1997 e em 1998 o programa foi implantado. Segundo HEIMANN e MENDONÇA (2005), o período compreendido entre 1998 e 2002 correspondeu à fase de expansão do programa. Os autores também ressaltaram que, nesse período, o Ministério da Saúde considerou as

ações de saúde bucal, entre outras, como estratégicas dentro da atenção básica. O município chegou a ter 18 equipes de ESF. Mesmo não tendo contemplado a equipe de saúde bucal, houve uma aproximação dessa equipe, alocada nos postos, com os núcleos do PSF. Essa interação colaborou com a instituição do trabalho multiprofissional e com a compreensão do papel dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença. A implantação do PSF é defendida como uma estratégia para a reorganização da atenção básica (SES, 2001).

O PSF é considerado um facilitador da mudança do modelo, mas não chega a ser uma garantia. Esse programa foi interrompido em Taubaté com a mudança da gestão municipal, pois a transitoriedade dos governos pode produzir — e produziu — rupturas na política de saúde (SERRA, 2001).

Também nesse período, ocorreu um treinamento sobre o Programa de Qualidade Total, envolvendo vários departamentos da PMT. Foi um momento importante de reflexão sobre a prática profissional, quando os profissionais encontraram espaço para expor suas opiniões e para serem capacitados. A capacitação permite o desenvolvimento dos recursos humanos e tem reflexos na prática profissional, que é melhorada. Não existe na PMT uma política de recursos humanos que garanta isonomia salarial para os trabalhadores da saúde nem programas de educação permanente, conforme foi defendido durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Porém, segundo um entrevistado, essa discussão está prevista para a próxima campanha eleitoral, o que até poderá determinar o início de um novo período da política de saúde bucal do município.

As práticas de saúde bucal devem buscar um desenvolvimento que ultrapasse as tecnologias de âmbito assistencial e também envolvam as tecnologias do cuidado,

as de formação e de organização do trabalho, para que possam contribuir para a melhoria da qualidade das ações realizadas (2ª CNSB, 1993). Essa nova prática de saúde deve ser interdisciplinar e intersetorial e para isso requer o comprometimento dos profissionais, dos serviços e das instituições formadoras (3ª CNSB, 2004).

O 4º período foi marcado pela ampliação das ações especializadas e pela segunda experiência com o PSF no município, desta vez com a equipe de saúde bucal. A inclusão da odontologia no PSF foi considerada um grande avanço no processo de construção do SUS, ao lado do fortalecimento da atenção básica (3ª CNSB, 2004).

A expansão da oferta de procedimentos odontológicos especializados não acompanhou a ampliação da atenção básica ocorrida em Taubaté e o município ainda possui uma demanda reprimida nas especialidades de endodontia, periodontia, prótese dentária e ortodontia. A oferta de procedimentos especializados e sua expansão no Estado de São Paulo de 1995 até 2000, também foi considerada pequena (SES, 2001).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal defendeu que a organização dos serviços odontológicos deve permitir o cumprimento de todos os princípios do SUS. Para o cumprimento do princípio da integralidade, os serviços devem oferecer ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Há necessidade de se ampliar o acesso aos serviços odontológicos e privilegiar mecanismos que façam com que a equidade seja alcançada. Isso encontra respaldo nas deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que defendeu que o cumprimento da equidade perpassa os outros princípios e requer a responsabilidade dos serviços de saúde em promover o

levantamento das desigualdades nos micro-territórios para que ações e recursos sejam aplicados de maneira adequada (3ª CNSB, 2004).

A ampliação do atendimento odontológico especializado também foi um dos focos da política nacional de saúde bucal. Durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal foi assinada a portaria federal que estabeleceu os incentivos financeiros para a implantação de centros de especialidades odontológicas em todo o país. Em 2005, o município pleiteou esse incentivo para a ampliação da sua clínica de especialidades odontológicas, fato que possibilitará uma melhora significativa da oferta de tais procedimentos. Ainda nesse mesmo ano, o Programa de Saúde da Família foi implantado novamente no município, com equipes de saúde bucal em todos os núcleos do programa, buscando atender às necessidades da população e aos princípios do SUS.

É necessário que haja um esforço contínuo para o cumprimento de todas as deliberações que se referem à saúde, tanto na legislação e nos atos normativos, quanto nas deliberações das conferências nacionais de saúde bucal e em outros documentos aprovados pelo controle social, pois elas permitem a formulação de diretrizes e estratégias para a implantação da política de saúde bucal, colaborando para a definição de prioridades dos programas locais. Assim, esses programas não serão mais verticais, desvinculados da realidade, mas contarão com a aprovação e o apoio da comunidade, que também deverá ser permanentemente informada sobre os serviços oferecidos pelas unidades de saúde (2ª CNSB, 1993, 3ª CNSB, 2004).

6 CONCLUSÃO

Assim como o Sistema Único de Saúde, a política de saúde bucal do município de Taubaté é dinâmica e está em permanente processo de evolução. O município, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela política nacional, assumiu a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de saúde bucal e vem procurando aprimorá-las, buscando a ampliação do acesso e a implantação de novos serviços.

A ampliação desse acesso deve ser um objetivo tanto no que se refere aos procedimentos de atenção básica, como naqueles da atenção secundária e terciária. Também persiste como desafio aumentar a cobertura das atividades coletivas, que se deve à dificuldade de contratação de pessoal auxiliar, e que também contribuiria para a otimização do atendimento clínico.

Como toda política de saúde, a política municipal também passa por um processo de formulação até que as decisões sejam tomadas e sejam implementadas para que então produzam os efeitos “reais” e desejados na qualidade de vida da população.

A referida política foi construída durante as diferentes administrações pelas quais o município passou e, por consequência, diversos atores sociais marcaram e participaram desse processo. Entre eles podem ser citados os servidores públicos, os servidores que exercem cargo de confiança, aqueles que participam do Poder Legislativo, os acadêmicos e a própria população. Cada qual com o poder de, através de suas idéias e argumentação, influenciar e persuadir outros atores e assim

contribuir para a efetivação da mudança. Que essa influência não seja desmerecida e contribua para a imobilização, mas que, ao contrário, seja descortinada a possibilidade, o papel de cada ator.

A capacitação dos profissionais envolvidos pode contribuir com a implantação de políticas mais adequadas e a participação da população deve ser ativa nesse processo.

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de reafirmação da saúde bucal como um direito de cada cidadão, concretizado através de uma política que atenda sempre aos princípios do acesso universal, da integralidade das ações e da equidade.

Entender a forma como o processo da tomada de decisão ocorre bem como os elementos que podem influenciá-lo são de suma importância para o sucesso da ação a ser implementada no município.

Não menos importante é o levantamento histórico dos fatos, pois permite a avaliação dos resultados obtidos, a análise do desvio ocorrido entre o planejado e o realizado, o conhecimento dos principais obstáculos encontrados e dos ajustes das medidas adotadas, além de uma projeção mais efetiva para as futuras ações.

A presente pesquisa permitiu o conhecimento das percepções de várias classes de atores, suas aspirações e pensamentos durante a implantação e evolução da política de saúde bucal no município de Taubaté.

Constante deve ser a reflexão sobre os objetivos, diretrizes e desafios a serem superados, a fim de possibilitar a discussão e a implementação de estratégias que consigam aprimorar as contribuições fornecidas pelos diferentes administradores e atores sociais.

7 REFERÊNCIAS

Andrade CS. Salobrinho: A história da saúde de um bairro de Ilhéus-Bahia [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Arretche M, Marques E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2007. p. 173-204.

Botazzo C. Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru - SP: EDUSC; 1999.

Capella ACN. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007. p. 87-123.

Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; 2000.

Conferência Nacional de Saúde Bucal; 1ª, 1986; Brasília, BR. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.

Conferência Nacional de Saúde Bucal; 2ª, 1993; Brasília, BR. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993.

Conferência Nacional de Saúde Bucal; 3ª, 2004; Brasília, BR. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

Cordon J. A saúde bucal e a municipalização da saúde. *Saúde em Debate*. 1991; 32 (jun): 60-5.

Cordon J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad. de Saúde Pública*. 1997; v.13 (3).

Cruz Neto O, Gomes R. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: Minayo MCS (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994. p.51- 66.

Dallari SG. *Municipalização dos Serviços de Saúde*. São Paulo: Ed. Brasiliense; 1985.

Scorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT. *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p.59-81.

Frazão P. Epidemiologia em saúde bucal. In: Pereira AC & col. Odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed Editora; 2003. p.64 – 82.

Gerschman S e Viana A. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: Lima NT. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.p.307-51.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.

Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT (org). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. p. 481-502.

Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT (org). Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005, p. 27- 58.

Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Marques MCC. A história de uma epidemia moderna. A emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: RiMa, Maringá: EDUEM, 2003.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.444, de 28/12/2000. Institui incentivos financeiros para implantação de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Diário Oficial União. 29 dez 2000; Seção I: 85.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.570, de 29/07/2004. Institui incentivos financeiros para os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Diário Oficial União. 30 jul 2004; Seção I:71.

Ministério da Saúde. Portaria nº 7, de 06 de abril de 2000. Inclui atividades que serão desenvolvidas no âmbito do Programa de Saúde da Família, entre elas, atividades de saúde bucal, até que ocorra a alteração da estrutura regimental do Ministério da Saúde. Diário Oficial União. 12 abr 2000; Seção I: 34.

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

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2002.

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Epidemiologia da saúde bucal. Antunes JLF, Peres MA, Crivello Júnior O. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.

Oliveira AGRC. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA. (coord.da Série) Crivello Júnior. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.32-48.

Peres MA. A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso. Município de Ipatinga, MG, BR 1989-1994 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1995.

Pinto VG. A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir. Brasília; 1993.

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Área Técnica de Saúde Bucal. Programa Municipal de Saúde Bucal. Diretrizes gerais. Gestão 2005 a 2008. São Paulo; 2005.

Prefeitura Municipal de Taubaté. Departamento de Saúde. Plano Municipal de Saúde; 2001.

Prefeitura Municipal de Taubaté. Departamento de Saúde. Relatório de Gestão. Taubaté; 2003.

Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Centro Técnico de Saúde Bucal. A organização das ações de saúde bucal na atenção básica: uma proposta para o SUS São Paulo. São Paulo; 2001

Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para a Política de Saúde Bucal do Estado de São Paulo. São Paulo; 1995.

Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de Saúde Bucal. Núcleo Operativo — GEPRO — de Saúde Bucal. Diretrizes para os Programas Regionais e Municipais. São Paulo; 1988.

Serra CG. A Saúde Bucal como Política de Saúde: a Experiência de Niterói. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 2001; 11(2): 95-122.

Soares MC. Panorama da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2003 [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

Souza C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2007. p. 65-86.

Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. In: Negri J e Viana A. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: SOBRAVIME (Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos); CEALAG (Centro de Estudos Augusto Ayrosa Galvão); 2002.p. 441-70.

Taubaté. Decreto nº. 2.591, de 15 de dezembro de 1972. Estabelece as atribuições e especificações dos cargos de provimento efetivo da Prefeitura Municipal de Taubaté e dá outras providências. Publicado no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 15 dez 1972.

Taubaté. Decreto nº. 5.479, de 21 de maio de 1986. Regulamenta a Lei nº. 2.208, de 21 de maio de 1986, que cria o Departamento de Saúde. Publicado no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 21 maio 1986.

Taubaté. Decreto nº. 6.085, de 27 de dezembro de 1988. Acresce ao Organograma da Organização do Sistema Administrativo Municipal as Unidades que especifica. Publicado no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 27 dez 1988.

Taubaté. Decreto nº. 6.513, de 02 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a organização do Sistema Administrativo Municipal de Taubaté. Publicado no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 02 jan 1991.

Taubaté. Decreto nº. 7.074, de 21 de outubro de 1992. Dispõe sobre a instituição do Núcleo de Especialidade em Saúde Bucal no Município de Taubaté. Publicado no Gabinete do Prefeito. 21 out 1992.

Taubaté. Lei Complementar nº. 001, de 04 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Código de Administração do Município de Taubaté. Publicada no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 04 dez 1990.

Taubaté. Lei nº. 1.372, de 27 de setembro de 1972. Dispõe sobre a organização do Sistema Administrativo Municipal de Taubaté e dá outras providências. Publicada no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 27 set 1972.

Taubaté. Lei nº. 1.977, de 13 de maio de 1982. Dispõe sobre a Reestruturação do Sistema Administrativo Municipal da Prefeitura Municipal de Taubaté. Publicada no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 13 maio 1982.

Taubaté. Lei nº. 2.067, de 29 de novembro de 1983. Autoriza o Poder Executivo a criar o Departamento Municipal de Saúde de Taubaté. Publicada no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 29 nov. 1983.

Taubaté. Lei nº. 2.208, de 21 de maio de 1986. Cria o Departamento de Saúde. Publicada no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 21 maio 1986.

Taubaté. Lei nº. 2892, de 10 de maio de 1995. Projeto de Lei de autoria da vereadora Maria Mércia. Institui a Semana da Saúde. Publicada no Departamento de Administração da Prefeitura Municipal de Taubaté. 10 maio 1995.

Taubaté. Lei nº 3.438, de 27 de setembro de 2000. (Projeto de Lei de autoria do Ver. Márcio Jose Palhares). Dispõe sobre o fornecimento de próteses dentárias a idosos e dá outras providências. Publicada na Área Técnico Legislativa. 27 set 2000.

Taubaté. Lei nº. 3.440, de 05 de outubro de 2000. (Projeto de Lei de autoria do Ver. Márcio Jose Palhares) Dispõe sobre o fornecimento de próteses dentárias a servidores municipais e dá outras providências. Publicada na Área Técnico Legislativa. 05 out 2000.

Taubaté. Lei nº 3.762, de 29 de julho de 2004. Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para o exercício de 2005. Publicada na Área Técnico-Legislativa, 29 jul 2004.

Viana ALA, Levcovitz E. Proteção social: introduzindo o debate. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibanez N (org). Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 15-57.

Zanetti CHG. As marcas do mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80 [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz / Escola Nacional de Saúde Pública; 1993.

8 MATÉRIAS DE JORNAL CITADAS

1. A cassação do Prefeito José Bernardo Ortiz deixa um clima de “terras arrasadas”. *Gazeta de Taubaté*, 1984 mar 17; Editorial: 2.
2. A partir de amanhã, assistência odontológica nas escolas municipais. *Diário de Taubaté*, 1983 abr 30: 1.
3. A partir de maio, assistência odontológica nos bairros. *Diário de Taubaté*, 1983 mar 30; 1.
4. A semana. *Gazeta de Taubaté*, 1984 jun 24; 4.
5. Aqui, 36 frentes de obras. *Gazeta de Taubaté*, 1984 jul 15; 5.
6. Briga política transforma Taubaté em um arraial de terceira classe. *Diário de Taubaté*, 1983 out 30; 1.
7. Cassação: Que há por trás dela? *Gazeta de Taubaté*, 1984 fev 05; 1.
8. Complô político, a origem do pedido de impeachment de Ortiz. *Diário de Taubaté*, 1983 nov 02; 1.
9. Depois de um ano, o governo de São Paulo presta conta de seus atos. Com fatos. *Gazeta de Taubaté*, 1984 mar 17; 3.
10. Eleições municipais. *Diário de Taubaté*, 1987 maio 17; 1.
11. Empossado Diretor do Departamento de Odontologia. *Gazeta de Taubaté*, 1984 jun 10; 4.
12. Êxodo rural. *Diário de Taubaté*, 1983 jul 15; 1.
13. Figueiredo: “avançamos, a passos seguros no caminho da consolidação democrática”. *Diário de Taubaté*, 1983 jun 04; 1.

14. Figueiredo: está aí a economia de guerra. Diário de Taubaté, 1983 jan 14; 4.
15. Hospital da UNITAU. Gazeta de Taubaté, 1984 jan 22; Seção Cidade: 4.
16. Justiça, último recurso. Gazeta de Taubaté, 1984 fev 05; Seção Panorama: 4.
17. Manifesto de apoio a Ortiz. Diário de Taubaté, 1983 nov 09; 1.
18. Moacyr: Taubaté convive com o avanço tecnológico ao lado do Patrimônio Histórico. Diário de Taubaté, 1983 jan 29 e 30; 3.
19. Na Rua do Colégio Hospital Universitário voltará a atender o povo. Diário de Taubaté, 1983 maio 22; 1.
20. Odontologia UNITAU. Gazeta de Taubaté, 1984 jul 28; 8.
21. O flagelo da cárie. Diário de Taubaté, 1983 jan 08; Seção Registro: 1.
22. O novo congresso. Diário de Taubaté, 1983 fev 18; 3.
23. O povo não esqueceu as diretas já. Gazeta de Taubaté, 1984 jul 01; 1.
24. Ortiz anuncia secretariado e prioridades do Plano de Governo. Diário de Taubaté, 1983 jan 29 e 30/01/83; 1.
25. Ortiz: "Recebemos a prefeitura com quase tudo por fazer e sem dinheiro". Diário de Taubaté, 1983 fev 18; 1.
26. Ortiz: vamos restabelecer a credibilidade no Poder Público. O pronunciamento. Diário de Taubaté, 1983 fev 02; 1.
27. Parque Três Marias: entrou em funcionamento o PAS – Posto de Atendimento Sanitário. Diário de Taubaté, 1983 dez 20; 1.
28. Participação da Secretaria da Saúde no Orçamento do Estado é recorde. Gazeta de Taubaté, 1984 out 20; Seção Panorama: 2.

29. Pedida a criação do Departamento de Saúde. Diário de Taubaté, 1983 fev 24; 1.
30. Política. Apenas quatro. Gazeta de Taubaté, 1985 nov 02; 9.
31. Por que diretas e constituinte? Gazeta de Taubaté, 1984 mar 17; 5.
32. Povo de Taubaté pede o fim da briga. Diário de Taubaté, 1983 out 16; 1.
33. Povo mais perto do prefeito. Diário de Taubaté, 1983 nov 04; 4.
34. Prefeitura herda dívida de Cr\$ 756 milhões da administração anterior. Diário de Taubaté, 1983 abr 12; 1.
35. Prefeitura intervém no Pronto-Socorro. Diário de Taubaté, 1983 maio 22; 10.
36. Prestando contas — Diário popular in Governo Montoro. A assistência está chegando a todos os municípios. Gazeta de Taubaté, 1985 set 07; 7.
37. Pronto-socorro. Gazeta de Taubaté, 1984 set 04; Seção Notas: 2.
38. Pronto-Socorro Odontológico em funcionamento. Diário de Taubaté, 1983 set 02; 1.
39. Pronto-Socorro Odontológico em pleno funcionamento. Diário de Taubaté, 1983 set 22; 2.
40. Pronto-Socorro Odontológico em Taubaté. Diário de Taubaté, 1983 ago 31; 6.
41. Quiririm: Posto de Saúde terá nome do Dr. José Luiz Cembranelli. Diário de Taubaté, 1983 ago 09; 1.
42. Retorno a um Estado Social. Gazeta de Taubaté, 1986 ago 16; 10.
43. Reuniões de Bairro. Diário de Taubaté, 1983 jun 04; 1.

44. Prefeitos voltarão a Brasília pelas diretas. Gazeta de Taubaté. 1984 fev 12; Seção Geral: 4.
45. Tancredo Neves. Gazeta de Taubaté, 1985 abr 27; 1.
46. Taubaté melhora fluoretação da água. Diário de Taubaté, 1983 mar 23; 4.
47. Taubaté, revendo a história em 110 anos. Diário de Taubaté, 2001 dez 05; 13.
48. Tribunal de Justiça de São Paulo decreta nulidade da sessão de cassação. Gazeta de Taubaté, 1985 maio 11; 1.
49. Velho INAMPS. Gazeta de Taubaté, 1991 jul 27; 4.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Adriana de Castro e Silva, RG 28809285-5, sexo feminino, dentista, mestranda do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa Análise da Evolução Histórica da Atenção em Saúde Bucal no Departamento Municipal de Saúde de Taubaté, de 1983 até 2005.

Essa pesquisa pretende conhecer o processo de construção da Política de Saúde Bucal do município de Taubaté, identificando as dificuldades e desafios para a sua implantação; terá como duração o período de junho/2006 a maio/2007. Será composta de quatro etapas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas (que não configuram nenhum tipo de risco aos entrevistados) e análise dos dados. A entrevista será realizada com os principais sujeitos envolvidos no processo de implantação da Política de Saúde Bucal de Taubaté.

Para isso, solicito a Vossa Senhoria autorização para entrevistá-lo (a) em dia e horário a combinar. Cada entrevista está estimada em cerca de 40 (quarenta) minutos, será gravada e transcrita. Todo o material será mantido sob a guarda do pesquisador e posteriormente será destruído. Para informações adicionais, que

poderão ser solicitadas a qualquer tempo, e outras providências, favor contatar o endereço ou telefones abaixo mencionados.

Esclareço que a participação não é obrigatória e as informações serão utilizadas única e exclusivamente nessa pesquisa sendo que, em nenhuma hipótese, os participantes serão identificados nominalmente. Esclareço também que a vossa participação poderá ser interrompida a qualquer momento.

Dados dos responsáveis para acompanhamento da pesquisa:

Dados da Pesquisadora

Nome: Adriana de Castro e Silva

Endereço: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 715

Bairro Cerqueira César

São Paulo-SP

CEP 01246-904

Departamento de Prática de Saúde Pública

Tel. (11) 3066-7000

Dados do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Endereço: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 715

Bairro Cerqueira César

São Paulo-SP

CEP 01246-904

Departamento de Prática de Saúde Pública

Tel. (11) 3066-7779

Consentimento Pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Taubaté, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Pesquisadora

ANEXO 2 – QUESTÕES UTILIZADAS NAS ENTREVISTAS

Data de realização da entrevista:

Local de realização:

1) Identificação profissional:

Instituição considerada: Prefeitura Municipal de Taubaté

Período no Cargo/Função:

Data de admissão:

Formação profissional:

Curso ou pós-graduação em Saúde Pública:

Tempo de formado:

2) Como se dá o acesso da população aos serviços públicos de saúde bucal?

3) Taubaté possui vários PAMO, que correspondem às Unidades Básicas de Saúde, consideradas como a porta de entrada do sistema. Comente os critérios considerados para a criação desses PAMO e também quais são as atividades desenvolvidas pelos profissionais alocados nesses postos.

4) O município teve duas experiências com o Programa de Saúde da Família, considerado atualmente como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica. Você concorda?

5) O número de atendimentos odontológicos especializados realizados no Brasil corresponde a uma pequena parcela do total dos procedimentos

odontológicos. Comente sobre os atendimentos realizados na Clínica de Especialidades do município.

6) Existe uma Política de Recursos Humanos em Saúde Bucal na Prefeitura Municipal de Taubaté? Fale a respeito.

7) Como tem sido definida a política de saúde bucal do município?

8) Os recursos destinados à saúde bucal têm sido suficientes? Comente.