

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de
serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná,
à luz do princípio da diferença**

Márcia Helena Baldani Pinto

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

Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública
Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo
Sampaio de Almeida
Co-orientador: Prof. Dr. José Leopoldo
Ferreira Antunes

**São Paulo
2006**

Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná, à luz do princípio da diferença

Márcia Helena Baldani Pinto

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

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes

**São Paulo
2006**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores. Ao usá-lo cite a fonte.

Assinatura:

Data:

*Caminante son tus huellas
el camino y nada más;
caminante, no hay camino
se hace camino al andar.*

*Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.*

*Caminante no hay camino
sino estelas en la mar...*

*Proverbios y cantares, de **Antonio Machado***

Para

LEDA E ARTHUR,

meus pais,

cuja vida de trabalho e dedicação permitiram que eu chegasse até aqui...

JÚNIOR,

com amor, pelo companheirismo em todos os momentos...

ESTELA e BRUNO,

pela força e paciência com que toleraram minha ausência prolongada...

LUIZ ANDRÉ,

que nasceu no decorrer desta pós-graduação,

por resgatar nossa unidade familiar.

AGRADECIMENTOS

Em especial,

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida, pela confiança em minha capacidade de desenvolver este trabalho.

Ao co-orientador e amigo, Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, pela disposição em me ajudar a qualquer momento, mesmo estando envolvido com tantas outras atividades.

Aos Profs. Drs. Paulo Capel Narvai, Roberto Augusto Castellanos Fernandes e Paulo Frazão São Pedro, pela oportunidade de participar de acaloradas discussões no campo da Saúde Bucal Coletiva.

Aos Profs. Drs. Amélia Cohn, Paulo Antônio de Carvalho Fortes, Laurindo Dias Minhoto, Oswaldo Yoshimi Tanaka, José Carlos Seixas, além dos professores já citados, pela contribuição para a construção do referencial teórico-metodológico deste estudo.

A Paulo Roberto Nascimento, César José Campagnoli, Marcos Azeredo Furquim Werneck, Leo Kriger, e a todos os demais colegas e amigos que colaboraram com a realização deste trabalho cedendo dados, material bibliográfico ou informações.

Aos muitos colegas de disciplinas, alguns dos quais se tornaram grandes amigos, pelo companheirismo e pelos ricos momentos de aprendizagem que compartilhamos.

Às secretárias Maria do Carmo e Margarete, pela solidariedade para comigo, muitas vezes extrapolando suas obrigações.

Às amigas e companheiras de disciplina Eunice Kuhn, Cristina Berger Fadel e Denise Stadler Wambier que, ao assumirem as aulas na minha ausência, possibilitaram minha liberação pelo Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Aos meus tios Míriam e Wálter de Oliveira, e especialmente aos primos Lorena e Fabrício, por me acolherem em seu lar, tornando menos solitários os períodos que passei longe de casa.

A tantas outras pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Pinto MHB. **Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná, à luz do princípio da diferença.** São Paulo; 2006. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo: Estudos demonstram progressos na promoção da equidade em certos níveis da provisão de serviços no SUS. O objetivo deste trabalho foi verificar a aplicação deste princípio constitucional na provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná, partindo do conceito de equidade vertical descrito na legislação brasileira. **Método:** Este estudo ecológico analisou indicadores de alocação de recursos, oferta e utilização dos serviços odontológicos para municípios do Paraná, 2003. Os dados foram obtidos através de relatórios administrativos, referências bibliográficas, e bancos oficiais disponibilizados na Internet. Utilizando estatísticas não paramétricas, através do programa SPSS 8.0 1997, analisou-se a associação entre indicadores de serviços odontológicos e de condição socioeconômica. **Resultados:** Identificou-se tendência redistributiva dos recursos federais transferidos aos municípios para Atenção Básica, intensificada a partir do lançamento do Programa Saúde da Família. Observou-se ainda tendência pró-equidade na oferta e utilização dos serviços odontológicos em Atenção Básica. Porém, quando um indicador de capacidade de resposta do sistema de saúde foi considerado, duas situações ocorreram: para municípios com sistemas de saúde

melhor avaliados, a provisão de serviços odontológicos associou-se positivamente com os indicadores socioeconômicos; para os demais verificou-se associação negativa. O PSF apresentou características mais equânimes do que outras políticas de saúde bucal. **Conclusões:** Foram identificados progressos quanto à equidade na provisão de serviços públicos odontológicos no Paraná, associados principalmente com a implantação do PSF com equipes de saúde bucal. Argumenta-se que estes progressos estão relacionados com a capacidade de alguns municípios com piores condições de vida desenvolverem boas respostas dos sistemas de saúde.

Descritores: equidade; política de saúde; serviços de saúde bucal; provisão e utilização.

SUMMARY

Pinto MHB. **Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná, à luz do princípio da diferença** [*Equity and the Brazilian Health System – SUS: the provision of public dental health services in the State of Paraná, from the view of the principle of difference*]. São Paulo (BR); 2006. [PhD Thesis - Faculdade de Saúde Pública da USP, Brazil].

Objective: Studies have shown progresses on the promotion of equity in the provision of some health services in the context of SUS. This study aimed to verify if this constitutional principle has been applied to the provision of dental public services in the state of Paraná, considering the concept of vertical equity as described in the Brazilian law. **Methods:** This ecological study assessed resources, supply and utilization of dental services in towns of Paraná, 2003. Data were obtained from administrative reports, bibliographic references, and official databases available on web. The appraisal of association between indices assessing dental services and socioeconomic status used non parametric statistics, performed by the SPSS 8.0 1997 software. **Results:** A redistributive trend was identified for federal resources addressed to municipalities for primary health care. The supply and utilization of dental services in units of primary health care also presented a pro-equity trend. However, when considering an index of responsiveness of health systems, two situations were identified: for towns with better-off health systems, the provision of

dental services was positively associated with socioeconomic indices; while the remaining towns presented a negative association. The Health Family Program (PSF) presented a more equitable feature than other dental health policies. **Conclusions:** Progresses on the promotion of equity in the provision of dental public services at Paraná were identified, mainly associated to the implementation of PSF with dental teams. They were discussed as associated with the ability of some municipalities presenting poorer life conditions developing good answers for their health systems.

Descriptors: equity; health policy; dental health services; provision and utilization.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Indicadores de provisão de serviços públicos odontológicos, utilizados como variáveis de desfecho, tipo, ano e fonte.

Quadro 2. Indicadores de recursos financeiros alocados em saúde nos municípios, utilizados como variáveis de desfecho, tipo, ano e fonte.

Quadro 3. Indicadores de condição socioeconômica, utilizados como variáveis explicativas, tipo, ano e fonte.

Figura 1. Microrregiões de saúde do Estado do Paraná, segundo Plano Diretor de Regionalização, 2001.

Figura 2. Distribuição dos recursos financeiros investidos em saúde em 2003 para os Estados do Brasil.

Figura 3. Participação percentual do aporte estadual no total de recursos próprios alocados em saúde nas três esferas de governo em 2001, para os Estados do Brasil.

Figura 4. Distribuição dos procedimentos odontológicos/ habitante em 2003 para os Estados do Brasil.

Figura 5. Evolução da despesa total com saúde *per capita*, segundo grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 6. Evolução das transferências PAB *per capita*, segundo grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 7. Evolução da utilização de ações básicas *per capita* em odontologia, para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 8. Evolução da utilização de procedimentos coletivos *per capita*, em odontologia, para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 9. Evolução da utilização de procedimentos preventivos *per capita* em odontologia para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 10. Evolução da utilização de procedimentos restauradores *per capita* para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 11. Evolução da utilização de exodontias *per capita*, para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Figura 12. Medianas da proporção de população com acesso a fluoretação das águas de abastecimento público em 2000, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Figura 13. Medianas dos números de ações básicas em odontologia *per capita*, realizados em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Figura 14. Medianas dos números de procedimentos preventivos em odontologia *per capita*, realizados em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Figura 15. Medianas dos números de exodontias *per capita*, realizados em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Figura 16. Medianas dos valores do PAB aplicados em ações de odontologia em 2000, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Figura 17. Medianas dos valores de incentivo à saúde bucal no PSF em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Figura 18. Distribuição espacial dos municípios do Estado do Paraná, segundo grupos com maiores e menores valores do Índice de Resposta do Sistema de Saúde, Índice de Desenvolvimento Humano e indicadores socioeconômicos, 2000.

Figura 19. Distribuição espacial dos municípios do Estado do Paraná, segundo grupos com maiores e menores valores dos indicadores de provisão de serviços públicos odontológicos *per capita*, 2003.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Teste de normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis de provisão de serviços odontológicos.

Tabela 2. Teste de normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis de condição socioeconômica.

Tabela 3. Teste de normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis de recursos financeiros alocados em saúde.

Tabela 4. Distribuição proporcional dos municípios do Estado do Paraná, segundo grupos de ICVS/ IRSS, 2000.

Tabela 5. Índice CPO-D de crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, da cidade de Curitiba, antes e depois da exposição contínua à água de abastecimento público fluoretada, referente aos anos de 1958 e 1968.

Tabela 6. Distribuição dos municípios do Estado do Paraná, segundo o ano de início do processo de fluoração das águas de abastecimento público.

Tabela 7. Evolução da distribuição proporcional da população beneficiada com água fluorada em uma década no Estado do Paraná.

Tabela 8. Evolução da oferta de procedimentos odontológicos no serviço público no Estado do Paraná, entre 1985 e 1989 (AIS / SUDS).

Tabela 9. Distribuição dos municípios do Estado do Paraná, segundo o tipo de gestão do SUS, em 1995 e 1997.

Tabela 10. Distribuição dos municípios do Estado do Paraná, segundo o tipo de gestão do SUS, em 2000.

Tabela 11. Evolução dos recursos financeiros investidos em saúde para o Estado do Paraná.

Tabela 12. Evolução da oferta de procedimentos odontológicos na Atenção Básica do SUS no Estado do Paraná, entre 1995 e 2003.

Tabela 13. Evolução da oferta de procedimentos odontológicos individuais e coletivos na Atenção Básica do SUS no Estado do Paraná, entre 1995 e 2003.

Tabela 14. Evolução do número de dentistas atuando no serviço público no Estado do Paraná, entre 1982 e 2002.

Tabela 15. Estatísticas descritivas das variáveis socioeconômicas dos municípios do Estado do Paraná, 2000.

Tabela 16. Estatísticas descritivas das variáveis de recursos financeiros alocados em saúde dos municípios do Estado do Paraná, 2003.

Tabela 17. Estatísticas descritivas das variáveis de serviços públicos odontológicos dos municípios do Estado do Paraná, 2003.

Tabela 18. Evolução da oferta de serviços públicos odontológicos (procedimentos/habitante/ ano) por município do Estado do Paraná, entre 1998, 2000 e 2003.

Tabela 19. Medianas dos indicadores de serviços públicos odontológicos para grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em Saúde Bucal em 2003.

Tabela 20. Evolução da provisão de serviços públicos odontológicos individuais para grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em Saúde Bucal em 2003.

Tabela 21. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de recursos financeiros aplicados em saúde, 2003, e de condição socioeconômica, 2000, para os municípios do Estado do Paraná.

Tabela 22. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de recursos financeiros aplicados em saúde e de provisão de serviços públicos odontológicos para os municípios do Estado do Paraná, 2003.

Tabela 23. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos (recursos financeiros em Atenção Básica) e de condição socioeconômica para os municípios do Estado do Paraná, 2000.

Tabela 24. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos (recursos humanos e capacidade instalada), 2003, e de condição socioeconômica, 2000, para os municípios do Estado do Paraná.

Tabela 25. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de fluoração das águas de abastecimento público e de condição socioeconômica para os municípios do Estado do Paraná, 2000.

Tabela 26. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos (procedimentos de Atenção Básica), 2003, e de condição socioeconômica para os municípios do Estado do Paraná, 2000.

Tabela 27. Medianas dos indicadores socioeconômicos, 2000, para grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em Saúde Bucal em 2003.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

APMI – Associação de Proteção à Maternidade e à Infância

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSB – Conferência Nacional de Saúde Bucal

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade

CPO-D – dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

DNSB – Divisão Nacional de Saúde Bucal

DSSO - Departamento de Serviços de Saúde Odontológicos

DUS – Departamento de Unidades Sanitárias

ECEO – Encontro Nacional dos Estudantes de Odontologia

ENATESPO – Encontro Nacional de Administradores e Técnicos de Serviços Públicos Odontológicos

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipes de Saúde da Família

FINSOCIAL - Fundo de Desenvolvimento Social

FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias de Serviços

ICVS – Índice de Condições de Vida e Saúde

IDH M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil

IES – Índice de Exclusão Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INTERNET – Rede mundial de computadores

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRSS – Índice de Resposta do Sistema de Saúde

ISEP – Instituto de Saúde do Paraná

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MBRO – Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica

NHS – National Health System

NISIS – Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso Assistencial Básico

PABA – Piso Assistencial Básico Ampliado

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PC – Procedimentos Coletivos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PI – Procedimentos Individuais

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRAOD – Programa de Reorientação da Assistência Odontológica

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão das Equipes de Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RAWP – Resource Allocation Working Party

SANEPAR – Companhia de Saneamento do Paraná

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SESB – Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SOS – Serviço de Odontologia Sanitária

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tratamento Completado

THD – Técnico em Higiene Dental

UNEO – União Nacional dos Estudantes de Odontologia

UNICEF – United National Children's Fund

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Conceituando equidade	8
1.2. Equidade e os serviços públicos de saúde	22
1.3. A Constituição brasileira, o SUS e a equidade	30
1.4. Proposta de estudo e justificativa	43
2. OBJETIVOS.....	45
2.1. Geral	45
2.2. Específicos	45
3. MÉTODO	46
3.1. Descrição das variáveis	51
3.1.1. Provisão de serviços públicos odontológicos	55
3.1.2. Condição socioeconômica	58
3.1.3. Recursos financeiros alocados em saúde	62
3.2. Análise dos dados	62
3.2.1. Contexto histórico (revisão bibliográfica)	62

3.2.2. Distribuição e evolução da provisão de serviços públicos odontológicos no Paraná (análise exploratória)	64
3.2.2. Verificação da Normalidade: seleção de testes estatísticos paramétricos ou não-paramétricos	65
3.2.3. Associação entre variáveis de provisão de serviços odontológicos, de recursos financeiros alocados em saúde, e condição socioeconômica	68
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	72
4.1. Oferta de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná:	
contexto histórico	73
4.1.1. O Serviço de Higiene Dentária (década de 1940)	74
4.1.2. O SESP e o Sistema Incremental (década de 1950).....	77
4.1.3. O Regime Militar e o Sistema Previdenciário (décadas de 1960 e 1970)	81
4.1.4. A crise da Previdência, o PIASS e a Odontologia Simplificada (final dos anos 1970)	84
4.1.5. O Movimento pela Reforma Sanitária e as novas propostas (início dos anos 1980).....	92
4.1.6. As Ações Integradas de Saúde – o início da municipalização (década de 1980).....	95

4.1.7. A expansão da fluoração das águas de abastecimento público no Paraná.....	100
4.1.8. Os Centros de Referência em Odontologia no Paraná	103
4.1.9. Os movimentos contra hegemônicos do setor odontológico na década de 1980 e a Reforma Sanitária	104
4.1.10. A VIII Conferência Nacional de Saúde, o SUDS e a Política Nacional de Saúde Bucal.....	109
4.1.11. A Constituição Federal de 1988 e o SUS (início dos anos 1990)	112
4.1.12. A NOB-SUS 01/93 e a descentralização	120
4.1.13. A NOB-SUS 01/96 e o financiamento	122
4.1.14. Os anos 1990 – a reforma do Estado e a Saúde da Família	124
4.1.15. Início dos anos 2000 – a vinculação de recursos orçamentários, a NOAS-SUS 2001 e a Saúde Bucal no PSF.....	131
4.1.16. A nova Política Nacional de Saúde Bucal e o “Brasil Sorridente”.....	149
4.2. As desigualdades socioeconômicas e na distribuição dos serviços odontológicos no Estado do Paraná	153

4.3. A equidade e a provisão de serviços públicos odontológicos no	
Estado do Paraná	170
4.3.1. Equidade na distribuição dos recursos	178
4.3.2. Equidade na oferta ou oportunidade de acesso.....	185
4.3.3. Equidade na utilização dos serviços	189
4.3.4. Provisão de serviços públicos odontológicos e associação entre condição de vida e respostas do sistema de saúde.....	201
4.3.5. Distribuição espacial dos indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos	209
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	214
6. REFERÊNCIAS	223

1. INTRODUÇÃO

Seu Antônio, de profissão agricultor, tem apenas 42 anos de idade e já perdeu todos os dentes, e não foi [apenas] por placa bacteriana, por cárie ou doença periodontal. Ficou desdentado por baixos salários, por inflação, por educação inadequada, por incompetência governamental, por subnutrição, por discriminação, por petróleo, por dentista, por programas de saúde. Seu Antônio, sem dúvida, ficou desdentado por sociedade.

Volnei Garrafa

Há importantes razões econômicas, sociais e morais para justificar que esforços para a redução das desigualdades em saúde sejam empreendidos. Estas razões advêm das evidências de que mortalidade, morbidade, bem como fatores de risco individuais e comportamentais em saúde não estão distribuídos de maneira uniforme nas populações (DAHLGREN e WHITEHEAD 1992). Classicamente os estudos epidemiológicos têm identificado as desigualdades na saúde das populações como reflexo das desigualdades de uma sociedade. Assim, indivíduos com pior condição de vida, medida por meio de indicadores como renda, inserção social, moradia e outros, apresentam os piores padrões de saúde, medidos por mortalidade, morbidade ou qualidade de vida (WILKINSON 1992; PACK 1998). Isso ocorre porque os grupos populacionais com melhores condições econômicas e sociais estão menos sujeitos à ação de fatores ambientais que estão envolvidos com a ocorrência de certas

doenças cuja incidência é mais elevada naqueles submetidos à privação social (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO 1999).

A condição social também tem sido enfatizada como importante determinante das condições de saúde bucal (LORETTO e col. 2000; NADANOVSKY 2000), existindo vários estudos que abordam a associação entre determinantes sociais e agravos bucais, como a cárie dentária e doença periodontal, tanto no campo individual (ÖSTERBERG e col. 1998; IRIGOYEN e col. 1999; PERES e col. 2000; GESSER e col. 2001; GILLCRIST e col. 2001; PERES e col. 2003; BASTOS e col. 2005) como no ecológico (PATUSSI e col. 2000; ANTUNES e col. 2002; BALDANI e col. 2002, 2004). Estes estudos revelam que a condição bucal mostra-se significativamente pior em populações de baixo nível socioeconômico.

O gradiente social da saúde tem sido verificado nos mais diferentes países, independentemente da natureza, abrangência e eficiência dos respectivos sistemas de saúde, refletindo inclusive nas condições de acesso aos serviços e qualidade dos mesmos (SZWARCOWALD e col. 1999; WATT 2002).

Nas últimas décadas, teorias têm sido formuladas para explicar o acesso diferenciado de grupos populacionais aos serviços de saúde. HART, em 1971, propôs a *inverse care law*, postulando que “a disponibilidade de bom atendimento médico tende a variar inversamente com a necessidade da população servida” (HART 1971). A aplicação da *inverse care law*, ou Lei de HART, tem sido verificada a partir de então por meio de uma série de estudos com metodologias variadas nas diversas áreas da saúde (GILLAM 1992; BROWN e LUMLEY 1993; WEBB 1998; DE LIMA e col. 1999; FURLES e col. 2001), inclusive na Odontologia (JONES 2001). Em 2000 VICTORA e col. formularam a *inverse equity hypothesis*, que seria o

corolário da Lei de HART para os serviços públicos de saúde. Diferente desta, a Hipótese de VICTORA refere-se ao intervalo de tempo decorrido entre o momento inicial da implementação de uma dada medida de saúde coletiva e aquele em seus resultados sobre as condições de saúde, ou de acesso a serviços, da população podem ser observados. Sob efeito dessa intervenção, as iniquidades podem aumentar, manter-se ou diminuir, influenciando e sendo influenciadas por um conjunto complexo de determinações políticas, econômicas e sociais (VICTORA e col. 2000).

Se o acesso a serviços de saúde bucal é diferenciado para os diversos grupos populacionais em países desenvolvidos (ROBERTS – THOMSON e col. 1995; HONKALA e col. 1997; ÖSTERBERG e col. 1998; HJERN e col. 2001; JONES 2001; ZABOS e col. 2002), em países menos desenvolvidos a situação é ainda mais evidente (PACK 1998; BARROS e BERTOLDI 2002). No caso do Brasil, NARVAI (1997) estima que, em 1987, os serviços privados de saúde bucal eram acessíveis para apenas 5,0% da população. Dados extraídos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 (IBGE 2000) mostraram que 18,7% da população brasileira nunca havia consultado um serviço odontológico, sendo o Nordeste a região de maior carência. A PNAD de 2003 (IBGE 2005) indica que, apesar da redução na proporção de população que nunca consultou um dentista (15,9%) as desigualdades ainda persistem. Por outro lado, o Brasil apresenta uma alta concentração de dentistas, os quais atuam principalmente no âmbito privado (NARVAI 1997) e em áreas urbanas, especialmente nas grandes cidades e capitais do Sudeste e Sul.

Tanto a Lei de HART quanto a Hipótese de VICTORA foram propostas para demonstrar porque os indivíduos com pior condição socioeconômica têm menos

acesso a serviços de saúde de qualidade (HART 1971, 2000; VICTORA e col. 2000). Estes postulados indicam a presença de desigualdades injustas, o que caracterizaria iniquidade ou falta de equidade.

O tema equidade passou a receber maior atenção na década de 80, a partir da formulação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), da estratégia “Saúde para todos no ano 2000”, a qual visava à promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade (VIANA e col. 2003). Desde então, equidade e eficiência têm norteado as propostas das agências multilaterais para a reforma dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento (SENNA 2002).

Os conceitos de equidade podem variar e, dependendo da definição adotada para o termo, a conformação de um sistema equânime também varia (TRAVASSOS e col. 2000).

A equidade é um dos princípios fundamentais do atual sistema de saúde brasileiro (TRAVASSOS 1997; DUARTE 2000; TRAVASSOS e col. 2000). Com a criação do SUS em 1988, a Constituição brasileira institucionalizou a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde a toda a população. Assim, no caso da Constituição de 1988, equidade pode ser traduzida como “igualdade de oportunidades de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais” (TRAVASSOS 1997; DUARTE 2000; TRAVASSOS e col. 2000). Essa forma de interpretação também pode ser denominada de “equidade horizontal” (TRAVASSOS 1997; MACINKO e STARFIELD 2002). Porém, o que se verifica é que o conceito vai sendo modificado a partir da edição das Normas Operacionais Básicas (NOB), culminando por ser

adotado o conceito de equidade que considere o princípio da diferença, ou seja, equidade enquanto discriminação positiva (DUARTE 2000; NISIS 2002).

O conceito de equidade enquanto igualdade não contempla as diferenças nos níveis de saúde e no acesso a serviços entre os vários grupos populacionais, uma vez que as populações mais carentes tendem a concentrar maiores níveis de doença do que aquelas mais favorecidas, bem como têm dificultado seu acesso a serviços de saúde de qualidade, ao terem suas escolhas limitadas pela condição social (BROWN e LUMLEY 1993). Dessa forma pergunta-se: quando as desigualdades em saúde entre grupos podem ser consideradas como falta de equidade? DAHLGREN e WHITEHEAD (1992) respondem: *“Inequalities in health are considered inequities when they are avoidable, unnecessary and unfair”*.

Para WHITEHEAD (1992), *“equity is therefore concerned with creating equal opportunities for health and with bringing health differentials down to the lowest level possible”* (p.7). Nesse contexto o conceito de equidade mais apropriado seria o da “equidade vertical” que, contemplando o princípio da diferença, supõe tratamento preferencial para aqueles com as maiores necessidades (MACINKO e STARFIELD 2002). Diante desse conceito, a legislação e outras medidas políticas devem procurar compensar os efeitos das desigualdades de condições sociais (DUARTE 2000), com os mecanismos de discriminação positiva operando em favor de grupos menos privilegiados que têm, assim, suas oportunidades aumentadas, assegurando a “equidade de resultados ou de efeitos” (DUARTE 2000).

As políticas que consideram uma justa distribuição de recursos em saúde podem, por sua vez, serem fundamentadas em alternativas teóricas que procurem interpretar o princípio ético da justiça distributiva (FORTES 2003). Segundo

FORTES (2003) “essa reflexão remete a discutir qual a responsabilidade do Estado na implementação de políticas públicas, quais e quantos recursos devem ser dirigidos à assistência à saúde, quais as prioridades para a distribuição de recursos entre programas, projetos e instituições de saúde” (p.35). Para o autor, teorias baseadas no atendimento das necessidades das pessoas demandam que a sociedade organizada e o Estado intervenham para garantir a justiça distributiva e minimizar os efeitos das loterias biológica e social. Uma dessas teorias foi proposta por JOHN RAWLS, em 1971, sendo por ele denominada de “*justice as fairness*” (justiça como equidade). De acordo com RAWLS, a justiça compreende, afora a garantia da liberdade individual, o princípio da igualdade equitativa de oportunidades (RAWLS 2002). Segundo DANIELS e col. (2000) esse princípio condena barreiras discriminatórias, e requer fortes medidas direcionadas à minimização dos efeitos das desigualdades socioeconômicas e outras contingências sobre as oportunidades. Em adição a medidas de educação, esse princípio também requer um suporte extensivo de serviços de saúde pública, médico e social, objetivados a promover uma vida normal (porém, não necessariamente igual) para todos. Complementando a concepção de justiça de RAWLS o princípio da igualdade equitativa de oportunidades deve ser acompanhado pelo princípio da diferença, segundo o qual é justa a ação que tenha conseqüências desiguais para os diversos envolvidos, desde que resulte em benefícios compensatórios para todos e, principalmente, para os menos favorecidos da sociedade (RAWLS 2002; FORTES 2003). À teoria da justiça de RAWLS acrescenta-se hoje o enfoque sobre as desigualdades de SEN (2001), ou seja, aos indivíduos deve ser dada a oportunidade de alcançarem estados de bem-estar diferentes como resultado da liberdade para a eleição de suas capacidades (PORTO

2003b). Assim, a equidade equiparada ao conceito de justiça social, parte do reconhecimento de que existem diferenças inevitáveis entre as pessoas e os grupos, bem como de que há diferenças injustas. É a identificação destas diferenças injustas que permitirá a decisão de quais ações deverão ser implementadas para reduzi-las (NISIS 2002).

Os tópicos a seguir apresentam uma revisão de literatura sobre o conceito de equidade nos âmbitos filosófico, da saúde e dos serviços, bem como sobre a apropriação e aplicação desses conceitos pelo sistema de saúde brasileiro a partir da criação do SUS. Por último, serão apresentadas a proposta e justificativas deste estudo.

1.1. Conceituando equidade

Do ponto de vista conceitual, a temática da justiça social e da equidade tem produzido um rico debate. Longe de um consenso, diferentes concepções alimentam as teorias sobre justiça social desenvolvidas pelas diversas correntes de pensamento. O problema da distribuição de bens (saúde entre eles) no âmbito da sociedade e da justiça social é complexo e admite vários esforços de análise. Religiosos, filósofos políticos, economistas, juristas, sociólogos, dentre outros especialistas, têm algo a dizer acerca do tema, sob a ótica de suas áreas de conhecimento. Pode-se considerar que, a rigor, qualquer pessoa seria capaz de discorrer sobre o assunto na qualidade de cidadão, tendo em conta suas convicções pessoais (BARCELLOS 2002). Embora este trabalho não pretenda fazer uma discussão aprofundada sobre o tema, deve-se considerar que as opções conceituais, inerentes aos delineamentos dos sistemas de saúde, orientam a escolha dos critérios distributivos para a alocação de recursos, a escolha dos indicadores utilizados para avaliar o grau de equidade e a interpretação dos resultados em relação à efetividade do sistema.

Com frequência os termos “igualdade” e “equidade” são traduzidos e incorporados de modos semelhantes. Apesar de serem muito confundidas, as palavras têm dois significados distintos e são conceitualmente diferentes. Igualdade é semelhança; equidade é justiça. Dessa forma, ser igual não significa necessariamente ser equânime, e vice-versa (BAMBAS e CASAS 2001). Observando as definições em dicionários de diversas línguas verifica-se que o conceito de equidade sempre está relacionado à justiça. Em português, o termo é assim definido: “justiça natural; disposição para reconhecer imparcialmente o direito de cada um; igualdade, justiça,

retidão”; seu antônimo é “injustiça” (DICIONÁRIO HOUAISS 2003). Em inglês verifica-se: “ *justice according to natural law or right; specifically, freedom from bias or favoritism; the state, ideal, or quality of being just, impartial, and fair*” ou ainda “*fairness: the quality of treating people equally or in a way that is reasonable; a society where justice and equity prevail; a system of natural justice*” (HORNBY 2000). O antônimo pode ser “*inequity*” ou “*unfairness*”, sendo que todos esses termos significam injustiça. O mais importante, segundo BAMBAS e CASAS (2001), é verificar que a idéia central da definição não é “igualdade distributiva” mas “justiça distributiva”.

Segundo FORTES (2003) o termo equidade tem recebido diversas interpretações na literatura, segundo as diversas concepções do que deve ser considerado justo, podendo-se definir dois grupos destas:

(....) interpretações fundadas no princípio da igualdade – de oportunidade de acesso a serviços de saúde, de recursos despendidos para cada indivíduo de uma condição particular, de vida sadia ganha por unidade monetária utilizada, de possibilidade das pessoas atingirem seu potencial de vida saudável, ou atendimento desigual a pessoas desiguais; e interpretações baseadas no princípio da diferença – tratamento igual para os iguais e desigual para os desiguais. (p.39)

GARRAFA e col. (1997) comentam que o debate em torno da questão da equidade foi marcadamente incrementado no final do século XX, tendo como principais precursores os movimentos sociais engajados nas lutas contra

discriminação racial e de gênero. Segundo os autores a equidade é o caminho para atingir a igualdade, e comentam:

(....) somente através do reconhecimento das diferenças e das necessidades diversas dos sujeitos sociais que se pode alcançar a igualdade. A igualdade não é mais um ponto de partida ideológico que tendia a anular as diferenças. A igualdade é o ponto de chegada da justiça social, referencial dos direitos humanos e onde o próximo passo é o reconhecimento da cidadania. (p.32)

Por sua vez, NUNES e col. (2001) afirmam que o princípio da equidade pressupõe o reconhecimento de diferenças entre os indivíduos, o que exige tratamento diferenciado, a fim de reduzir ou eliminar as desigualdades injustas existentes.

Para WHITEHEAD (1992), a equidade no cuidado à saúde se define enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos. A autora faz distinção entre diferenças de saúde inevitáveis, e diferenças consideradas injustas, sendo estas últimas as que devem ser objeto das políticas de saúde. Para ela o termo iniquidade (*inequity*) se refere a diferenças que são desnecessárias e evitáveis, sendo estas consideradas injustas (*unfair*). Assim, as causas inevitáveis referem-se aos determinantes biológicos, os comportamentos individuais prejudiciais à saúde escolhidos livremente e comportamentos grupais que promovem a saúde de seus membros. As diferenças de saúde injustas referem-se a comportamentos

desfavoráveis à saúde onde a possibilidade de escolha é restrita, condições de vida e trabalho pouco saudáveis e estressantes, restrições no acesso aos serviços básicos de saúde e outros serviços públicos e tendência a que pessoas com más condições de saúde sofram injustiças sociais. Para WHITEHEAD (1992), equidade na distribuição de cuidados em saúde é assim definida: *“equal access to available care for equal needs implies equal entitlement to the available services for everyone, a fair distribution throughout the country based on health care needs and ease all access in each geographical area, and the removal of other barriers to access.”* (p.8)

Do ponto de vista do pensamento liberal, atualmente as tendências preponderantes reconhecem como pilares principais do conceito de equidade a distribuição de recursos por meio de uma discriminação positiva em favor dos mais desfavorecidos e a diminuição das desigualdades que resultam de fatores que estão fora do controle individual e que são consideradas iníquas, ou seja, o princípio da diferença (DUARTE 2000).

Os debates e definições conceituais contemporâneos sobre desigualdades e equidade em saúde são essencialmente sustentados pela teoria da justiça formulada por JOHN RAWLS (2000, 2002), um importante filósofo contemporâneo, embasada no princípio da diferença.

A teoria de justiça de RAWLS foi formulada em 1971 e revista pelo autor em suas publicações subsequentes. Ao expressar a teoria da “justiça como equidade” o autor fornece bases para a tomada de decisões em estabelecer prioridades diante da insuficiência de recursos (RAWLS 2002). Seu pensamento é consideravelmente complexo, sendo que será abordado neste estudo apenas o necessário para oferecer uma visão que permita localizar, na construção do autor, a concepção de equidade,

identificando seu fundamento e sua função, bem como relacionar os princípios descritos em sua teoria com os princípios constitucionais brasileiros, mais especificamente, os relacionados com a seguridade social e saúde.

Segundo VITA (1999a) a teoria de RAWLS tem se mostrado a mais importante tentativa, no último século, de acomodar as exigências que derivam dos valores centrais da tradição política ocidental – liberdade, igualdade, solidariedade e auto-respeito – em uma visão normativa que tem credenciais liberais genuínas. O autor complementa que “o exame detalhado da justiça rawlsiana é proveitoso também por permitir evidenciar os problemas que terão que ser enfrentados, neste mundo pós-socialismo real, por qualquer visão política igualitária plausível” (p.41)

Existem três tipos de bens que são relevantes para uma teoria de justiça distributiva, sendo que os dois primeiros tipos são os que têm implicações claras para a teoria de RAWLS, e que o autor denomina “bens primários” (VITA 1999a):

- a) bens que são passíveis de distribuição, tais como renda, riqueza, acesso a oportunidades educacionais ou ocupacionais e a provisão de serviços;
- b) bens que não podem ser distribuídos diretamente, mas que são afetados pela distribuição dos primeiros, tais como o conhecimento, o auto-respeito e a saúde;
- c) bens que não podem ser afetados pela distribuição de outros bens, como as capacidades físicas e mentais de cada pessoa.

Para RAWLS (2002) o homem é um ser racional que está só em essência, sendo dotado de concepções particulares sobre a sociedade, a justiça e o bem; assim como de objetivos pessoais que deseja perseguir. Diante desse quadro o autor propõe uma nova forma de “contrato social”: postos em uma situação original hipotética em que cada um desconhece que posição ocupará na sociedade, bem como qual será seu

projeto pessoal de vida (posição esta que o autor denomina “véu de ignorância”), os homens procuram estabelecer um consenso a respeito dos princípios básicos de funcionamento da sociedade e da distribuição de bens. O que RAWLS pretende é estabelecer um procedimento que conduza a um resultado se não justo para todos, ao menos não injusto. Em uma situação de racionalidade e imparcialidade, que o autor entende haver sido obtida na situação original descrita, cada indivíduo concordará com um conjunto básico de princípios que ordenem a sociedade, de modos a lhe assegurar uma inviolabilidade pessoal mínima que possibilite o livre desenvolvimento de sua personalidade e o máximo de bem-estar possível. BARCELLOS (2002) analisa que o autor apresenta já em “Uma teoria de justiça”, de 1971 (RAWLS 2002), mas principalmente em “Liberalismo político” (RAWLS 2000), o conceito de “mínimo existencial” como pressuposto lógico de sua construção teórica: “a garantia de que cada homem disponha de um conjunto mínimo de condições materiais é pressuposto para que os procedimentos decididos pelos indivíduos no estado original sejam verdadeiramente equitativos” (BARCELLOS 2002, p.126). Dessa forma, os princípios fundamentais de justiça que seriam escolhidos pelos indivíduos (e que seriam a base de uma sociedade liberal-democrática justa), na concepção do filósofo, seriam os seguintes:

- 1 – Cada pessoa tem o mesmo direito a um esquema plenamente apropriado de liberdades básicas iguais, desde que seja compatível com a garantia de um esquema idêntico para todos;
- 2 – As desigualdades sociais e econômicas somente se justificam se duas condições forem satisfeitas:

- a) se estiverem vinculadas a posições e cargos abertos a todos em condições de “igualdade equitativa de oportunidades”;
- b) se forem estabelecidas para o máximo benefício possível dos membros da sociedade que se encontrarem na posição mais desfavorável (princípio da diferença ou *maximin*).

Segundo FORTES (2003) os princípios estão dispostos em ordem serial:

(...) a primeira etapa deve ser observada e garantida sempre antes da seguinte, não se podendo invocar, por exemplo, que a restrição das liberdades civis e políticas fundamentais deva ser aceita em nome de uma maior distribuição de benefícios sociais. A segunda etapa afirma que deve haver uma igualdade de oportunidades, para que todos sejam competentes para ter acesso às posições de autoridade e de responsabilidade, aos cargos e funções. Isto feito, torna-se válido que se mantenha o princípio da diferença, na distribuição das posições, mediada por aptidão, formação e competência individual. Aceitando o princípio da diferença, o autor defende que a ação ou a norma é justa mesmo quando favoreça a poucos, mas quando esses poucos são os menos afortunados pela loteria social. Pode-se dizer que acata a maximização do **minimum**, a justiça da ocorrência de uma “discriminação positiva”, priorizando os mais despossuídos, os excluídos. (p.40)

RAWLS, segundo PORTO (2003b), considera que para a efetiva realização dos critérios de justiça assim estabelecidos é necessária a intervenção governamental por

meio das suas instituições, no sentido de assegurar um mínimo social, a partir da distribuição dos bens primários.

No entanto, um grupo de autores tem analisado a complexidade das questões envolvidas na aplicação, no sistema sanitário, do conceito de equidade mais próximo do conceito de justiça do que de igualdade (WATT 2002; DIXON e col. 2003). Entre os problemas levantados por eles está o de que os significados geralmente aceites para equidade ignoram a distribuição desigual na população das próprias necessidades de saúde. Segundo estes autores, os grupos sociais menos privilegiados respondem a determinadas patologias de forma menos competente, exigindo, muitas vezes, cuidados mais intensivos: muitas doenças de evolução “benigna” em grupos sociais privilegiados podem levar à morte crianças debilitadas pela desnutrição.

DANIELS e col. (2000) comentam que a teoria de justiça como equidade não foi formulada para ser dirigida a questões de saúde pública. Porém, os autores argumentam que uma vez que a teoria de RAWLS foi idealizada para as mais gerais questões de justiça social, esta também gerou um grupo de princípios para a justa distribuição de determinantes sociais de saúde. Segundo eles, RAWLS assumiu que as pessoas em sua teoria fossem totalmente saudáveis (ninguém adoece ou tem morte prematura). Esta idealização provê um indício sobre como estender esta teoria para o mundo real de doença e morte prematura. Para DANIELS e col. (2000) o objetivo da saúde pública e da medicina deve ser manter as pessoas o mais próximo da idealização de funções biológicas normais quanto possível sob justificadas restrições de recursos. Manter as funções biológicas normais, por sua vez, traz uma limitada, porém significativa, contribuição para a proteção dos níveis de oportunidades abertas aos indivíduos. Dessa forma os autores sugerem que a distribuição de serviços de

saúde seja entendida e guiada por uma norma de igualdade equitativa de oportunidades. Este enfoque requer a provisão de acesso universal a cuidados de saúde, incluindo saneamento, atenção primária e serviços de suporte médico e social.

Para PORTO (2003b), a teoria da justiça de RAWLS, apesar das críticas que recebeu, contém as bases fundamentais para a busca de uma conceituação terminológica de equidade, com destaque para a incorporação de interesses coletivos como resultados do contrato original entre os indivíduos, o papel do Estado na distribuição dos bens básicos e preocupação com a diminuição das iniquidades por intermediação de políticas que, em alguma medida, melhorem a situação dos menos favorecidos.

Outra importante contribuição para o debate a respeito da equidade e da justiça social foi elaborada por AMARTYA SEN (2001) em sua obra “Desigualdade reexaminada”, publicada em 1992. Nessa obra o autor assume, como valores centrais, a igualdade e a liberdade, porém compreendendo esta última em um sentido amplo, no qual, além da possibilidade e escolha individual, se incluem o requisito da seguridade social e econômica (PORTO 2003b). Segundo SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM (2005), a igualdade, na concepção de SEN, representa uma abstração impossível de ser estendida ao cotidiano, haja vista a infinita diversidade humana em todos os aspectos, o que condenaria as concepções de justiça baseadas pura e simplesmente em uma pretensa igualdade plena ao fracasso em suas próprias origens. Assim, o autor integra a “diferença” à sua concepção de justiça distributiva, propondo que se façam escolhas por determinadas dimensões da igualdade (VITA 1999b; SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM 2005). Quanto ao pensamento de SEN, LUCHESE (2003) comenta que:

Diante do reconhecimento da heterogeneidade básica dos seres humanos e da multiplicidade de variáveis em cujos termos a igualdade pode ser julgada – o que não raro resulta em divergências relevantes de avaliação – o autor propõe como ponto de partida para a análise da desigualdade a seguinte indagação: “está se buscando igualdade de quê? (p.442)

Ao preconizar uma igualdade (complexa) de oportunidades, SEN (2001) considera que a vida pode ser vista como um conjunto de funções interrelacionadas (*functionings*) e que as relações, ou resultados, pessoais podem ser compreendidos como o vetor resultante dessas funções. Como exemplo de funções relevantes cita-se estar bem nutrido, ter boa saúde, ser alfabetizado, assim como algumas mais complexas, como ser feliz ou ter auto-estima. Segundo VITA (1999b) “as *functionings* constituem os ingredientes do bem-estar; e as *functionings* que uma pessoa consegue realizar (ou ter acesso) em sua vida definem o nível de bem-estar efetivamente alcançado. Mas o bem-estar alcançado não é, para SEN, uma medida suficiente de vantagem ou do benefício individual. As comparações interpessoais de vantagem deveriam basear – se, sobretudo, na liberdade de alcançar o bem-estar.” (p.474) O ponto central, segundo SEN (2001), está na capacidade de que os indivíduos exerçam essas funções, segundo a capacidade (*capabilities*) que tenham as pessoas de transformar bens em funções. O conjunto de capacidades do indivíduo representa sua efetiva oportunidade de alcançar o bem-estar, assegurando a liberdade de eleição entre o conjunto de vetores de funcionamentos possíveis (PORTO 2003b).

Para SEN, a igualdade na distribuição dos bens primários proposta por RAWLS não é suficiente para assegurar tratamento equitativo, sendo a desigualdade de

capacidades o princípio primordial de ajuste para a obtenção da equidade (PORTO 2003b). O autor exemplifica da seguinte forma: uma pessoa pode ter mais bens primários do que outra, medidos tanto em recursos como em liberdades, mas ser portadora de algum tipo de incapacitação, ou ainda duas pessoas podem ter igualdade de capacidades, mas chegaram a estados diferentes de bem-estar simplesmente como resultado da liberdade de escolha (SEN 2001).

Segundo PORTO (2003b), na proposta de SEN:

(....) el estado de salud depende de la capacidad de funcionar que las personas tienen a su disposición, incorporando, a este concepto de 'capacidad', diferentes factores determinantes de las necesidades tanto los relacionados con las características biológicas y sociales de los individuos como los derivados de la oferta existente, producto de las políticas sociales puestas en marcha, incluyendo variables referentes a la calidad de los servicios. O sea, tal capacidad es determinada por los bienes- por ejemplo cuidados de salud, educación, alimentación- y por las características de los bienes – eficacia clínica, conocimientos, composición protéica de la dieta. Asimismo, las características de los bienes se encuentran conectados a los factores ambientales- disponibilidad de cuidados médicos, de buena educación, de alimentación nutritiva- y las características personales- edad, nivel socio-económico, dimensión de la familia. (p. 942)

A autora conclui que, para SEN a equidade deveria ser compreendida como igualdade de oportunidades e que, para sua efetiva execução, seria necessário

compensar as desigualdades de capacidades (PORTO 2003b). SIQUEIRA-BATISTA e SCHRAMM (2005) argumentam que a proposta de SEN contrapõe a de RAWLS uma vez que localiza o espaço avaliatório na preocupação com as pessoas vivendo em sociedade e não apenas com os bens primários *per se* (que seriam imutáveis para RAWLS, segundo esses autores). Mas, para VITA (1999b), SEN não propôs de fato uma teoria de justiça alternativa à de RAWLS, em parte porque seu “enfoque da capacidade” seria, em vários aspectos, tributário das estruturas normativa e ideológica da teoria deste autor. Segundo VITA (1999b), a concepção de justiça de SEN não propõe nem acrescenta valores aos já definidos por RAWLS, mas sim oferece uma forma específica de arbitrar as exigências e o peso relativo dos valores centrais.

Nos últimos anos, FLEURBAEY (1995, 2004) tem contribuído para a discussão. Para ele, o que importa é a obtenção de “igualdade de realizações fundamentais” e, para tanto, se propõe a fazer uma lista de realizações expressivas para os indivíduos, indicando, em cada caso, se é resultado de responsabilidade pessoal ou social (FLEURBAEY 1995). O autor traz ao debate a noção de responsabilidade pessoal, agregada por autores a partir da teoria de justiça de RAWLS, a qual introduz a divisão de papéis entre instituições sociais e decisões pessoais na determinação do bem-estar individual (FLEURBAEY 2004). Segundo o autor, a literatura contém duas principais propostas para a alocação da responsabilidade. Em teorias de igualdade de recursos, como a de RAWLS, a sociedade provê recursos e os indivíduos são responsáveis apenas por sua utilização e por suas ambições. Em teorias de igualdade de oportunidades, como a de SEN, a sociedade provê oportunidades e os indivíduos são responsáveis por escolhê-las

(FLEURBAEY 2004). Sua abordagem conserva os aspectos interessantes dos dois grupos de teorias: a ênfase não está colocada nos recursos em si, mas no que eles permitem fazer (como propôs SEN), porém mantidos componentes do conceito de igualdade de RAWLS, que seriam, neste caso, as realizações fundamentais de responsabilidade social (PORTO 2003b).

Para o conjunto de realizações de responsabilidade social denominado “*Equalisanda*”, dentre as quais se encontra a saúde, devem ser definidos: a) os recursos distribuíveis; b) os talentos ou deficiências, que não são redistribuíveis, porém justificam a intervenção pública; c) os resultados esperados (que podem ser entendidos como as *functionings* de SEN); d) os centros de decisão responsáveis pelas realizações (governo, autoridades locais, empresas públicas); e e) o âmbito de exercício das responsabilidades, por exemplo, relacionadas à distribuição dos recursos ou aos resultados (FLEURBAEY, 1995).

Sobre a contribuição do pensamento contemporâneo para o conceito de equidade, PORTO (2003b) comenta:

(....) De esta forma, se puede decir que la contribución del pensamiento contemporaneo se centra en la valorización de la noción de igualdad como objetivo final, sea de bienes primários, de oportunidades y condiciones (capacidades) sea de realizaciones fundamentales, así como en el reconocimiento explicito de factores determinantes de las diferencias existentes, que están relacionadas con aspectos biológicos, sociales y político-organizacionales. En otras palabras, asume la necesidad de asegurar derechos igualitários a parte de las diferencias individuales. (p. 944)

Para VIANA e col. (2003), a inclusão do debate da justiça social na conformação de políticas mais equânimes representa um ganho imensurável, uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo espaço para o que se considera como um tipo de “discriminação positiva”, e, conseqüentemente, assumindo os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das largas desigualdades verificadas entre os diferentes grupos populacionais. Esta é a essência do debate da equidade em saúde aplicada ao problema dos recursos limitados e a forma mais equânime de distribuí-los.

1.2. Equidade e os serviços públicos de saúde

Diversos autores têm procurado explicar porque ocorrem desigualdades na oferta e acesso aos serviços de saúde para diferentes grupos populacionais. HART, em 1971, formulou a “*inverse care law*”, a qual postula que “a disponibilidade de bom atendimento médico tende a variar inversamente com a necessidade da população servida”, e foi proposta para demonstrar porque os indivíduos com pior condição socioeconômica têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade (HART 1971). Esta então poderia ser considerada como o oposto da equidade no consumo de serviços de saúde. Segundo o autor, em áreas com maiores índices de morbidade e mortalidade (com piores indicadores socioeconômicos), as equipes de saúde têm mais trabalho, existem mais filas e menos suporte hospitalar. Com isso, herdamos a tradição de pouca eficiência clínica, contrapondo com áreas que apresentam melhores indicadores. Também os médicos em hospitais trabalham com menor número de auxiliares e equipamentos, construções mais obsoletas, e sofrem crises recorrentes de falta de leitos e substituição de equipes. Segundo HART (1971, 2000) sua Lei opera com mais força quando o atendimento médico está mais exposto às forças de mercado (serviços privados), e menos onde tal exposição é reduzida.

VICTORA e col., em 2000, propuseram a *inverse equity hypothesis*, que seria uma consequência da *inverse care law* de HART aplicada à Saúde Pública. Essa teoria procura explicar porque, após a introdução de novas intervenções em Saúde Pública, as desigualdades nos indicadores de saúde entre os mais ricos e os mais pobres da sociedade inicialmente aumentam, antes de se tornarem menores. Segundo os autores, as novas intervenções vão alcançar inicialmente aqueles de melhores

condições socioeconômicas e apenas posteriormente chegam aos mais pobres. Isso resulta em um aumento inicial nas desigualdades dos indicadores de cobertura, morbidade e/ ou mortalidade, seguido depois de uma redução, quando os mais pobres ganham maior acesso às intervenções e os mais ricos já alcançaram os mínimos níveis de morbidade e mortalidade (VICTORA e col. 2000). Poderia-se considerar, portanto, que a Hipótese de VICTORA corresponde ao oposto da equidade no acesso a programas e serviços públicos de saúde. Esta contempla as duas dimensões de equidade e a importância do emprego de políticas públicas não limitadas à assistência com a finalidade de evitar o agravamento das injustiças no nível de saúde entre grupos da população.

Para o contexto deste trabalho, é importante distinguir entre equidade em saúde e equidade no uso ou consumo de serviços de saúde. Essa distinção é feita por TRAVASSOS (1997), para quem esta se faz importante, pois os determinantes das desigualdades no adoecer e no morrer diferem daqueles das desigualdades no consumo dos serviços de saúde: “As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais, e, em função da relativa efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante, porém não suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e no morrer” (p.326). Segundo a autora (citada por PORTO, 2003b) a obtenção da igualdade na utilização dos serviços de saúde não assegura efetivamente a “igualdade de resultados”. Dessa forma, a análise da equidade na utilização dos serviços de saúde deveria apoiar-se em duas suposições centrais: a) as necessidades no âmbito da saúde estão socialmente determinadas; e b) a utilização

dos serviços de saúde está determinada tanto pelas necessidades de saúde da população quanto pelas características das políticas de saúde (oferta de serviços).

Segundo DAHLGREN e WHITEHEAD (1992) o objetivo de se alcançar equidade em saúde justifica que se adotem políticas que considerem a equidade na alocação de serviços, admitindo que algumas medidas de saúde pública são efetivas em melhorar a qualidade de saúde da população em geral. Como exemplos, citam que a provisão de serviços como imunização, serviços de contracepção e tratamentos com antibióticos (e na área odontológica, poderíamos considerar a fluoretação das águas) trouxeram uma valiosa contribuição para as melhorias nas taxas de mortalidade e morbidade das populações em países industrializados e que a qualidade de vida pode ser bastante melhorada por meio de serviços de saúde e sociais de qualidade. WHITEHEAD (1992) complementa que o objetivo das políticas de equidade seria reduzir ou eliminar diferenças em saúde resultantes de fatores considerados ao mesmo tempo evitáveis e injustos. Tais políticas seriam dirigidas tanto às raízes dos problemas, diminuindo riscos diferenciados, como à promoção de políticas de saúde que respondessem às necessidades de saúde criadas justamente por aquelas iniquidades. Assim, a autora aponta que as políticas nacionais de saúde, planejadas para a população como um todo, não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos se o impacto mais importante sobre a saúde/ doença se faz sentir nos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Segundo LE GRAND (1991) e DIXON e col. (2003) existem dois principais grupos de fatores responsáveis pela distribuição injusta de serviços públicos de saúde: a) aqueles que estão além do controle dos indivíduos; e b) aqueles que são definidos por preferências autônomas. Para GRYTEN e col. (2001) os fatores do

primeiro grupo deveriam ser identificados e se deveria examinar se eles são responsáveis por desigualdades no suprimento de serviços de saúde, sendo que estas devem ser consideradas inaceitáveis. O conceito central utilizado para distinguir entre distribuição aceitável ou inaceitável deve ser a escolha individual. Pessoas que recebem menos do que outras porque não têm escolha na determinação de sua situação são consideradas como sendo tratadas injustamente (sem equidade). Por outro lado, se as pessoas recebem menos do que outras como um resultado de sua própria escolha, elas não devem ser assim consideradas.

Para STARFIELD (2001) equidade nos serviços de saúde pode ser considerada como ausência de diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical). VIANA e col. (2003), citando MACINKO e STARFIELD (2002), comentam que tem sido apresentada uma definição de equidade numa linha técnico-operacional, que aborda as diferenças como “sistemáticas” e “potencialmente remediáveis” (excluindo do conceito a noção de “desigualdades injustas”): “equidade é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente” (VIANA e col. 2003, p.60).

Outra dimensão da equidade na provisão de serviços de saúde diz respeito ao financiamento. Para GARRAFA e col. (1997) a equidade deve ser a base ética para guiar o processo de alocação de recursos para os sistemas de saúde. Segundo os autores, apesar do montante de recursos a ser investido ser uma questão importante, o modo como será feita a distribuição deve considerar a equidade.

Alguns países têm procurado efetuar a distribuição inter-regional equitativa de recursos financeiros destinados ao sistema de saúde baseando-se em critérios técnicos (PORTO, 2003a). Destes, a Inglaterra apresentou a experiência mais longa, e seu modelo foi adotado por alguns países além de ser utilizada para avaliar a equidade na distribuição geográfica de recursos em estudos referentes a outros tantos. O modelo, proposto em 1976 e conhecido como *Resource Allocation Working Party* (RAWP), preconizava a distribuição de recursos financeiros que favorecesse a “igual oportunidade de acesso para necessidades iguais” (PORTO, 2003b).

VAN DOORSLAER e col. (1993) elaboraram um procedimento metodológico no qual trataram separadamente a equidade conforme o enfoque no financiamento ou na oferta de serviços. No entanto, esses autores consideraram, na dimensão do financiamento, apenas as formas de arrecadação de recursos, não abordando mecanismos alocativos. Tanto numa dimensão quanto noutra poderá haver equidade horizontal e vertical, sendo que para o financiamento dos serviços considera-se a capacidade de pagar e para a oferta considera-se a necessidade dos indivíduos. LEIGHTON e MACEIRA (1999), por sua vez, consideram as duas perspectivas da seguinte forma:

Los hacedores de política que se preocupan más por la equidad de acceso y utilización tienden a concentrarse en la dimensión horizontal, es decir, en obtener igual acceso de acuerdo a las necesidades. En otras palabras, las personas con las mismas necesidades de salud deberían tener el mismo acceso y recibir igual tratamiento. El supuesto aquí es que si esta dimensión de la equidad se lograra, el sector salud estaría desempeñando su rol de reducir las

desigualdades del sistema. Por su parte, aquellos interesados en la equidad en el financiamiento tienden a centrarse en la dimensión vertical, servicios financiados de acuerdo a la capacidad de pago, es decir, que las personas con diferente capacidad de pago deberían hacer, correspondientemente, pagos diferenciales. Quienes han usado este enfoque tienden a acordar que el acceso igualitario a los servicios de salud de acuerdo a la necesidad y financiado de acuerdo a la habilidad de pago es un buen punto de partida para definir la equidad en el sector salud. Este punto de partida debe tomarse como una definición central para establecer criterios mínimos contenidos en una política equitativa. (p.8)

Para BAMBAS e CASAS (2001), a equidade requer que as duas formas de interpretação (horizontal e vertical) sejam simultâneas, isto é, que os casos similares sejam tratados de formas similares e que os casos diferentes sejam tratados de forma diferente. Com relação à alocação de recursos os autores consideram que existem controvérsias quanto à definição das semelhanças. Eles denominam de equidade horizontal a alocação de recursos iguais ou equivalentes para necessidades iguais; e equidade vertical seria a alocação de diferentes recursos para diferentes níveis de necessidades. A equidade vertical apresenta um maior potencial de redistribuição de recursos, e, portanto, sempre enfrenta maiores obstáculos políticos. Com relação ao cenário político atual, os autores comentam:

However, in the current political climate, which challenges the legitimacy of public provision of services in areas thought to have market potential, vertical

equity has gained momentum as a mechanism for constraining claims of need to those based on severe financial deprivation. For instance, where market mechanisms have been introduced into national health systems in the process of health sector reform, publicly funded basic packages or focalization strategies were instituted to provide for the needs of the worst-off. (p.14)

Complementando o comentário de BAMBAS e CASAS (2001) é importante citar que a equidade vertical tem sido incorporada às propostas das organizações internacionais para a reforma do setor saúde nos países em desenvolvimento, apoiadas na idéia de que as ações e programas de saúde sejam direcionados prioritária, ou mesmo exclusivamente, para os grupos populacionais com maiores privações sociais. Nesse caso, críticas têm surgido, sugerindo que, ao propor a focalização de ações e programas, na verdade se estaria estimulando o afastamento do Estado. Segundo SENNA (2002) “(...) num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, ganha força a perspectiva de racionalização dos gastos públicos, onde a eficiência e a equidade aparecem como elementos centrais, traduzidos na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais (p.204)”. Para MEDEIROS (1999) igualdade e equidade fundamentam, respectivamente, estratégias de universalização e focalização. A adoção de uma ou outra estratégia produzirá implicações distintas na estrutura de desigualdades da sociedade e no custo de implementação e controle das políticas públicas. A separação entre estes princípios não se dá na distinção de direitos entre os indivíduos. Todos têm igualdade de direitos em ambas as óticas. A separação ocorre na forma como esses direitos são entendidos, que resulta em

perspectivas diferentes em relação a regras distributivas. Dessa forma, uma questão relevante seria, segundo NUNES (2004), resolver que indivíduos receberiam os recursos públicos sendo que, para a universalização a distribuição entre os indivíduos seria irrelevante, pois o direito é aplicado a todos; e para a focalização a distribuição entre os indivíduos é fundamental, e supõe que, existindo a mesma necessidade entre dois indivíduos, tem prioridade o de menor renda.

Em 2000, HART volta a comentar sobre a *inverse care law*, criticando o Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS), o qual passou a ser exposto ao mercado interno e externo a partir do contexto de Reforma do Estado. Segundo o autor, a nova política vinha apresentando sucesso ideológico, embora não tivesse demonstrado nenhum sucesso em termos de efetividade ou eficiência em produzir ganhos em saúde. Conclui que esse fato torna-se incômodo para aqueles que estão tentando impor seu programa de reforma mundial e neoliberal ao mesmo tempo em que estão ansiosos por preservar ao menos uma aparência de ganho social. O autor finaliza o artigo com o seguinte comentário:

The inverse care law identified an important enemy. New ways to measure how this battle is going are useful; but a more important task is to win it, by eliminating this anomaly. Given sufficient political will and a great deal of hard work, this is certainly possible. The inverse care law is not a law of nature but of dehumanized market economics. It could be unmade by a rehumanised society. (p.19)

1.3. A Constituição brasileira, o SUS e a equidade

Segundo DALLARI (1995), a Constituição moderna nasceu intrinsecamente ligada à idéia de que os homens têm direitos inalienáveis e decorrentes de sua condição humana. Para a autora:

(....) Constituição e Direitos Humanos têm a mesma origem moderna: o jusnaturalismo, o racionalismo e a luta contra o absolutismo. A convicção da dignidade essencial do ser humano somada à crença em sua capacidade de compreender e, portanto, organizar a vida social foram o motor do movimento anti-absolutista, personificado nas revoluções burguesas. Buscava-se fundar o Estado na igualdade formal de todas as pessoas, que definiriam as regras básicas para sua convivência no mesmo documento em que delimitariam o poder destinado – por elas mesmas – à gestão do interesse coletivo. (p. 20)

BARCELLOS (2002) comenta que a partir da segunda metade do século XX, com o fracasso dos militarismos, do partido único detentor da verdade, e do fundamentalismo religioso, as Constituições passaram a compor repositórios jurídicos de valores compartilhados pela sociedade, sob a forma de opções políticas e de programas de ação vinculantes para os poderes públicos. Além de conformar o Estado, como tradicionalmente lhe cabia, passou-se a reconhecer à Constituição o poder de tomar decisões políticas fundamentais e estabelecer prioridades, fins materiais, objetivos públicos que têm o efeito de determinar em boa medida o

comportamento futuro do Estado que se organiza, independentemente do grupo que esteja no poder (a chamada “constituição dirigente”).

Essa transformação ocorrida nas Constituições ocidentais explica-se no contexto histórico. Ainda citando BARCELLOS (2002):

Ao longo do século XX, em vários momentos e por várias razões, o homem foi não apenas funcionalizado, como também imolado brutalmente nos altares do Estado-Nação, do Estado-Partido, da ideologia da segurança nacional, dentre outras variações sobre temas semelhantes. As Constituições, nesse meio tempo, foram ignoradas ou manipuladas em seu aspecto estritamente positivo formal. O Estado nazista alemão, embora não tenha sido a última dessas experiências, foi a mais chocante, tanto por estampar a barbárie em tons e formas incríveis, como por sua constrangedora convivência formal com a Constituição Alemã de 1919. (...) Desse modo, o fim da Segunda Guerra Mundial apresentou à humanidade um prato de difícil digestão: a banalização e a proximidade do mal, produzindo efeitos variados nas diferentes áreas do conhecimento humano. No direito, voltou-se a reconhecer que este não surge no mundo por si só, mas relaciona-se de forma indissociável com valores que lhe são prévios, ideais de justiça e de humanidade que se colhem na consciência humana e na experiência civilizatória dos povos. (...) O reflexo mais visível desses efeitos nas Constituições, novas ou reformadas, foi a introdução, nos textos, de cláusulas juridicamente obrigatórias para qualquer maioria de plantão, veiculando de forma

expressa a decisão política do constituinte (i) por determinados valores fundamentais orientadores da organização política e (ii) em maior ou menor extensão, por certos limites, formas e objetivos dirigidos à atuação política do novo Estado, com a finalidade de promover a realização desses valores. (p.23-24)

A Constituição brasileira de 1988 insere-se neste contexto histórico, ainda que muitos anos após, não apenas por influência externa, mas também por conta da própria ditadura militar. Nessa linha, a Assembléia Constituinte de 1988 consagrou como fundamento do Estado brasileiro o homem e sua dignidade, como pode ser observado em todo o texto constitucional, bem como no seu preâmbulo (BRASIL 1988):

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.

Realizando uma abordagem histórica da incorporação dos direitos sociais, e principalmente da saúde, nas constituições do Brasil, DALLARI (1995) comenta que

nenhum texto constitucional brasileiro se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público e estrutural do pacto social até a promulgação da Constituição de 1988. Completamente ignorado durante a Primeira República, o direito social aparece no tratamento dado à saúde e na presença dos direitos dos trabalhadores na Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934, citada pela autora, a qual confere competência concorrente à União e aos Estados para cuidar da saúde, assinalando, especialmente às três esferas de governo a incumbência de “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” (p.23); e de “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais” (p.24). Também inclui a assistência médica e sanitária entre os preceitos a serem observados pela legislação trabalhista. Porém, os demais textos constitucionais, anteriores à Constituição de 1988, limitaram-se a atribuir competência à União para planejar sistemas nacionais de saúde, conferindo-lhe a exclusividade da legislação sobre normas gerais de proteção e defesa da saúde e mantiveram a necessidade de obediência ao princípio que garantia aos trabalhadores, e apenas a eles, assistência médica e sanitária.

Em março de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde. Considerado o evento político-sanitário mais importante da década, congregou todo um movimento articulado desde o início dos anos 70: a Reforma Sanitária (ANDRADE 2001). Segundo MENDES (1993) essa Conferência teve um caráter muito peculiar por duas características principais: seu caráter democrático, enfatizado pela presença significativa de milhares de delegados, representativos das várias forças sociais interessadas na questão da saúde; e sua dinâmica processual, a qual teve início com

conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito federal. A partir de então, constituiu-se a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cujos trabalhos técnicos viriam a influir de forma determinante sobre a elaboração de nova Constituição Federal (MENDES 1993, 1996).

A Constituição Brasileira de 1988 criou o conceito de Seguridade Social composto por um tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social (BRASIL 1988). Na Saúde foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS. Com a Constituição criaram-se as bases legais para garantir saúde como direito de cidadania e dever do Estado (art. 196): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com a Seguridade Social ficou garantida aos cidadãos a universalidade às ações e aos serviços de saúde (MENDES 1993, 1996; ANDRADE 2001). Segundo ANDRADE (2001), do ponto de vista do arcabouço jurídico-constitucional, “este foi um dos maiores avanços de política social no Brasil na sua história recente” (p. 15). O autor comenta que, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Movimento Sanitário passou a estabelecer como prioridade a regulamentação do SUS no âmbito da União. Após amplos debates entre o Movimento e o Governo, o SUS veio a ser regulamentado mediante a criação das Leis: 8.080 de 19 de setembro de 1990, que disciplina a descentralização político - administrativa, regulamentando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento do SUS (BRASIL 1990a); e a Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que repara os vetos feitos pelo Chefe do Executivo à Lei

8.080/90, regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS bem como sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL 1990b). Ambas constituem a Lei Orgânica da Saúde – LOS.

DUARTE (2000) comenta que a Lei 8.080/90, nos artigos 2º e 3º das disposições gerais, reafirma o direito à saúde garantido pelo artigo 196 da Constituição, admite a existência dos fatores sociais determinantes e condicionantes da saúde, explicitando que os níveis de saúde expressam a organização econômica e social do país, incluindo como relacionadas com a saúde todas as ações e medidas que interferem nesses fatores. Além disso, segundo ANDRADE (2001), a LOS tenta definir critérios na distribuição dos recursos financeiros federais para as outras instâncias do Sistema. Nesse sentido, o artigo 35 da Lei 8.080/90 estabelece que 50% dos recursos a serem transferidos para estados e municípios seriam distribuídos por critério populacional, e que os outros 50% seriam distribuídos pelos critérios: a) perfil demográfico; b) perfil epidemiológico; c) características quantitativas e qualitativas da rede; d) desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; e) níveis de participação do setor no orçamento; e f) previsão de Plano Quinquenal.

Essa legislação tem sido operacionalizada por meio de diversas portarias do Ministério da Saúde, particularmente as que originaram as Normas Operacionais Básicas – NOB e, mais recentemente, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS. Estas definem as estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema Único de Saúde.

O Artigo 7º da Lei 8.080/90 dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL 1990a):

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia da pessoa na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre suas vidas;

VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII – participação da comunidade;

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (...)

O termo “equidade”, apesar de implícito, não aparece descrito na Constituição, em sua Seção II que trata da saúde, ou na LOS. Esse termo vai aparecer pela primeira

vez associado à saúde na NOB-SUS/93 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993), documento denominado de “A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, item 2 do capítulo IV, segundo o qual: “A expressão Único, de que falam a Constituição e a Lei 8.080, deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, estaria englobando a universalidade, a equidade e a integralidade e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social”.

Alguns autores têm dedicado estudos à interpretação do princípio da equidade descrito na Constituição e na LOS.

Para TRAVASSOS (1997), no caso da Constituição brasileira de 1988, equidade foi tomada como “igualdade no acesso aos serviços de saúde”, o que a autora denomina de “equidade horizontal”. Segundo ela “a teoria igualitária presente na Constituição brasileira implicaria a existência de um sistema com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde devem ser distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um (...)”. (p. 328)

Segundo DUARTE (2000) a legislação sanitária brasileira é avançada no conceito de equidade que incorpora, pelo menos no que se refere a dois eixos: o acesso universal e igualitário, e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde. Para a autora a distribuição de recursos financeiros é ponto decisivo para viabilizar a constituição de uma política e um sistema de saúde que estejam de acordo com o princípio da equidade estabelecido na lei, e cita o artigo 35 da Lei 8.080, já descrito neste capítulo. Enfatiza a relevância dos critérios que consideram o perfil

epidemiológico, ou seja, mais recursos nos locais onde é pior a situação sanitária, além do perfil demográfico, significando maior volume de recursos onde há concentração de população em faixas etárias menores ou mais velhas, consideradas de maior risco. Estes seriam os critérios de maior potencial distributivo, incorporando o conceito de equidade vertical ou justiça distributiva.

Este conceito aparece bastante evidente na NOB-SUS/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996) que apresenta o termo equidade admitindo o princípio da “discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo”. Na introdução da norma aparece que “(...) cada um e todos os brasileiros devem usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral)”.

Com o advento do SUS e sua normatização por meio das NOB, a equidade vertical tem norteado a implementação de políticas de saúde no Brasil, principalmente no âmbito da alocação de recursos federais para o setor. Como principal política do Ministério da Saúde, visando à equidade, surgiu o Programa Saúde da Família (FUNASA 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000a, 2001b).

Vários autores têm se ocupado de analisar a amplitude alcançada pelas políticas no que se refere à equidade (MARQUES e MENDES 2003; MELAMED e COSTA 2003; SOUZA 2003; VIANA e col. 2003; MACHADO e col. 2004; BARROS e col. 2005; PELEGRINI e col. 2005), e outros têm se dedicado a propor mecanismos mais equânimes de financiamento (NISIS 2002; NUNES 2004; PORTO 2003a).

Alguns estudos têm verificado os efeitos da introdução do PAB (fixo e variável) sobre a equidade na distribuição de recursos e prestação de serviços de Atenção Básica (MELAMED e COSTA 2003; MACHADO e col 2004). Tem sido observado que houve uma elevação de recursos federais transferidos para Atenção Básica nos municípios e que sua distribuição tem se mantido desigual, porém favorecendo os de pequeno porte demográfico e os mais carentes. Segundo MACHADO e col. 2004, o estabelecimento do PAB fixo garantiria igualdade de recursos para atenção básica por meio da alocação com base no critério populacional, promovendo assim, equidade horizontal. Ao contemplar, mediante incentivos, estratégias e programas focalizados em populações de risco, o PAB variável buscaria responder a demandas de equidade vertical. Neste último caso, o Programa Saúde da Família tem apresentado o maior potencial redistributivo (MELAMED e COSTA 2003; BARROS e col. 2005).

Acompanhando o governo Federal, várias Secretarias de Estado da Saúde têm destinado recursos como forma de incentivo à implantação do PSF, utilizando diferentes critérios de repasses (MARQUES e MENDES 2003). Parte delas aloca exclusivamente, ou de forma diferenciada, recursos a municípios mais carentes, considerando como critérios: aqueles com grandes proporções de população rural, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, de pequeno porte populacional ou que apresentem comunidades assentadas ou remanescentes de quilombos. Os Estados que adotam critérios redistributivos para a alocação de recursos são: São Paulo, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Espírito Santo (MARQUES e MENDES 2003), Rio Grande do Sul (PELEGRINI e col. 2005) e Paraná (SESA 2005a). PELEGRINI e col. (2005) analisaram a política de distribuição de recursos

estabelecida pela SES-RS e verificaram que esta se mostrou equitativa para as variáveis por eles definidas.

A análise do total das transferências federais (atenção básica, média e alta complexidade) também tem demonstrado o aspecto redistributivo da política de financiamento do SUS. Este foi verificado por VIANA e col. (2003) ao analisar as transferências a municípios habilitados em Gestão Plena de Sistemas, e SOUZA (2003) analisando a distribuição de recursos entre as regiões do Brasil. Ambos identificaram uma maior variação *per capita* em repasses para média e alta complexidade nas regiões Norte e Nordeste.

Porém, tem sido indicado que a distribuição de recursos financeiros do SUS poderia ser mais equitativa (NISIS 2002; NUNES 2004; PORTO 2003a, 2003b). PORTO (2003a) demonstra que as regiões mais carentes do Brasil (Norte e Nordeste) seriam beneficiadas se fosse adotada uma metodologia aplicada na Inglaterra, conhecida como RAWP, que considerava uma *proxy* de necessidades populacionais, englobando as desigualdades sanitárias e socioeconômicas das populações. A autora propõe que, aos recursos destinados ao custeio do sistema de saúde, sejam aplicados critérios redistributivos, os quais levariam em consideração as características epidemiológicas e populacionais da demanda bem como a estrutura da oferta de serviços de saúde. Na mesma linha, o Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS 2002) do Instituto de Saúde da SES-SP propõe que se calcule os recursos a serem alocados de acordo com um Fator de Equidade, que seria composto por um indicador de condição de vida e um de respostas do sistema de saúde. Analisando a distribuição do PAB recalculado pelo Fator de Equidade, os autores demonstram que seu potencial redistributivo poderia ser ampliado.

Finalmente, NUNES (2004) sugere que se acrescente, às necessidades da população, a capacidade relativa de auto-financiamento do município.

Possíveis evidências de que o princípio da equidade como definido na NOB-SUS/96 possa estar sendo aplicado com relação aos serviços públicos de saúde bucal foram encontradas em alguns estudos:

JUNQUEIRA (2001) realizou um estudo envolvendo indicadores socioeconômicos e relacionados com a oferta de serviços odontológicos de municípios do Estado de São Paulo com o objetivo de avaliar o direcionamento das políticas públicas municipais adotadas no Estado. Foi elaborada uma descrição da distribuição de recursos financeiros para a saúde e sua relação com os recursos humanos em saúde bucal, bem como foram verificadas associações entre indicadores socioeconômicos com os de recursos humanos em saúde bucal, recursos materiais (equipamentos odontológicos) e a produção de serviços odontológicos. Os resultados demonstraram que o número de profissionais públicos de saúde bucal, de equipamentos odontológicos e de horas trabalhadas aumenta quanto piores os indicadores de renda insuficiente, de analfabetismo e de renda média da população. Também um maior número de procedimentos relaciona-se com os piores indicadores socioeconômicos.

Analisando a relação entre cárie dentária, condição socioeconômica e a oferta de serviços odontológicos nos municípios do Estado do Paraná para o ano de 1996, BALDANI (2002) encontrou como resultados secundários em seu estudo, associação significativa entre o número de consultórios do SUS/1000 habitantes e uma série de indicadores socioeconômicos. O fato relevante foi que as correlações sempre indicavam uma tendência de municípios mais carentes apresentarem uma relação

consultório do SUS/1000 habitantes maior, fazendo supor uma maior oferta de serviços públicos. O mesmo resultado foi observado quando foram verificadas as médias dos indicadores segundo o porte demográfico dos municípios, identificando uma possível tendência de os municípios com piores indicadores sociais, mais pobres, portanto, serem os que ofertem uma maior cobertura de serviços públicos a sua população. Por outro lado os resultados relativos à proporção da população que recebe água fluorada nos municípios indicam a aplicação da Hipótese de VICTORA (2000).

1.4. Proposta de estudo e justificativa

Diante do verificado na literatura até o momento, e das evidências obtidas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil, especificamente no Estado do Paraná, questiona-se: Qual a relação entre a oferta de serviços públicos odontológicos e indicadores de condição social nos municípios do Estado do Paraná? Esta relação tem contemplado o princípio da equidade? Este estudo se propõe a responder estas questões, admitindo, com base na revisão de conceitos, que o termo equidade aqui sugerido seja compreendido a partir do princípio da diferença, como a discriminação positiva na provisão de serviços. Esta forma de interpretação encontra amparo na legislação vigente, podendo-se admitir, a partir das informações coletadas, que o conceito de equidade segundo o princípio da diferença está implícito na Constituição de 1988, tendo sido bastante bem definido no texto da NOB-SUS/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996).

Tal investigação justifica-se em um momento conjuntural no qual as questões sociais, principalmente a equidade, estão sendo amplamente discutidas, e o SUS está em um processo contínuo de implementação. Assim, confirma-se a necessidade do acompanhamento e avaliação dos significados das políticas sociais, especialmente de saúde, pautadas nos termos da equidade, uma vez que, tanto pelo conteúdo e forma das medidas que foram implementadas até hoje, quanto por aquelas que não o foram, continua se constituindo num exercício fundamental, meio e fim do princípio constitucional de integralidade, universalidade e da participação social. Embora se admita que a inclusão do princípio de equidade na formulação de políticas de saúde possa não garantir, de imediato, que a implementação das políticas formuladas

resultem em melhores níveis de equidade na prestação de serviços, esse debate mostra-se relevante, pois pode acarretar importantes definições nos rumos dessas políticas.

Este estudo utiliza também os recursos da epidemiologia para a obtenção dos dados, partindo de informações disponíveis principalmente nos bancos de dados públicos do Ministério da Saúde e do IBGE, que são instrumentos acessíveis para os gestores de serviços de saúde. Assim, buscou-se operacionalizar um estudo em concordância com o estabelecido na legislação sobre o SUS, segundo a qual informações epidemiológicas devem ser utilizadas para guiar o planejamento e implementação de ações em saúde.

A revisão de literatura sobre a relação entre serviços públicos de saúde e indicadores de condição social aponta para a possibilidade de que a equidade esteja sendo aplicada na provisão de serviços. Assim, formulou-se para este estudo a seguinte hipótese: **supõe-se que a oferta de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná seja maior para os municípios com piores indicadores de condições de vida, atendendo ao princípio da diferença, e contribuindo para a promoção da equidade.**

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Verificar a aplicação do princípio da equidade definido para o SUS na provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado do Paraná, Brasil, abrangendo o período de 1998 a 2003.

2.2. Específicos

2.2.1. Identificar a forma de organização atual dos serviços públicos odontológicos no Paraná, inserida no contexto histórico.

2.2.2. Descrever a distribuição e evolução dos indicadores de recursos financeiros alocados em saúde e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado do Paraná.

2.2.3. Analisar a relação entre os indicadores de provisão de serviços públicos odontológicos com indicadores socioeconômicos e de alocação de recursos financeiros em saúde nos municípios, no sentido da equidade.

3. MÉTODO

O conhecimento epidemiológico tem sido utilizado para fundamentar políticas de saúde de diferentes matizes ideológicos. No caso do sistema de saúde brasileiro, a vigilância epidemiológica aparece como um dos itens que devem balizar a alocação de recursos para os municípios (BRASIL 1990a). Além da distribuição de recursos, a epidemiologia, no âmbito da gestão dos sistemas de saúde, tem sido utilizada para a formulação de políticas públicas de saúde, apoiando sua definição em prioridades, objetivos e estratégias fundamentadas; além da elaboração de diagnósticos e análises para avaliação dos sistemas de saúde (TEIXEIRA 1999; PAIM 2003), servindo tanto para legitimar as práticas e políticas como para lançar o necessário olhar crítico sobre elas (PATTUSSI e col. 2006). Com o advento do SUS a epidemiologia deixou de ser considerada apenas uma disciplina científica para tornar-se um meio de trabalho, a ser utilizado como ferramenta de gestão nas três esferas de governo (PAIM 2003). FRAZÃO (2004) considera que a “epidemiologia nos sistemas de saúde” seria a aplicação dos conhecimentos da disciplina científica, ou “ciência básica”, para fins de planejamento, administração e avaliação em saúde.

Buscando responder aos objetivos formulados para o presente trabalho, delineou-se um estudo de natureza quantitativa, o qual apresentou como unidades de análise os municípios do Estado do Paraná, podendo ser classificado, no campo da epidemiologia, como ecológico. Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas

bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio da correlação entre indicadores de condição de vida e indicadores de situação de saúde, os quais constituem-se em médias referentes à sua população, tomada como um agregado integral (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO 1999). Este tipo de estudo constitui um dos poucos habilitados a analisar os efeitos de fatores contextuais ou macrossociais sobre o processo saúde-doença (MOYSÉS e MOYSÉS 2006; PERES e ANTUNES 2006), sendo considerado adequado para pesquisas sobre desigualdades em saúde e avaliação de políticas públicas em saúde (MOYSÉS e MOYSÉS 2006).

Nas últimas décadas os estudos ecológicos vêm sendo considerados como um instrumento importante para o planejamento e avaliação em saúde. Utilizando este delineamento, pode-se realizar as análises necessárias com relativa rapidez e custos mínimos de pesquisa, tempo e recursos humanos (MORGENSTERN 1998; FREITAS e col. 2001; PERES e ANTUNES 2006), o que torna seu valor inquestionável para a definição e reorientação de metas e programas de saúde pública. MORGENSTERN (1998) afirma que os estudos ecológicos são particularmente apropriados para aferir o impacto de ações coletivas sobre os índices de morbimortalidade e para detectar conseqüências indesejáveis de intervenções em populações.

Ao se buscar analisar se existe tendência à equidade na provisão de serviços odontológicos nos municípios do Paraná por meio de um estudo quantitativo, deve-se considerar a viabilidade da utilização de tal metodologia. NUNES (2004) comenta que, dada a dificuldade de definição do conceito de equidade, não é fácil a construção de indicadores que dêem conta de medi-la. Ao contrário de indicadores de

morbidade ou mortalidade, que podem ser utilizados para retratar a qualidade dos sistemas de saúde, a equidade é um conceito complexo que não pode ser reduzido a um único indicador. O que se consegue é produzir um grande número de indicadores que permitem perceber as facetas da equidade em suas diversas dimensões: equidade no acesso (ou na oportunidade de acesso), no financiamento, ou na distribuição de recursos. A análise requer ainda, além de um grande número de informações, alguma subjetividade de julgamento no momento da definição dos fatores que são geradores de iniquidades (NUNES 2004). Por conta das várias subjetividades envolvidas na análise da equidade, autores do campo das Ciências Sociais fazem certa objeção ao “reducionismo técnico” ou “tratamento econométrico” (ELIAS 2005, COHN 2005; RIBEIRO 2005) que o termo vem recebendo pelos formuladores de políticas públicas, quando passa a ser utilizado mais para indicar políticas de saúde que adotem a lógica redistributiva.

A verificação das desigualdades em saúde com base no conceito de equidade compreende diferentes categorias de análise (FINKELMAN 2001), entre elas: a) a percepção do estado de saúde; b) a demanda por serviços; c) os perfis de saúde; d) os gastos com saúde; e) a prestação de serviços; e f) o financiamento da saúde. Essas categorias devem ser analisadas segundo condições sociais, econômicas e geográficas.

Para TRAVASSOS e col. (2000), e para LÓPEZ ACUÑA e col (2001), a questão da equidade na utilização de serviços de saúde deve ser estudada ao menos em duas dimensões: a geográfica e a social. A primeira diz respeito à comparação na utilização de serviços de saúde entre áreas geográficas, podendo ser mensurada a partir da análise de taxas de utilização entre regiões, estados ou municípios. As

variações geográficas refletem, em grande parte, diferenças na capacidade local de financiamento, que vão impactar o tamanho e a complexidade da rede de serviços, a oferta destes, enfim. Convém enfatizar que variações nessas taxas expressam desigualdades geográficas, porém não demonstram diretamente as desigualdades sociais locais, as quais devem ser observadas intra-estados ou intramunicípios (dimensão social). Para TRAVASSOS e col. (2000) essas duas dimensões são complementares, uma vez que uma política de equidade na dimensão social pressupõe uma distribuição equitativa de recursos entre as áreas. Porém, os autores comentam que, embora necessária, a equidade geográfica não é condição suficiente para o alcance da equidade.

Neste estudo optou-se pelo desenho ecológico, o qual permite proceder a análise no âmbito da equidade geográfica. Essa abordagem permite uma melhor utilização das bases oficiais disponíveis e, ao mesmo tempo, permite alguma aproximação, apesar de limitada, com relação a determinadas unidades de reprodução social (LÓPEZ ACUÑA e col. 2001). Buscou-se, assim, enfatizar as variações ou desigualdades entre municípios, particularmente aquelas que permitem um monitoramento anual por meio dos bancos de dados disponíveis no SUS. Daí resulta uma outra justificativa para tal opção metodológica, que seria a aplicação de informações fornecidas pelo próprio sistema de saúde e que deveriam, em tese, estar sendo utilizadas para a análise e planejamento das ações de saúde nos estados e municípios. Portanto, a linha metodológica selecionada embasou-se em dados disponíveis, principalmente, nos registros administrativos e nas bases nacionais de dados operadas pelo Ministério da Saúde. Os dados para este estudo, secundários, foram obtidos a partir da revisão de documentos da Secretaria de Estado da Saúde do

Paraná (SESA 2001, 2003, 2004), referências bibliográficas que disponibilizam dados para todos os municípios do Brasil (NISIS 2002; POCHMAN e AMORIM 2003), bem como de consultas aos bancos de dados do Ministério da Saúde (SIA – SUS 2004; SIOPS 2004) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A provisão de serviços públicos odontológicos no Paraná constitui-se objeto deste estudo. Portanto, faz-se importante uma caracterização das condições socioeconômicas e demográficas do Estado, bem como de sua situação em relação a outros estados do país:

Localizado na região Sul do Brasil, o Estado do Paraná apresentava em 2000 uma população de 9.563.458 habitantes, vivendo em 399 municípios, sendo 81,4% residente em áreas urbanas. Comparando com os dados do Censo demográfico de 1991, houve um aumento de 6,2% na população residente em áreas urbanas. Os indicadores econômicos do Paraná revelam que o PIB *per capita* no ano 2000 foi de 6.847 reais, ocupando o sétimo lugar em importância econômica entre os Estados brasileiros. No entanto, esse valor coloca o Paraná em último lugar dentre os estados da Região Sul (IBGE 2004). A taxa de pobreza no Estado foi de 21,59% em 1999, e a taxa de analfabetismo de 30,54%, também os piores indicadores dentre os da Região Sul (NUNES e col. 2001). Em 2000, 19% da população economicamente ativa estava desempregada (IBGE 2004).

Segundo POCHMAN e AMORIM (2003) o Paraná apresentava em 2000 o maior número de municípios com alta exclusão social dentre os três estados da Região Sul. Porém, comparado com o restante do país, os estados das regiões Norte e Nordeste apresentam uma concentração maior de municípios com elevado índice de exclusão, que chega à proporção de 90% no Nordeste.

3.1. Descrição das variáveis

A análise da equidade na provisão de serviços públicos odontológicos foi realizada por meio da verificação da associação entre indicadores de recursos financeiros alocados em saúde, oferta e utilização desses serviços com alguns indicadores de condição social. Neste estudo, tanto oferta quanto utilização dos serviços públicos odontológicos serão consideradas como uma aproximação de medida de acesso da população aos mesmos, segundo metodologia empregada nos estudos de NUNES e col. (2001) e VIANA e col. (2003). Convém enfatizar que a separação entre recursos financeiros alocados em saúde (nos níveis federal e municipal) e provisão de serviços de saúde, utilizados como variáveis de desfecho do estudo, foi uma opção meramente analítica, admitindo-se que ambas as dimensões refletem o resultado de políticas públicas na área da saúde, construídas a partir de negociações e disputas nas três esferas de poder (COHN 1997). Ainda quanto à dimensão das relações sociais na construção e implementação de políticas, que não constituiu objeto específico deste estudo, deve-se considerar que a condição socioeconômica, e indiretamente a de saúde, da população e dos municípios, representada pelas variáveis explicativas, também não pode ser dissociada das políticas sociais e econômicas em curso (COHN 1997). Segundo a OMS (1976), a associação entre estas diversas dimensões poderia ser assim explicada: a melhoria das condições de saúde da população, do nível material de vida, o aumento das oportunidades de trabalho e de educação, além do acesso generalizado aos benefícios das inovações científicas e tecnológicas, constituem objetivos do desenvolvimento socioeconômico. Por outro lado, para que ocorra, este desenvolvimento depende das

condições de saúde, educação e de outros setores sociais. Na medida em que o aprimoramento das condições de saúde exerce uma influência importante no desenvolvimento socioeconômico, os serviços de saúde podem, também, produzir benefícios indiretos para este desenvolvimento (SILVA 1999).

As variáveis selecionadas para o estudo, que são descritas a seguir, podem ser verificadas nos quadros 1, 2 e 3, e envolvem as seguintes dimensões:

- a) Condições socioeconômicas: índices globais, receita própria dos municípios, e indicadores de habitação, renda e educação.
- b) Serviços odontológicos: oferta (recursos humanos e capacidade instalada) e utilização (produção de serviços em Atenção Básica), alocação de recursos em Atenção Básica, e fluoração das águas de abastecimento público.
- c) Recursos financeiros: despesa total com saúde dos municípios, despesas com recursos próprios em saúde, total de transferências – SUS, e total de transferências do PAB para os municípios.

Quadro 1. Indicadores de provisão de serviços públicos odontológicos, utilizados como variáveis de desfecho, tipo, ano e fonte.

Indicadores	Variáveis selecionadas	Tipo	Ano	Fonte
Serviços Odontológicos	Número de equipos odontológicos no SUS/ 1000 hab.	Contínua	2003	SIA-SUS
	Número de cirurgiões-dentistas no SUS/ 1000 hab.	Contínua	2002	SIA-SUS
	Número de ações básicas SUS/ hab./ ano	Contínua	2003	SIA-SUS
	Número de procedimentos coletivos SUS/ hab./ ano	Contínua	2003	SIA-SUS
	Número de procedimentos preventivos SUS/ hab./ ano	Contínua	2003	SIA-SUS
	Número de procedimentos restauradores SUS/ hab./ ano	Contínua	2003	SIA-SUS
	Número de exodontias SUS/ hab./ ano	Contínua	2003	SIA-SUS
Recursos alocados para Odontologia	Incentivo à Saúde Bucal no PSF per capita	Contínua	2003	SIA-SUS
	Recursos do PAB utilizados em ações de odontologia per capita	Contínua	2000	SIA-SUS
Fluoração de Águas	População com acesso a água fluorada	Contínua	2000	SESA
	Número de anos do início da fluoração das águas	Discreta	2000	SESA

Quadro 2. Indicadores de recursos financeiros alocados em saúde nos municípios, utilizados como variáveis de desfecho, tipo, ano e fonte.

Indicadores	Variáveis selecionadas	Tipo	Ano	Fonte
Recursos do município	Despesa total com saúde <i>per capita</i>	Contínua	2003	SIOPS
	Despesa com recursos próprios do município <i>per capita</i>	Contínua	2003	SIOPS
Transferências Federais	Total de transferências – SUS <i>per capita</i>	Contínua	2003	SIOPS
	Transferências PAB <i>per capita</i>	Contínua	2003	SIOPS

Quadro 3. Indicadores de condição socioeconômica, utilizados como variáveis explicativas, tipo, ano e fonte.

Indicadores	Variáveis selecionadas	Tipo	Ano	Fonte
Globais	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH M)	Contínua	2000	PNUD (1997)
	Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)	Contínua	2000	UNICEF (2001)
	Índice de Exclusão Social	Contínua	2000	POCHMAN e AMORIM (2003)
	Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS)	Contínua	2000	NISIS (2002)
	Índice de Resposta do Sistema de Saúde (IRSS)	Contínua	2000	NISIS (2002)
Município	Receita própria <i>per capita</i>	Contínua	2003	SIOPS
Habitação	População com acesso a abastecimento de água	Contínua	2000	IBGE
	População com acesso a coleta de lixo	Contínua	2000	IBGE
	População com acesso a rede de esgoto	Contínua	2000	IBGE
Renda	Renda <i>per capita</i>	Contínua	2000	IBGE
	Renda média mensal do responsável pelo dom.	Contínua	2000	IBGE
	% responsáveis por dom. com renda insuficiente	Contínua	2000	IBGE
	Índice de emprego formal	Contínua	2000	POCHMAN e AMORIM (2003)
Educação	% de população alfabetizada	Contínua	2000	SIA-SUS
	Taxa de alfabetização (pop. > 10 anos)	Contínua	2000	IBGE
	Índice de Escolaridade	Contínua	2000	POCHMAN e AMORIM (2003)

3.1.1. Provisão de serviços públicos odontológicos

Os dados relativos à oferta e utilização dos serviços públicos odontológicos, bem como os de recursos financeiros alocados para saúde bucal na Atenção Básica, foram obtidos a partir do banco de dados do SIA-SUS disponibilizado na rede mundial de computadores - Internet (SIA – SUS 2004). As variáveis construídas são descritas a seguir:

- a) Número de equipamentos odontológicos – obtido a partir das informações sobre a rede ambulatorial do SUS, corresponde ao número de equipamentos odontológicos instalados nos estabelecimentos da rede assistencial em 2003. Padronizado para mil habitantes, também foram coletadas informações para os anos de 1998 e 2000;
- b) Número de cirurgiões-dentistas – padronizado para mil habitantes, este indicador, obtido a partir de dados da Pesquisa Assistência Médico – Sanitária (AMS) de 2002, corresponde ao total de cirurgiões-dentistas que prestavam atendimento pelo SUS nesse período. Realizada periodicamente pelo IBGE, essa pesquisa consta de levantamento nacional de todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, ambulatoriais ou hospitalares (IBGE 2002). Para efeitos de comparação, foram também coletados dados referentes a 1999, ano da realização da primeira pesquisa;
- c) Número de ações básicas em odontologia por habitante, corresponde ao total de procedimentos odontológicos ambulatoriais (de Atenção Básica)

- realizados pelo SUS em 2003. O indicador foi composto a partir das informações sobre produção ambulatorial (quantidade aprovada) constantes no grupo de procedimentos de Atenção Básica. Além da atenção básica, os grupos de procedimentos ainda incluem os especializados (dentre os quais, as ações especializadas em odontologia) e os assistenciais de alta complexidade;
- d) Número de procedimentos coletivos – também obtido a partir das informações sobre produção ambulatorial no SUS (quantidade aprovada), corresponde ao total de procedimentos coletivos realizados em 2003, por habitante;
 - e) Número de procedimentos preventivos – corresponde à soma dos procedimentos: aplicação terapêutica intensiva de flúor, controle de placa bacteriana e aplicação de selante, realizados em 2003, por habitante. Presentes em informações sobre produção ambulatorial (quantidade aprovada);
 - f) Número de procedimentos restauradores – corresponde ao total de restaurações (em uma ou mais faces dos dentes) em amálgama, compósito, silicato, resina fotopolimerizável e restaurações a pino, realizadas em 2003, por habitante. Esse indicador também foi obtido em informações sobre produção ambulatorial (quantidade aprovada);
 - g) Número de exodontias – corresponde à soma das extrações de dentes decíduos, permanentes e de restos radiculares efetuadas em 2003 por habitante. Os dados estão disponíveis em informações sobre produção ambulatorial (quantidade aprovada);

- h) Recursos do PAB utilizados em ações de odontologia – correspondem ao total de recursos financeiros despendidos em ações básicas em odontologia, *per capita*, em 2000. O indicador foi construído a partir das informações sobre produção ambulatorial (valor aprovado) constantes no grupo de procedimentos de Atenção Básica. Informações para 2003 não estão disponíveis;
- i) Incentivo à Saúde Bucal no PSF – corresponde ao montante do PAB variável, *per capita*, destinado às ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Os dados foram obtidos a partir de informações sobre recursos federais do SUS (por município) para 2003, no item incentivo à saúde bucal.

Para os indicadores de utilização dos serviços – total de ações básicas em odontologia, número de procedimentos coletivos, preventivos, restauradores e exodontias – foram coletados, para fins de comparação, dados relativos aos anos de 1998 e 2000.

Diante das evidências acerca da efetividade da fluoração das águas de abastecimento público para a redução da prevalência de cárie dentária na população (PETERSON e BRATTHALL 1996; CDC 1999; McDONAGH 2000), além de contribuir para a redução das desigualdades socioeconômicas na experiência de cárie (SLADE e col. 1996; JONES e col. 1997; JONES e WORTHINGTON 2000; BURT 2002; BALDANI e col. 2004), dados relativos à disponibilidade do benefício nos municípios do Estado foram incluídos dentre as variáveis de provisão de serviços odontológicos. Esta opção metodológica justifica-se diante do fato de que a fluoração das águas, apesar de não compor o conjunto de procedimentos da rede assistencial

provedora de serviços públicos odontológicos, é uma medida populacional de prevenção de cárie dentária que historicamente tem integrado as políticas de saúde bucal no país. Informações sobre a proporção da população com acesso à água fluorada por município e o número de anos desde o início da fluoração até 2000 foram obtidas a partir de relatórios disponibilizados pela SESA (2001, 2003).

Como informação adicional para a composição do padrão de provisão de serviços públicos odontológicos no Estado, os municípios foram ainda categorizados quanto à implementação ou não de ações ou programas odontológicos diferenciados em Atenção Básica, a saber: Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal (clínicas odontológicas para bebês) e Odontologia no Programa Saúde da Família.

3.1.2. Condição socioeconômica

Os aspectos sociais podem ser evidenciados por meio de diferentes indicadores de desenvolvimento, envolvendo condições de saúde, renda, moradia, educação e coesão social. Segundo ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO (1999) “os indicadores básicos de desenvolvimento humano assumem importância fundamental em toda análise da situação de saúde, pois documentam o espaço social em que ocorrem as mudanças no estado de saúde” (p.31). Para este estudo foram selecionados como índices globais de condição de vida: o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, o Índice de Desenvolvimento Infantil – IDI, o Índice de Exclusão Social – IES, o Índice de Condição de Vida e Saúde - ICVS, e o Índice de Resposta do Sistema de Saúde - IRSS. Além destes, foram incluídos outros indicadores: a) relacionados com habitação: proporção de moradores em domicílios

ligados às redes de águas e esgoto e com acesso à coleta de lixo; b) relativos à renda: renda *per capita*, renda média mensal do responsável pelo domicílio (medida em reais), proporção de responsáveis por domicílio com renda insuficiente (abaixo de dois salários mínimos ou sem renda), Índice de Emprego Formal; c) relativos à escolaridade: proporção da população alfabetizada; taxa de alfabetização em maiores de 10 anos de idade, e Índice de Escolaridade. Dentre as variáveis socioeconômicas foi ainda considerada a variável receita própria do município *per capita*. Segundo NUNES (2004) a capacidade relativa de autofinanciamento do município deve ser considerada como variável moderadora para a provisão de serviços públicos de saúde. Para o presente estudo, a variável foi elaborada a partir de dados do SIOPS, e consta da soma da dotação atualizada da receita com impostos, Fundo de Participação dos Municípios e ICMS, para 2003 (SIOPS 2004).

Para MOYSÉS (2000), as limitações em se aferir, a partir de dados agregados, a completa dimensão social implícita nas associações entre condição socioeconômica e o processo de adoecer das populações, bem como com a provisão e acesso aos serviços de saúde, podem ser parcialmente superadas utilizando-se o conceito do “Desenvolvimento Humano Sustentável”, considerado mais amplo e multifacetado, por incorporar, além da dimensão econômica, outros fatores importantes na determinação da qualidade de vida: saúde, educação, meio ambiente, dentre outros. Um exemplo da incorporação deste conceito é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesse sentido, alguns índices globais foram selecionados para este estudo, e são definidos a seguir:

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD e é utilizado em estudos sobre

condições de vida. Este índice parte da concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população. A renda é avaliada por indicadores médios e pela desigualdade da distribuição; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil; e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados (MINAYO e col 2000).

O Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) foi desenvolvido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância –UNICEF, tendo sido calculado no Brasil a nível municipal. Foi composto a partir de indicadores relacionados a dimensões do desenvolvimento infantil, como cobertura vacinal contra sarampo, grau de escolaridade dos pais, renda familiar, acesso à água tratada, entre outros (UNICEF 2001).

Tanto o Índice de Condição de Vida e Saúde (ICVS) quanto o Índice de Resposta do Sistema de Saúde (IRSS) foram desenvolvidos em 2002 pelo Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (NISIS 2002), tendo como marco teórico os fundamentos da Epidemiologia Social. A associação de ambos indica o Fator de Equidade, que seria, segundo os autores, uma proposta de redimensionar e redistribuir os recursos que hoje financiam o SUS segundo critérios de equidade, conforme o modelo de entendimento da determinação social do processo saúde / doença. Esse fator é o valor que indicaria o gasto necessário em saúde para determinado município em relação aos outros municípios do Estado ou do país. O cálculo do ICVS corresponde à média aritmética de indicadores sintéticos nas dimensões biológica, de renda, de habitação, de educação e de oferta de serviços de saúde (número de consultórios médicos e

odontológicos, número de consultas médicas e de ações básicas odontológicas, número de leitos hospitalares e de internações). O IRSS foi desenvolvido a partir de bibliografia específica de avaliação de serviços, considerando a tríade: estrutura, processo e resultado. Assim, definiu-se que as respostas do sistema de saúde deveriam ser medidas por indicadores de resultados das ações dos serviços e do sistema que incidissem sobre agravos de maior relevância para o país. O IRSS é calculado por meio da média aritmética entre a mortalidade proporcional em menores de um ano, a proporção de óbitos mal definidos e o índice de óbitos evitáveis por doenças crônicas, infecciosas e causas externas. Este último, por sua vez, é construído a partir da média aritmética dos seguintes indicadores: coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, coeficiente de mortalidade por câncer de colo uterino; coeficiente de mortalidade por causas externas e o Índice de Óbitos Evitáveis por Causas Infecciosas (mortalidade por malária, tuberculose e tétano).

Três indicadores propostos por POCHMAN e AMORIM (2003) foram selecionados para este estudo: o Índice de Emprego Formal, o Índice de Escolaridade e o Índice de Exclusão Social. O primeiro corresponde à quantidade de trabalhadores com emprego formal sobre a população em idade ativa. O segundo foi composto a partir dos anos médios de estudo do chefe do domicílio e o terceiro é um indicador sintético composto a partir das dimensões que, para os autores, configuram os componentes da exclusão/inclusão social: padrão de vida digno (taxa de pobreza, emprego formal e desigualdade de renda), conhecimento (taxa de alfabetização e anos médios de estudo do chefe do domicílio) e risco juvenil (percentagem de jovens

na população e número de homicídios por mil habitantes). Em todos os casos, quanto menor o índice, pior a condição.

3.1.3. Recursos financeiros alocados em saúde nos municípios

As variáveis relativas aos recursos financeiros alocados em saúde, selecionadas para este estudo, correspondem à despesa total com saúde dos municípios, despesa com recursos próprios em saúde, e o total de transferências do SUS, englobando todos os níveis de complexidade. Esses dados foram obtidos junto ao banco do SIOPS e correspondem a informações sobre despesa paga, de administração direta e indireta, dos municípios em 2003 por habitante (SIOPS 2004). A variável relativa ao total de recursos federais transferidos aos municípios para Atenção Básica (total de transferências PAB por habitante) foi obtida a partir do banco de dados do SIA-SUS, também para 2003 (SIA-SUS 2004). Foram coletados também, para fins de comparação, dados relativos aos anos de 1998 e 2000.

3.2. Análise dos dados

3.2.1. Contexto histórico (revisão bibliográfica)

A provisão de serviços públicos de saúde está relacionada a fatores socioeconômicos e políticos. As políticas públicas são resultantes históricas das formas com que se estabelecem as relações entre Estado e Sociedade (ZANETTI 1993). Dessa forma, as políticas públicas, inclusive as de saúde, podem ser compreendidas como a resposta do Estado diante de uma necessidade vivida ou

manifestada pela sociedade, estando sujeitas a condições que fazem com que este, além dos demais atores envolvidos, lhes confira maior ou menor urgência. Segundo ACÚRCIO (2005) as políticas públicas são sempre objetos de disputa entre diversos grupos, a qual se estende à própria decisão do que deve ser considerado como problema público em determinado momento e, portanto, alvo da ação regulatória do Estado. Além disso, estas políticas também dependem de possibilidades econômicas para serem traduzidas em ações e medidas concretas (ZANETTI 1993). Os recursos econômicos são, Segundo ZANETTI (1993), “os alicerces que permitem o surgimento de todo o universo de movimentações e relações que costuram as bases políticas para a realização de qualquer política pública” (p. 2).

Para ACÚRCIO (2005) a política de saúde de uma época reflete o momento histórico no qual foi criada, a situação econômica, os avanços do conhecimento científico, além da capacidade das classes sociais influenciarem a política. Sob esta ótica, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu em resposta à crise econômica e institucional, associada ao novo paradigma de atenção à saúde e à busca de ruptura com o modelo tradicional (flexneriano) de organização dos sistemas de saúde, comprovadamente inefetivo. Este processo foi resultado de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo de anos, sendo reflexo de uma trajetória de formulações e lutas (ACÚRCIO 2005).

A busca de referências históricas do processo de formulação das políticas de saúde no país, e da vinculação deste com o contexto político geral, pode contribuir para uma melhor compreensão do momento atual. Além disso, com o avanço no processo de descentralização da gestão, a partir da criação do SUS, evidenciaram-se as particularidades inter-regionais dos sistemas de saúde. Dessa forma, procurou-se

em uma primeira etapa deste trabalho, contextualizar as características da atenção odontológica nos serviços públicos no Brasil e no Estado do Paraná, verificando, por meio de revisão de literatura e documentos, os determinantes históricos dos processos relacionados com a resposta dos sistemas de saúde federal, estadual e municipais aos problemas de saúde bucal da população.

3.2.2. Distribuição e evolução da provisão de serviços públicos odontológicos no Paraná (análise exploratória)

Na segunda parte do estudo, ainda exploratória, os dados referentes aos indicadores de provisão de serviços públicos odontológicos, de condições socioeconômicas, e de recursos financeiros alocados em saúde no ano 2003, para os 399 municípios do Estado do Paraná, foram analisados e interpretados utilizando-se estatísticas descritivas. Esta análise consiste na organização e descrição dos dados, na identificação de valores que traduzem o elemento típico, e na quantificação da sua variabilidade (SOARES e SIQUEIRA 1999), a qual permitiu identificar a presença de desigualdades intermunicipais.

Complementando a análise das informações relativas aos serviços públicos odontológicos, procurou-se, em um primeiro momento, identificar a evolução da oferta dos serviços de Atenção Básica e de média complexidade, entre os anos de 1998, 2000 e 2003, bem como a variação do número de cirurgiões-dentistas nos serviços públicos dos municípios, entre 1999 e 2002, e de equipamentos odontológicos no SUS entre 2000 e 2003. Para verificar se houve variação dos indicadores de provisão de serviços entre os três anos e sua significância estatística

aplicou-se o teste não-paramétrico de Friedman para amostras dependentes e, para verificar as diferenças entre cada período e o subsequente, utilizou-se o teste não-paramétrico de Wilcoxon para amostras dependentes, conforme descritos por SIEGEL (1975). O mesmo método foi utilizado ainda para analisar as diferenças na provisão de serviços odontológicos e financiamento na saúde entre 1998 e 2003, para municípios localizados no primeiro e no último quartil de proporção de chefes de domicílio com renda insuficiente. Nesta análise aplicou-se, ainda, o teste não-paramétrico de Mann Whitney, para verificar as diferenças entre os quartis em cada período. Buscou-se também analisar as diferenças na oferta de serviços de Atenção Básica e de número de cirurgiões-dentistas no SUS entre grupos de municípios que desenvolviam ou não ações ou programas diferenciados em Atenção Básica em 2003, quais sejam: clínicas odontológicas para bebês (do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal), ou odontologia no Programa Saúde da Família. Neste caso, a significância estatística das diferenças foi verificada por meio do teste não-paramétrico de Kruskal Wallis para amostras independentes (SIEGEL 1975; STATSOFT 2002). A justificativa para a escolha de testes não-paramétricos encontra-se no tópico seguinte.

3.2.2. Verificação da Normalidade: seleção de testes estatísticos paramétricos ou não-paramétricos

Para identificar se as variáveis selecionadas para o estudo apresentam o padrão de distribuição normal, o que possibilitaria a utilização de testes paramétricos para a análise estatística (teste t, análise de variância e coeficiente de correlação de

Pearson), aplicou-se o teste de Kolmogorov – Smirnov para Normalidade (DANIEL 1995). Os valores de p apresentados nas tabelas 1, 2 e 3 indicam que, ao nível de significância de 5%, 9 das 11 variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos, e 8 das 16 variáveis de condição socioeconômica não apresentam distribuição normal, sendo que a maioria daquelas de serviços não se tornaram normais mesmo após transformação logarítmica. Diante desse fato, optou-se pela utilização de testes não-paramétricos correspondentes (Kruskal Wallis, Wilcoxon, Friedman e coeficiente de correlação de Spearman), os quais não exigem que as variáveis apresentem-se com distribuição normal, por não se basearem em estimativas de parâmetros como média ou desvio-padrão (STATSOFT 2002), mas sim na “ordem” ou “postos” que os dados ocupam em uma escala ordinal (SIEGEL 1975).

Tabela 1. Teste de normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis de provisão de serviços odontológicos.

Indicadores	p valor	Hipótese de Normalidade
Número de equipes odontológicas no SUS/ 1000 hab.	<0,001	Não aceita
Número de dentistas no SUS/ 1000 hab.	<0,001	Não aceita
Número de ações básicas SUS/ hab./ ano	<0,001	Não aceita
Número de procedimentos coletivos SUS/ hab./ ano	<0,001	Não aceita
Número de procedimentos preventivos SUS/ hab./ ano	<0,001	Não aceita
Número de procedimentos restauradores SUS/ hab./ ano	<0,001	Não aceita
Número de exodontias SUS/ hab./ ano	<0,001	Não aceita
Incentivo à Saúde Bucal no PSF <i>per capita</i>	0,012	Não aceita
Recursos do PAB utilizados em ações de odontologia (valor aprovado) <i>per capita</i>	0,062	Aceita
População com acesso a água fluorada	<0,001	Não aceita
Número de anos do início da fluoretação das águas	0,015	Não aceita

Tabela 2. Teste de normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis de condição socioeconômica.

Indicadores	p valor	Normalidade
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,608	Aceita
Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI)	0,233	Aceita
Índice de Exclusão Social	0,703	Aceita
Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS)	0,982	Aceita
Índice de Resposta do Sistema de Saúde (IRSS)	0,764	Aceita
Receita própria do município per capita	<0,001	Não aceita
População com acesso a abastecimento de água	0,001	Não aceita
População com acesso a coleta de lixo	0,010	Não aceita
População com acesso a rede de esgoto	<0,001	Não aceita
Renda <i>per capita</i>	0,009	Não aceita
Renda média mensal do responsável pelo dom.	0,001	Não aceita
% responsáveis por dom. com renda insuficiente	0,025	Não aceita
Índice de emprego formal	<0,001	Não aceita
% de população alfabetizada	0,483	Aceita
Taxa de alfabetização (pop. > 10 anos)	0,845	Aceita
Índice de Escolaridade	0,080	Aceita

Tabela 3. Teste de normalidade das distribuições (Kolmogorov-Smirnov) para as variáveis de recursos financeiros alocados em saúde.

Indicadores	p valor	Normalidade
Despesa total com saúde <i>per capita</i>	<0,001	Não aceita
Despesa com recursos próprios em saúde <i>per capita</i>	<0,001	Não aceita
Total de transferências – SUS <i>per capita</i>	<0,001	Não aceita
Transferências PAB <i>per capita</i>	0,048	Não aceita

3.2.3. Associação entre as variáveis de provisão de serviços odontológicos, de recursos financeiros alocados em saúde, e condição socioeconômica

A verificação da relação entre a provisão de serviços públicos odontológicos e condição socioeconômica proposta para este estudo foi realizada em quatro etapas. Primeiramente utilizou-se a análise de correlação entre as variáveis para se identificar as associações. Para tanto, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (r_s) (SIEGEL 1975; STATSOFT 2000), considerando-se os indicadores de provisão de serviços odontológicos como variáveis dependentes e os de condição socioeconômica e de recursos financeiros alocados em saúde como variáveis explicativas. Buscou-se nessa fase identificar as correlações significativas bem como o sentido das associações.

Procurou-se também, numa segunda etapa analítica, demonstrar as diferenças nos indicadores socioeconômicos entre municípios que desenvolviam ou não ações diferenciadas em Odontologia na Atenção Básica, identificadas por meio dos programas de saúde bucal em andamento no ano 2003: o Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal e a Odontologia no Programa Saúde da Família. Para tanto foram formados grupos de municípios, quanto à presença ou não de alguma dessas atividades (ou todas ao mesmo tempo), sendo os valores dos indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos comparados entre os grupos utilizando-se o teste não-paramétrico de Kruskal Wallis.

Na terceira etapa da análise buscou-se verificar a relação entre as variáveis de provisão de serviços odontológicos e o entrecruzamento de um indicador de condição de vida (o ICVS) com um indicador de resposta do sistema de saúde (o IRSS),

segundo metodologia proposta pelo NISIS – SP (2002). Os autores cruzaram categorias previamente definidas de ICVS com outras de IRSS, e obtiveram 10 grupos de municípios, que foram definidos, do melhor para o pior, da seguinte forma:

- a) grupo 1 – composto por municípios com boas condições de vida e boa resposta do sistema de saúde;
- b) grupo 2 – composto por municípios com boas condições de vida e média resposta do sistema de saúde, devido à baixa resposta para a mortalidade por causas evitáveis;
- c) grupo 3 – composto por municípios com condições de vida medianas e boa resposta do sistema de saúde;
- d) grupo 4 – composto por municípios com condições de vida medianas e baixa resposta à mortalidade por causas evitáveis;
- e) grupo 5 – composto por municípios com condições de vida medianas ou boas e piores respostas do sistema de saúde (baixa resposta à mortalidade infantil);
- f) grupo 6 – composto por municípios com condições de vida medianas ou boas e baixa resposta à mortalidade por causas mal definidas;
- g) grupo 7 – composto por municípios com condições de vida insatisfatórias e baixa resposta à mortalidade por causas evitáveis;
- h) grupo 8 – composto por municípios com condições de vida insatisfatórias e boa resposta do sistema de saúde;
- i) grupo 9 – composto por municípios com condições de vida insatisfatórias e baixa resposta à mortalidade por causas mal definidas;

- j) grupo 10 – composto por municípios com condições de vida insatisfatórias e piores respostas do sistema de saúde (baixa resposta à mortalidade infantil).

A tabela 4 apresenta a distribuição dos municípios do Paraná segundo as categorias propostas pelo NISIS (2002). Foram excluídos dessa etapa analítica os 19 municípios que não apresentavam informações para a composição do IRSS.

Tabela 4. Distribuição proporcional dos municípios do Estado do Paraná, segundo grupos de ICVS/ IRSS, 2000.

Grupo	N de municípios	%
1	44	11,6
2	65	17,1
3	106	27,9
4	92	24,2
5	31	8,2
6	3	0,8
7	12	3,2
8	18	4,7
9	2	0,5
10	7	1,8
Total	380	100,0

Fonte: NISIS 2002.

As associações entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos e os grupos construídos a partir do entrecruzamento dos dois indicadores foram identificadas por meio do coeficiente de correlação de Spearman e as variáveis que se associaram significativamente ao nível de 5% foram então selecionadas para serem apresentadas de forma descritiva, por meio de gráficos de barras apresentando os valores medianos destas para cada grupo de municípios,

indicando dessa forma o sentido das associações. Devido ao pequeno número de municípios, os grupos 6 e 9 foram incorporados, respectivamente aos grupos 5 e 10.

A quarta e última etapa consistiu na análise de distribuição espacial de algumas das variáveis de condição socioeconômica e de provisão de serviços odontológicos através de mapas, construídos a partir do programa Tabwin 3.0.1. Para essa etapa foram selecionadas as variáveis que apresentaram maiores valores de correlação, sendo organizadas em dois grupos de igual frequência, formados a partir das medianas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo está estruturado em três tópicos, visando contemplar os objetivos específicos propostos para o estudo. No primeiro é abordada a organização dos serviços odontológicos no Paraná, em seu contexto histórico e atual, buscando-se situar a condição do Estado em relação ao restante do Brasil. No segundo tópico apresenta-se uma descrição das variáveis selecionadas, buscando-se analisar a distribuição dos indicadores socioeconômicos, de recursos financeiros, e dos serviços odontológicos e sua variação entre os municípios, bem como a evolução na oferta desses serviços no período entre 1998 e 2003. Finalmente, busca-se, no terceiro tópico, verificar a relação entre os indicadores de provisão de serviços odontológicos com indicadores socioeconômicos e de recursos financeiros nos municípios, com vistas a analisar se contempla o sentido da equidade.

4.1. Oferta de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná: contexto histórico

Até o início da segunda metade do século XX os serviços de assistência odontológica de natureza estatal no Brasil eram residuais e, sobretudo, não se adotava qualquer tipo de programação ou planejamento de ações. Neste período, o modelo odontológico assistencial centrava-se na prática privada, que cobria a maior parte da população; e nos serviços prestados pela Previdência Social (inicialmente por meio das CAP e depois dos IAP), os quais eram destinados aos trabalhadores segurados (SERRA 1998). Segundo NARVAI (2002) o ano de 1952 marcou o início das atividades programáticas de saúde bucal no âmbito público, com a implementação, pelo SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) – órgão criado no período da Segunda Guerra Mundial, a partir de um acordo entre Brasil e Estados Unidos –, de programas de Odontologia Sanitária, que diferiam de toda forma de assistência ofertada até então, individual e rudimentar, principalmente no que diz respeito ao planejamento das ações e do tipo de serviço ofertado (RONCALLI 2000). Estes programas compreendiam duas frentes de atuação: a) a implantação da fluoretação das águas de abastecimento público, e b) a introdução de um modelo norte-americano de assistência odontológica ao escolar, denominado de Sistema Incremental (ZANETTI 1993; RONCALLI 2000; NARVAI 2002).

Por aproximadamente trinta anos (entre o início da década de 1950 até o final da década de 1980), a assistência odontológica pública no Brasil organizou-se em programas de atendimento a escolares (basicamente o Sistema Incremental) e, para o restante da população, serviços distribuídos entre diversas instituições conveniadas

com o sistema previdenciário brasileiro por meio do INAMPS, as Secretarias Estaduais de Saúde, e as entidades filantrópicas (RONCALLI 2000). Para MOYSÉS e GEVAERD (2002), o Sistema Incremental, mais do que apenas um modelo programático, refletia as compreensões da época acerca do direito à saúde. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve, nos anos 1990, um crescente aumento da municipalização das ações e serviços de saúde, e os modelos odontológicos assistenciais vigentes até então passaram a serem avaliados, principalmente porque, diante dos princípios de universalidade da atenção, integralidade, descentralização das ações e controle social, as fragilidades e características excludentes desses modelos ficaram evidentes.

As informações históricas referentes à estruturação dos serviços odontológicos no Estado do Paraná até o início da década de 1990 foram coletadas e organizadas por AMARANTE em 1994, em uma monografia intitulada “A Odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná”. A autora colecionou documentos antigos da Secretaria de Saúde (SESA), entrevistou pessoas que participaram ativamente da história da Odontologia no Estado, e consultou referências bibliográficas sobre a Saúde Pública no âmbito do Paraná. Dentre outros, este trabalho foi utilizado nessa revisão como referência sobre o Paraná.

4.1.1. O Serviço de Higiene Dentária (Década de 1940)

O primeiro serviço de assistência odontológica pública no Estado do Paraná, o “Serviço de Higiene Dentária”, surgiu em 1941, inserido no Departamento Estadual de Saúde. Constava inicialmente de um único “gabinete odontológico” (conforme

denominação da época), instalado no Centro de Saúde em Curitiba, como parte do Serviço de Higiene da Criança e Pré-Natal, destinado ao atendimento de gestantes e escolares encaminhados. Nos anos seguintes, ao mesmo tempo em que mais profissionais eram incorporados ao serviço no Centro de Saúde, chegando a quatro dentistas, consultórios odontológicos eram adquiridos por algumas poucas escolas públicas, com recursos próprios da chamada “Caixa Escolar” (dinheiro arrecadado em festas e por doações), e instalados em suas dependências para facilitar o acesso dos estudantes. Os dentistas que trabalhavam nestas escolas, bem como o material de consumo utilizado, eram custeados pelo Departamento de Saúde. Os relatórios de atividades do Serviço de Higiene Dentária de 1942 e 1943 indicam que os serviços ofertados, para gestantes, pré-escolares e escolares, eram: “extrações, obturações secundárias, obturações definitivas e limpeza dentária” (AMARANTE, 1994, p. 12 e 13).

Ao final da Ditadura Getúlio Vargas o interventor Manoel Ribas, que apoiara uma série de medidas de reestruturação da área de Saúde Pública no Estado, deixou o governo do Paraná. Dentre estas iniciativas, destacavam-se a regionalização administrativa, a criação de sete distritos sanitários (fazendo com que as ações de saúde pública passassem a ser desenvolvidas não apenas na capital, e incorporando regiões do Estado de colonização mais recente, como o Norte e o Oeste), e a extensão dos chamados “postos de higiene” à maioria das cidades paranaenses.

O Departamento Estadual de Saúde foi elevado à categoria de Secretaria de Estado em 1947, durante o governo Dutra, passando a ser denominado Secretaria da Saúde e Assistência Social. O Brasil vivia um momento de divisas acumuladas durante a Segunda Guerra Mundial, e o Estado do Paraná apresentava-se em

vertiginoso crescimento refletido no grande número de novos municípios que surgiam, sem que o Estado pudesse dotá-los de uma infra-estrutura adequada aos serviços necessários à manutenção da vida em condições satisfatórias. Segundo AMARANTE (1994) “a Saúde Pública, quase à margem dos recursos financeiros estaduais, vinha agarrando-se como podia ao processo de colonização do Paraná” (p. 15). Nesse período, a odontologia praticada era eminentemente ambulatorial e curativa. Consultórios odontológicos eram instalados em hospitais e unidades da rede de saúde pública, escolas estaduais, casas assistenciais, “Casas do Trabalhador” e postos de puericultura. Em 1951, o então governador unificou o serviço de odontologia do Estado, segundo a política de centralização que vinha adotando, criando o quadro de dentistas da Secretaria da Saúde e Assistência Social, abrindo concurso de títulos para o preenchimento de 22 vagas.

Ao final da década de 1940, a odontologia no contexto da Secretaria de Saúde e Assistência Social resumia-se a alguns consultórios dispersos, a maioria deles concentrados na capital, pelo fato de muitas escolas da rede pública de ensino haverem adquirido seus próprios consultórios ou conseguido-os por meio de pressões políticas. Também nessa época foi estimulada a criação das APMI (Associação de Proteção a Maternidade e Infância), entidades de cunho filantrópico que, rapidamente proliferaram em todo o Estado como principais executoras dos programas do Departamento da Criança, instalado na Secretaria em 1947. Dentre os programas a ele vinculados estava o atendimento odontológico ambulatorial. Com o surgimento desse departamento, a odontologia ficou definitivamente vinculada ao atendimento de crianças, principalmente escolares, e gestantes, ditando as prioridades dos serviços desta área até a década de 1990, conforme se verá adiante.

4.1.2. O SESP e o Sistema Incremental (Década de 1950)

No âmbito nacional, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (ALMEIDA 1995), o qual incorporou o SESP (que a partir de 1960 se tornaria a Fundação SESP), órgão destinado a operar serviços de saúde pública principalmente no interior do Brasil. Com a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), a partir de 1930, estes passam a assegurar assistência médica e odontológica aos trabalhadores. Ao Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e alguma participação dos municípios, cabia desenvolver as ações de saúde pública e, articulados com entidades filantrópicas, prestar assistência à população não incorporada à economia formal, sobretudo aos indigentes (ALMEIDA 1995).

O Sistema Incremental de atendimento odontológico a escolares do SESP, proposto em 1952 e testado inicialmente em Aimorés (MG), foi então adotado como padrão a ser seguido no Brasil (FREIRE 1964). O programa se desenvolvia com a combinação de serviços odontológicos curativos e preventivos especialmente adaptados para a população sob intervenção (crianças em idade escolar). Os serviços de assistência odontológica curativa direcionada às crianças matriculadas na rede pública de ensino eram complementados por dois métodos preventivos: a) fluoretação das águas de abastecimento público e b) aplicação tópica de flúor para os escolares (FREIRE 1964). O principal atrativo deste programa, para PINTO (2000), estaria relacionado à capacidade de ordenação da cobertura populacional, centrada na lógica da detecção e tratamento precoce das lesões de cárie, com o objetivo de impedir sua progressão. Segundo este modelo, as crianças ingressantes nas primeiras séries das escolas teriam todas as suas necessidades básicas de tratamento eliminadas por meio

do denominado “tratamento completado inicial” (TC-I), passando a receber, periodicamente, os “tratamentos de manutenção” (TC-M), para eliminar suas necessidades curativas acumuladas neste período de tempo (NARVAI 1992).

Segundo ZANETTI (1993) as ações programadas pelo SESP foram desenvolvidas incorporando, desde o início, a utilização de equipamentos de baixa densidade tecnológica e pessoal auxiliar na prestação de cuidados ao grupo mais vulnerável (segundo os conhecimentos da época a respeito da evolução da cárie dentária). Nas décadas subseqüentes o programa sofreria algumas modificações, passando a ser denominado, em 1963, de “tipo FSESP” e incluindo, em 1984, o programa de bochechos fluorados no elenco das atividades a serem desenvolvidas na fase preventiva (substituindo a técnica de aplicação tópica de flúor utilizada até aquele momento). NARVAI (2002) comenta que o modelo do SESP se difundiu com tal intensidade pelo país a ponto de tornar-se sinônimo de “programas odontológicos escolares”.

No Paraná, o atendimento a escolares também era prioridade. Novos consultórios odontológicos foram adquiridos, com contratação de mais cirurgiões dentistas, e localizados preferencialmente nas escolas da rede pública de ensino, sendo que o atendimento era realizado de acordo com o sistema incremental da FSESP. Durante os anos de 1959, 1960 e 1961, a Escola de Saúde Pública do Paraná (fundada em 1958) ofertou o curso de “Odontologia Sanitária”. As disciplinas específicas de odontologia que compunham a grade curricular do curso confirmam que o atendimento aos escolares era o modelo hegemônico de assistência pública odontológica naquela época: “Odontologia Preventiva, Cárie Dentária, Higiene Pré-escolar e Escolar, Odontopediatria e Administração Sanitária Odontológica”

(AMARANTE 1994, p. 22). Além da assistência aos escolares havia atendimentos às gestantes e às urgências dos demais grupos populacionais, os quais eram realizados nos Centros e Postos de Saúde ou em consultórios instalados em instituições ou organizações de cunho filantrópico ou assistencial.

Em 1958 teve início a fluoração das águas de abastecimento público em Curitiba, primeira capital brasileira e quarto município do país a implementar a medida. Sobre esse momento, AMARANTE (1994) comenta: “preocupado em controlar e avaliar cientificamente os resultados da fluoração da água de abastecimento na cidade de Curitiba, o Dr. Alcebíades Muniz deu início a um levantamento epidemiológico de cárie dentária (...), com acompanhamento de dez anos, em crianças de 7 a 12 anos de escolas estaduais da rede pública” (p.18). Os resultados desse estudo aparecem na tabela 5, e indicam que, em dez anos, houve uma redução média de 39,4% nos valores do CPO-D em todas as idades estudadas.

Tabela 5. Índice CPO-D de crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, da cidade de Curitiba, antes e depois da exposição contínua à água de abastecimento público fluoretada, referente aos anos de 1958 e 1968.

Idade (anos)	CPO – D		Redução %
	1958	1968	
6	2,17	0,94	56,6
7	2,53	1,63	34,3
8	3,31	2,14	35,3
9	3,90	2,64	32,3
10	6,05	3,50	42,1
11	7,14	4,33	39,3
12	8,36	5,34	36,1

Fonte: Serviço de Higiene Dentária/ DUS/ SESB (apud AMARANTE 1994, p.18)

Sobre o estágio de desenvolvimento do Estado do Paraná no início dos anos 60, AMARANTE (1994) comenta:

No Paraná, após mais de duas décadas de continuas correntes migratórias dirigidas ao Norte e ao Oeste, (...), mais urgentes se faziam as medidas de ação voltadas à modernização do Estado, até então muito aquém de suas necessidades.

Dois setores tiveram significativo avanço no Paraná: a construção de rodovias asfaltadas ligando o Oeste ao Leste e o Norte ao Sul do Estado, possibilitando o escoamento da produção agrícola através do Porto de Paranaguá e a aproximação cultural com a Capital, Curitiba, rompendo parcialmente a influência paulista na Região Norte do Estado.

O telefone, por seu turno, passava a ser excelente e rápido meio de comunicação, favorecendo o desenvolvimento do Estado.

Paralelamente, desenvolveu-se o setor industrial até então incipiente e restrito a Curitiba, Londrina, Maringá e Ponta Grossa. Com o passar dos anos, outras cidades de médio porte iam sendo dotadas de uma atividade industrial crescente, especialmente no campo agroindustrial e seus derivados.

Na área da saúde, passavam a serem tomadas algumas medidas. Com as recentes facilidades advindas da construção das estradas asfaltadas e da modernização das telecomunicações no Estado, torna-se possível a tão almejada meta da uniformização dos serviços sanitários. (p.24)

4.1.3. O Regime Militar e o Sistema Previdenciário (Décadas de 1960 e 1970)

Ao assumir, em 1961, o governador Ney Braga procurava justificar o afastamento do Estado das ações curativas em saúde, as quais eram desenvolvidas pelo sistema previdenciário e que deveriam, segundo a lógica da época, ser realizadas a partir de serviços comprados à iniciativa privada com recursos repassados pelo Estado, ao qual caberia a responsabilidade apenas pelas ações preventivas de saúde pública (AMARANTE 1994):

O grande crescimento demográfico das últimas duas décadas agravou o problema da Saúde no Paraná. A demanda de serviços ultrapassou de longe o nível de oferta que podia ser alcançado pelo Estado. Além disso, diversas doenças antes desconhecidas no Território paranaense, aqui surgiram trazidas pela imigração (....) Acreditamos que a função precípua do Estado no setor da Saúde Pública seja mais a de prevenir do que a de remediar. Cabe ao Estado organizar e manter os serviços de profilaxia e medicina preventiva (...) (p. 24 e 25).

No âmbito da conjuntura política nacional instalou-se, em 1964, o regime autoritário militar, e surgiram políticas setoriais que negavam a sociedade enquanto objeto primordial e privilegiavam grupos e interesses minoritários aliados do poder (WERNECK 1994). A partir de 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), verifica-se um grande crescimento da assistência médico-

odontológica prestada pelo sistema previdenciário brasileiro aos trabalhadores contribuintes e seus familiares. Com relação à lógica liberal embutida na nova política nacional, WERNECK (1994) comenta: “Nesse momento, cristaliza-se a ideologia de que a saúde é um bem a ser adquirido, e que cada pessoa pagará por ela de acordo com suas disponibilidades financeiras individuais. A quem não pode comprá-la, é reservado um atendimento gratuito ofertado pelo Ministério da Saúde, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com grande escassez de recursos para sua efetivação” (p. 24). Nesse período observa-se que a atenção odontológica no país está fragmentada em dois espaços institucionais: o INPS responde pelo maior percentual de oferta de assistência odontológica e os Estados ficam com uma parcela menor, porém importante, da assistência.

A percepção desse momento é assim relatada por AMARANTE (1994):

Uma profunda alteração se verifica, no modelo médico-odontológico brasileiro, com a entrada progressiva do capital privado no setor. Nesta escalada, a sofisticação dos serviços também se fazia crescente, favorecendo a instalação da indústria de equipamentos médicos e odontológicos. Tanto a medicina como a odontologia iam se distanciando, a cada dia mais, da realidade brasileira, ao mesmo tempo em que se aproximavam cada vez mais do lucro com sua principal finalidade. Neste período, escasseavam os recursos destinados à Saúde Pública, limitados às práticas profissionais e preventivas das doenças de grande magnitude social. (p. 24)

Segundo WERNECK (1994) na década de 1960 a Odontologia não chegava a ser representativa na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, não existindo qualquer seção, serviço ou assessoria nessa área, tampouco assistência técnica ou apoio financeiro aos programas desenvolvidos no âmbito dos Estados. Esse papel era desenvolvido pela FSESP, por meio da Seção de Odontologia. CHAVES (1986) indica que, no nível estadual, a responsabilidade pela oferta de serviços odontológicos à população ficava dividida entre as Secretarias de Saúde, que cuidavam dos hospitais e unidades sanitárias, e as Secretarias de Educação, que administravam o atendimento aos escolares. O mesmo ocorria no Estado do Paraná.

Durante a década de 1970 consolidou-se no Estado do Paraná, como no resto do país, um modelo assistencial cujas principais características se traduziam em gigantismo da rede hospitalar em detrimento da ambulatorial; predomínio dos procedimentos curativos sobre os preventivos; incentivo à especialização; consumo de tecnologia sofisticada em detrimento das mais simples; e pouco desenvolvimento de ações de caráter coletivo (AMARANTE 1994). Com o passar do tempo, os programas de atenção odontológica dirigidos aos escolares foram abandonando os procedimentos preventivos característicos do Sistema Incremental, e o foco de atenção passou a ser destinado às ações curativas, reduzindo o chamado “Sistema Incremental” a uma simples técnica de programação.

No início da década de 1970, organismos internacionais (principalmente a Organização Mundial da Saúde) recomendavam a formulação de políticas sociais visando enfrentar o problema do “marginalizado/excluído”. Em função da crise social e da crise do setor saúde foi então esboçado um referencial doutrinário e

conceitual de regionalização, hierarquização e integração de serviços (ALMEIDA 1995).

No Paraná, entre 1972 e 73 foi elaborado um levantamento minucioso das condições sanitárias no Estado (denominado “Diagnóstico Preliminar e Diretrizes Programáticas de Saúde no Estado do Paraná”), o qual indicava os pontos vulneráveis, falhas e distorções existentes sendo que, dentre as áreas críticas definidas estava a odontologia. Nesse período, o setor odontológico da Secretaria de Saúde Pública do Paraná era representado pelo Serviço de Odontologia Sanitária (SOS), que publica em 1973, com a colaboração da FSESP, as Normas Técnicas de Atividades Odonto Sanitárias, as quais passaram a coordenar a execução do tratamento odontológico, dos levantamentos epidemiológicos, das aplicações de fluoretos, e o trabalho do pessoal auxiliar (AMARANTE 1994).

4.1.4. A crise da Previdência, o PIASS e a Odontologia Simplificada (final dos anos 1970)

No final dos anos 70 o Brasil vive a crise da Previdência, como decorrência do aumento da população previdenciária, do aumento do número de instituições privadas contratadas e conveniadas, e da constatação da ocorrência de fraudes, em consequência do sistema de pagamento proposto e da falta de mecanismos efetivos de controle da produção e do preenchimento dos dados relativos aos tratamentos realizados (WERNECK 1994). RONCALLI (2003) comenta que a precariedade do sistema, não só na área da saúde, mas em toda a área social, passou a provocar insatisfação cada vez maior, comprometendo a situação do regime militar. Segundo o

autor, os indicadores de saúde da época, dentre eles o coeficiente de mortalidade infantil, pioravam assustadoramente, mesmo em grandes cidades. Com isso intensificaram-se movimentos sociais e as pressões de organismos internacionais, de modo que, já no governo Geisel, entre 1974 e 1979, verifica-se uma preocupação maior em minimizar os efeitos das políticas excludentes a partir da expansão na cobertura de serviços (RONCALLI 2003). Influenciado pelo movimento da medicina comunitária (NARVAI 2002) surgiu, a partir de 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que procurava articular o recém criado INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Prefeituras atendendo principalmente o Nordeste (ALMEIDA 1995). Segundo WERNECK (1994) o PIASS introduziu em seu bojo alguns princípios opostos aos do modelo hegemônico, na tentativa de alcançar uma maior cobertura, dando prioridade à atenção primária ambulatorial.

No setor de Saúde Bucal, a crise aliada à filosofia dos cuidados primários em saúde, junto com a necessidade de se estender a cobertura assistencial às camadas mais pobres da população a baixo custo, precipitou o surgimento de alguns programas influenciados pelas crescentes idéias de “simplificação” os quais passaram a responder à demanda acumulada sem, contudo, promover qualquer transformação qualitativa sobre ela (WERNECK 1994). No âmbito do PIASS um documento sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde na prevenção e tratamento das doenças bucais foi incluído em 1978. Nesse texto ficaram registrados os princípios mais importantes da atenção odontológica, que seriam (WERNECK 1994):

- a) generalização das medidas preventivas;
- b) prioridade de atendimento na faixa etária de 6 a 14 anos;
- c) simplificação de recursos humanos, equipamentos e demais insumos necessários à atenção básica.

A reunião de Alma-Ata, ocorrida em 1978, estabeleceu a doutrina da Atenção Primária (ALMEIDA 1995), tendo surgido nesse momento o conceito de Medicina Comunitária. NARVAI (2002) relaciona com este conceito aquele da Odontologia Simplificada, que nessa época apareceu no discurso odontológico brasileiro bem como de outros países da América Latina. O autor define a Odontologia Simplificada como “uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição de passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados (...) ao tornar-se mais produtiva, torna viável os programas de extensão de cobertura” (p.54).

No Brasil, a Odontologia Simplificada pontificou neste contexto de crise e mobilizações populares, tendo como principal objetivo enfrentar a alta prevalência das doenças relacionadas com a placa bacteriana e a oferta de serviços odontológicos inadequada às necessidades da população (CAMARGO e col. 2002). No Paraná, as experiências pioneiras ocorreram na Prefeitura Municipal de Curitiba, inspirada pelo trabalho desenvolvido em Brasília, sendo posteriormente estendidas ao Estado pela Secretaria da Saúde e do Bem-Estar Social (CAMARGO e col 2002).

MENDES e MARCOS (1984), citados por NARVAI (2002) analisam Odontologia Simplificada da seguinte forma: “esse enfoque (...) é, na realidade, extremamente limitado, vez que não questiona o modelo de prática hegemônico, a odontologia científica ou flexneriana. Dessa forma, essa odontologia simplificada

não pretende uma mudança qualitativa da prática profissional. Tão só, erige-se como um apêndice à odontologia tradicional, uma odontologia complementar destinada às classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial, recursos humanos e equipamentos” (p.54). Segundo CAMARGO e col. (2002), mesmo esgotando-se rapidamente, a simplificação se constituiu em um dos mais marcantes momentos da história recente da odontologia no país, sendo responsável por modificações na forma de organização do trabalho odontológico, principalmente a partir da proposta de desmonopolização do saber, com a inclusão do Técnico de Higiene Dental e do conceito de trabalho em equipe.

Em 1977 é criada a Fundação Caetano Munhoz da Rocha, a qual passou a responder por todas as atividades sanitárias desenvolvidas no Paraná no âmbito da então Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social (SESB). Na qualidade de executora das ações sanitárias da SESB, cabia à Fundação a tarefa de consolidar o trabalho desenvolvido nas duas últimas décadas pelo Departamento de Unidades Sanitárias, ao qual pertencia o SOS. A partir de então passou a ocorrer um fortalecimento do nível regional, com o aumento do quadro de pessoal das equipes distritais por todo o Estado, além de um grande investimento em treinamento destas equipes (AMARANTE 1994). Um grande número de profissionais, inclusive alguns cirurgiões-dentistas, foi encaminhado às principais escolas de Saúde Pública do país para realizarem cursos de especialização. Posteriormente, a própria Escola de Saúde Pública do Paraná foi reativada e passou a oferecer tais cursos (AMARANTE 1994).

Segundo AMARANTE (1994) diante da ineficácia do modelo odontológico vigente em transformar o quadro epidemiológico das doenças bucais no Estado, alguns segmentos da odontologia paranaense passaram a buscar, a partir de 1979,

novas estratégias de ação. A criação do “Programa Intersecretarial de Saúde Escolar”, em 1980, foi o ponto de partida para importantes mudanças na organização dos serviços de odontologia no âmbito da SESB, graças ao apoio institucional que a saúde bucal recebeu da Coordenadoria de Atenção Materno Infantil. Este programa tinha por finalidade promover o desenvolvimento da criança no âmbito da escola e da comunidade, atendendo a cinco áreas de necessidades básicas: saúde, nutrição, educação, meio ambiente e documentação legal. Sob a coordenação do Dr. Eduardo Carlos de Peixoto Santos, professor da Faculdade de Odontologia de Londrina, constituiu-se um grupo de trabalho, contando com professores de faculdades de Odontologia e sanitaristas, com a finalidade de rever as ações de saúde bucal desenvolvidas no Estado e reestruturar o SOS de acordo com a nova proposta. A partir de então, foram organizados cursos de capacitação em saúde bucal para professores da rede de ensino de todo o Estado e elaborado farto material educativo; sendo também viabilizados dois novos programas odontológicos: o “Bochecho com Flúor” e o “Programa de Clínicas Simplificadas”, que seriam desenvolvidos, de forma gradativa, nos estabelecimentos da rede estadual de ensino (KRIGER 2006)¹.

Para a operacionalização destes programas, foram realizadas novas contratações (precedidas, pela primeira vez na história paranaense, por concurso público), além de capacitação dos profissionais por meio de cursos de Aperfeiçoamento em Saúde Pública, para os cirurgiões-dentistas; e dos cursos de Atendente Dental, para formar o quadro de auxiliares que atuariam nas clínicas simplificadas (AMARANTE 1994). Segundo AMARANTE (1994), os cursos de Atendente Dental, a partir dos quais

¹ KRIGER L, comunicação pessoal

foram constituídas as primeiras equipes multiprofissionais a operar no Paraná, constituíram os “pródromos dos cursos de THD e ACD” (p. 36).

No final da década de 1970, começam a surgir, no Brasil e no mundo, críticas ao Sistema Incremental, principalmente por se constatar que a lógica deste modelo não conseguia proporcionar os resultados esperados, em termos de melhoria nas condições de saúde bucal da população, e também não reduzia a grande demanda por serviços cirúrgico-restauradores (WEYNE 1997; PINTO 2000).

Neste período observou-se que, em países desenvolvidos, os substanciais recursos financeiros alocados para o tratamento curativo das doenças cárie e periodontal curativos não produziam uma boa relação custo-benefício (WEYNE 1997). Estudos demonstraram que na Nova Zelândia, país que apresentava elevada cobertura às necessidades restauradoras da população escolar, não houve redução nos valores do índice CPO-D aos 12 anos, e que este país também possuía altas percentagens de adultos edêntulos, além dos mais elevados índices de utilização de próteses parciais e totais nesta população (BECK e col. 1979; HUNTER 1984; WEYNE 1997). No Brasil, alguns estudos também não encontraram diferenças entre os valores do índice CPO-D para grupos de crianças que participavam do programa e aquelas que não tinham acesso à assistência odontológica (CORREA 1985; MARTILDES 1992). Segundo WEYNE (1997) estes resultados refletiam a predominância do enfoque curativo e a não valorização dos procedimentos preventivos. Além disso, segundo o modelo hegemônico de prática médica/odontológica e a concepção de que a cárie dentária aumentaria com a idade, este sistema de trabalho abordava o tratamento e cura da doença no indivíduo, e considerava que este objetivo seria alcançado ao se concluir o tratamento cirúrgico-

restaurador, eliminando todas as necessidades acumuladas ao longo de um intervalo de tempo (NARVAI 1992; WEYNE 1997). Segundo WEYNE (1997): “no atendimento às crianças e adolescentes, o critério para conceder ‘alta’ era o término de todo tratamento restaurador (...), como se as restaurações tivessem a miraculosa capacidade de controlar, por elas próprias, as condições intra e extrabucais que modulam a atividade da doença cárie” (p.15).

As críticas ao Sistema Incremental no Brasil também se concentravam na predominância do tratamento curativo, e na redução das medidas preventivas do programa apenas à fluoretação de águas e realização de bochechos semanais de flúor. Esta redução pressupunha a otimização do tempo de trabalho do cirurgião-dentista, que deveria ser direcionado às atividades cirúrgico-restauradoras, sem que houvesse um investimento no processo de educação sanitária, e não incorporando os avanços científicos e técnicos para o controle das doenças bucais (NARVAI 1992; PINTO 2000; MOYSÉS e GEVAERD 2002).

Outra limitação do modelo, segundo MOYSÉS e GEVAERD (2002) seria o fato de que a lógica de organização dos serviços deveria se ajustar à lógica da organização da escola, ou seja, ao longo dos anos havia uma elevada dispersão dos alunos que adentravam a turmas de primeira série (que compunham o grupo de tratamento inicial) por conta dos altos níveis de repetência escolar verificados na época, dificultando a constância do acesso ao tratamento de manutenção. Também existiam problemas relacionados ao calendário escolar, uma vez que o atendimento somente ocorria quando da presença dos alunos na escola, e o trabalho ficava limitado aos turnos e número de dias letivos do ano (MOYSÉS e GEVAERD 2002). Por último, o número elevado de faltas dos alunos durante o ano e as altas taxas de

evasão escolar, ambos relacionados com os níveis de renda familiar, geravam dificuldades quanto à constância do atendimento odontológico (MOYSÉS e GEVAERD 2002). Quanto a este aspecto, NARVAI (2002) comenta:

(...) em situações de elevada mobilidade populacional, a população-alvo tem sua composição significativamente alterada ao longo dos anos. Assim, não apenas *a doença não é controlada na população-alvo* como o benefício de ter recebido pelo menos um TC *pode não ter nenhum significado epidemiológico* no conjunto da população e, às vezes, *nem mesmo significado individual*, dependendo da ênfase colocada nos aspectos educativos; (...) (p.96)

Para SERRA (1998) a tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo americano de forma acrítica, sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois países quanto à distribuição da prevalência da cárie dentária e das necessidades de atenção odontológica, resultou na adoção de um modelo “focalista”, uma vez que este era direcionado exclusivamente para a população-alvo, crianças matriculadas na rede pública de ensino, e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer, daí o seu caráter fortemente excludente, aspecto também abordado por NARVAI (1992 e 2002) e por MOYSÉS e GEVAERD (2002), dentre outros autores.

4.1.5. O Movimento pela Reforma Sanitária e as novas propostas (início dos anos 1980)

Com todo o processo de insatisfação provocado pela crise da previdência social e da saúde, e estimulado pelas propostas de políticas universalistas e de abertura política, amplia-se, a partir do final dos anos 70, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área da saúde coletiva por mudanças no modelo vigente. Conhecido como “Movimento pela Reforma Sanitária”, também passou a contar com o apoio de lideranças políticas sindicais e populares e de parlamentares interessados na causa (RONCALLI 2003). Este movimento adquiriu maior peso político com a adesão de atores e instituições importantes no cenário brasileiro, como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ FIOCRUZ) e o Centro Brasileiro de Saúde (CEBES). Sua produção intelectual, além de denunciar as condições de saúde e vida da população brasileira, também estabeleceu as linhas mestras da proposta da Reforma Sanitária, fundamentadas nas propostas de descentralização, acesso universal e unificação das ações de saúde (SERRA 1998).

Em consonância com o Movimento pela Reforma Sanitária, neste período começa a ganhar força e expressão nacional o processo de consolidação das críticas do setor odontológico ao modelo hegemônico de assistência à saúde, e principalmente ao modelo de assistência odontológico vigente (SERRA 1998). Como consequência, durante a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, ocorreram, pela primeira vez na história destas Conferências, debates e discussões a respeito da contribuição da odontologia no contexto de um programa nacional de saúde. O modelo existente foi caracterizado como ineficaz e ineficiente;

mal coordenado; mal distribuído; de baixa cobertura populacional; de alta complexidade; com enfoque eminentemente curativo; de caráter mercantilista e monopolista; e apresentando inadequação no preparo dos recursos humanos (NARVAI 2002).

No início da década de 1980 surgiram as primeiras propostas para a reordenação do setor saúde, com a ampliação da extensão das ações de saúde nos serviços básicos, como o PREV-SAÚDE (ALMEIDA 1995). Nessa proposta, a Odontologia chegou a ser considerada como uma das cinco atividades básicas que deveriam estar presentes em cada Unidade de Saúde, junto com a Ginecologia/ Obstetrícia, Clínica Geral, Cirurgia e Pediatria (WERNECK 1994). No entanto, o PREV-SAÚDE não chegou a sair do papel.

Diante da eleição de governadores ligados à oposição, mudando a relação de forças políticas, e pressionado internamente pela crise e externamente pela repercussão da Conferência de Alma-Ata, na qual ocorreram denúncias sobre o quadro sanitário brasileiro (RONCALLI 2003), o Governo Federal cria, em 1981, O CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) (WERNECK 1994; ALMEIDA 1995; RONCALLI 2000), que tinha como finalidade principal “estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros, ou de qualquer outra natureza, indispensáveis à operação da referida assistência. Deveria ainda propor medidas de avaliação e controle para o sistema de assistência médica” (ALMEIDA 1995, p. 16). Segundo SERRA (1998) este Conselho deveria buscar medidas racionalizadoras para a área de saúde, que reduzissem não só os gastos previdenciários, mas que, por meio de articulações

institucionais aprimoradas, pudessem implementar ações de saúde mais eficientes e eficazes, capazes de produzir o revigoramento da rede pública de serviços.

A aceleração da abertura democrática no início dos anos 80 com a eleição direta de alguns governadores com plataformas progressistas e a conseqüente adoção de programas de saúde cujos princípios apontavam para a Reforma Sanitária; o recrudescimento dos movimentos populares por uma maior participação da sociedade civil organizada nas decisões políticas; e a participação de quadros atuantes do movimento da Reforma Sanitária, cirurgiões-dentistas inclusive, nos diversos níveis de decisão governamental; fizeram com que, a partir das propostas do CONASP, as políticas do Setor Saúde tomassem um caminho definitivo em direção à criação do Sistema Único, à descentralização administrativa, à participação popular por meio do controle social, à regionalização e hierarquização, tendo por objetivo a municipalização das ações e serviços de saúde no país (WERNECK 1994).

Em 1982 o Conselho apresenta o “Plano de reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social” (ALMEIDA 1995). O denominado “Plano CONASP” propunha uma série de medidas de barateamento do custo da assistência médica e retomava algumas idéias contidas no PREV-SAÚDE, propiciando, segundo WERNECK (1994), um tímido início de viabilização do Sistema Nacional de Saúde. Este Plano foi o primeiro documento oficial a fazer críticas mais contundentes ao sistema previdenciário e a diagnosticar com precisão as decorrências do financiamento do setor privado, bem como a propor uma reversão gradual do modelo médico-assistencial (WERNECK 1994; ALMEIDA 1995). ALMEIDA (1995) comenta que o documento do CONASP sugere alguns princípios, dentre eles: a responsabilidade do Estado sobre a política e o controle do Sistema de Saúde; a

organização dos serviços a partir dos critérios de regionalização e hierarquização; a utilização plena da capacidade do setor público, não apenas para a prestação de serviços básicos; e a participação ativa dos vários segmentos da sociedade na condução do processo. A partir do Plano CONASP desencadeou-se uma seqüência de políticas de saúde que provocariam mudanças no modelo vigente de assistência à saúde nos municípios, culminando com a institucionalização do SUS.

No âmbito da Saúde Bucal, cabe ao CONASP acompanhar e avaliar a implantação do Programa de Reorientação à Assistência Odontológica (PRAOD), aprovado em 1983 (WERNECK 1994). Dentre os objetivos do Programa estão a extensão da cobertura a toda a população por meio de serviços básicos, a redução da incidência das doenças de maior expressão epidemiológica, o aumento da produtividade e a integração do sistema (órgãos federais, estaduais e municipais, Instituições de Ensino Superior, entidades beneficentes e organizações patronais), visando cumprir os princípios estabelecidos pelo Plano CONASP. Segundo WERNECK (1994) o modelo de atenção proposto ainda é centrado em medidas preventivas de massa; programas educativos; prioridade ao atendimento de escolares com o Sistema Incremental; alguma atenção a adultos e gestantes; além da racionalização e simplificação dos métodos de trabalho.

4.1.6. As Ações Integradas de Saúde – o início da municipalização (década de 1980)

Em 1982 foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), o qual previa convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério

da Saúde e as Secretarias Estaduais da Saúde (ALMEIDA 1995). A estratégia das AIS, operacionalizada por meio de convênios que começaram a ser assinados em 1983/84, deu início ao processo de descentralização, e à integração das ações de saúde no setor público e, principalmente, inseriram as Secretarias Estaduais de Saúde e as Prefeituras dos municípios no processo (ALMEIDA 1995), sendo posteriormente estabelecida como estratégia de reformulação do setor saúde como um todo. Surgem então programas odontológicos, em consonância com o PRAOD, desenvolvidos pelas instituições conveniadas (principalmente Instituições de Ensino Superior, Secretarias da Saúde e de Educação) e ampliados com o advento das AIS, impulsionando fortemente, segundo NARVAI (2002), a criação e desenvolvimento de centenas de programas de saúde bucal em Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, em todo o país. A implementação das AIS ainda estimulava o modelo do Sistema Incremental a partir da introdução do TC (tratamento completado) como forma de remuneração específica dos serviços odontológicos para o grupo populacional de 6 a 12 anos, realizados em unidades “extra-muros”; bem como o dos Procedimentos, como forma de remuneração aos serviços realizados em unidades médico-assistenciais das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (ZANETTI 1993; WERNECK 1994).

Segundo WERNECK (1994), com as AIS:

(....) algumas alterações importantes foram acopladas ou introduzidas no Sistema Incremental, aumentando um pouco sua abrangência e, até mesmo, objetivando alterações qualitativas na prestação dos serviços e no quadro epidemiológico.

Assim, o espectro da prática viu-se ampliado com a implementação de medidas como a inclusão dos cuidados aos dentes decíduos, a adoção de educação em saúde, a introdução de outros métodos de prevenção individual e coletiva, e utilização de módulos com equipamentos simplificados. (p. 42).

Em 1982, O Serviço de Odontologia Sanitária da SESB do Paraná contava com 174 dentistas trabalhando em Curitiba, e com 62 outros contratados pelas prefeituras municipais para as unidades de saúde. Ao todo, o SOS contava com 236 profissionais para o atendimento odontológico na rede de saúde pública do Estado (AMARANTE 1994). Em 1983, José Richa, cirurgião-dentista, é eleito Governador do Estado, representando o partido de oposição. Para a coordenação da Divisão de Odontologia Social (novo nome do SOS) da nova Secretaria de Estado da Saúde (SESA) é indicado o Dr. Lauro Consentino Filho. Sua gestão foi marcada pelo resgate da ênfase na prevenção da cárie dentária, tanto por meio dos programas iniciados na gestão anterior, quanto da priorização da expansão da fluoração das águas de abastecimento público². As clínicas simplificadas são desmembradas em unidades menores e passaram a serem itinerantes, mudando de escola após o término das metas estabelecidas pelo Plano Incremental (ainda de acordo com o modelo hegemônico na época), o qual retomou a ênfase nas atividades educativas e preventivas (AMARANTE 1994). Sobre o trabalho desenvolvido neste período, AMARANTE (1994) comenta, citando uma fala do Dr. Lauro Consentino Filho:

² KRIGER L, comunicação pessoal

Com exceção do “Programa de Bochecho com Flúor” todo o trabalho das clínicas simplificadas ficava [na gestão anterior] a reboque das atividades curativas devido, principalmente, ao grande volume das necessidades acumuladas. Havia também, necessidade de reciclagem do pessoal para atividades preventivas e a falta de participação da população e o pouco apoio das autoridades locais eram bastante sentidos.

As clínicas simplificadas, apesar de todas as dificuldades encontradas, foram o grande marco – trabalho em equipe, educação, prevenção, etc. – que mudaria todo o enfoque na prestação de serviço odontológico público e gratuito no Estado do Paraná.

Foi convocada uma reunião com todos os coordenadores (...), ocasião em que foi decidido o desdobramento das clínicas, passando assim o Estado a ter 30 clínicas simplificadas. Na mesma oportunidade, foi realizado um curso sobre prevenção ministrado pela Professora Anna Fucks da Universidade de Israel. A partir desse momento, iniciou-se pela primeira vez em saúde pública no Brasil a utilização de selantes em fóssulas e fissuras, nos consultórios da rede de saúde pública. (p. 40)

Nessa gestão, algumas clínicas simplificadas passaram a serem instaladas em Centros de Saúde. Em 1984, com o início do processo de municipalização dos serviços de saúde por intermédio das AIS, o Estado do Paraná assina o primeiro convênio com a Prefeitura Municipal de Curitiba, para desenvolver uma experiência de aplicação da filosofia do Sistema Incremental fora das escolas, abrangendo toda a população de 6 a 12 anos de um bairro (AMARANTE 1994). Em 1985, inicia-se, em

todo o Estado, um processo em direção à municipalização, com a ampliação do atendimento odontológico a partir das AIS. São então assinados cerca de 55 convênios com as prefeituras (além de 79 convênios para o Programa Pró-rural), o que fez com que o quadro de pessoal contratado fosse ampliado. Basicamente, os acordos resumiam-se em (AMARANTE 1994):

a) Participação do Estado: doação de todos os equipamentos para as clínicas simplificadas; fornecimento de todo o material de consumo e reposição; repasse de recursos financeiros para pagamento de pessoal; treinamento, reciclagem ou formação de pessoal (no novíssimo Curso de Técnico em Higiene Dental); apoio técnico das Regionais de Saúde para implantação, avaliação e controle dos programas;

b) Participação do Município: infra-estrutura; contratação, por concurso público, de pessoal de nível médio e superior; suporte financeiro para deslocamento e alojamento do pessoal para participarem de cursos e reciclagens; concordância (guardadas as devidas particularidades) com o Programa do Estado, que definia como prioridade as crianças de 6 a 12 anos, gestantes e urgências.

Este período foi marcado também pela criação e difusão dos cursos de THD, sendo o Paraná pioneiro no país, a partir do “Programa de Formação de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde”, conhecido como “Projeto Larga Escala” (AMARANTE 1994). Também teve início a estruturação de uma rede hierarquizada de serviços, por meio da implementação dos primeiros centros de referência odontológica no Estado, constituídos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Paraná. Neste momento, repercutem por outros estados os avanços da

odontologia no setor de Saúde Pública do Paraná, e o Dr. Lauro Consentino era convidado a apresentar a experiência do Estado em eventos nacionais importantes, como o 1º Congresso da Brasileiro de Saúde Coletiva, da ABRASCO, ocorrido em 1986 (AMARANTE 1994). Sobre esse período, AMARANTE (1992) comenta que “mesmo antecipando-se à Reforma Sanitária, a Divisão de Odontologia Social da SESB/FCMR já dera início ao processo de reestruturação da assistência odontológica baseada em seus princípios” (p. 43).

4.1.7. A expansão da fluoração das águas de abastecimento público no Paraná

A fluoração das águas de abastecimento público é considerada internacionalmente um método de prevenção da cárie dentária seguro, efetivo, simples, econômico e estratégico e, por conta disso, tem sido recomendada por organizações internacionais e nacionais do setor saúde. No Brasil, a primeira menção ao método, recomendando oficialmente a adição de flúor às águas de abastecimento público, ocorreu durante o X Congresso Brasileiro de Higiene e, um ano após, Baixo Guandu, no Espírito Santo, tornou-se a primeira cidade brasileira a instituí-lo, sob a responsabilidade da FSESP (NARVAI 2000). Curitiba, conforme já citado anteriormente neste trabalho, foi a primeira capital brasileira a ter suas águas fluoradas, o que ocorreu no ano de 1958.

No Brasil, em 1974 foi assinada a Lei 6.050, que estabelecia a obrigatoriedade da fluoração das águas onde houvesse estação de tratamento; sendo regulamentada pelo decreto 76.872, de 22/12/1975 (NARVAI 2000).

Neste contexto de crescente ênfase programática da medida de fluoração das águas, a FSESP passou a atuar no sentido de sensibilizar os dirigentes dos serviços de abastecimento de água para a sua implementação. O objetivo da FSESP era de aumentar em dez vezes a cobertura da população com água fluorada até o ano de 1980 (ZANETTI 1993). Segundo ZANETTI (1993) o plano de ações só entrou em operação em 1976 e as metas propostas não foram alcançadas, sendo que, em 1979, apenas 16,9% da população prevista recebia o benefício. Somente durante a década de 1980, mais especificamente entre 1984 e 1989, com os recursos do Fundo de Desenvolvimento Social (FINSOCIAL) é que haveria um aumento significativo de municípios beneficiados com o programa (ZANETTI 1993), atingindo uma cobertura de 60 milhões de habitantes em 1989, correspondente a 42,45% da população (NARVAI 2000).

Segundo AMARANTE (1994), tomando conhecimento da liberação dos recursos do FINSOCIAL, a Divisão de Odontologia Social da SESA elaborou um projeto denominado “Fluoração das Águas, Sua Necessidade e Benefícios”, o qual foi apresentado à Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR) e, após vários seminários sobre o tema, nos quais integraram-se dentistas e técnicos da SANEPAR, chegou-se ao consenso de que a fluoração deveria ser implementada em todos os municípios do Estado onde fosse viável. Obtidos os recursos, teve início a implementação do programa, inicialmente atendendo a 91 municípios (AMARANTE 1994). Na tabela 6 encontra-se a distribuição do número de municípios com água fluorada segundo o ano de implantação da medida. O período de maior número de adesões ao programa foi entre 1985 e 1995 (70,43% dos municípios do Estado), sendo que 136 municípios iniciaram a fluoração entre 1985 e 1989, e 152 a iniciaram

entre 1990 e 1995. Na tabela 7 observa-se a distribuição correspondente da população beneficiada com o programa no Estado por período. Segundo informações da SESA, em 2003, 85% da população do Paraná têm acesso à água fluorada.

Tabela 6. Distribuição dos municípios do Estado do Paraná, segundo o ano de início do processo de fluoração das águas de abastecimento público.

Ano	Número de municípios	%
1959	1	0,25
1960/ 1969	3	0,75
1970/ 1979	13	3,26
1980/ 1989	151	37,84
1990/ 2003	194	48,62
Sem fluoração	33	8,27
Sem informação	4	0,75
Total	399	100,00

Fonte: SESA 2001, 2003.

Tabela 7. Evolução da distribuição proporcional da população beneficiada com água fluorada em uma década no Estado do Paraná.

Ano	População com acesso à água fluorada	%
1989	4.634.108	55,84
1990	5.422.092	64,79
1992	6.245.821	73,06
1995	6.569.890	75,40
1998	7.118.477	76,88
2000	7.269.947	76,02

Fonte: SESA 2003.

4.1.8. Os Centros de Referência em Odontologia no Paraná

Em 1986 são criados os Centros de Referência e Contra-referência para os atendimentos odontológicos especializados e de maior complexidade, contribuindo para isso o envolvimento com as Faculdades de Odontologia e Hospitais especializados da rede pública do Estado. O primeiro deles foi implantado em Curitiba, envolvendo a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), o INAMPS, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Paraná e a Prefeitura Municipal (AMARANTE 1994). Os encaminhamentos seriam realizados pelas clínicas básicas da Prefeitura, INAMPS e Estado. As atividades desenvolvidas seriam: endodontia de dentes permanentes em pacientes de 6 a 14 anos; restaurações a pino; restaurações fotopolimerizáveis; ortodontia preventiva para perda prematura de dentes decíduos, mordida cruzada anterior e posterior, mordida aberta (AMARANTE 1994). Segundo AMARANTE (1994) no início da década de 1990 já existiam Centros de Referência por todo o Estado, próprios da SESA ou conveniados com os cursos de Odontologia, atendendo os casos referidos pela rede básica nas áreas de dentística, endodontia, radiologia, cirurgia oral menor, ortodontia preventiva, diagnóstico bucal, oncologia, para pacientes especiais e com fissuras lábio-palatinas. Para a organização desse sistema tornou-se necessário o estabelecimento de critérios clínicos e sociais para o encaminhamento dos usuários.

Quanto à rede de serviços públicos odontológicos no Paraná, em 1986, contavam-se 79 clínicas simplificadas operando no Estado, 330 consultórios convencionais (entre os de responsabilidade do Estado, do Pró-rural e das prefeituras), e 737 cirurgiões-dentistas. O Curso de Técnico em Higiene Dental,

criado em 1984, bem como cursos de reciclagem para os profissionais da rede de atenção odontológica eram realizados regularmente, sendo que, a cada ano formavam-se cerca de 30 novos THDs, oriundos da SESA e das prefeituras conveniadas (AMARANTE 1994).

4.1.9. Os movimentos contra hegemônicos do setor odontológico na década de 1980 e a Reforma Sanitária

Os primórdios do movimento crítico às práticas hegemônicas no setor odontológico ocorreram ainda na década de 1950, com a criação da União dos Estudantes de Odontologia (UNEO). A partir desse momento, os futuros cirurgiões-dentistas começam a manifestar um pensamento político, além de crítico às práticas odontológicas da época. No entanto, este movimento adquiriu maior consistência a partir do final dos anos 1970, e durante toda a década de 1980, com a abertura democrática, a partir da rearticulação dos estudantes de Odontologia em torno dos Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEO). Segundo WERNECK (1994) os ECEO foram fundamentais para a formação de uma geração de cirurgiões-dentistas preocupados com as questões de saúde pública. Para SERRA (1998) “estes encontros foram responsáveis pela formação crítica dos profissionais da área da Saúde Bucal que, interessados em mudanças sociais radicais na sociedade e na prática odontológica, continuaram a participar dos movimentos dos trabalhadores da saúde pela democratização do país e da saúde em particular” (p. 10). Nesse período as discussões giravam em torno da necessidade de uma política de saúde (bucal inclusive) que contemplasse, democraticamente, os problemas de saúde da

população; a qual deveria ser fruto de intensa reflexão da sociedade e atingir a formação de recursos humanos, adequando-os a uma prática compatível com as novas concepções sobre o processo saúde-doença, capaz de transformar a realidade epidemiológica da população (SERRA 1998).

Os novos cirurgiões-dentistas, oriundos destes movimentos estudantis, somaram-se a outros segmentos da categoria para criarem, em 1984, o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), o qual exerceu papel fundamental na definição de contornos claros e precisos da “Saúde Bucal Coletiva”, síntese do pensamento político-sanitário odontológico em construção (SERRA 1998; NARVAI 2002). Este movimento teve sua base de atuação nas instituições governamentais, nas universidades e nas instituições representativas da categoria, sendo que a grande maioria de seus integrantes pertencia aos quadros técnicos dos serviços públicos (SERRA 1998). O MBRO foi fundado em um momento político marcado pela redemocratização, iniciada com as eleições diretas para governadores de estado em 1982, e pela nomeação de novos coordenadores de Odontologia nas secretarias estaduais e municipais de Saúde, muitos dos quais eram cirurgiões-dentistas sanitaristas, professores universitários ou militantes políticos ligados aos partidos de oposição. No campo da saúde, este momento configurava o início do processo de municipalização, com a implementação das Ações Integradas de Saúde, que serão descritas adiante neste texto, e a plena articulação do Movimento pela Reforma Sanitária. Neste contexto, o MBRO, por suas idéias e inserção nas esferas públicas, conseguiu organizar uma rede de alianças entre os setores considerados mais progressistas da categoria, adquirindo um amplo grau de articulação, sintonizado

com as demais instâncias articuladas pelo Movimento pela Reforma Sanitária (SERRA 1998).

Ao mesmo tempo em que se estruturava o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica, em 1984, articulava-se a realização do I Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO), que surgiu, desde então, como uma instância de discussão do modelo de prática odontológica e de busca de sua adequação à realidade brasileira (SERRA 1998). Este primeiro encontro aconteceu em Goiânia (GO), numa perspectiva de novas possibilidades de soluções para os problemas do país, propiciada pelo clima de redemocratização e reconquistas de espaços políticos. Dessa forma, cirurgiões-dentistas e técnicos ligados aos órgãos governamentais, instituições de ensino, entidades de classe e sociedade em geral, reuniram-se em torno do tema “Proposta de política odontológica nacional para um governo democrático”, e ficou evidenciada a disposição da categoria em apoiar e buscar a reforma sanitária que levasse à instituição de um Sistema Único de Saúde que representasse a consolidação democrática, ou seja, por meio da descentralização e participação da comunidade, em consonância com as reivindicações do Movimento pela Reforma Sanitária (SERRA 1998). Segundo NARVAI (2002) o modelo de prática odontológica liberal vigente, hegemonizado pela “odontologia de mercado”, e que exercia forte influência sobre o setor estatal, foi debatido e condenado nesse encontro.

Os ENATESPO têm sido, até os dias atuais, o instrumento mais importante, após a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, para a compreensão e análise da prática odontológica no Brasil (NARVAI 2002).

Muitos militantes e simpatizantes do movimento contra-hegemônico da saúde bucal faziam parte dos quadros técnicos das prefeituras municipais no Estado do Paraná e participaram ativamente da organização de eventos que se constituíam em espaços de debates sobre os ideais da Reforma Sanitária (SERRA 1998). Estes atores contavam com o importante apoio da SESA, na pessoa do Dr. Lauro Consentino, coordenador da Divisão de Odontologia Social, uma vez que os eventos, principalmente os ENATESPO, encontravam oposição por parte do governo federal³. Dessa forma, Curitiba foi sede, em 1985, do II ENATESPO, cujo tema central eram as AIS, sendo também enfatizada a necessidade de ser incentivada a formação de pessoal auxiliar pelo Conselho Federal de Odontologia. Em 1987 ocorreu o 1º Seminário Paranaense de Saúde Bucal – Avaliação do Setor Público, no qual buscou-se avaliar a ação da odontologia no Estado durante a gestão do Dr. Lauro (AMARANTE 1992). Além da organização do evento, o MBRO-PR participou das discussões prévias, que ocorreram em seminários regionais no ano anterior (SERRA 1998).

A participação do MBRO foi também decisiva para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB), a qual pode ser considerada como o ponto máximo do processo de discussão das questões relacionadas à saúde bucal no país, ocorrendo de forma essencialmente democrática, proporcionando voz e voto à população ali representada (WERNECK 1994; SERRA 1998). Esta Conferência aconteceu em outubro de 1986, como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, ponto de confluência de todos os movimentos contra hegemônicos desencadeados no país, em um momento de acirradas lutas técnico-

³ NARVAI PC, comunicação pessoal

científicas e político-ideológicas no setor saúde, inclusive no campo da saúde bucal (WERNECK 1994). Além da afirmação do conceito ampliado de saúde, e de críticas e propostas técnicas quanto ao sistema odontológico vigente, o documento final da I CNSB apresenta os princípios e diretrizes que legitimam a posição e o compromisso da odontologia com a Reforma Sanitária, tornando-se referência para as decisões e definições no campo das políticas de saúde bucal no país (I CNSB 1986). Este documento, que sintetizou o posicionamento da área da Saúde Bucal no momento de se construir a nova Constituição Brasileira, apresenta, segundo CORDÓN e GARRAFA (1991), citados por WERNECK (1994), “(...) o texto mais rico, democrático e representativo produzido até hoje pela Odontologia Brasileira” (p. 47). Em suma, a I CNSB representou, concretamente, o encontro e a inserção do pensamento sanitário e político da odontologia, construído no decorrer de algumas décadas, com as correntes progressistas do Movimento pela Reforma Sanitária (SERRA 1998).

4.1.10. A VIII Conferência Nacional de Saúde, o SUDS e a Política Nacional de Saúde Bucal

A segunda metade da década de 1980 foi marcada pelo agravamento da crise nos âmbitos político, social e econômico. Com a falência da previdência social e as dificuldades de manutenção da legitimidade do regime autoritário diante da insatisfação popular, ganha força o Movimento Sanitário que teve como ponto alto da sua articulação, a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (RONCALLI 2003). Essa Conferência estabeleceu as propostas de reestruturação do sistema de

saúde brasileiro, que seriam defendidas na Assembléia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte para a elaboração da Constituição Nacional, a qual viria a assegurar a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, estabelecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). WERNECK (1994) comenta que a VIII Conferência Nacional de Saúde influenciou significativamente em dois processos que se iniciaram concomitantemente em 1987: no âmbito do poder legislativo, a já citada elaboração da Constituição Nacional; e no âmbito do poder executivo, a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde).

A proposta do SUDS surge após a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1987, como uma política integrada de curto prazo envolvendo o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, englobando os princípios da Reforma Sanitária (WERNECK 1994). Segundo ZANETTI (1993) esta proposta configurou um passo intermediário na construção do Sistema Nacional de Saúde brasileiro. Seu objetivo foi ampliar a capacidade gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde, estruturas públicas não previdenciárias, ao transferir o centro de decisão do nível federal para o nível estadual (ZANETTI 1993). ALMEIDA (1995) comenta que o SUDS surgiu como um instrumento de descentralização do sistema, iniciando um processo de ruptura do centralismo do INAMPS, articulando suas Superintendências Regionais às Secretarias Estaduais da Saúde, as quais passam a se responsabilizar por alguns serviços, e reforçando a participação dos municípios no processo. Assim, segundo ZANETTI (1993), para os estados que se organizaram mais prontamente, o SUDS propiciou um maior volume de recursos e uma maior autonomia estadual de decisão, inclusive sobre a própria condução do processo racionalizador de descentralização iniciado com as AIS. No Paraná, o processo de

junção das estruturas da SESA com o INAMPS ocorreu em outubro de 1987. Sobre esse momento, AMARANTE (1994) comenta:

De início, os cirurgiões-dentistas do INAMPS não viram com bons olhos os colegas que estavam vindo da Secretaria de Estado da Saúde. Apesar de o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde estar sendo implantado, havia uma certa rivalidade, pois aqueles eram funcionários federais com ordenados diferenciados, além do que julgavam-se os 'donos da casa'. (p.44)

A adesão do Estado do Paraná às AIS e ao SUDS constituiu um momento importante que permitiu o início do processo de direcionamento e reestruturação da atenção odontológica no Estado. AMARANTE (1994) comenta que esse episódio, somado à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB 1986), foram decisivos para o desencadeamento, pelo Estado, de uma ampla reformulação do sistema de saúde vigente, pautada na racionalização e democratização dos serviços de saúde; universalidade, integralidade e resolutividade da assistência; integração das ações de saúde; descentralização da gestão das ações de atenção básica; administração das ações especializadas pelo Estado; efetivação de uma política de recursos humanos; e controle social dos serviços. Com o advento do SUDS, é criado, no início de 1988, o Departamento de Serviços de Saúde Odontológicos (DSSO), que ficou diretamente subordinado à Diretoria de Serviços de Saúde da SESA. Com isso, o setor odontológico passa a contar, além da coordenação central, com coordenações e equipes específicas em cada uma das 24 Regionais de Saúde, abrangendo os 324 municípios do Estado (AMARANTE 1994). A evolução da oferta de procedimentos odontológicos nos

serviços públicos durante o período de vigência das AIS/ SUDS é apresentada na tabela 8, na qual verifica-se um aporte substancial de procedimentos a partir da criação do DSSO.

Tabela 8. Evolução da oferta de procedimentos odontológicos no serviço público no Estado do Paraná, entre 1985 e 1989 (AIS / SUDS).

Ano	Número de procedimentos	Relação procedimento/ hab/ ano
1985	2.072.321	0,26
1987	3.201.603	0,39
1988	4.917.299	0,60
1989	5.411.612	0,65

Fonte: AMARANTE 1994.

Em 1988 a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) é consolidada na estrutura do Ministério da Saúde, mais especificamente na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. WERNECK (1994) comenta que, nesse período se verifica, pela primeira vez, uma dotação específica para Saúde Bucal no orçamento da União. Nesse ano, a DNSB publica o relatório intitulado “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1988a) e, com base nesse estudo, propõe a Política Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1988b). Esta define as faixas etárias prioritárias para o atendimento (na ordem: crianças de 6 a 12 anos, adolescentes de 13 a 19 anos, infantes de 2 a 5 anos e adultos), privilegia os serviços emergenciais seguidos das ações preventivas e educativas e, apenas após, os serviços de atenção básica (com destaque para o tratamento de cárie dentária e doença periodontal). Define ainda

estratégias e objetivos, dentre eles, a redução de 50% da prevalência da cárie em crianças e adolescentes no prazo de dez anos.

4.1.11. A Constituição Federal de 1988 e o SUS (início dos anos 1990)

Os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte culminaram com a promulgação, em 1988, da atual Constituição (BRASIL 1988). Resultado dos acordos possíveis no interior do Congresso Nacional Constituinte, o capítulo referente à saúde incorpora um conjunto de conceitos defendidos pelo Movimento Sanitário. Assim, a que ficou conhecida como “Constituição Cidadã” traz, no capítulo da Seguridade Social, a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e molda os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade do acesso, igualdade, integralidade da assistência, descentralização político - administrativa, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade (BRASIL 1988). Também considera que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei. O novo sistema de saúde tem, segundo MENDES (1996), “uma dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural” (p. 46).

A Constituição de 1988 significou, do ponto de vista das políticas sociais, uma verdadeira inflexão na importância a elas atribuídas pelo Estado até então. MARQUES e MENDES (2005), comentam que:

Os constituintes, com destaque para os progressistas, ao terem clareza sobre a necessidade de se resgatar a imensa dívida social brasileira herdada do regime militar e de se avançar em termos de proteção social, procuraram introduzir na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro-desemprego e avançando na cobertura da previdência social (p. 40)

Para MENDES (1996) o SUS, por seus princípios, constitui-se num espaço privilegiado de construção de cidadania. Sua instituição com base na universalidade incorporou, como “cidadãos da saúde” possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, muitos milhões de brasileiros até então submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou à filantropia, que obtiveram inegáveis ganhos não apenas do ponto de vista do acesso aos serviços como da perspectiva psicossocial (MENDES 1996). Na prática social, o exercício da cidadania tem sido realizado por meio da instituição das instâncias de participação popular, como os Conselhos e Conferências de Saúde, os quais permitem que, de modo mais ou menos consciente, a população exerça o controle sobre o sistema de saúde (MENDES 1996).

Segundo ALMEIDA (1995) uma vez estabelecida a nova ordem constitucional, tem início outra etapa de lutas do Movimento Sanitário, que é a da regulamentação e implantação do SUS, paralelamente à consolidação e avanços das práticas institucionais já em andamento em função das AIS/ SUDS. Assim tem início em todo o território nacional, o processo de formulação e promulgação das Constituições

Estaduais e Leis Orgânicas Municipais, incorporando os princípios e diretrizes da Constituição Nacional, além de ocorrerem mudanças organizacionais no Ministério da Saúde, no INAMPS, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Segundo MENDES (1996) o SUS, como resultado de um processo social que não iniciou em 1988, tem dimensão política, e vai sendo construído em ambiente democrático no qual se apresentam, na arena sanitária, diferentes atores sociais portadores de projetos diversificados. A partir da promulgação da Constituição, e até os dias atuais, a regulamentação, financiamento e implementação do SUS têm sido operacionalizados por meio de normas técnicas e portarias, em um processo repleto de momentos de tensão com a equipe econômica do governo do momento (MARQUES e MENDES 2005) e com os diversos setores envolvidos com a prestação de serviços de saúde, todos em busca de fazer valer seus interesses específicos, em um contexto de Reforma do Estado. Segundo CORDEIRO (2001) os processos de reforma em saúde apoiados na descentralização em curso em países diversos países, especialmente o do Brasil, oscilam entre avanços e recuos contraditórios que traduzem as ambiguidades e conflitos que têm marcado as mudanças das funções do Estado, quanto ao papel regulatório, e as políticas de ajuste centradas na diminuição do gasto público. Dessa forma, o que se observa é, na visão de MARQUES e MENDES (2005), uma permanente situação de “cabo de guerra” entre os defensores do SUS e setores responsáveis pela política macroeconômica do país. Esta condição faz com que o SUS seja considerado, na visão de GOUVEIA e PALMA (1999), como a mais importante política social em curso no país, que caminha na contramão de processos ideológicos, políticos e econômicos neoliberais.

Em 1990, com o governo Collor, teve início, não sem lutas, a regulamentação do SUS, sendo efetivada pela Lei 8080 (BRASIL 1990a). Apesar da definição de vários pontos importantes para o novo sistema como a conceituação do SUS, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, a Lei 8080 tem vetados, pelo Presidente da República, os artigos que dispõem sobre o financiamento das ações e serviços de saúde, sobre o repasse dos recursos do nível federal para os municípios e sobre a participação da sociedade civil organizada na gestão dos serviços de saúde (WERNECK 1994; ALMEIDA 1995; RONCALLI 2000). Como resultado de negociações no Congresso Nacional, uma nova lei do mesmo ano, a Lei 8142, recupera alguns dos vetos e regulamenta esses artigos, destacando-se a formalização dos Conselhos e Conferências de Saúde, a alocação e sistema de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL 1990b). As Leis 8080 e 8142 compõem a Lei Orgânica da Saúde.

Ainda em 1990, apoiado na necessidade de estabelecer um sistema único de informações ambulatoriais e de repasses financeiros, o Ministério da Saúde autoriza o INAMPS a implantar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) (ALMEIDA 1995).

Para viabilizar a operacionalização do SUS, principalmente no que se referia à questão do financiamento, são implementadas, a partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira delas, a NOB SUS 01/91 foi editada no âmbito do INAMPS e buscava estabelecer as condições, normas e rotinas para a implementação do SUS, com a criação, via convênios, de um canal direto entre União e Municípios. Essa Norma instituiu o “pagamento por produção”, ou seja, a verba era repassada para cobrir despesas de acordo com os procedimentos realizados

pelo município (INAMPS 1991). A NOB SUS 01/91 (INAMPS 1991) recebeu muitas críticas e foi considerada, por muitos, um retrocesso na política de descentralização e no processo de financiamento uma vez que, por intermédio do pagamento por procedimentos e na forma de convênios, mantinha Estados e Municípios como meros prestadores de serviços (RONCALLI 2000). Dessa forma, no ano de 1992 foi editada uma nova Norma – a NOB SUS 01/92 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1992), como resultado não mais de um ato isolado do INAMPS, mas sim de um processo de pressões/ conflitos e negociações (ALMEIDA 1995). Esta buscou corrigir os problemas da NOB 01/91, ao normatizar pagamentos referentes ao custeio das ações de saúde de níveis hospitalar e ambulatorial criando mecanismos de transferência de recursos para Estados e Municípios.

No campo da saúde bucal, ocorre, em 1991, uma alteração na forma de repasse de recursos do nível federal para o municipal: os Tratamentos Completados (TC) são substituídos pelos Procedimentos Coletivos (PC) e Procedimentos Individuais (PI). Essa iniciativa da DNSB teve por objetivo implementar, no serviço público, procedimentos preventivos de abrangência coletiva, como os bochechos fluorados, a escovação supervisionada e as atividades educativas, os quais passaram a serem incluídos na Tabela de Procedimentos Odontológicos no SIA-SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1991). Segundo WEYNE (1997), Coordenador de Saúde Bucal neste período, até então as extrações incluíam-se entre os procedimentos melhor remunerados pelo SUS, o que explicava as estimativas do Ministério da Saúde de que cerca de 35 milhões de dentes eram extraídos anualmente na rede pública. O autor comenta:

(....) uma das propostas mais coerentes para começar a reduzir as proporções desse verdadeiro “odontocídio” (homicídio odontológico) e alterar essa “filosofia” de atendimento se materializou em janeiro de 1992, quando o então Secretário Nacional de Assistência à Saúde (e também presidente do INAMPS) assinou uma portaria, alterando drástica e profundamente a Tabela de Financiamentos dos Serviços Odontológicos do SIA/SUS. (....) desta forma, e em linha com uma tentativa de mudança de paradigma, foram introduzidos os Procedimentos Coletivos (PC I, II e III) para os quais arbitraram-se valores que estimulassem o seu emprego. Foram também elevados os níveis de remuneração dos tratamentos conservativos incluindo os endodônticos e cirúrgicos. As extrações, coerentemente, deixaram de figurara entre os atos clínicos mais bem remunerados como até então. Na mesma portaria, foi autorizado o fornecimento de escovas de dentes e dentifrícios com flúor para os que estivessem em atendimento regular nos programas públicos. (p. 15)

No Paraná, com o advento do SUS, a porta de entrada para o atendimento odontológico passou a ser composta pelas “unidades de atendimento odontológico básico”, gerenciadas pelo município (AMARANTE 1994). Essas unidades, que podiam ser clínicas simplificadas ou consultórios convencionais de acordo com o porte do município, eram instaladas preferencialmente ao lado dos Centros de Saúde, em regiões de fácil acesso. Segundo AMARANTE (1994), o modelo proposto tinha como objetivo oferecer atenção educativa, preventiva e curativa para a população, sendo que os casos de maior complexidade deveriam ser encaminhados à rede de

atendimento especializada, localizada nos municípios sede de Regionais de Saúde, obedecendo a critérios e metodologia de prioridades previamente estabelecidos. Quanto às ações clínicas de Atenção Básica, foram estabelecidas prioridades que basicamente correspondiam àquelas propostas pela DNSB, descritas na Política Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1988b). Dessa forma, a prioridade número 1 era o atendimento emergencial para toda a população (realizada em Prontos Socorros em alguns municípios); seguida da atenção odontológica integral, buscando o Tratamento Completado, para crianças de 0 a 14 anos (prioridade 2); gestantes (prioridade 3); e, por último, os adolescentes e adultos (prioridade 4). Sobre este grupo, AMARANTE comenta:

É inegável que o atendimento desta faixa etária é custoso e lento, mas é inegável, também, que todos possuem o direito ao tratamento odontológico (...). O controle do atendimento desta faixa etária é quase impossível, pois as necessidades clínicas acumuladas são muitas e a capacidade de atendimento não é total. Sendo assim, ainda se faz necessária a manutenção de consultórios convencionais que atendam a livre demanda, ou seja, aqueles pacientes que não conseguem agendamento na Clínica onde receberiam tratamento completo e necessitam de atendimentos esporádicos. Nestes consultórios, o dentista em geral trabalha só dentro do sistema convencional, raramente realizando o TC. Como não se trabalha com uma comunidade delimitada, mas sim com demanda espontânea, não é possível planejar a manutenção do tratamento clínico. (p. 54)

Com a institucionalização do SUS, a partir do início dos anos 1990, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro perdeu sua tendência “estadualizada” desenhada pelo SUDS (UGÁ 2003), passando a municipalização a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema. A partir deste momento ocorreu uma redefinição do papel dos estados na gestão do novo sistema, uma vez que as três esferas de governo passaram a apresentar competências constitucionais próprias não havendo mais uma hierarquia de transferência de competências, típica do centralismo gerencial tradicional (CARVALHO 1994). Dessa forma, a provisão das ações e serviços de saúde passam a ser prerrogativa dos municípios, e aos estados compete a implementação da rede de referência estadual e gestão do sistema de alta complexidade, a organização dos mecanismos de regionalização e hierarquização da rede de serviços; a coordenação estadual da rede de vigilância sanitária, epidemiológica e de educação para saúde pública; e o estabelecimento de cooperação técnica e financeira aos municípios (ANDRADE 2001).

Como consequência da implantação do SUS no Paraná e da municipalização dos serviços básicos de saúde, em agosto de 1991 foi extinto o Departamento de Serviços de Saúde Odontológicos (DSSO), e as ações de saúde bucal ficaram distribuídas pelos diversos setores da SESA. Em 1992, a Fundação Caetano Munhoz da Rocha também foi extinta, dando lugar ao Instituto de Saúde do Paraná (ISEP) (AMARANTE 1994). Com a nova estrutura, os programas preventivos em saúde bucal que estavam em andamento (Bochecho com Flúor, Educação em Saúde Oral e Prevenção do Câncer de Boca) passaram a fazer parte do Departamento de Programas Especiais.

4.1.12. A NOB-SUS 01/93 e a descentralização

No final de 1992 é destituído o Governo Federal e, com a reformulação do aparelho estatal, ocupa a gestão da saúde um grupo técnico/ político do Movimento Sanitário, o qual assume politicamente a decisão de lutar pela efetiva implantação do SUS, principalmente no que se refere á descentralização (ALMEIDA 1995). Assim, em 1993 é editada a NOB SUS 01/93, a partir de um documento do Conselho Nacional de Saúde intitulado “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993). Segundo WERNECK (1994), com essa nova Norma,

(...) o Ministério da Saúde assumiu a importância de se ativar o processo de descentralização, reconheceu a necessidade da existência de um período de transição para a efetivação da implantação do SUS, e reafirmou ser fundamental, neste processo, considerar as diferentes realidades (política, social, econômica, cultural e geográfica) dos Estados e Municípios (p. 53).

No âmbito da Odontologia, neste ano acontece a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, na qual são indicadas as dificuldades e entraves para a implantação do SUS, bem como a precária situação de saúde bucal da população brasileira (II CNSB 1993).

Com a NOB 01/93 foram estabelecidas as modalidades de gestão estadual e municipal (incipiente, parcial e semiplena), significando que o município poderia assumir a gestão de determinadas ações de complexidade variável, de acordo com

sua capacidade, em função da estrutura de serviços disponível (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993). Contrapondo as NOB anteriores, os municípios passaram a autorizar cadastros e contratar prestadores do setor complementar, programar e autorizar as AIH (Autorização de Internação Hospitalar), bem como controlar e avaliar os serviços ambulatoriais e hospitalares e gerenciar a rede hospitalar pública. Segundo RONCALLI (2000), o avanço mais significativo ocorreu por conta dos municípios que assumiram a gestão semiplena, os quais passaram a ter maior autonomia sobre suas ações de saúde, a partir do repasse direto dos recursos federais (transferência direta do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, conhecida como “repasso fundo a fundo”). A proporção de municípios do Paraná habilitados em cada tipo de gestão, ou não habilitados, em 1995 e em 1997 encontra-se na tabela 9.

Tabela 9. Distribuição dos municípios do Estado do Paraná, segundo o tipo de gestão do SUS, em 1995 e 1997.

Tipo de gestão	1995		1997	
	N	%	N	%
Total habilitados	319	85,98	332	89,49
Gestão incipiente	276	74,39	285	76,82
Gestão parcial	43	11,59	44	11,86
Gestão semiplena	0*	0,00	3	0,81
Não habilitados	52	14,02	39	10,51

* Os municípios de Curitiba e Campo Largo foram habilitados na modalidade semiplena em 1994, porém em 1995 ainda não estavam efetivados, pois não possuíam os tetos financeiros de repasse definidos.

Fonte: ALMEIDA 1995; ANDRADE 2001.

4.1.13. A NOB-SUS 01/96 e o financiamento

No final de 1996, após mais de um ano de discussão na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, é editada a NOB SUS 01/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996), sendo que houve ainda um período de dois anos entre sua edição e real implantação (RONCALLI 2000). Essa norma estabelece duas modalidades de gestão municipal (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal), e suas principais características foram o incremento do “repasso fundo a fundo”, agora presente em todas as modalidades, e a criação da modalidade de pagamento com base populacional, com o Piso Assistencial Básico (PAB). Os municípios passaram a receber, segundo a modalidade de gestão, um montante relativo ao tamanho populacional para desenvolver os serviços de atenção básica (chamado de PAB fixo), e outro relativo a incentivos para a operacionalização de determinados programas ou atividades, como por exemplo, o Programa Saúde da Família (PAB variável). Os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (chamados de especializados), bem como a assistência hospitalar, continuaram a serem remunerados por procedimento, embora com um sistema mais rigoroso.

O Piso Assistencial Básico (PAB) é um mecanismo que dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema de saúde anterior, que remunerava os municípios a partir do número de procedimentos realizados. Segundo este sistema de pagamento, por serviços previamente prestados, os municípios mais pobres ou menos populosos e, portanto, sem uma infra-estrutura adequada de unidades e de estabelecimentos de saúde, não prestavam assistência básica à saúde, por não

disponham de capacidade instalada e/ou recursos próprios para produzirem serviços na proporção das necessidades da população local. Com o PAB as prefeituras passam a receber regular e diretamente recursos para investir nos procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para a população (BODSTEIN 2002; MELAMED e col. 2003).

Com relação à forma de financiamento das ações, proposta pela NOB 01/96, RONCALLI (2000) comenta que, para alguns estudiosos, ela guardaria certas armadilhas, como por exemplo, uma submissão ao projeto de cunho neoliberal proposto pelo governo a partir do Plano Diretor para a Reforma do Estado em 1995, em consonância com organismos internacionais, como a OPAS e o Banco Mundial.

Com a implementação da NOB 01/96 houve, a partir de 1998, uma intensificação do processo de descentralização, com 99% dos municípios brasileiros encontrando-se habilitados em algum tipo de gestão em 2000. Destes, 90% apresentavam-se habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e 43,3% deles haviam implantado o PSF (RONCALLI 2000; ANDRADE 2001). Segundo a tabela 10, em 2000 todos os 399 municípios do Paraná estavam habilitados no SUS.

Tabela 10. Distribuição dos municípios do Estado do Paraná, segundo o tipo de gestão do SUS, em 2000.

Tipo de gestão	2000	
	N	%
Plena da Atenção Básica	386	96,74
Plena do Sistema Municipal	13	3,26
Total de municípios	399	100,00

Fonte: ANDRADE 2001.

4.1.14. Os anos 1990 – a Reforma do Estado e a Saúde da Família

A década de 1990 foi marcada pelo debate em torno da Reforma do Estado, da qual fazia parte a reforma do sistema de saúde. COSTA (2002) comenta que um documento do Banco Mundial, datado de 1987, havia indicado quatro políticas básicas visando à reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento: a cobrança aos usuários dos serviços oferecidos pelo governo; o estímulo à utilização de planos privados de cobertura de riscos (a seguridade social ficaria exclusivamente para os pobres e os planos privados de pré-pagamento para os demais); a utilização mais eficiente de recursos governamentais (fim da corrupção, do desperdício, da má gestão dos recursos); e a descentralização dos serviços. Estas faziam parte de uma agenda mais ampla de políticas de ajuste econômico, recomendada aos países da América Latina pelas agências multilaterais, sobretudo o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Dentre estas políticas, a descentralização ganhou destaque acentuado, devido à convergência de interesses entre as instituições estrangeiras, os órgãos governamentais e o movimento sanitarista em sua implementação (COSTA, 2002).

No bojo dessa discussão, o tema da equidade ganha expressiva visibilidade no mundo todo, especialmente articulado ao debate em torno do perfil dos gastos no setor, o qual era marcado por um desenfreado aumento dos gastos em saúde. Assim vários países da Europa e Américas iniciam a implantação de reformas profundas nos sistemas de saúde, visando, sobretudo, novas alternativas para solucionar o quadro de crise de financiamento (SENNÁ 2002).

No Brasil, a segunda metade da década tem como características da política de saúde a implementação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos, visando aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS. Essas medidas configuram-se num contexto de globalização financeira da economia e aprofundamento da crise fiscal, quando se busca promover a tensa conciliação entre objetivos macroeconômicos de estabilização, com metas de reformas sociais também voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade (GERSCHMAN 1999; COSTA 2002; SENNA 2002). Esta conjuntura condicionou de forma importante a agenda das políticas governamentais e o próprio tratamento das questões econômicas e sociais. Assim verificou-se a adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atingissem os segmentos mais vulneráveis da população, sendo que eficiência e equidade são então traduzidas na focalização dos mais pobres como alvo prioritário das ações governamentais (SENNNA 2002).

Durante a década de 1990 o Ministério da Saúde lança as bases para a estruturação de um novo modelo assistencial, tendo na família sua unidade de ação programática, o qual foi normatizado na forma do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi introduzido em 1994 a partir da experiência pioneira e dos bons resultados do PACS, que havia sido lançado em 1991, prioritariamente nas regiões Norte e Nordeste. Foi concebido inicialmente como Programa dentro da FUNASA (FUNASA 1994), sob a responsabilidade da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), a qual agregava também outros dois programas: o de Agentes Comunitários e o de interiorização do SUS (VIANA e DAL POZ 2004). O financiamento do PSF ocorria por meio de convênio (Ministério da Saúde/ Estados/ Municípios), com exigências

de contrapartidas e critérios de seleção dos municípios, havendo sido estabelecido que a implementação do programa ocorreria prioritariamente em áreas de risco, as quais seriam definidas a partir do Mapa da Fome, do IPEA (PELLIANO 1993, citado por MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994). Segundo VIANA e DAL POZ (2004), devido às limitações para a implantação do programa, impostas pelo mecanismo de financiamento convenial, em 1995 o PSF foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), o que significou um rompimento com a idéia de programa vertical e um movimento para sua institucionalização enquanto estratégia para a reorganização da Atenção Básica. No ano seguinte entrava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do SIA-SUS (RONCALLI 2000).

Segundo documento do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001b) a estratégia de Saúde da Família “reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade” (p. 5). Em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000a, 2001b). Pode-se incluir ainda às bases deste modelo assistencial, aspectos relativos à integralidade da atenção, hierarquização, definição da área de abrangência com adscrição da clientela, equipe multiprofissional com ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária. O envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando

a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1994, 2000a, 2001b). Em 2000 o Paraná contava com equipes de Saúde da Família atuando em 231 municípios do Estado, ou seja, 57,89% do total (SIA-SUS 2004).

Devido à sua concepção original, como programa a ser implantado prioritariamente em áreas de maior risco social (FUNASA 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000a) o PSF tem recebido críticas no sentido de que ele seria um programa “focalista” que visaria a contribuir com o projeto neoliberal (RONCALLI 2000). Neste caso, o programa seria uma medida impregnada por seu caráter racionalizador, que reservaria ao Estado a função restrita de provedor dos serviços básicos de saúde, direcionados a grupos populacionais pobres e marginalizados (SENNÁ 2002). Para SENNA (2002), no caso do PSF, a focalização passa a assumir o caráter de inclusão de grandes parcelas da população tradicionalmente alijadas do acesso às ações de saúde. No entanto, para MOYSÉS e SILVEIRA FILHO (2002), o PSF tornou-se um modelo que tem por objetivo, não a “mera implementação de programas marginais, para populações pobres, com recursos pobres, em regiões pobres (....)” (p. 135); mas visa a “reorganização da Atenção Básica, entendida como porta de entrada ou primeiro nível de atenção, catalisando a reorganização dos níveis mais complexos, com maior densidade tecnológica” (p. 135).

No início da década de 1990, no campo da saúde bucal, ganha projeção a filosofia da Atenção Precoce. Segundo o paradigma de atenção odontológica predominante até meados dos anos 1980, em concordância com os conhecimentos disponíveis sobre a progressão da cárie dentária e também devido às dificuldades

operacionais, o tratamento odontológico deveria iniciar por volta de 3-5 anos de idade, uma vez que a criança estaria apta a sentar-se na cadeira odontológica e colaborar com os procedimentos curativos (WALTER e col. 1996). No âmbito dos serviços públicos, o tratamento odontológico era exclusivamente ofertado para escolares, sob a lógica do Sistema Incremental, e, segundo RONCALLI e col (1999), a idéia de que o desenvolvimento da cárie na dentição decídua não guardava nenhuma relação com a progressão da doença na dentição permanente havia originado uma norma programática que restringia o tratamento apenas aos molares permanentes. Os novos conhecimentos científicos em Cariologia, difundidos no Brasil na década de 1980, levaram à concepção de que a cárie dentária deveria ser abordada como doença infecto-contagiosa, e que seu controle deveria iniciar o mais precocemente possível.

Em 1985 surge a Odontologia para Bebês, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná, a partir da implantação da Bebê-Clínica pelos professores da disciplina de Odontopediatria, chefiados pelo professor Luiz Reynaldo de Figueiredo Walter, com o objetivo de prevenir e controlar a cárie dentária na população de zero a 36 meses de idade. Esta nova filosofia propunha o atendimento odontológico à criança antes de completar o primeiro ano de vida (podendo iniciar com a gestante), centrado principalmente na educação do núcleo familiar (pais, avós, babás, etc.), para realizar manobras preventivas no âmbito doméstico: a limpeza da boca, o controle da amamentação noturna após os 6 meses, o consumo “inteligente” dos açúcares e a aplicação tópica de flúor (WALTER e col 1996). Os resultados positivos da experiência da Bebê-Clínica fizeram com que esta passasse a ser incorporada pelo setor público, com alguns municípios implantando o

atendimento odontológico para bebês em unidades básicas de saúde; e universidades passando a incluir a filosofia da Atenção Precoce nas disciplinas de Odontologia Preventiva (WALTER e col. 1996).

Relatos da eficácia da atenção odontológica educativa e preventiva na primeira infância para a prevenção da cárie dentária (WALTER e col. 1991; WALTER e NAKAMA 1994; SCARPELLI e col. 1996) levaram também, em 1997, à inclusão da Odontologia para Bebês ao Programa Protegendo a Vida (SESA 2002; BALDANI e col. 2003), o qual havia sido implantado no Estado do Paraná em 1995, como um projeto de mobilização social que tinha por objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil. Este programa estava estruturado em dois eixos principais de ação: a sensibilização e capacitação de recursos humanos, e o fornecimento de equipamentos e insumos para o atendimento materno-infantil de alto, médio e baixo risco (SESA 2002). A implantação de Clínicas Odontológicas para Bebês nos municípios foi estabelecida como principal estratégia na área de saúde bucal para o Estado, dentro do Programa, sendo que, em 1997, a SESA promoveu a capacitação de 212 profissionais para atender nas Clínicas de Bebês, oferecendo cursos de especialização realizados no Centro de Referência em Londrina, bem como repassou macris (maca para atendimento odontológico de bebês) e equipamentos odontológicos para 207 municípios (BALDANI e col. 2003). Até o ano 2000 haviam sido implantadas Clínicas de Bebês em 149 municípios do Estado (BALDANI e col. 2003), sendo que, a partir do ano seguinte, a odontologia passou a fazer parte do Programa Saúde da Família.

Para RONCALLI e col. (1999), além da importante contribuição das experiências de atenção precoce para a redução da prevalência das doenças bucais,

especialmente da cárie dentária; um dos grandes méritos deste programa foi haver introduzido uma nova mentalidade não somente nos profissionais, mas também nos usuários, uma vez que estes últimos passaram a procurar o serviço para atividades preventivas com maior frequência.

No entanto, críticas têm sido formuladas ao Programa de Atenção Precoce em Saúde Bucal, principalmente pela maneira com que as clínicas de bebês foram implantadas na maioria dos municípios, desvinculadas de políticas de atenção em saúde bucal que buscassem responder às necessidades globais da população. RONCALLI e col. (1999) indicam que um número cada vez maior de municípios passou a implantar clínicas de bebês como sinônimo de assistência odontológica, como o “projeto de saúde bucal da cidade”, na forma de programas isolados, relativos à assistência de uma clientela restrita, praticamente repetindo a lógica hegemônica até então, da atenção focada apenas em escolares, perpetuando um sistema tão excludente quanto o anterior. Os autores concluem que a inclusão acrítica do novo programa pelos municípios seria o reflexo de dificuldades históricas em resolver seus problemas de saúde bucal, preferindo copiar modelos prontos. BALDANI e col. (2003) identificaram que, até o ano 2000, a grande maioria dos municípios que implantaram clínicas de bebês a partir do Programa Protegendo a Vida, não haviam estendido a atenção educativa/preventiva para bebês como rotina a todas as suas unidades básicas de saúde, permanecendo o atendimento centrado em apenas uma unidade e com baixa cobertura da população entre zero e 12 meses de idade, principalmente nos municípios de maior porte demográfico, reforçando a característica de programa “paralelo”, à parte de uma política global de atenção à saúde bucal.

4.1.15. Início dos anos 2000 – a vinculação de recursos orçamentários, a NOAS-SUS 2001 e a Saúde Bucal no PSF

Apesar do princípio da universalidade das ações de saúde disposto na nova Constituição Federal, não houve, após sua promulgação, um aumento do volume de recursos destinados à saúde pública pela União. Segundo COSTA (2002) na realidade ocorreu uma drástica redução dos gastos federais durante o governo Collor (1990-1992), que se mantiveram em patamares baixos durante o governo Itamar Franco (1993-1994), apesar do forte aumento de gastos com saúde por parte de Estados e municípios neste período. Segundo MÉDICI (1995), citado por COSTA (2002), a situação no início dos anos 90 levou à aceleração da desorganização e do sucateamento do sistema público; forte crescimento do setor privado complementar; deterioração das condições de saúde, com o ressurgimento de endemias e o aumento da mortalidade infantil no Nordeste; além do envolvimento da rede operacional do SUS em esquemas de corrupção durante o governo Collor. Assim, a partir de 1995 passa a haver tentativas de se definir fontes de recursos para o financiamento da saúde pública, sendo a última delas, a Emenda Constitucional nº 29, aprovada em agosto de 2000. Esta emenda fixou o montante de recursos federais para a saúde de acordo com a variação do PIB. Estados e municípios deveriam aplicar recursos anuais, que aumentariam gradativamente, chegando a 12% e 15%, respectivamente, de sua arrecadação (COSTA 2002).

ANDRADE (2001) comenta que, em 1999 iniciou-se um processo de avaliação do movimento de descentralização no SUS, no qual evidenciou-se a clara adesão dos municípios, porém foram identificados alguns problemas de natureza tanto

conjuntural quanto estrutural. Dentre os problemas identificados encontrou-se a dificuldade de organização de sistemas de saúde municipais/ microrregionais, bem como a bipolaridade das modalidades de gestão municipal, que não contemplavam a heterogeneidade das realidades entre os municípios e entre as regiões do país, fato que havia levado vários municípios a habilitarem-se na gestão Plena do Sistema Municipal apresentando pouca ou nenhuma condição de resolutividade na atenção básica (ANDRADE 2001).

A partir desse diagnóstico, foi publicada, no início de 2001, a NOAS SUS/ 2001 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a), que foi complementada em 2002. Essa Norma estabelece diretrizes para: o processo de regionalização da assistência, por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual deve garantir o acesso aos serviços em qualquer nível de atenção segundo um sistema de referências intermunicipais; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a). Assim, é acrescentada uma nova modalidade de gestão, a Plena da Atenção Básica Ampliada (PABA), a qual tem aumentados os procedimentos constantes da atenção básica nas áreas médica e odontológica. Além disso, a Norma define, para todos os municípios brasileiros, algumas áreas de atuação estratégicas mínimas, de acordo com o perfil epidemiológico, como o controle da tuberculose, da hanseníase, da hipertensão arterial, do diabetes melito, a saúde da mulher e da criança e a saúde bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a). No Paraná, até o ano de 2003, 16 dos 386 municípios habilitados na gestão Plena da Atenção Básica haviam aderido ao PABA (SIA-SUS 2004).

A partir da NOAS/SUS, no início de 2001 foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização do Paraná e foram definidos as microrregiões e os módulos assistenciais (SESA 2001b), sendo que todo o processo foi produto do consenso de reuniões descentralizadas realizadas nas 22 Regionais de Saúde. Segundo informações da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, doze municípios passaram a serem considerados pólos estaduais de referência (de acordo com a NOAS) por oferecerem serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade (inclusive odontológicos) e atenderem à população das respectivas microrregiões (SESA 2001b). As áreas territoriais correspondentes à estrutura administrativa das 22 Regionais de Saúde foram definidas como microrregiões de saúde, com os municípios pólo ofertando procedimentos mínimos de média complexidade além de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de média complexidade e leitos hospitalares na área cirúrgica. A distribuição dos municípios segundo o Plano Diretor de Regionalização pode ser verificada na figura 1. O avanço da descentralização no Estado nesse período não esteve restrito aos serviços de assistência à saúde, mas passou a envolver também as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de Assistência Farmacêutica, de Vigilância Sanitária, a Rede de Laboratórios de Saúde Pública para exames de diagnóstico laboratorial e de controle de qualidade de produtos, e a Rede de Hemoterapia (SESA 2002).

Em maio de 2003 foi lançado o Programa de Regionalização da Saúde, o qual está sendo implantado atualmente, prevendo a extensão e aprimoramento do processo de regionalização para todo o Estado. Com o objetivo de fortalecer os hospitais do interior do Estado evitando o deslocamento de pacientes para os grandes centros, têm sido realizados repasses mensais fixos por parte da Secretaria de Saúde. Além disso,

há um repasse mensal também para os consórcios intermunicipais de saúde, com o objetivo de dobrarem o número de consultas e exames especializados (SESA 2005b, 2005c, 2005d). Com o programa houve ainda um aumento do número de leitos de UTI em todo o Estado passando de 782 em 2002 para 900 leitos em 2005 (SESA, 2005b, 2005c, 2005d).

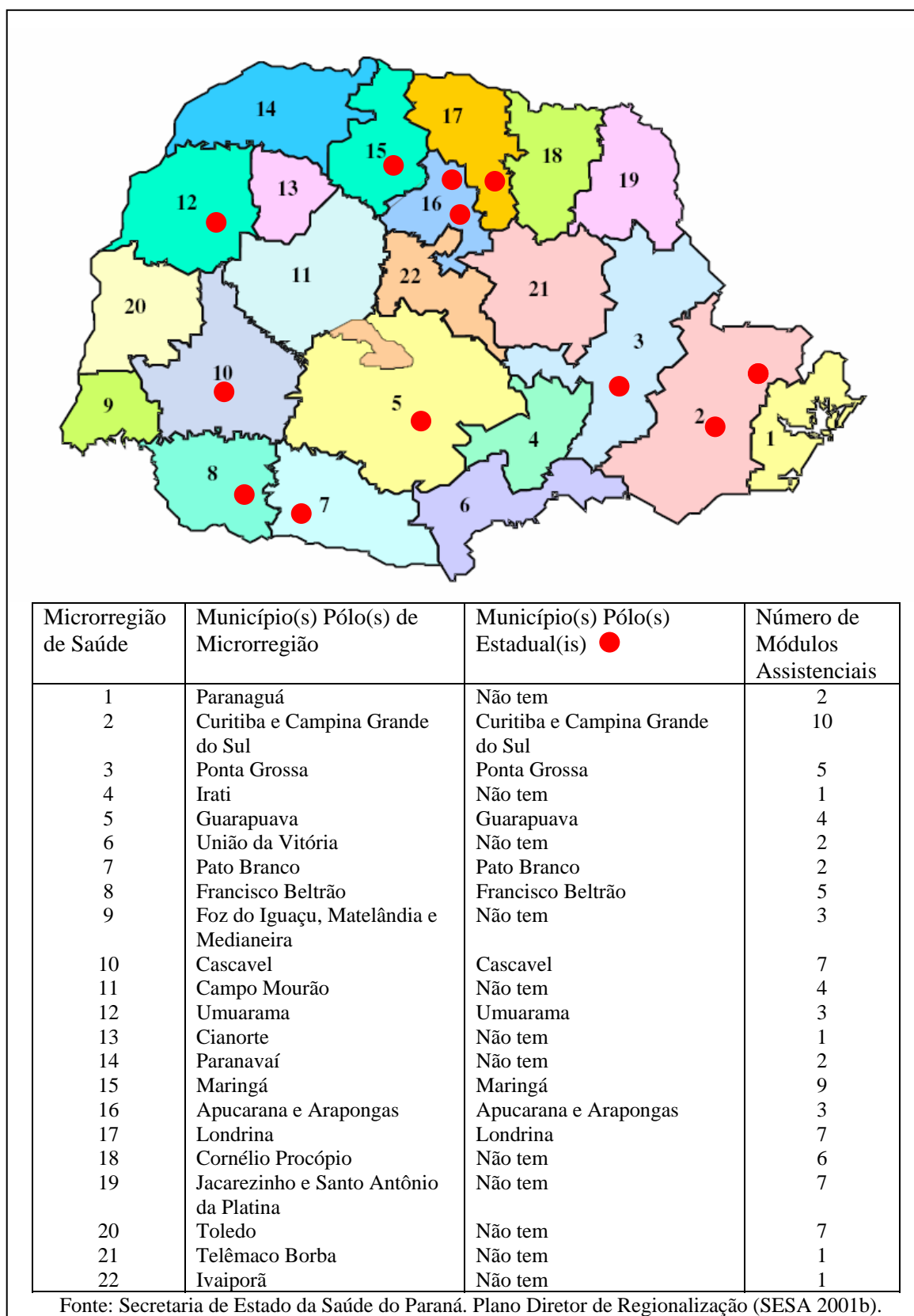


Figura 1. Microrregiões de saúde do Estado do Paraná, segundo o Plano Diretor de Regionalização, 2001.

Com relação à odontologia, em dezembro do ano 2000, o Ministério da Saúde passou a oferecer um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, por meio da inclusão da equipe de odontologia no Programa Saúde da Família, visando a ampliação do acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b). A assinatura da portaria ocorreu em um momento no qual se discutia a elevada demanda reprimida por serviços odontológicos, revelada a partir da divulgação, na mídia, dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 (IBGE 2000). Estes indicavam grandes desigualdades no acesso aos serviços, principalmente nos grupos extremos de idade (0 a 6 anos e idosos) e de menor renda, com 18,7% da população entrevistada, ou seja, 29,6 milhões de brasileiros, relatando nunca haver consultado o dentista (IBGE 2000).

Apesar de não estar definida oficialmente como parte integrante da equipe básica do PSF até o final de 2000, algumas experiências de inclusão da equipe odontológica no programa já estavam em curso no país (ZANETTI 2001), a partir de dois fatos: a) a repercussão da experiência do Distrito Federal, que teve origem em 1995 e foi apresentada no XII ENATESPO, realizado na capital paranaense em 1996 (ZANETTI 2006); e b) a expansão do PSF em Curitiba a partir de 1996, incluindo equipes de saúde bucal (CAMARGO e col. 2002). No final de 2000 havia um universo de mais de 76 experiências de inclusão identificadas no país (ZANETTI 2001). Segundo SOUZA e col (2001) estas experiências pioneiras ocorreram a partir da reflexão de setores técnicos e científicos da odontologia sobre a contribuição da saúde bucal na construção de um modelo de atenção que fosse efetivo na melhoria

das condições de vida dos brasileiros, sendo as ações de saúde bucal no PSF compreendidas como estratégicas para a concretização deste objetivo. Apoiados na experiência de Curitiba, onde as duas primeiras equipes de saúde da família haviam sido implementadas de forma experimental no período 1991/1992, uma delas contando com cirurgião-dentista (CAMARGO e col. 2002), alguns municípios do Paraná também incluíram equipes de saúde bucal no PSF antes de sua inserção oficial (BALDANI e col. 2005).

Sobre o período que antecedeu o anúncio oficial, SOUZA e col. (2001) comentam:

As publicações e as apresentações de trabalhos em eventos mostram que, em alguns municípios, a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se “a porta de entrada” do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, pois a inexistência de recursos com maior complexidade ainda compromete a implantação de sistemas mais resolutivos. Assim, verifica-se que há um movimento no país no sentido de incluir a atenção à saúde bucal no PSF, a partir do entendimento de que os seus princípios organizativos contribuem para a qualificação da Atenção Básica. Portanto, constata-se que não existe um padrão nacional de produzir saúde bucal no PSF e sim construções que apresentam pontos de confluência, implementadas com os recursos locais e a criatividade dos técnicos e dirigentes que “querem mudar” (...) (p. 9).

Neste contexto, o Comitê Técnico Científico de Assessoramento (CTC) da Área Técnica de Saúde Bucal (ATSB) do Ministério da Saúde foi solicitado, em meados

de 2000, a elaborar uma proposta de inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, a qual foi submetida ao Departamento de Atenção Básica (SOUZA e col. 2001). Nessa proposta, descrita por SOUZA e col (2001), o CTC recomendava ao Ministério da Saúde: “criar incentivo financeiro, agregando-o ao repasse atual, com o objetivo de estimular a inclusão das ações de saúde bucal no PSF; estimular a capacitação das equipes de saúde bucal e a formação de pessoal auxiliar (THD e ACD) (...); e adotar modalidades de inclusão e de parâmetros para a atenção odontológica no PSF, abordando a composição das equipes, os sistemas de atendimento e avaliação” (p. 9). No mesmo ano, durante o XVI ENATESPO, realizado em Brasília no mês de setembro, o tema da inserção da Saúde Bucal no PSF foi discutido, sendo, também neste espaço institucional, elaboradas propostas quanto aos aspectos normativos da inclusão das equipes odontológicas, bem como quanto aos pré-requisitos necessários para que os municípios pudessem se habilitar (ENATESPO 2000).

Apesar de haver sido resultado, segundo NARVAI (2006), “de um longo processo de discussões que envolveu, de algum modo, entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde”, não houve, para WERNECK e col (2003), um processo mais profundo de reflexão, principalmente entre os profissionais do setor saúde, que permitisse compreender o alcance das ações de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, ou as dificuldades inerentes à mudança no processo de trabalho requerida quando da formação de uma equipe multiprofissional. Para estes autores:

Além da ausência de uma percepção crítica acerca da proposição do PSF, não se constituem em campos de domínio da maioria dos profissionais das equipes de saúde bucal, algumas questões conceituais tais como os princípios do SUS, a compreensão do processo saúde/doença, as bases dos modelos da promoção da saúde e da defesa da vida e a ação multiprofissional. Da mesma forma, a epidemiologia nem sempre tem se constituído em instrumento fundamental ao planejamento e à avaliação das ações, não produzindo sistematicamente, indicadores que possam alimentar bancos de dados e ser úteis à criação de sistemas confiáveis de informação (s.p.).

Por conta da rápida expansão do número de equipes do PSF com Saúde Bucal, e da precariedade jurídico-formal da inclusão, que previa, por exemplo, a habilitação de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) para duas Equipes de Saúde da Família (ESF), com uma população adscrita de até 9.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b), ZANETTI (2006) argumenta que as opções administrativas ineficazes proporcionaram a expansão de oferta de serviços mal-ordenada, insuficiente e inequitativa, promovendo na maioria dos municípios o aumento do acesso aos atendimentos de urgência/emergência e à livre demanda, dissociados do aumento do acesso à atenção preventivo-promocional e à assistência programática (básica e especializada). Quanto ao financiamento, o autor comenta que, para a maioria dos pequenos municípios, sem recursos próprios para alocar no programa, a implementação fica restrita aos escassos recursos federais, resultando em baixa qualidade da oferta de serviços de Atenção Básica.

Alguns autores têm chamado a atenção para a dificuldade de se estabelecer uma completa integração da equipe odontológica à equipe multiprofissional, principalmente em função da forma como a inclusão da odontologia no PSF foi inicialmente proposta pelo Ministério da Saúde (WERNECK e col. 2003; BALDANI e col. 2005; ZANETTI 2006). Estas dificuldades possivelmente ocorrem: a) em consequência do tradicional “isolamento da odontologia” do qual decorre um padrão histórico de proposição de estruturação da oferta de serviços de Saúde Bucal, apartada dos demais serviços de saúde (ZANETTI 2006); b) devido à grande demanda decorrente do número de pessoas adscritas à ESB na proposta original, dificultando a organização das atividades extra-clínicas inerentes ao PSF e à programação conjunta entre as equipes (BALDANI e col. 2005); ou ainda c) devido à proporção 1 ESB para 2 ESF, que faz com que as Equipes de Saúde Bucal sejam vistas como “referência odontológica” para as Equipes de Saúde da Família, não ocorrendo um processo integrado de planejamento, implementação e avaliação das atividades (WERNECK e col. 2003). Essa relação foi alterada em 2003, por meio da portaria nº 673, que tornou possível, apesar de não obrigatória, a equiparação das ESB ao número de ESF implantadas, reduzindo com isso, a população máxima adscrita a estas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003).

Com a assinatura da portaria nº 1.444, estabelecendo os critérios e incentivos para a inserção das equipes de saúde bucal no programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b), os municípios do Estado do Paraná passaram a incluir as ações de saúde bucal no PSF sendo que 235 municípios aderiram até o início de 2004, num total de 527 Equipes de Saúde Bucal, das quais 234 equipes em modalidade I (um cirurgião-dentista e um Atendente de Consultório Dentário) e 233 em modalidade II (um

cirurgião-dentista, um Técnico em Higiene Dental e um Atendente de Consultório Dentário), segundo dados disponibilizados pela SESA (2004). Estes resultados contrastam com os dados para o restante do Brasil neste período, citados por MANFREDINI (2006). O autor relata que, até setembro de 2004, 91,9% das Equipes de Saúde Bucal implantadas no país eram de modalidade I. Uma explicação possível para esta diferença poderia ser o maior número de Técnicos em Higiene Dental atuantes no Paraná, por conta dos cursos tradicionalmente ofertados pelo Estado; ou ainda uma maior disponibilidade de recursos financeiros por parte dos municípios paranaenses.

Em 2004, objetivando suprir as dificuldades de implantação e contratação de profissionais para o Programa Saúde da Família por determinados municípios, os incentivos financeiros federais para as equipes (com e sem Saúde Bucal) foram ampliados de forma diferenciada, visando a equidade, ocorrendo um aumento em 50% dos valores anuais repassados ao programa para os municípios brasileiros com Índice de Desenvolvimento Humano igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal ou até 30 mil habitantes nos demais Estados do País. Além desses municípios, foram beneficiados com o novo teto aqueles com população remanescente de quilombos ou residentes em assentamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004c). No mesmo ano, a Secretaria de Saúde do Paraná também passou a destinar recursos próprios aos municípios que implantaram o programa, complementares ao incentivo federal, sendo que aqueles com IDH abaixo da média estadual (0,786) passaram a receber, mensalmente, um mil reais por Equipe de Saúde da Família implantada e mais quinhentos reais por Equipe de Saúde Bucal. Os municípios com IDH acima da média estadual, e que não estavam

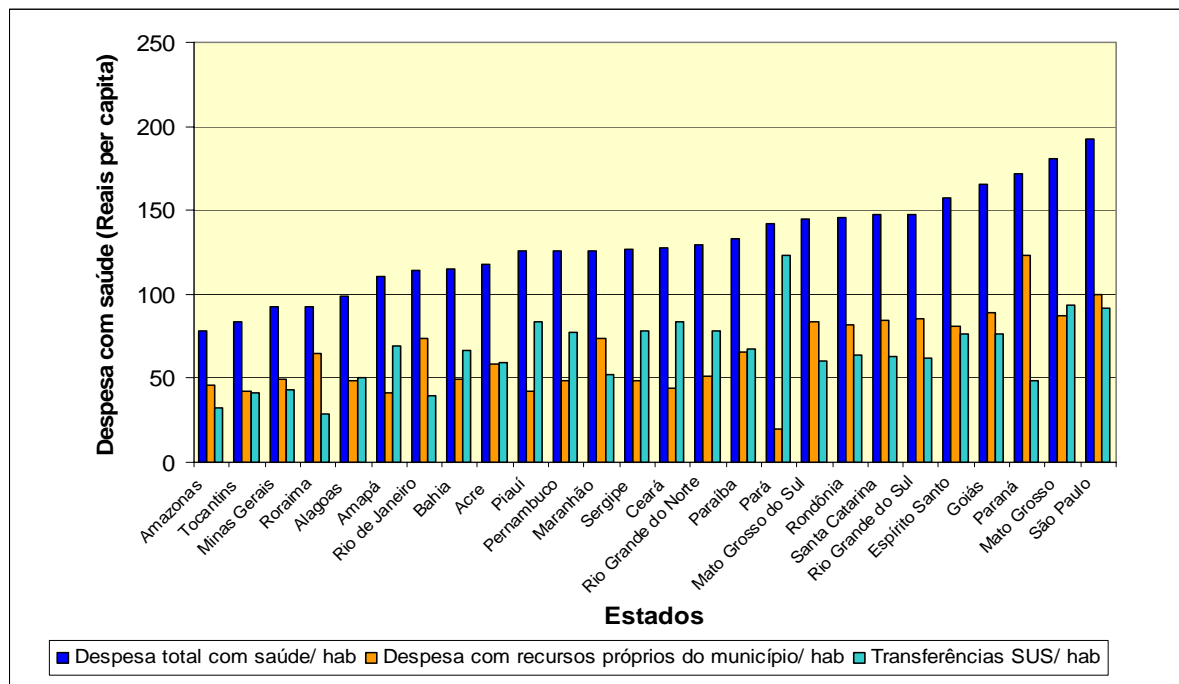
habilitados no Projeto de Expansão das Equipes de Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde, passaram a receber quinhentos reais mensais por Equipe de Saúde da Família e mais duzentos e cinquenta reais mensais por Equipe de Saúde Bucal (SESA 2005a).

Quanto à capacidade instalada, segundo informações da SESA, em 1990 existiam 2.875 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e em 2001 esse número era de 5.504, com alta diversificação de tipos de unidades ambulatoriais (SESA 2002). Apesar dos diferentes incentivos criados a partir de 1998 (PSF) e 2000 (Saúde Bucal no PSF) compondo o PAB variável, da adesão da grande maioria dos municípios ao programa, e do aumento dos recursos totais investidos em saúde entre 2000 e 2003 (tabela 11), o Estado do Paraná foi um dos que receberam os menores valores *per capita* de transferências-SUS em 2003 (figura 2). No entanto, observa-se, ainda na figura 1, que esteve entre os estados que apresentaram a maior despesa total per capita com saúde em 2003, e o que mais apresentou investimentos com recursos próprios dos municípios por habitante nesse ano.

Tabela 11. Evolução dos recursos financeiros investidos em saúde para o Estado do Paraná.

Ano	Despesa total com saúde/ habitante/ ano (R\$)	Despesa com recursos próprios do município/ habitante/ ano (R\$)	Total de transferências - SUS/ habitante/ ano (R\$)
2000	91,28	44,79	46,37
2001	106,63	54,85	51,72
2002	127,66	70,30	57,31
2003	145,75	81,96	63,77

Fonte: SIOPS 2004



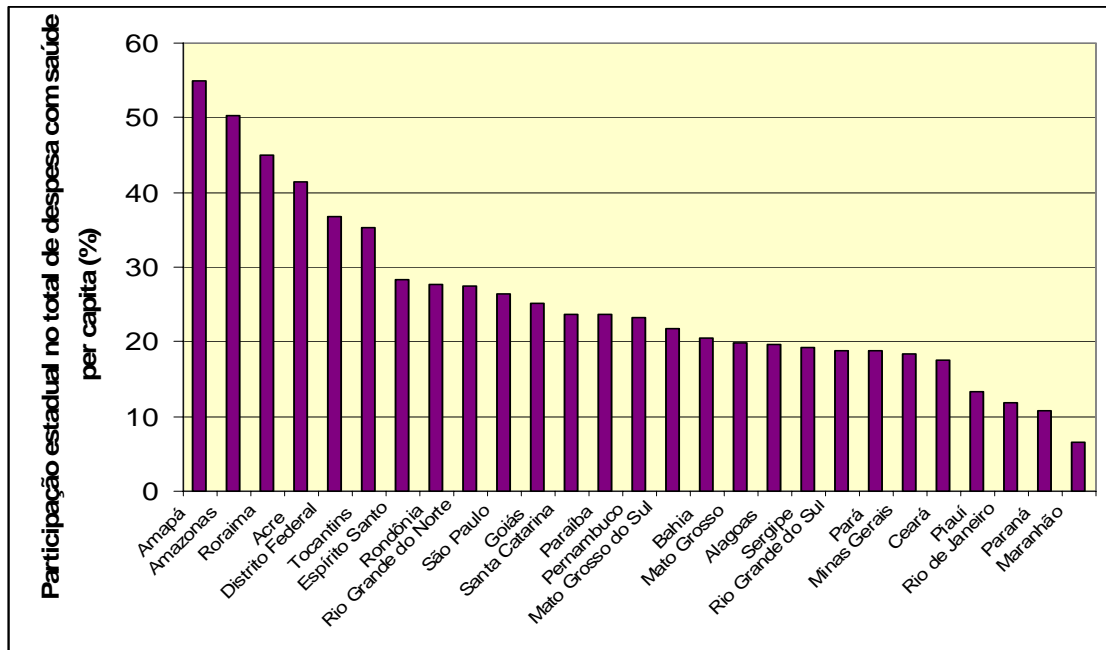
Fonte: SIOPS 2004

Figura 2. Distribuição dos recursos financeiros investidos em saúde em 2003 para os Estados do Brasil.

A Constituição Federal estabelece que a responsabilidade pelo financiamento do setor saúde deve ser tripartite, incluindo recursos fiscais dos orçamentos da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL 1988). Segundo ANDRADE (2001), todas as NOB editadas desde o advento do SUS “condicionam as transferências, aos estados, DF e municípios, à contrapartida destes níveis de governo em conformidade com as normas legais vigentes, como a Lei de Diretrizes Orçamentárias” (p.65). Além deste fato, a Emenda Constitucional nº 29 fixa os montantes de recursos mínimos a serem investidos anualmente em saúde pelas três esferas de governo. No entanto, analisando a proporção de investimentos federais e municipais sobre os valores de despesa total com saúde per capita dos municípios (tabela 11 e figura 2), verifica-se que o aporte de recursos por parte do nível estadual é pequeno. Segundo CARVALHO (1994), é fato histórico no panorama do financiamento da saúde no Brasil, que muitos estados, nos anos 1980, ao receberem aportes federais por produção ou convênio, deixaram de investir em saúde e/ou diminuíram seus investimentos, chegando a zero em alguns deles. O autor observa que a média de gastos com saúde dos estados passou de 6,67% de suas arrecadações entre os anos de 1980 a 1986, para 3,4% entre 1987 e 1990; enquanto que os municípios gastaram em média 6,35% de suas arrecadações com saúde entre 1980 e 1986, contra 8,65% entre 1987 e 1990 (CARVALHO 1994). FAVERET (2003) indica que, em 1992, o nível federal foi responsável por 72,4% do gasto público com saúde no Brasil, sendo que os estados contribuíram com 14,8% e os municípios com 12,8. Dados dos anos de 1996 e 2000 indicam que houve redução da participação federal (53,7% e 59% respectivamente) e elevação da municipal (27,8% e 22,8% respectivamente) enquanto que a contribuição estadual esteve em torno de 18% no período (FAVERET 2003). A

figura 3 indica a proporção de contribuição dos recursos estaduais para a despesa total com saúde das três esferas de governo em 2001. Pode-se observar que o Paraná foi um dos estados que apresentaram menor contribuição para o total de gastos com saúde *per capita* naquele ano (10,73%), ficando na frente apenas do Maranhão e muito próximo do Estado do Rio de Janeiro (11,88%). Este resultado condiz com o indicado na tabela 11 e na figura 2, as quais demonstram que a maior parte do total de despesas com saúde é decorrente de recursos próprios dos municípios e, em menor proporção, de transferências federais. Complementando a análise, segundo TEIXEIRA e TEIXEIRA (2003), o Estado do Paraná aplicou, em 1998, 5,9% de sua arrecadação fiscal em saúde e essa proporção havia passado a 2,4% em 2000, chegando a 3,70% em 2001, já sob a vigência da Emenda Constitucional nº 29. Neste ano, foi um dos Estados com menor proporção da arrecadação aplicada em saúde, atrás apenas, novamente, do Estado do Maranhão (TEIXEIRA e TEIXEIRA 2003).

Segundo FAVERET (2003), a intensificação do processo de municipalização da saúde, principalmente a partir da NOB SUS/93, aliada à reforma fiscal implementada pela própria Constituição Federal de 1988, teve como consequência natural a elevação dos gastos dos municípios na área da saúde ao longo dos anos 1990. Por outro lado, o oposto ocorreu com os estados, uma vez que seu papel não ficou claramente definido na legislação do SUS, em particular nas NOB. Além disso, a autora comenta que os estados passaram por um intenso processo de reestruturação financeira, com maior comprometimento de suas receitas com o pagamento de suas dívidas internas. Estes fatores teriam contribuído para a reduzida participação da maioria dos estados no total de gastos públicos com saúde no período (FAVERET 2003).



Fonte: TEIXEIRA e TEIXEIRA 2003.

Figura 3. Participação percentual do aporte estadual no total de recursos próprios alocados em saúde nas três esferas de governo em 2001, para os Estados do Brasil.

Com relação à saúde bucal, houve um aumento no número de procedimentos odontológicos, coletivos e individuais entre 1995 e 2003, como pode ser verificado nas tabelas 12 e 13, apesar de não ter ocorrido variação no número de dentistas por habitante (tabela 14). Em 2003 o Paraná foi um dos Estados do Brasil que mais realizou procedimentos coletivos e individuais *per capita* ano, como pode ser verificado na figura 4. Apesar de novos modelos de assistência odontológica terem sido incorporados e incentivados pela SESA com o passar dos anos (Sistema Incremental, Odontologia para Bebês, PSF), há que se considerar que eles não foram adotados de forma excludente, com um modelo substituindo o outro, mas sim passaram a coexistir em grande parte dos municípios do Estado.

Tabela 12. Evolução da oferta de procedimentos odontológicos na Atenção Básica do SUS no Estado do Paraná, entre 1995 e 2003.

Ano	Número de procedimentos	Relação procedimento/ hab/ ano
1995	10972380	1,26
1996	11457631	1,27
1997	11827625	1,29
1998	10270631	1,11
2000	18294895	1,91
2001	17675886	1,82
2002	18946683	1,93
2003	19116180	1,93

Fonte: SIA-SUS 2004

Tabela 13. Evolução da oferta de procedimentos odontológicos individuais e coletivos na Atenção Básica do SUS no Estado do Paraná, entre 1995 e 2003.

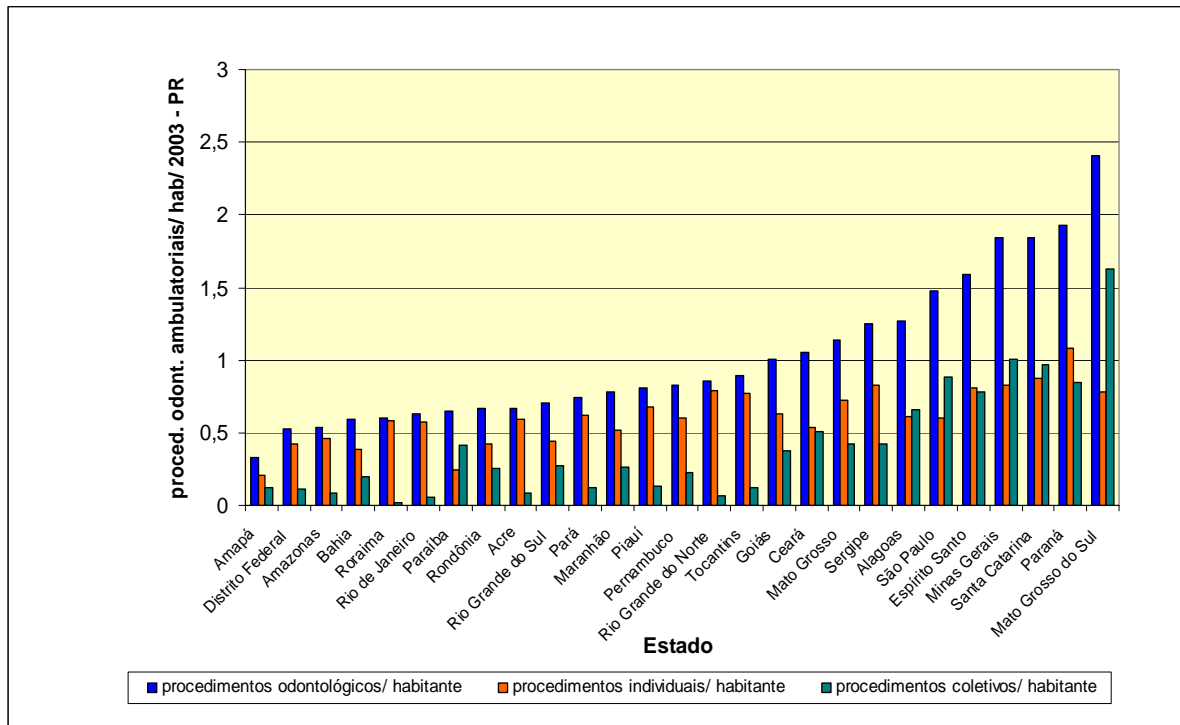
Ano	Procedimentos coletivos/ hab/ ano	Procedimentos individuais/ hab/ ano	Procedimentos/ hab/ ano (total)
1995	1,05	0,21	1,26
1996	1,03	0,24	1,27
1997	0,73	0,56	1,29
1998	0,79	0,32	1,11
2000	0,82	1,09	1,91
2001	0,78	1,04	1,82
2002	0,85	1,08	1,93
2003	0,85	1,08	1,93

Fonte: SIA-SUS 2004

Tabela 14. Evolução do número de dentistas atuando no serviço público no Estado do Paraná, entre 1982 e 2002.

Ano	Número de dentistas	Relação dentista/ 1000 hab
1982	236	0,03
1986	737	0,10
1989	2097	0,25
1990	2600	0,31
1999	2808	0,30
2002	2972	0,30

Fonte: a) até 1990 – AMARANTE 1994; b) 1999 e 2002 DATASUS/ AMS.



Fonte: SIA-SUS 2004

Figura 4. Distribuição dos procedimentos odontológicos/ habitante em 2003 para os Estados do Brasil.

4.1.16. A nova Política Nacional de Saúde Bucal e o “Brasil Sorridente”

No final de 2002, Luiz Inácio Lula da Silva, representante histórico da Esquerda Brasileira, é eleito para Presidente da República com a proposta de realizar um governo democrático e popular. A partir desse momento, foi criada uma Comissão de Transição, de caráter técnico, a qual passou a levantar dados e informações sobre o andamento de projetos e programas do governo que se encerrava, a fim de apresentar, ao novo governo, um diagnóstico dos problemas encontrados nas principais áreas do governo federal e condições para enfrentá-los.

No campo da Saúde Bucal, membros dos partidos que compunham a coligação em torno da candidatura do presidente eleito, a maioria dos quais representantes do grupo tradicionalmente ligado ao Movimento Odontológico pela Reforma Sanitária, se mobilizaram para elaborarem uma proposta, que seria encaminhada para esta Comissão, contendo diretrizes que deveriam nortear a política nacional de saúde bucal, previamente delineada no programa de campanha. Dessa forma, trabalhadores da área de Saúde Bucal, vinculados aos serviços públicos odontológicos, ao movimento sindical e ao ensino e pesquisa, representando 11 estados brasileiros, elaboraram um documento que foi denominado “Fome zero e boca cheia (de dentes)!”⁴, no qual apresentavam um diagnóstico da situação de saúde bucal da população, e sugeriram ações imediatas a serem desenvolvidas no início do governo, propondo um balizamento geral para o trabalho nessa área, além de indicar o perfil desejável para o futuro ministro da saúde e o responsável pela política de saúde

⁴ Redigido a partir das propostas deliberadas em reunião ocorrida em São Paulo, no dia 24 de novembro de 2002.

bucal. Para WERNECK⁵ este documento contemplou a direcionalidade política que, em nível nacional, os membros do movimento de saúde bucal vinham construindo na proposição da Reforma Sanitária Brasileira e na construção do SUS em diversos pontos do País, desde a década de 70.

A partir deste documento foi elaborada, pela nova Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, uma proposta de política, a qual foi apresentada aos Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal, em novembro de 2003, no Fórum Internacional de Saúde Bucal, em Campo Grande (Mato Grosso do Sul). Esta proposta foi discutida nos diversos Estados, os quais encaminharam suas sugestões e contribuições. No mês de dezembro, a Saúde Bucal esteve pautada em um dos eixos temáticos da XII Conferência Nacional de Saúde, sendo apresentadas propostas visando a assegurar a ampliação do acesso a ações integrais de saúde bucal no SUS, as quais deveriam ser estendidas a todas as faixas etárias (XII CNS 2004). Nesse momento houve ainda a convocação da III Conferência Nacional de Saúde Bucal, que deveria se realizar no ano seguinte.

No início de 2004 a proposta de política, reelaborada, foi então encaminhada para o Conselho Nacional de Saúde, onde foi aprovada na forma de “Diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal”, cuja operacionalização foi normatizada por meio de um conjunto de medidas agrupadas sob o título de “Brasil Sorridente – a saúde bucal levada a sério”⁶.

Neste contexto, o mês de março de 2004 marca o lançamento da nova Política Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004b). Conhecida como

⁵ WERNECK MAF, comunicação pessoal

⁶ idem

Brasil Sorridente, e lançada às vésperas da III CNSB, engloba diversas ações no âmbito da Odontologia, com o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento, bem como melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005). Além de aumento nos valores dos incentivos às Equipes de Saúde Bucal no PSF, o “Brasil Sorridente” propõe medidas para garantir o fornecimento de insumos a estas equipes, para a realização de procedimentos clínicos preventivos e restauradores além de kits contendo dentifrícios e escovas de dentes para as famílias mais carentes adscritas a elas; o repasse de um equipo odontológico extra a cada equipe de modalidade II, composta de cirurgião-dentista, Técnico em Higiene Dental e Atendente de Consultório Dentário; e a inclusão de procedimentos de prótese total e prótese parcial removível a serem realizados por laboratórios protéticos credenciados, além dos procedimentos clínicos relativos a sua confecção. Ainda visando aumentar a resolutividade, o programa propõe o financiamento de Centros de Especialidade Odontológica (CEO), responsáveis pelos procedimentos clínicos de maior complexidade, que não possam ser executados nas unidades básicas de saúde, além de contarem com laboratórios protéticos, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004d, 2004e, 2004f). Têm também como objetivo ampliar o número de municípios brasileiros com fluoração das águas de abastecimento público (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004b, 2005).

O Paraná foi um dos Estados escolhidos para a implantação dos primeiros CEO, sendo que cinco, de um total de 26, foram inicialmente habilitados em 2004 (SESA 2005e). Estes Centros deverão servir de referência para as Equipes de Saúde da Família da região, e priorizar ações de diagnóstico de lesões bucais, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e próteses, além do atendimento a pacientes

especiais. Estes serão financiados pelo Ministério da Saúde, que também fornecerá recursos mensais para custeio (SESA 2005e).

Com o lançamento da política de Saúde Bucal o governo federal (por meio do Ministério da Saúde) assumiu, pela primeira vez na história do país, a Saúde Bucal como prioridade de governo, no que diz respeito a investimentos e desenvolvimento de projetos. Por este motivo, e também pelos progressos no sentido de superação do modelo tradicional, o qual, apesar dos esforços dos movimentos de cirurgiões-dentistas ligados à Saúde Coletiva, havia permeado as políticas de saúde bucal até então; a nova Política Nacional de Saúde Bucal foi comemorada no meio técnico-científico, sendo ratificada durante a III Conferência Nacional de Saúde Bucal (III CNSB 2005).

4.2. As desigualdades socioeconômicas e na distribuição dos serviços odontológicos no Estado do Paraná

Nas últimas décadas, tem-se mantido uma tendência de grande desigualdade na distribuição de renda e elevados níveis de pobreza no Brasil (BARROS e col. 2000; SZKÉLY 2001), podendo ser medidas entre as regiões, estados ou municípios. Estas desigualdades, que refletem diferenças nas condições de vida da população, foram reafirmadas a partir dos resultados do Censo-2000 do IBGE, e têm sido o centro de inúmeras discussões nos diversos setores da sociedade. ZSKÉLY (2001) identificou que a América Latina ainda registra níveis crescentes e persistentes de desigualdades, apesar de alguns progressos quanto à redução da pobreza haverem sido alcançados devido ao crescimento econômico positivo na década de 1990. VIANA e col. (2005) comentam que “(...) as altas taxas de crescimento econômico e o desenvolvimento de fortes capacidades institucionais (*state capabilities*) para a gestão de sistemas e serviços de saúde, apesar de influenciarem de forma decisiva à melhora das condições de saúde das populações (...), não são suficientes para alterar os quadros de profunda desigualdade sanitária e para prover assistência adequada à cobertura dos infortúnios decorrentes da exposição das populações aos velhos e novos riscos sociais” (p.2).

WILKINSON (1992a, 1992b), dentre outros, enfatiza a importância da pobreza relativa nos diferenciais de saúde entre os grupos populacionais, a partir do modo como ela exclui os indivíduos, social e materialmente, das oportunidades proporcionadas pela sociedade, com efeitos sobre a situação de saúde via impactos psicossociais. O autor observou que as melhores condições de saúde não ocorrem

necessariamente nas sociedades mais ricas, mas sim naquelas com distribuição mais equilibrada de renda. Em estudo envolvendo um grupo de países europeus, o autor demonstrou a não linearidade da associação entre taxas de mortalidade e condições de vida, identificando que, às diferenças nos níveis de renda entre estes não corresponderam, proporcionalmente, diferenças semelhantes nos indicadores de saúde utilizados (WILKINSON 1992a).

A saúde de uma população, por estar diretamente relacionada com as desigualdades de condição de vida, pode refletir o descaso, a inoperância e a omissão de todo um conjunto de políticas sociais e econômicas de um país.

A tabela 15 apresenta os indicadores socioeconômicos para os municípios do Estado do Paraná. Observa-se que as desigualdades entre os municípios são acentuadas e as médias não refletem essa variação. A proporção de população com acesso a água tratada varia de 12,82% até 82,86% (média de 67,58%); e com acesso a coleta de lixo varia de 7,92% até 79,88% (média de 63,47%). O acesso ao tratamento de esgoto é crítico, sendo que, em 75% dos municípios, a proporção de população que recebe o serviço varia até 19,48%. Chama a atenção também a elevada proporção média de chefes de domicílio com renda mensal inferior a dois salários mínimos (renda insuficiente): 64,92%, e o baixo valor médio do Índice de Emprego Formal: 0,12.

Tabela 15. Estatísticas descritivas das variáveis socioeconômicas dos municípios do Estado do Paraná, 2000.

Variável	N	média	dp	CV ¹	mínimo	P ₂₅ ²	mediana	P ₇₅ ³	máximo
IDH	399	0,74	0,04	0,05	0,62	0,71	0,74	0,77	0,86
IDI	399	0,54	0,09	0,18	0,26	0,48	0,55	0,61	0,80
IES	399	0,48	0,05	0,11	0,33	0,44	0,48	0,51	0,73
IRSS	380	0,75	0,08	0,11	0,45	0,69	0,75	0,81	0,93
ICVS	399	0,55	0,08	0,14	0,31	0,50	0,56	0,61	0,83
Receita própria <i>per capita</i> ⁴	340	565,89	272,04	0,48	156,15	378,10	491,26	676,72	2.058,29
Água	399	67,58	19,30	0,29	12,82	54,88	71,43	82,66	98,58
Lixo	399	63,47	21,39	0,34	7,82	49,52	66,17	79,88	99,57
Esgoto	370	12,87	18,97	1,47	0,03	0,47	2,28	19,48	82,02
Renda <i>per capita</i>	399	202,03	60,49	0,30	86,00	160,71	191,48	232,94	619,82
Renda média chefe do domicílio	399	494,36	147,19	0,30	231,03	398,68	466,65	559,48	1.599,68
Renda insuficiente	399	64,92	11,00	0,17	25,24	58,53	66,84	73,56	87,16
Índice de Emprego Formal	399	0,12	0,08	0,65	0,02	0,07	0,10	0,15	0,85
% pop alfabetizada	399	76,29	4,31	0,06	62,61	73,18	76,61	79,46	88,26
Taxa de alfabetização	399	86,83	4,41	0,05	74,30	83,80	86,70	89,90	97,70
Índice de Escolaridade	399	0,45	0,08	0,18	0,28	0,39	0,44	0,49	0,87

1-coeficiente de variação; 2 – Percentil 25 ; 3 – Percentil 75; 4 – informação relativa a 2003

Na mesma tabela 15 pode ser verificada a elevada variabilidade na receita própria *per capita* dos municípios, ou capacidade de arrecadação, que representaria, de acordo com a proposta de NUNES (2004), a capacidade relativa de autofinanciamento do setor saúde e menor dependência das transferências federais para o SUS. O autor demonstra, com dados para municípios do Estado de São Paulo com mais de 200.000 habitantes, que as desigualdades entre os valores de arrecadação *per capita* estão presentes inclusive entre municípios considerados semelhantes em termos de situação populacional, espacial e socioeconômica. Ainda segundo este autor, a capacidade de arrecadação está diretamente relacionada com o montante de recursos próprios alocados em saúde no município.

A tabela 16 apresenta dados relativos à distribuição dos recursos financeiros alocados em saúde pelos municípios do Estado do Paraná. O capítulo anterior mostrou a tendência de aumento nos valores *per capita* de recursos financeiros aplicados em saúde no período de 2000 a 2003 (tabela 11), estando o Paraná entre os estados que apresentaram maior despesa total *per capita* com saúde em 2003, apesar de estar entre os que receberam menores valores *per capita* de transferências-SUS (figura 2). Observa-se, na tabela 16, a grande variabilidade dos valores, principalmente daqueles relativos a transferências-SUS totais *per capita*, possivelmente reflexo das diferentes capacidades dos municípios em ofertar os serviços de média e alta complexidade.

Tabela 16. Estatísticas descritivas das variáveis de recursos financeiros alocados em saúde dos municípios do Estado do Paraná, 2003.

Variável (em R\$)	N	média	dp	CV ¹	mínimo	P ₂₅ ²	mediana	P ₇₅ ³	máximo
Despesa total com saúde <i>per capita</i>	339	173,31	88,10	0,51	47,93	117,07	157,63	205,24	944,43
Recursos próprios alocados em saúde <i>per capita</i>	337	119,38	76,27	0,64	7,84	77,29	104,17	140,58	927,97
Transferências SUS <i>per capita</i>	337	55,10	49,22	0,89	4,32	30,54	45,13	64,66	666,18
Transferências PAB <i>per capita</i>	399	34,23	14,00	0,41	9,99	22,54	33,84	43,70	83,08

1-coeficiente de variação; 2 – Percentíl 25 ; 3 – Percentíl 75

Apesar da persistência de desigualdades no Brasil, é inegável que houve uma melhora nos indicadores de condição de vida na última década, e especificamente no que se refere à saúde. NUNES (2004) cita como exemplo da perpetuação das desigualdades relativas, apesar da melhoria dos valores médios dos indicadores, a taxa de mortalidade infantil, que reduziu de 49,4 em 1990 para 27,43 por mil nascidos vivos em 2001 no Brasil, mas que variavam de aproximadamente 20 por mil nascidos vivos no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná até aproximadamente 60 óbitos por mil nascidos vivos em Alagoas, Paraíba e Pernambuco. O mesmo pode ser verificado quanto à esperança de vida ao nascer que é cerca de cinco anos menor para os estados da Região Nordeste do que para os da Região Sul (NUNES e col. 2001).

Com relação à saúde bucal, as desigualdades também existem. O primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal em nível nacional foi realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1988a). Os resultados revelaram diferenças nos valores médios de CPO-D aos 12 anos de idade para as regiões do país, com os níveis mais elevados de cárie dentária sendo identificados nas Regiões Centro Oeste (8,52), Norte (7,5) e Nordeste (6,9), e os menores valores nas Regiões Sudeste (5,95) e Sul (6,31). Apesar do acentuado declínio da prevalência de cárie dentária, observado nos últimos vinte anos (PETERSON e BRATTHALL 1996; PINTO 1997; NADANOVSKY 2000), o levantamento nacional concluído em 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004a) indica que essas desigualdades persistem: foram obtidos valores mais elevados de CPO-D aos 12 anos nas Regiões Centro Oeste, Norte e Nordeste (aproximadamente 3,2), do que nas Regiões Sudeste e Sul (2,3 para ambas). No Estado do Paraná, BALDANI e col. (2002) demonstraram a

extensa variabilidade nos valores médios de CPO-D entre os municípios, sendo que aqueles com índices maiores de prevalência de cárie dentária apresentavam menor porte demográfico e piores condições socioeconômicas.

Segundo NUNES (2004) as desigualdades em saúde podem ser analisadas em diversas dimensões. Para o autor, além da situação de saúde coletiva expressa pelos perfis epidemiológicos, a análise deveria contemplar as diferenças na distribuição e organização das respostas sociais aos problemas de saúde, ou seja, os aspectos relativos ao financiamento do sistema de saúde, acesso e utilização, qualidade, entre outros, relacionados com a provisão e o uso dos serviços de saúde.

O capítulo anterior mostrou que, no campo da Odontologia, o Estado do Paraná tem sido pioneiro na implementação de novas políticas e programas. Além disso, no âmbito estadual, verificou-se uma tendência de aumento no número absoluto e *per capita* de procedimentos odontológicos em atenção básica no SUS, principalmente a partir do ano 2000 (tabelas 12 e 13), sendo que, em 2003, o Paraná foi o segundo estado que mais ofereceu procedimentos odontológicos *per capita*, e o que mais ofereceu procedimentos individuais no Brasil (figura 4). No entanto, analisando a distribuição dos serviços odontológicos entre os municípios do Estado na tabela 17, verifica-se a presença de desigualdades, as quais também puderam ser identificadas por meio do teste de normalidade (tabela 1). A distribuição não normal das variáveis de provisão de serviços, identificada também para as de recursos financeiros alocados em saúde (tabela 3), sugere que estão distribuídos de modo desigual entre os municípios. Observa-se que a proporção média tanto do número de equipamentos odontológicos como de dentistas nos serviços públicos é próxima, respectivamente, de 1:2.000 e de 1:2.500 habitantes. Porém esse valor variou de 1 para 100 habitantes

até 1 para mais de 20.000, e essa variabilidade também pode ser verificada para todos os tipos de procedimentos.

Ainda na tabela 17, chama a atenção o número médio de procedimentos coletivos nos municípios, que contribui com mais da metade do total de procedimentos odontológicos na Atenção Básica, seguido pelo número de procedimentos restauradores e preventivos. Os procedimentos especializados, por sua vez, são ofertados por um pequeno número de municípios do Estado. O valor médio *per capita* de recursos do PAB total (fixo e variável) investidos nas ações básicas de saúde bucal em 2000 foi de 3,15 reais, e o valor médio *per capita* repassado aos municípios para o Programa Saúde da Família em 2003 foi de 2,72 reais. Para ambos a variabilidade intermunicipal também se verifica. Quanto ao Programa Saúde da Família, um maior *per capita* de recursos significaria uma maior cobertura populacional do programa dentro do município. Uma informação complementar é que aparentemente todos os municípios do Estado estavam desenvolvendo Atenção Básica em odontologia em 2003, e 202 deles haviam incluído ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Porém, apesar de regulamentada desde a década de 1970, a grande maioria dos municípios do Paraná implementou a fluoretação das águas de abastecimento público apenas no final da década de 1980 ou durante a de 90.

Tabela 17. Estatísticas descritivas das variáveis de serviços públicos odontológicos dos municípios do Estado do Paraná, 2003.

Variável	N de municípios	média	dp	CV ¹	mínimo	P ₂₅ ²	mediana	P ₇₅ ³	máximo
Equipos odontológicos/ 1000 habitantes	399	0,53	0,60	1,13	0,06	0,28	0,41	0,62	10,47
Cirurgiões-dentistas/ 1000 habitantes	364	0,41	0,26	0,63	0,05	0,22	0,35	0,51	1,90
Ações básicas/ hab	397	2,72	1,73	0,64	0,09	1,64	2,37	3,55	21,75
Procedimentos coletivos/ hab	369	1,54	2,04	1,56	0,00	0,68	1,19	1,82	28,82
Procedimentos preventivos/ hab	387	0,37	0,38	1,03	0,00	0,14	0,26	0,45	3,32
Procedimentos restauradores/ hab	393	0,41	0,33	0,80	0,00	0,18	0,32	0,54	3,03
Exodontias/ hab	387	0,16	0,11	0,69	0,00	0,08	0,14	0,22	0,82
Procedimentos especializados/ hab	67	0,04	0,06	1,50	0,00	0,00	0,02	0,06	0,38
Incentivo SB (PSF)/ hab	202	2,72	1,71	0,63	0,25	1,54	2,37	3,53	11,60
PAB odontologia/ hab ⁴	397	3,15	1,51	0,48	0,13	2,05	2,96	4,08	12,04
Anos de fluoreção ⁴	396	9,57	5,91	0,62	0,00	6,00	10,00	13,00	41,00
% população com acesso à água fluorada ⁴	354	58,43	30,07	0,51	0,00	39,168	61,50	82,84	100,00

coeficiente de variação; 2 – Percentil 25; 3 – Percentil 75; 4 – informações relativas a 2000.

A incorporação das equipes de saúde bucal ao Programa Saúde da Família no final do ano 2000 trouxe a expectativa de incentivar a reorganização das ações odontológicas nos municípios, desencadeando uma expansão dos serviços de Atenção Básica. A tabela 18 indica a variação no número de procedimentos de Atenção Básica (coletivos, preventivos, restauradores e exodontias) e especializados entre os anos 1998, 2000 e 2003. Verifica-se que houve alteração significativa ao nível de 1% para todos os tipos de procedimentos no período, com aumento no número de ações básicas, procedimentos coletivos, preventivos e especializados, e redução no número de procedimentos restauradores. O número de ações básicas, procedimentos coletivos e especializados aumentou entre 1998 e 2000, porém não houve alteração significativa no período seguinte. Houve redução significativa no número de procedimentos restauradores nos dois períodos. As exodontias e procedimentos preventivos, por sua vez, apresentaram redução entre 1998 e 2000, seguida de aumento entre 2000 e 2003.

Ao se proceder a análise da variação do número de dentistas nos serviços públicos dos municípios, observa-se que não houve alteração significativa na proporção desses profissionais entre os anos de 1999 e 2002 ($p = 0,076$), sendo que a relação média dentista/ habitantes passou de 1: 2237 para 1: 2463. Também não houve variação significativa no número de equipamentos odontológicos no SUS entre 2000 e 2003 ($p = 0,108$), e a proporção média passou de 1: 1806 para 1: 1898 habitantes. Esses resultados não estão expressos em tabelas.

Tabela 18. Evolução da oferta de serviços públicos odontológicos (procedimentos/ habitante/ ano) por município do Estado do Paraná, entre 1998, 2000 e 2003.

Variável	Mediana da variável			Teste de Friedman (p-valor)	1998 - 2000		Teste de Wilcoxon (p-valor)	2000 - 2003		Teste de Wilcoxon (p-valor)
	1998	2000	2003		Ampliaram (n)	Reduziram (n)		Ampliaram (n)	Reduziram (n)	
Ações básicas	1,25	2,38	2,37	<0,001	369	28	<0,001	209	186	0,130
Procedimentos coletivos	1,03	1,14	1,19	<0,001	216	150	<0,001	175	173	0,249
Procedimentos preventivos	0,26	0,25	0,26	<0,001	153	232	0,010	217	164	0,018
Procedimentos restauradores	0,40	0,36	0,32	<0,001	152	241	<0,001	163	226	0,001
Exodontias	0,16	0,12	0,14	<0,001	101	286	<0,001	260	123	<0,001
Procedimentos especializados	0,01	0,02	0,02	0,001	44	15	<0,001	32	28	0,269

Na tabela 19 observam-se indicadores de provisão de serviços odontológicos (capacidade instalada e procedimentos) para os municípios do Paraná, quando estes são alocados em grupos segundo programas de Atenção Básica em saúde bucal que desenvolviam em 2003. As diferenças entre os grupos foram significativas para os procedimentos preventivos e as exodontias. Nota-se que os municípios que apresentaram maior número de procedimentos preventivos foram aqueles que desenvolviam o programa de Odontologia para Bebês, com ou sem o PSF. Estes municípios também apresentaram os menores valores de exodontias *per capita*. Estas, por sua vez, foram realizadas em maior quantidade nos municípios que apresentavam PSF e naqueles que não desenvolviam nenhum programa específico em Atenção Básica, sendo que estes últimos também apresentaram as menores quantidades de procedimentos preventivos. Estes resultados parecem estar de acordo com as características dos programas de saúde bucal desenvolvidos no Estado do Paraná. O Programa de Atenção Precoce em Saúde Bucal, como descrito no capítulo anterior, tem como objetivo maior a prevenção de alterações bucais, principalmente cárie dentária, iniciada no primeiro ano de vida. Os municípios que investiram neste programa aparentemente valorizam as ações ligadas à prevenção da cárie dentária. Dessa forma, poderia se esperar um maior número de procedimentos preventivos *per capita* nos municípios que realizam essa atividade. Por outro lado, os municípios que desenvolvem apenas o PSF foram os que realizaram o maior número de exodontias *per capita*, apresentando também o maior valor de procedimentos restauradores, o que poderia significar uma maior extensão de cobertura para os grupos tradicionalmente excluídos ou ainda, uma maior demanda por procedimentos curativos.

Atenção especial deve ser dirigida ao significado da distribuição das exodontias. Para FERNANDES E PERES (2005), em seu estudo sobre o Estado de Santa Catarina, a proporção de exodontias indicaria o caráter mutilador do modelo assistencial oferecido à população. A autora, em sua análise, encontrou associação negativa entre as exodontias e o IDH, o que para ela significa que, embora os municípios estejam oferecendo acesso aos serviços de saúde bucal, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda oferecem um serviço com características mutiladoras, visto que apresentaram maior média de proporção deste procedimento executado durante o período de quatro anos analisado. Esta afirmação tem base nos resultados encontrados: um maior número de procedimentos coletivos e primeiras consultas odontológicas no município ocorre onde aumenta a razão dentista SUS/habitante e diminui a proporção de exodontias. No caso do Estado do Paraná, observou-se maior número de exodontias nos municípios que desenvolvem exclusivamente PSF, seguido daqueles que não desenvolvem atividades diferenciadas em Atenção Básica, oferecendo ou não a atenção secundária para referência. Neste caso, concordando com FERNANDES E PERES (2005), o maior número de exodontias pode significar que o serviço oferecido é de baixa qualidade ou que o acesso ao mesmo é tardio, evidenciando as características mutiladoras que seriam decorrentes da falta de organização do sistema. Por outro lado, o maior número de exodontias realizadas nos municípios que apresentam equipes de saúde bucal no PSF, acompanhado de valores mais elevados de procedimentos restauradores e valores intermediários de procedimentos preventivos, poderia significar que um maior número de pessoas tem acesso aos serviços, demandando procedimentos que, pelas características de demanda reprimida tradicionais aos

serviços públicos odontológicos, não poderiam ser outros. Não se pode descartar, também, a possibilidade de que o maior número de exodontias ocorra devido a carências municipais na provisão de procedimentos de maior complexidade ou na articulação de um sistema de referência e contra-referência. Quanto a este aspecto, com os novos incentivos federais para a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) nos municípios, oriundos do Brasil Sorridente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004d), pode-se supor possíveis alterações no padrão de realização de exodontias no futuro.

Tabela 19. Medianas dos indicadores de serviços públicos odontológicos para grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em Saúde Bucal, 2003.

Indicadores	Sem programa em At. Básica (n = 130)	Clínica de bebês (n = 67)	Saúde bucal no PSF (n = 123)	Clínica de bebês + saúde bucal no PSF (n = 79)	Teste Kruskal Wallis (p-valor)
Equipes odontológicas SUS/ 1000 hab	0,35	0,39	0,43	0,44	0,094
Cirurgiões-dentistas SUS/ 1000 hab	0,34	0,32	0,39	0,35	0,130
Ações Básicas/ hab/ ano	2,41	2,23	2,32	2,56	0,787
Procedimentos coletivos/ hab	1,22	1,14	1,20	1,18	0,473
Procedimentos preventivos/ hab	0,20	0,28	0,24	0,37	0,002
Procedimentos restauradores/ hab	0,30	0,28	0,36	0,33	0,319
Exodontias/ hab	0,14	0,11	0,16	0,13	0,003
Procedimentos especializados/ hab	0,02	0,02	0,02	0,03	0,445

A tabela 20 apresenta a evolução do número de procedimentos preventivos, restauradores e exodontias para os grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em saúde bucal que desenvolviam em 2003. Observou-se variação significativa, no período entre 1998 e 2003, para todos os procedimentos, nos municípios que implementaram equipes de saúde bucal no PSF a partir de 2001. O teste estatístico de Wilcoxon indica que houve diferença significativa na variação dos procedimentos preventivos para este grupo, sendo que os municípios que aumentaram o número desses procedimentos correspondem a aproximadamente o dobro dos que diminuíram, entre 2000 e 2003 ($p = 0,001$). Para os demais grupos não houve diferença significativa ou houve redução no número desses procedimentos. Estes resultados, associados àqueles descritos a partir da tabela 19, poderiam ser indício de impacto positivo da incorporação das equipes de saúde bucal ao Programa Saúde da Família na provisão de serviços odontológicos no Estado.

Tabela 20. Evolução da provisão de serviços públicos odontológicos individuais para grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em Saúde Bucal em 2003.

Grupos de municípios	Mediana			Teste de Friedman (p-valor)	1998 - 2000		Teste de Wilcoxon (p-valor)	2000 - 2003		Teste de Wilcoxon (p-valor)
	1998	2000	2003		Ampliaram (n)	Reduziram (n)		Ampliaram (n)	Reduziram (n)	
Procedimentos preventivos										
Sem programa em Atenção Básica	0,22	0,21	0,20	0,224	54	70	0,425	63	58	0,548
Clínica de bebês	0,33	0,31	0,28	0,299	26	41	0,117	35	32	0,745
Saúde bucal no PSF	0,21	0,23	0,24	0,003	51	65	0,576	77	39	0,001
Clínica de bebês + saúde bucal no PSF	0,34	0,30	0,37	0,002	22	56	0,015	42	35	0,406
Procedimentos restauradores										
Sem programa em Atenção Básica	0,36	0,34	0,30	0,003	59	70	0,057	53	73	0,332
Clínica de bebês	0,40	0,36	0,28	<0,001	20	47	0,003	24	43	0,017
Saúde bucal no PSF	0,37	0,38	0,36	0,005	48	72	0,008	55	64	0,119
Clínica de bebês + saúde bucal no PSF	0,53	0,37	0,33	<0,001	25	52	<0,001	31	46	0,033
Exodontias										
Sem programa em Atenção Básica	0,16	0,12	0,14	<0,001	45	80	<0,001	85	38	<0,001
Clínica de bebês	0,14	0,10	0,11	<0,001	16	51	<0,001	39	28	0,095
Saúde bucal no PSF	0,17	0,14	0,16	<0,001	30	88	<0,001	85	38	<0,001
Clínica de bebês + saúde bucal no PSF	0,16	0,10	0,12	<0,001	10	67	<0,001	51	25	0,012

4.3. A equidade e a provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná

No item anterior verificou-se que existem desigualdades na distribuição dos serviços odontológicos e de recursos financeiros alocados em saúde entre os municípios do Estado do Paraná. Também foi identificada uma tendência de aumento na provisão destes serviços e recursos entre os anos de 1998 e 2003. Neste tópico investiga-se a distribuição de recursos e de serviços, esclarecendo se ocorreu a favor ou contra a equidade no âmbito municipal.

Após revisão de conceitos admitiu-se para essa análise a compreensão de equidade segundo o princípio da diferença ou equidade vertical. Esta forma de interpretação encontra amparo na legislação vigente, podendo-se admitir, a partir das informações coletadas, que o conceito de equidade como discriminação positiva, apesar de não explicitado no texto da Constituição de 1988, foi introduzido no arcabouço jurídico-legal do SUS a partir da NOB-SUS/96 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996). Adotando a definição de PORTO (2003) equidade será aqui compreendida como “o princípio que rege funções distributivas, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas, e que resultados equitativos pressupõe redistribuições desigualitárias de recursos, produto de ajustes efetuados em função dos fatores biológicos, sociais e político-organizacionais das desigualdades existentes” (p. 2).

Para NUNES (2004) existem duas questões distintas implícitas dentro deste conceito de equidade: a) “a equidade implica a produção de uma desigualdade em favor dos mais necessitados, de modo que eles sejam beneficiados com a

desigualdade e se tornem menos desiguais” (p.12); e b) “há que se produzir uma metodologia para a escolha dos mais necessitados, aqueles menos favorecidos, que serão merecedores do tratamento desigual (...)” (p. 12). Para o autor, políticas que pretendam serem mais eqüitativas devem ser avaliadas, em um primeiro momento, pela seleção e mensuração das necessidades da população.

Dessa forma, para que se possa proceder à análise proposta para este estudo, deve-se, em um primeiro momento, buscar responder às indagações: Quem são os mais necessitados? Quais são as desigualdades consideradas injustas?

GRYTEN e col. (2001) definem duas principais causas para a distribuição desigual de serviços públicos de saúde: a) aquelas relacionadas com fatores que estão além do controle dos indivíduos (desigualdades consideradas inaceitáveis ou iniquidades); e b) aquelas relacionadas com fatores que são definidos por preferências autônomas dos indivíduos (desigualdades consideradas como aceitáveis). Dessa forma, poderiam ser consideradas injustas as desigualdades relacionadas à condição bucal, condição socioeconômica, capacidade de arrecadação do município e qualidade do sistema de saúde. Assim, considerando os municípios do Estado, os mais necessitados seriam: a) aqueles com maiores prevalências de problemas bucais; b) aqueles com piores indicadores socioeconômicos; c) aqueles que possuem menos recursos próprios para investir em saúde; ou d) aqueles que possuem um pior sistema de saúde.

As iniquidades em saúde, bucal inclusive, estão diretamente relacionadas com as desigualdades socioeconômicas, com os maiores indicadores de morbidade sendo observados nos grupos de maior privação social. O levantamento do Ministério da Saúde de 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1988a) apontou, dentre outros, índices

mais elevados de cárie, doença periodontal e edentulismo em adultos, nos grupos de menor renda familiar (PINTO 1997), e diversos estudos têm confirmado esta tendência (ÖSTERBERG e col. 1998; IRIGOYEN e col. 1999; PERES e col. 2000; GESSER e col. 2001; GILLCRIST e col. 2001; ANTUNES e col. 2002; BALDANI e col. 2002, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004a), qualquer que seja o indicador de condição social utilizado.

A associação entre cárie dentária e indicadores socioeconômicos para os municípios do Estado do Paraná foi demonstrada por BALDANI e col. (2002, 2004). O único levantamento epidemiológico em saúde bucal abrangente realizado no Estado ocorreu em 1996 envolvendo 357 municípios, e seu objetivo foi estimar o índice CPO-D aos 12 anos de idade (SESA 1996). BALDANI e col. (2002) demonstraram que a prevalência de cárie estava significativamente associada com a condição socioeconômica dos municípios, sendo maior naqueles com piores indicadores de condição de vida. Em uma análise complementar, BALDANI e col. (2004) apontaram que um indicador de desigualdade de renda, a proporção de população vivendo com renda insuficiente, associou-se significativamente com a variação do CPO-D quando regressão linear múltipla foi utilizada, demonstrando que as piores condições de saúde bucal não podem ser dissociadas das disparidades de renda.

As mudanças socioeconômicas (bem mais do que a contribuição dos serviços de saúde) têm um papel relevante na redução observada nos índices de cárie dentária. NADANOVSKY e SHEIHAM (1995), em estudo realizado a partir de dados de dezoito países industrializados demonstraram que os serviços odontológicos, medidos pela proporção dentista – população, explicaram 3% da redução observada

no CPO-D médio das crianças de 12 anos durante os anos 70 e meados dos 80, enquanto que os fatores sociais explicaram 65% da redução observada. Observaram que a disponibilidade de serviços odontológicos não foi importante para explicar as diferenças nas variações do CPO-D aos 12 anos nos países estudados. Complementando a evidência, países com relações dentista – população e sistemas de atenção diferentes apresentaram valores de variação de CPO-D muito similares até a metade da década de 80 (NADANOVSKY e SHEIHAM 1995). Dessa forma, a simples expansão da oferta de serviços odontológicos não pode ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal (NARVAI 2002). Porém, apesar de não suficientes para o controle dos problemas bucais nas populações, os serviços odontológicos, e a possibilidade de acessá-los, são imprescindíveis, por constituírem-se em instrumentos de alívio do desconforto, dor e sofrimento, causados pela presença da doença (NARVAI e FRAZÃO 2006).

As iniquidades em saúde decorrem das desigualdades sociais historicamente construídas, e estas se concretizam na deficiência do acesso aos serviços de saúde e outros, bem como, na configuração inadequada dos serviços e ações de saúde direcionadas aos problemas existentes (NISIS 2002). Diversos estudos têm demonstrado que os indivíduos com pior condição socioeconômica têm menos acesso a serviços de saúde bucal tanto no Brasil quanto no mundo (HONKALA e col. 1997; ÖSTERBERG e col. 1998; PACK 1998; JONES 2001; BARROS e BERTOLDI 2002; ZABOS e col. 2002).

As informações mais abrangentes sobre acesso a serviços odontológicos no Brasil foram disponibilizadas a partir dos suplementos de saúde das PNAD 1998 e 2003 (IBGE 2000, 2005). Os resultados da PNAD 98, analisados por BARROS e

BERTOLDI (2002), demonstraram que 18,7% da população pesquisada nunca havia consultado um dentista. Essa proporção era maior quanto menor a renda, sendo de 39% dos indivíduos no grupo de menor renda e de 5% no grupo de maior renda. Apesar da redução (15,9% da população nunca foi ao dentista), a PNAD 2003 mostrou que as desigualdades ainda persistem, sendo que os valores para os grupos de menor e maior renda foram, respectivamente, de 31% e 3%. Tradicionalmente as crianças em idade escolar têm sido privilegiadas nas possibilidades de acesso aos serviços públicos odontológicos. No entanto, dados do SB Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004a) revelam que 13,43% dos jovens entre 15 e 19 anos de idade nunca foram ao dentista, sendo que os maiores valores estão nas Regiões Norte e Nordeste (16,45% e 21,65%).

Para GRYTTE e col. (2001) os problemas bucais, apesar de passíveis de prevenção, podem ser considerados como além do controle exclusivo dos indivíduos e, uma vez instalados, necessitam de ajuda profissional para reparar os danos. LE GRAND (1991) comenta que a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades em saúde poderia ser vista como “a compensação dos pacientes por elementos além do seu controle” (p. 374). Dessa forma, considera-se justa a distribuição de serviços públicos odontológicos que contemple as diferenças nas condições bucais entre os municípios. Uma vez que foi demonstrada associação direta entre a condição bucal e os indicadores socioeconômicos, uma distribuição equânime contemplaria uma relação positiva entre estes indicadores e a provisão de serviços públicos odontológicos.

Para NUNES (2004) além do perfil epidemiológico e de condição socioeconômica da população, deve-se considerar, na eleição dos municípios mais

necessitados, sua capacidade de autofinanciamento como variável moderadora. Por isso, o autor sugere que a receita própria *per capita* dos municípios deveria ser utilizada para auxiliar as decisões de alocação de recursos públicos federais do SUS. Concordam GRYTEN e col. (2001), para quem se deve considerar que alguns municípios são mais ricos, apesar das transferências de recursos federais, e que essas disparidades de arrecadação refletem no suprimento de serviços públicos de saúde.

Apesar da obrigatoriedade de os municípios contribuírem com parte dos recursos alocados para o SUS, a participação dos repasses federais no financiamento das ações e serviços de saúde ainda é significativa para muitos, principalmente nos estados mais pobres do país. NUNES (2004) demonstra que o Estado de São Paulo possui os municípios com menores percentuais de suas despesas em saúde totalmente financiadas com recursos federais (27% em média), enquanto que os municípios dos Estados do Maranhão, Pará, Piauí, Alagoas e Paraíba possuem mais de 60% de suas despesas custeadas exclusivamente por transferências - SUS. O autor indica que existe uma relação entre a despesa total em ações e serviços de saúde e a receita própria *per capita* dos municípios brasileiros, sendo que aqueles que despendem menos recursos próprios com saúde teriam menor arrecadação. Para o Estado do Paraná, observou-se, no presente estudo, correlação positiva significativa ao nível de 1%, da receita *per capita* dos municípios com sua despesa total em saúde ($r_s = 0,735$), com os recursos próprios alocados em saúde ($r_s = 0,743$), e com o total de transferências PAB ($r_s = 0,475$). Estes resultados não estão expressos em tabelas.

NUNES (2004), selecionando os 31 municípios do Estado de São Paulo com mais de 200.000 habitantes e analisando a receita própria *per capita*, demonstra que, mesmo entre municípios de um estado considerado rico e com população

relativamente homogênea, existem grandes desigualdades na capacidade de arrecadação, o que geraria desigualdades nas condições de financiamento e provisão de bens públicos em geral, e bens e serviços de saúde em particular. As desigualdades intermunicipais na capacidade de arrecadação e dependência de repasses financeiros do SUS também foram demonstradas por JUNQUEIRA (2001), ao analisar a receita total arrecadada pelos municípios do Estado de São Paulo em 1995. A autora indica que, para os municípios de São Paulo, o reflexo da maior arrecadação (e conseqüentemente maior despesa com saúde) nos serviços de saúde bucal é percebido pelo maior número de profissionais e equipamentos, com conseqüente maior número de procedimentos odontológicos nos serviços públicos.

Considerando que a renda própria do município, a qual define os recursos alocados em saúde em conjunto com os repasses federais, está além do controle dos indivíduos, se a equidade é almejada, espera-se que exista relação inversa entre os indicadores de recursos próprios alocados em saúde e as transferências federais.

Finalmente, a resposta do sistema de saúde aos principais agravos da população, fruto dos resultados das ações de saúde implementadas nos municípios, deveria ser considerada na definição de políticas que pretendam serem equânimes, como proposto pelo grupo do NISIS (2002). Analisando os dados para o Brasil, estes autores encontraram uma maior concentração de municípios com as piores respostas dos sistemas de saúde nas regiões Norte e Nordeste em contraste com o maior percentual de municípios com bons sistemas de saúde nas regiões Sudeste e Sul. Complementando, os autores demonstram que a maioria dos municípios com melhores respostas dos sistemas de saúde apresentam condições de vida boas ou médias.

A resposta do sistema de saúde nos municípios, reflexo de condições de gestão historicamente definidas, está além do controle dos indivíduos. Assim, considerando a equidade, deveria-se encontrar um esforço por parte das políticas de saúde federais de induzir a organização dos sistemas de saúde em municípios com dificuldades de gestão.

Segundo VIANA e col. (2003) a implementação de políticas equânimes implica a definição de campos específicos de sua aplicação. As autoras identificam três campos a serem considerados na saúde, e que serão aqui adotados para fins de análise das diversas dimensões da equidade, como proposto também por NUNES (2004): a) distribuição dos recursos; b) oferta ou oportunidade de acesso; e, c) utilização dos serviços.

Para verificar se a distribuição da provisão de serviços odontológicos no SUS é pró-equidade, buscou-se analisar as associações dos indicadores de serviços odontológicos (recursos financeiros em ações de saúde bucal; recursos humanos e capacidade instalada; procedimentos realizados em Atenção Básica; e fluoração das águas) com indicadores socioeconômicos e de recursos financeiros alocados em saúde.

4.3.1. Equidade na distribuição dos recursos

Na figura 5, observando a evolução dos gastos totais com saúde *per capita* dos municípios com maiores e menores proporções de responsáveis por domicílios com renda insuficiente (dois salários mínimos ou menos), verifica-se uma possível tendência redistributiva, ou pró-equidade, a partir do ano 2000, apesar das diferenças não significativas entre os grupos.

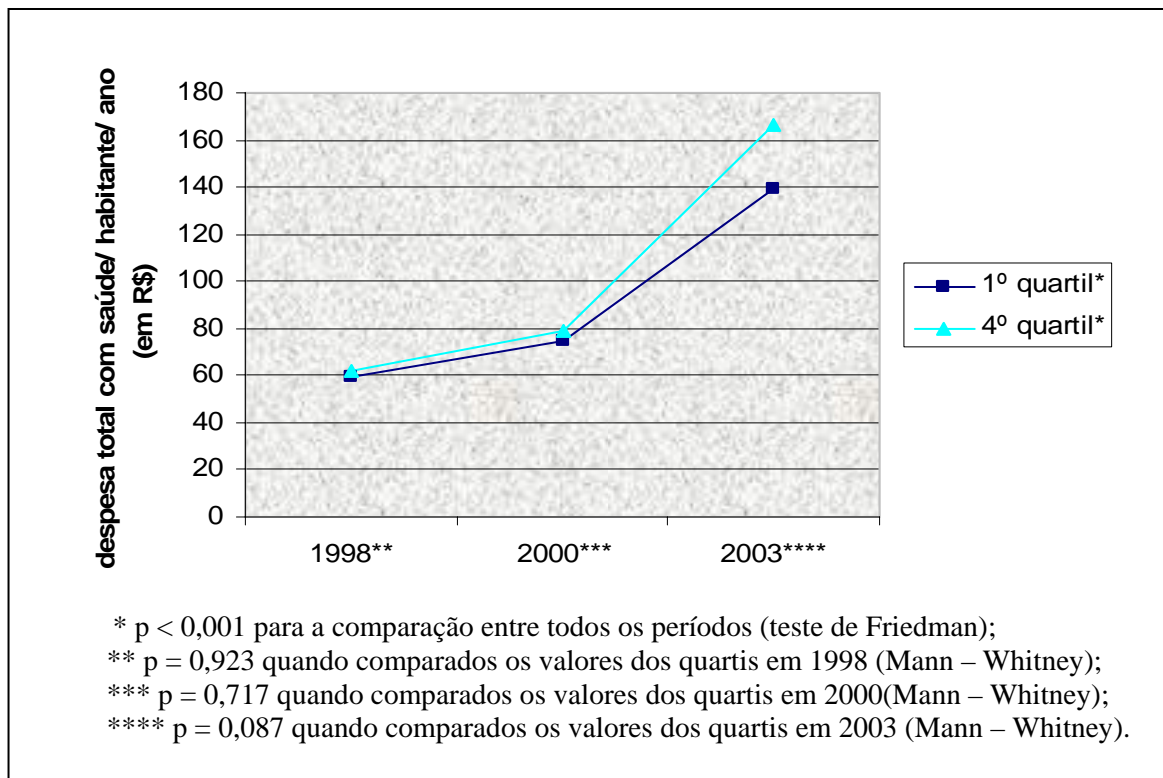


Figura 5. Evolução da despesa total com saúde *per capita*, segundo grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Analisando a associação entre as variáveis de recursos financeiros aplicados em saúde em 2003 e de condição socioeconômica na tabela 21, verifica-se que os

municípios que possuem maior despesa total *per capita* são aqueles que apresentam os piores indicadores de condição de vida e os melhores índices de resposta do sistema de saúde. Estes municípios também investem mais recursos próprios em saúde e recebem o maior montante de transferências - SUS *per capita*. Observou-se, para os municípios do Paraná, uma associação direta e significativa ao nível de 5% entre o Índice de Resposta do Sistema de Saúde com os indicadores de recursos financeiros alocados em saúde, tanto oriundos do município quanto de repasses federais, sendo a correlação mais forte indicada para as transferências do PAB ($r_s = 0,328$).

Tabela 21. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de recursos financeiros aplicados em saúde, 2003, e de condição socioeconômica, 2000, para os municípios do Estado do Paraná.

Indicadores	Recursos financeiros			
	Despesa total com saúde <i>per capita</i>	Recursos próprios investidos em saúde <i>per capita</i>	Total de transferências SUS <i>per capita</i>	Total de transferências PAB <i>per capita</i>
IDH	-0,021	-0,018	-0,087	-0,217 ^a
IDI	0,208 ^a	0,132 ^b	0,142 ^a	0,077
IES	-0,045	-0,068	-0,057	-0,217 ^a
ICVS	-0,144 ^a	-0,166 ^a	-0,082	-0,227 ^a
IRSS	0,276 ^a	0,208 ^a	0,241 ^a	0,328 ^a
Água	-0,014	-0,058	0,011	-0,122 ^b
Lixo	-0,061	-0,092	-0,021	-0,166 ^a
Esgoto	-0,369 ^a	-0,361 ^a	-0,196 ^a	-0,376 ^a
Renda <i>per capita</i>	-0,105 ^b	-0,096	-0,111 ^b	-0,266 ^a
Renda média ch. dom.	-0,126 ^b	-0,125 ^b	-0,111 ^b	-0,308 ^a
Renda insuficiente	0,131 ^a	0,133 ^b	0,158 ^a	0,336 ^a
Índice de Emprego Formal	-0,075	-0,063	-0,078	-0,229 ^a
% pop alfabetizada	-0,091	-0,077	-0,161 ^a	-0,323 ^a
Taxa de alfabetização	-0,224 ^a	-0,180 ^a	-0,273 ^a	-0,481 ^a
Índice de Escolaridade	-0,153 ^a	-0,146 ^a	-0,161 ^a	-0,344 ^a

(a) $p \leq 0,01$; (b) $p \leq 0,05$

Ainda na tabela 21, a associação entre o PAB *per capita* e os indicadores socioeconômicos corrobora a característica redistributiva desta política de transferência de recursos para o SUS, conforme já demonstrado por UGÁ e col. 2003, MELAMED e COSTA (2003) e MACHADO e col. (2004).

MELAMED e COSTA (2003), analisando dados de implementação do PAB nos municípios brasileiros entre 1998 e 2001, demonstraram que os mais favorecidos pelos novos mecanismos de transferências propostos a partir da NOB-SUS 96 foram aqueles que possuíam menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do SUS. Segundo BODSTEIN (2002), os recursos do PAB, chegando diretamente aos municípios mais carentes, com maior déficit de atendimentos e uma rede de serviços de menor complexidade, deveriam provocar um impacto no médio e longo prazo na oferta de serviços e a introdução de novos programas de saúde pública, alavancando uma lenta e gradual mudança no modelo assistencial, introduzindo melhorias nas condições de acesso e na qualidade do atendimento prestado na rede pública. UGÁ e col (2003), analisando os investimentos do Ministério da Saúde por região em 1999, demonstraram que os gastos com Atenção Básica, além de infra-estrutura, assistência farmacêutica, controle de endemias e saneamento, foram os que mais tenderam à equidade. Por outro lado, o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade apresentou distribuição que favoreceu as regiões mais desenvolvidas do país.

Na figura 6 observa-se a variação das transferências PAB para grupos de municípios com menor e maior proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente. Nota-se que, entre 2000 e 2003, houve aumento significativo nos repasses para ambos os grupos, porém este foi maior para o grupo de pior condição

social (variação de 15,12 reais, contra 8,07 reais no grupo de melhor condição), o qual já apresentava um maior valor *per capita* do recurso federal ($p < 0,001$).

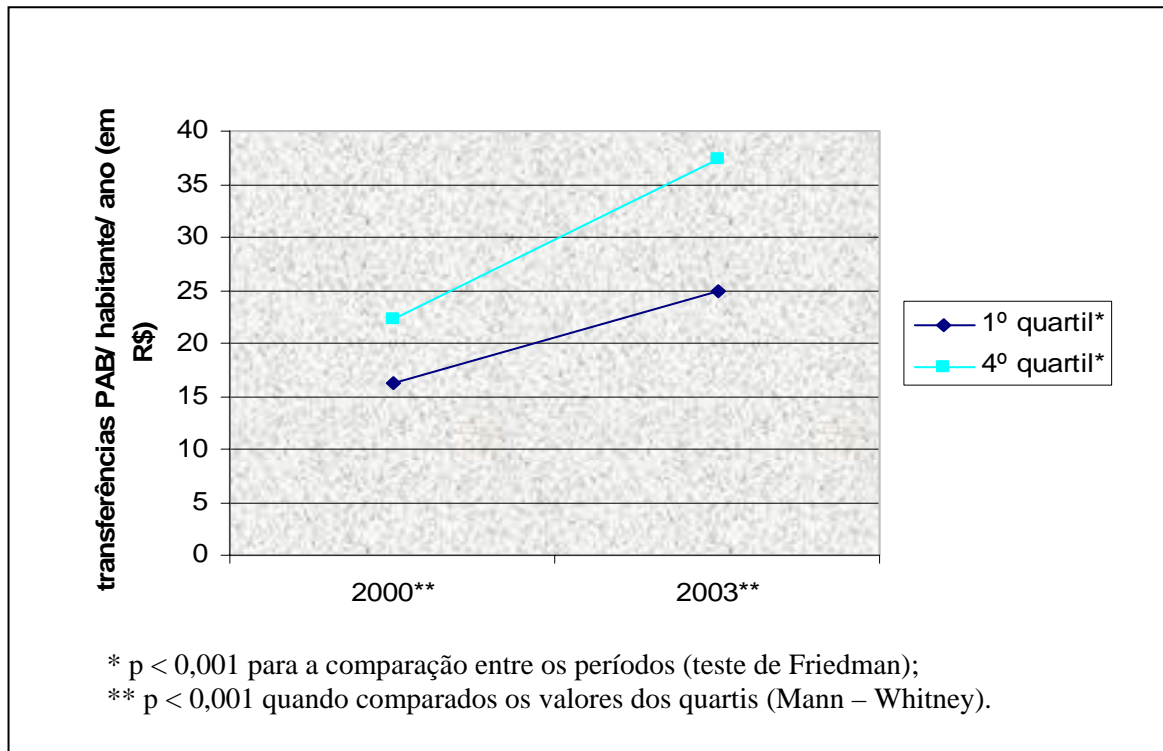


Figura 6. Evolução das transferências PAB *per capita*, segundo grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

Resultados semelhantes foram descritos por MACHADO e col. (2004) ao analisarem a variação dos valores *per capita* das transferências federais para a Atenção Básica aos municípios do Estado de Minas Gerais entre 1997 e 2000. Neste Estado, a introdução do PAB beneficiou principalmente os municípios de pequeno porte demográfico (até 10.000 habitantes). Na variação do PAB *per capita* entre cinco grupos de municípios, foi demonstrado que dois grupos apresentaram médias acima de 25 reais, sendo um deles composto predominantemente de municípios de

menor porte populacional, menor poder econômico, menor capacidade de gasto e média capacidade administrativa, sendo que esse valor refletia a adesão aos programas que integram o PAB variável. Esta variação mostrou-se ainda negativamente associada com a produção de serviços de saúde e com a capacidade de gastos dos municípios em 1997. Ou seja, a introdução de um piso favoreceu a reversão de uma situação que privilegiava municípios com maior capacidade instalada e de gasto. A correlação entre os valores municipais do PAB *per capita* de 1997 e 2000 e as variáveis que refletem necessidades em saúde mostrou, por sua vez, que as mudanças introduzidas tenderam a beneficiar os municípios com maior necessidade em saúde, podendo, segundo as autoras, serem consideradas pró-equidade.

A tabela 22 mostra que existe uma associação positiva entre os indicadores de provisão de serviços odontológicos (capacidade instalada, procedimentos odontológicos ambulatoriais e transferências SUS para a saúde bucal) e os recursos financeiros alocados em saúde. Resultados semelhantes foram obtidos por JUNQUEIRA (2001) para os municípios do Estado de São Paulo, onde os municípios com maiores receitas *per capita* e maiores despesas total ou com recursos do SUS demonstraram tendência a apresentar maior número de auxiliares odontológicos, cirurgiões-dentistas e equipamentos odontológicos, além de maior número de horas trabalhadas e procedimentos realizados.

Ainda segundo a tabela 22, nota-se que existe uma associação negativa entre as variáveis de fluoração de águas e as de recursos financeiros, indicando que os municípios com maior despesa total e transferências SUS *per capita* são aqueles que fluoretaram as águas de abastecimento público há menos tempo. Observou-se

também uma tendência de que os municípios que investem maior *per capita* de recursos próprios em saúde sejam os que apresentam maiores proporções de população com acesso à água fluorada bem como tenham implementado o benefício há mais tempo.

Tabela 22. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de recursos financeiros aplicados em saúde e de provisão de serviços públicos odontológicos para os municípios do Estado do Paraná, 2003.

Indicadores	Recursos financeiros			
	Despesa total com saúde <i>per capita</i>	Recursos próprios investidos em saúde <i>per capita</i>	Total de transferências SUS <i>per capita</i>	Total de transferências PAB <i>per capita</i>
Equipos odontológicos				
SUS	0,329 ^a	0,251 ^a	0,284 ^a	0,338 ^a
Cirurgiões-dentistas SUS	0,344 ^a	0,346 ^a	0,166 ^a	0,336 ^a
Ações Básicas	0,232 ^a	0,159 ^a	0,167 ^a	0,299 ^a
Proced coletivos	0,141 ^b	0,094	0,102	0,182 ^a
Proced preventivos	0,260 ^a	0,181 ^a	0,175 ^a	0,285 ^a
Proced restauradores	0,169 ^a	0,130 ^b	0,169 ^a	0,306 ^a
Exodontias	0,118 ^b	0,131 ^b	0,113 ^b	0,265 ^a
Incentivo SB (PSF)	0,570 ^a	0,538 ^a	0,409 ^a	0,689 ^a
PAB odontologia ¹	0,147 ^a	0,086	0,190 ^a	0,317 ^a
Anos de fluoração ¹	-0,352 ^a	0,339 ^a	-0,172 ^a	-0,297 ^a
% população com acesso à água fluorada ¹	-0,113 ^a	0,153 ^a	0,017	-0,094

(a) $p \leq 0,01$; (b) $p \leq 0,05$; 1 – informações relativas a 2000

A tabela 23 apresenta os resultados da análise de correlação entre os indicadores de recursos financeiros para saúde bucal na Atenção Básica e os indicadores socioeconômicos. Tanto para o valor *per capita* de incentivo repassado aos municípios para saúde bucal no PSF em 2003, quanto para o valor *per capita* aprovado para procedimentos odontológicos de Atenção Básica em 2000, as

associações significativas apresentam o mesmo sentido, ou seja: um maior valor *per capita* para os municípios com piores indicadores socioeconômicos. Estes resultados indicam que o aspecto redistributivo, semelhante ao demonstrado para os repasses financeiros para atenção básica (PAB fixo e variável), também parece se estender para o financiamento de ações odontológicas, podendo ser considerado pró-equidade. No caso do valor repassado para o PSF, um maior *per capita* também pode significar maior cobertura populacional do programa dentro do município. Assim, poderia-se dizer que, para os municípios que aderiram ao PSF, maiores coberturas tendem a ocorrer naqueles com piores condições de vida, o que significaria maior possibilidade de acesso à população mais carente.

Tabela 23. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos (recursos financeiros em Atenção Básica) e de condição socioeconômica para os municípios do Estado do Paraná, 2000.

Indicadores	Recursos financeiros em Atenção Básica	
	Incentivo à Saúde Bucal (PSF) ¹	PAB/ ações de odontologia (valor aprovado)
IDH	-0,297 ^a	-0,108 ^b
IDI	-0,004	0,062
IES	-0,273 ^a	-0,084
ICVS	-0,345 ^a	0,021
IRSS	0,312 ^a	0,275 ^a
Água	-0,200 ^a	-0,122 ^b
Lixo	-0,221 ^a	-0,152 ^a
Esgoto	-0,340 ^a	-0,153 ^a
Renda <i>per capita</i>	-0,362 ^a	-0,131 ^a
Renda média ch. dom.	-0,426 ^a	-0,193 ^a
Renda insuficiente	0,380 ^a	0,229 ^a
Índice de Emprego Formal	-0,275 ^a	-0,163 ^a
% pop alfabetizada	-0,326 ^a	-0,122 ^b
Taxa de alfabetização	-0,392 ^a	-0,293 ^a
Índice de Escolaridade	-0,357 ^a	-0,211 ^a

(a) $p \leq 0,01$; (b) $p \leq 0,05$; 1 – informação relativa a 2003

4.3.2. Equidade na oferta ou oportunidade de acesso

Estudos têm demonstrado que uma maior oferta de serviços públicos de saúde, identificada a partir do número de profissionais, equipamentos ou horas trabalhadas por habitante, traduz maior probabilidade de acesso para os indivíduos com piores condições socioeconômicas. TRAVASSOS e col. (2000) comentam que a utilização de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos em relação a seus problemas de saúde (demanda), bem como das formas de financiamento e dos serviços disponíveis para a população (oferta). Para GRYTEN e col. (2001), enquanto a utilização dos serviços é uma função tanto do suprimento quanto da demanda, o acesso seria uma função apenas do suprimento. MOBARAK e col. (2004), examinando o impacto das políticas locais e estrutura de governo na alocação de serviços do SUS entre municípios do Brasil, identificaram que maiores níveis de médicos, enfermeiros e consultórios no SUS aumentaram a probabilidade de um indivíduo com renda insuficiente obter acesso aos serviços de saúde quando necessita. OLIVEIRA e col. (2004) verificaram que um maior número de leitos hospitalares e de serviços de Atenção Básica no SUS impactam positivamente as chances de internação hospitalar.

Na tabela 24 observa-se que não houve associação significativa entre o número de equipamentos odontológicos no município e os indicadores globais de condição de vida, o mesmo sendo verificado com relação ao número de cirurgiões-dentistas atuando no SUS. As associações significativas encontradas para os indicadores isolados apontam que os municípios com maior número de dentistas e equipamentos odontológicos/ 1000 habitantes seriam os que apresentam pior condição social (a

favor da equidade, portanto), medida por meio dos indicadores simples no âmbito de saneamento, renda e concentração de renda e escolaridade.

Tabela 24. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos (recursos humanos e capacidade instalada), 2003, e de condição socioeconômica em 2000, para os municípios do Estado do Paraná.

Indicadores	Capacidade instalada	
	Equipos odontológicos SUS	Cirurgiões-dentistas SUS ¹
IDH	-0,078	-0,012
IDI	0,056	0,062
IES	-0,092	-0,069
ICVS	-0,036	-0,078
IRSS	0,252 ^a	0,137 ^a
Água	-0,141 ^a	-0,172 ^a
Lixo	-0,187 ^a	-0,221 ^a
Esgoto	-0,160 ^a	-0,203 ^a
Renda <i>per capita</i>	-0,143 ^a	-0,087
Renda média ch. dom.	-0,195 ^a	-0,100
Renda insuficiente	0,204 ^a	0,130 ^b
Índice de Emprego Formal	-0,102 ^b	-0,153 ^a
% pop alfabetizada	-0,097 ^b	-0,023
Taxa de alfabetização	-0,200 ^a	-0,119 ^b
Índice de Escolaridade	-0,189 ^a	-0,120 ^b

(a) $p \leq 0,01$; (b) $p \leq 0,05$; 1 – Informação relativa a 2002

Outros estudos encontraram resultados pró-equidade no âmbito da oferta de recursos humanos e capacidade instalada em odontologia no SUS. Para o Estado de São Paulo, JUNQUEIRA (2001) demonstrou que o número de auxiliares e dentistas no serviço público municipal, bem como o número de equipamentos odontológicos e o número de horas trabalhadas pelos dentistas era maior quanto piores os valores dos indicadores sociais (renda média, renda insuficiente e analfabetismo). Resultado semelhante foi obtido por FERNANDES E PERES (2005), que identificaram, para os municípios de Santa Catarina, uma associação negativa entre o número de

dentistas no SUS/ habitante e o Índice de Desenvolvimento Infantil. Para o Paraná, BALDANI (2002) encontrou associação significativa entre o número de consultórios odontológicos no SUS/ 1000 habitantes, em 1999, e indicadores socioeconômicos obtidos a partir do Censo-1991, que já indicava tendência semelhante à deste estudo.

No entanto, deve-se considerar que uma maior possibilidade de acesso não significa necessariamente maior utilização dos serviços (ALLEYNE 2001). Quanto a essa afirmação, BARROS e BERTOLDI (2002) verificaram que, apesar de ter sido demonstrado na literatura que os indivíduos mais carentes utilizam mais os atendimentos odontológicos do SUS do que os menos carentes, estes correspondem a apenas 24% do total de atendimentos relatados pela população pesquisada na PNAD 1998 (BARROS e BERTOLDI 2002), o que demonstra que existe grande necessidade de expansão dos serviços na área odontológica, em comparação aos atendimentos não odontológicos.

Ainda no âmbito da oferta, a fluoração das águas de abastecimento público é considerada uma medida de redução de desigualdades na prevalência de cárie dentária (JONES e col 1997; JONES e WORTHINGTON 2000; BURT 2002), sendo uma das políticas mais antigas em vigência no campo da saúde bucal no Brasil. No entanto, muitos municípios ainda não fluoretam as águas no país, ou apresentam um grande número de domicílios não ligados à rede de abastecimento, o que, para PERES e col. (2004), significa que a água fluorada não vem beneficiando a população de maneira homogênea. As associações entre as variáveis de fluoração das águas de abastecimento público e os indicadores socioeconômicos para o Estado do Paraná podem ser verificadas na tabela 25. Chama a atenção o fato de que, neste caso, as associações significativas encontradas, tanto para o tempo de fluoração das

águas quanto para a proporção de população com acesso à medida, indicam o inverso do que foi demonstrado para as variáveis de oferta ou possibilidade de acesso aos serviços ambulatoriais no SUS: pode-se inferir que ocorre falta de equidade, ou seja, existe maior acesso ao benefício e há mais tempo nos municípios com melhores valores dos indicadores socioeconômicos. Estudo realizado por PERES e col. (2004) em municípios do Estado de Santa Catarina apontou resultado semelhante com relação à associação entre indicadores socioeconômicos e presença de fluoretação de águas, bem como o período no qual a medida foi implementada. Diante dos benefícios da fluoretação das águas de abastecimento público na prevenção da cárie dentária, a qual é mais prevalente nas populações com pior condição socioeconômica, o acesso diferenciado à medida por parte dos municípios com melhores indicadores faz com que aumente as desigualdades na prevalência e severidade da doença entre os grupos, o que confirma a “*inverse equity hypothesis*” de VICTORA e col. (2000): “novas intervenções alcançarão inicialmente aqueles com melhores condições socioeconômicas e, somente após, chegarão aos mais pobres, o que resulta em um aumento inicial nas desigualdades entre os indicadores de cobertura, morbidade e mortalidade, seguida por uma redução quando os pobres obtêm maior acesso às intervenções e os ricos alcançaram os níveis mínimos possíveis de morbidade e mortalidade” (p. 1093).

Tabela 25. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de fluoração das águas de abastecimento público e de condição socioeconômica para os municípios do Estado do Paraná, 2000.

Indicadores	Fluoração das águas de abastecimento	
	Número de anos de fluoração das águas	% população com acesso à água fluorada
IDH	0,304 ^a	0,332 ^a
IDI	0,101 ^b	0,423 ^a
IES	0,320 ^a	0,427 ^a
ICVS	0,400 ^a	0,467 ^a
IRSS	-0,086	0,0491
Água	0,222 ^a	0,643 ^a
Lixo	0,238 ^a	0,687 ^a
Esgoto	0,412 ^a	0,380 ^a
Renda <i>per capita</i>	0,356 ^a	0,432 ^a
Renda média ch. dom.	0,368 ^a	0,376 ^a
Renda insuficiente	-0,320 ^a	-0,387 ^a
Índice de Emprego Formal	0,319 ^a	0,426 ^a
% pop alfabetizada	0,299 ^a	0,221 ^a
Taxa de alfabetizada	0,312 ^a	0,164 ^a
Índice de Escolaridade	0,379 ^a	0,443 ^a

(a) $p \leq 0,01$; (b) $p \leq 0,05$

4.3.3. Equidade na utilização dos serviços

A tabela 26 apresenta as associações entre os indicadores de procedimentos odontológicos na Atenção Básica e os de condição socioeconômica, também medidas pelo coeficiente de correlação de Spearman. Nesse caso, verifica-se que o sentido das associações varia de acordo com o tipo de procedimento analisado. As associações significativas encontradas entre ações básicas, procedimentos coletivos, restauradores e exodontias indicam tendência de maior oferta destes serviços onde existem piores indicadores sociais. Para os procedimentos preventivos, por sua vez,

as poucas associações significativas encontradas são contraditórias: existe uma tendência de maior oferta desses procedimentos nos municípios com melhor Índice de Desenvolvimento Infantil, além daqueles com menor proporção de população com acesso a rede de esgoto e menor taxa de alfabetização. Analisando as associações entre os indicadores de condição social e de procedimentos preventivos em 2000 observa-se, que para aquele ano, as associações significativas encontradas indicavam tendência contrária à equidade (dados não apresentados em tabelas), ou seja, maior oferta destes procedimentos nos municípios com melhores indicadores globais de condição social. Os resultados de 2003 poderiam significar uma inversão na tendência, a ser confirmada por novos estudos para os anos subsequentes.

Resultados semelhantes foram encontrados para o Estado de São Paulo em 1996 e Santa Catarina para o período 2000-2003. JUNQUEIRA (2001) demonstrou, para os municípios do Estado de São Paulo, tendência de maior oferta de procedimentos coletivos, preventivos, cirúrgicos (grupo que inclui as exodontias) e não cirúrgicos (grupo que inclui os procedimentos restauradores) nos municípios com piores indicadores socioeconômicos. Em Santa Catarina, FERNANDES E PERES (2005) não encontraram associação significativa entre os procedimentos coletivos e os indicadores socioeconômicos analisados, mas identificou maior número de exodontias nos municípios com piores IDH e IDI.

Tabela 26. Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis de provisão de serviços públicos odontológicos (procedimentos de Atenção Básica), 2003, e de condição socioeconômica para os municípios do Estado do Paraná, 2000.

Indicadores	Procedimentos odontológicos de Atenção Básica				
	Ações básicas	Procedimentos coletivos	Procedimentos preventivos	Procedimentos restauradores	Exodontias
IDH	-0,011	-0,037	0,085	-0,115 ^b	-0,421 ^a
IDI	0,065	0,005	0,156 ^a	0,013	-0,342 ^a
IES	-0,058	-0,113 ^b	0,075	-0,126 ^b	-0,433 ^a
ICVS	0,011	-0,036	0,088	-0,081	-0,374 ^a
IRSS	0,214 ^a	0,156 ^a	0,271 ^a	0,176 ^a	-0,058
Água	-0,175 ^a	-0,183 ^a	-0,003	-0,184 ^a	-0,422 ^a
Lixo	-0,201 ^a	-0,208 ^a	-0,001	-0,221 ^a	-0,448 ^a
Esgoto	-0,204 ^a	-0,169 ^a	-0,146 ^a	-0,169 ^a	-0,195 ^a
Renda <i>per capita</i>	-0,088	-0,123 ^b	0,046	-0,140 ^a	-0,411 ^a
Renda média ch domicílio	-0,120 ^b	-0,118 ^b	0,023	-0,209 ^a	-0,390 ^a
Renda insuficiente	0,159 ^a	0,140 ^a	-0,018	0,240 ^a	0,466 ^a
Índice de Emprego Formal	-0,189 ^a	-0,209 ^a	-0,063	-0,185 ^a	-0,300 ^a
% pop alfabetizada	-0,028	-0,059	0,033	-0,123 ^b	-0,369 ^a
Taxa de alfabetização	-0,182 ^a	-0,151 ^a	-0,105 ^b	-0,272 ^a	-0,350 ^a
Índice de Escolaridade	-0,163 ^a	-0,150 ^a	-0,031	-0,230 ^a	-0,469 ^a

(a) $p \leq 0,01$; (b) $p \leq 0,05$

As figuras de 7 a 11 apresentam a variação no número de ações básicas, bem como de procedimentos coletivos e individuais entre 1998 e 2003, quando são considerados os quartis de municípios com mais ou menos renda insuficiente.

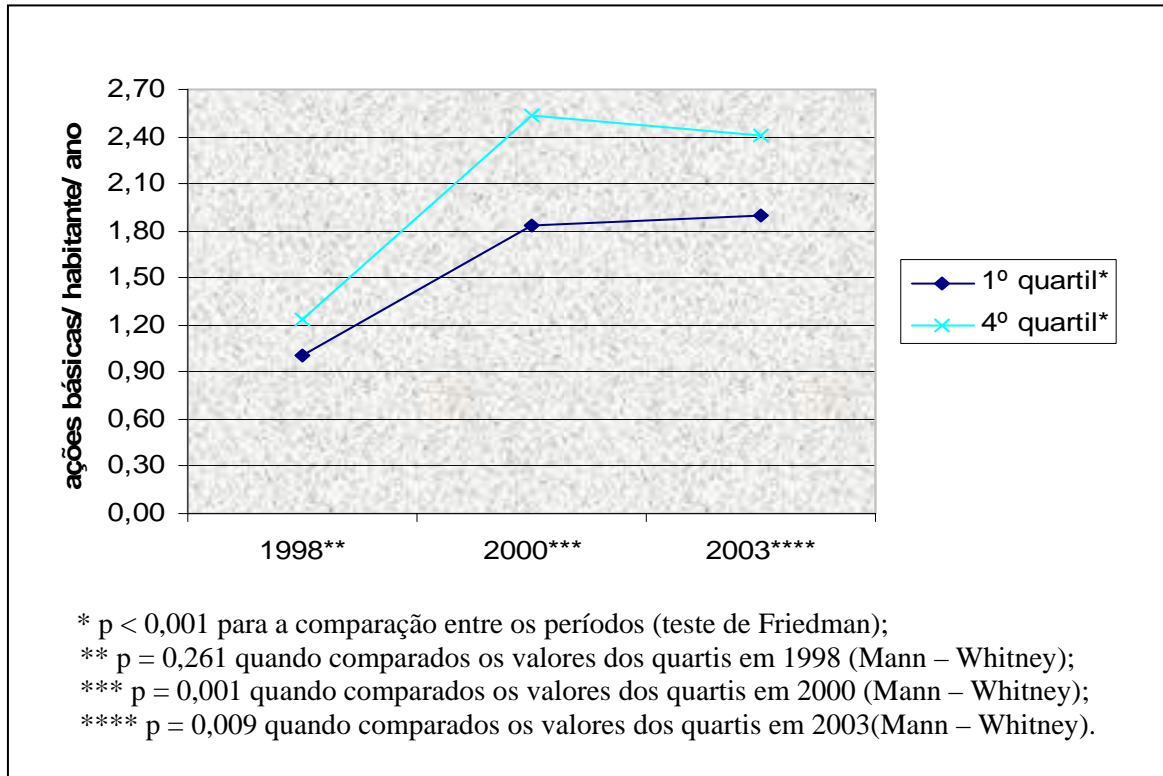


Figura 7. Evolução da utilização de ações básicas *per capita* em odontologia, para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílio com renda insuficiente.

Verifica-se, na figura 7, que houve acréscimo no número de ações básicas *per capita* no período. Porém, a partir do teste de Wilcoxon, identifica-se que este ocorreu entre os anos 1998 e 2000 ($p < 0,001$ para ambos os grupos), sendo que o número permaneceu estável entre 2000 e 2003 ($p > 0,05$ para ambos). As diferenças significativas entre os grupos, observadas a partir da mesma figura, reforçam a tendência à equidade na distribuição de ações odontológicas na Atenção Básica observada na tabela 26.

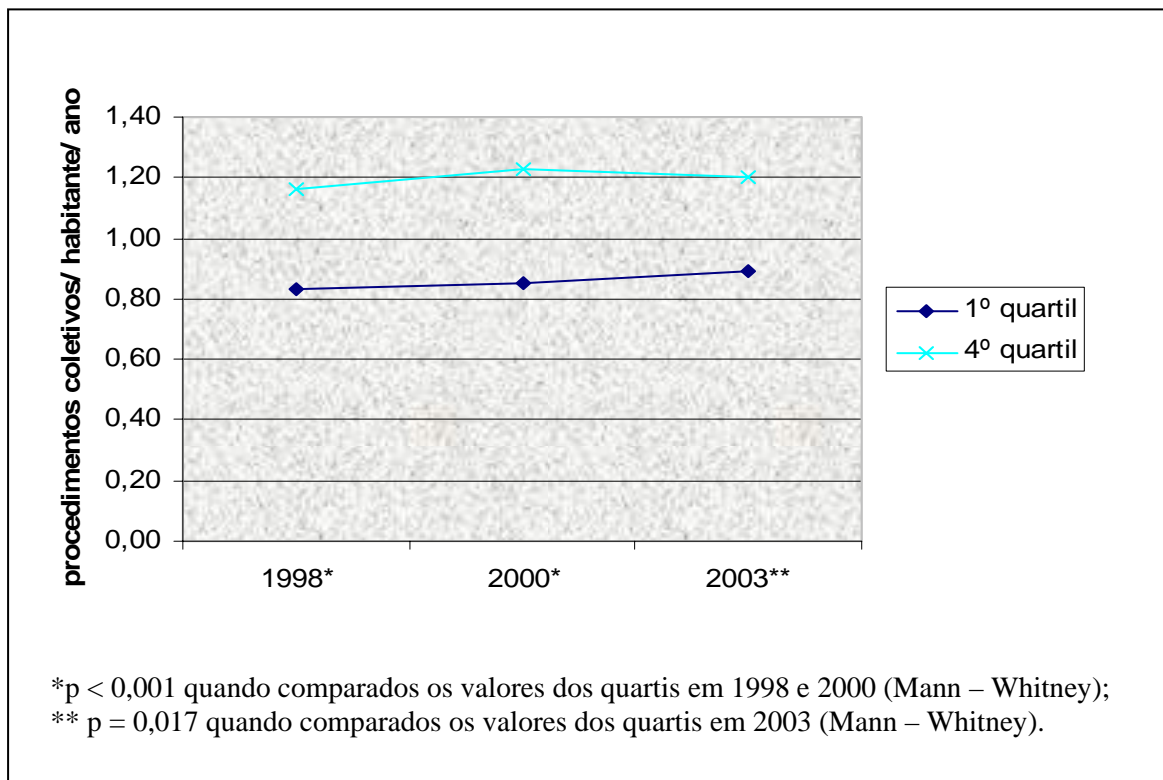


Figura 8. Evolução da utilização de procedimentos coletivos *per capita* em odontologia, para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

A associação apontada na tabela 26 para os procedimentos coletivos pode ser verificada na figura 8: existe um número significativamente maior desses procedimentos por habitante nos municípios com piores condições socioeconômicas, identificados a partir do quartil de maior proporção de chefes de domicílio com renda insuficiente. Nota-se ainda que, para ambos os grupos, a relação não se altera entre os períodos estudados ($p > 0,05$ pelo teste de Friedman). Por outro lado, os dados relativos a procedimentos coletivos devem ser analisados com ressalvas, uma vez que estes são questionáveis quanto à qualidade de notificação. CHAVES (2005) estudando dois municípios do Estado da Bahia, verificou inconsistências entre os

procedimentos registrados no SIA-SUS e as práticas relatadas pelos profissionais, para o município que possuía piores indicadores socioeconômicos, menor produção de serviços odontológicos e pequena capacidade de gestão do SUS, apesar do maior gasto público *per capita* com saúde. O número de procedimentos registrado sempre foi superior ao realizado pelos dentistas, segundo informações obtidas por CHAVES (2005) por meio de entrevistas. Além disso, a autora comenta que existem dificuldades de registro desses procedimentos que, devido à sua inclusão recente na tabela do SIA-SUS e por serem realizados fora do ambiente ambulatorial, apresentam problemas que podem comprometer sua confiabilidade. VIACAVA (2002) argumenta que as deficiências de registro no nível municipal e de controle de qualidade nos demais níveis de gestão comprometem a qualidade das informações disponíveis nas fontes oficiais do SUS.

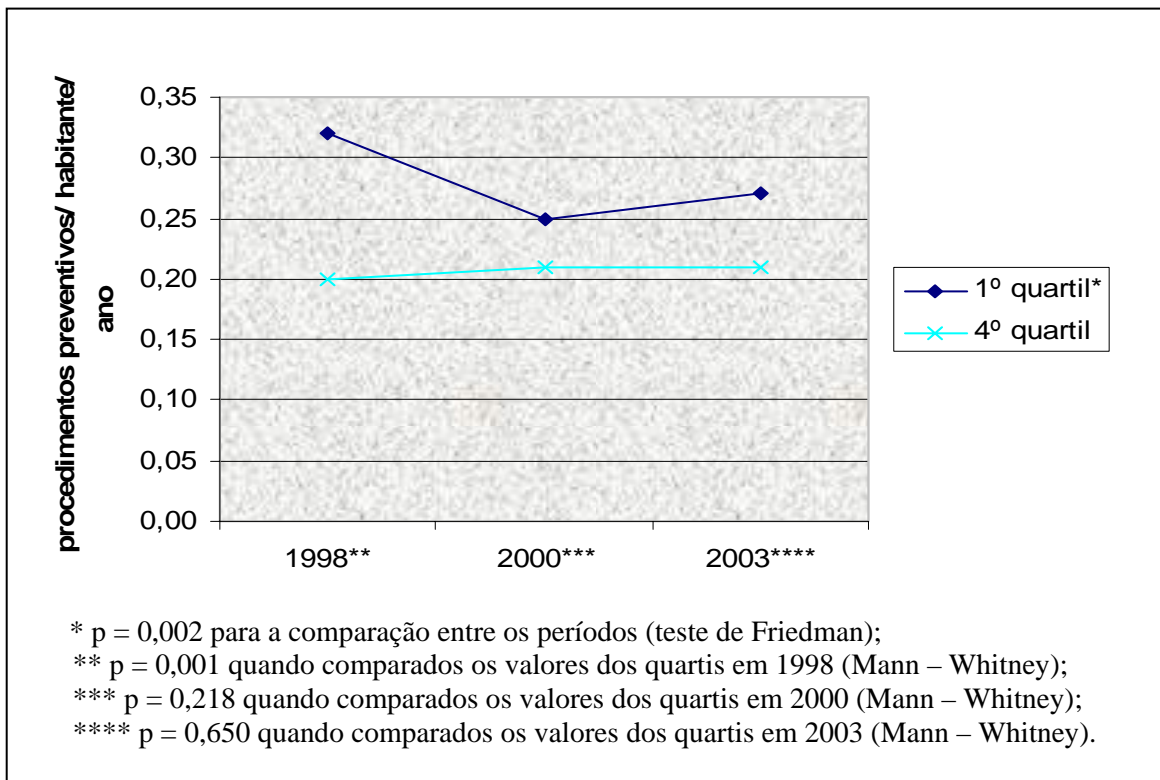


Figura 9. Evolução da utilização de procedimentos preventivos *per capita* em odontologia, para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

A figura 9 demonstra a evolução da utilização de procedimentos preventivos por habitante. Houve redução significativa destes procedimentos no grupo com menor proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente. O teste de Wilcoxon identificou decréscimo significativo no período entre 1998 e 2000 ($p = 0,006$). Observa-se diferença significativa no número destes procedimentos apenas em 1998, quando se verificou valor *per capita* para os municípios localizados no quartil de melhores condições sociais, medidas a partir da variável de renda insuficiente.

Por sua vez, as figuras 10 e 11, relativas aos procedimentos restauradores e exodontias, indicam uma tendência em favor da discriminação positiva, ou pró-

equidade, principalmente observada pela variação do número de procedimentos restauradores por habitante entre 2000 e 2003.

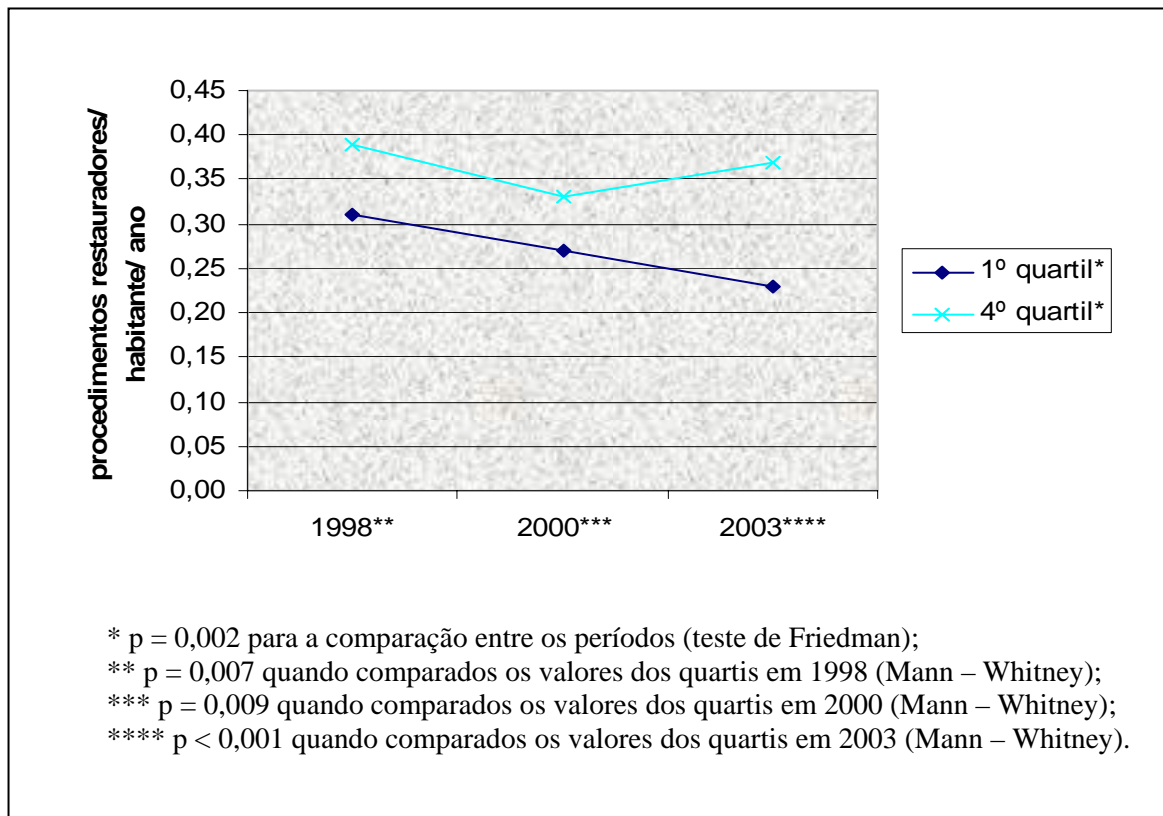


Figura 10. Evolução da utilização de procedimentos restauradores *per capita* para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

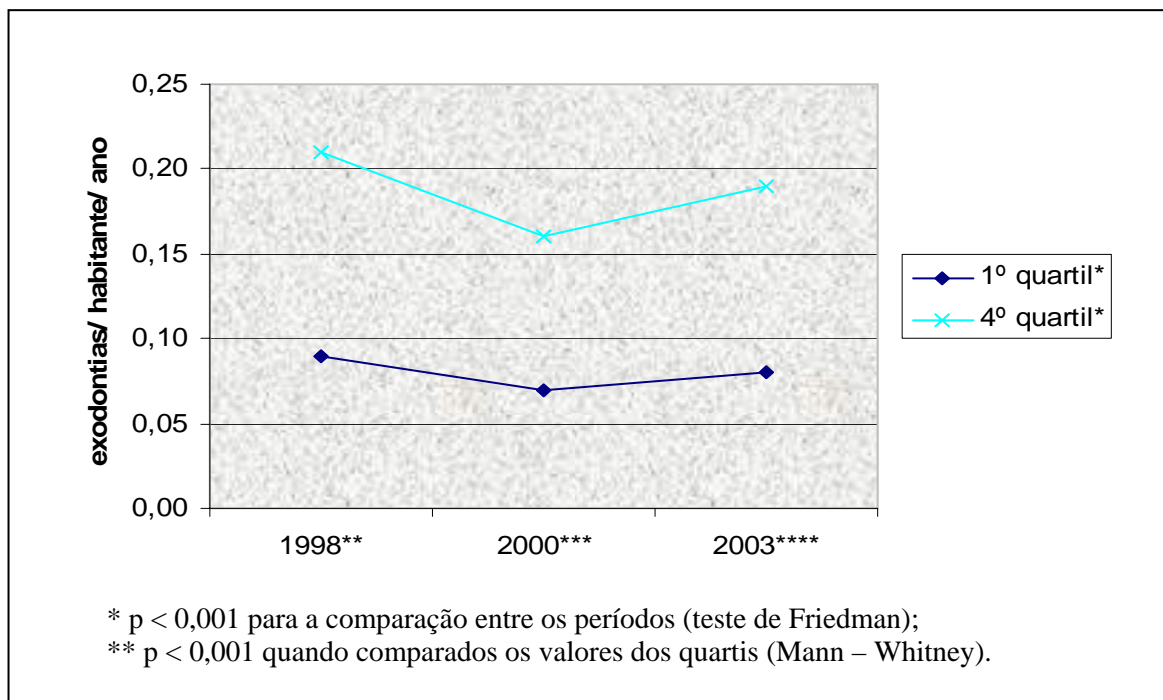


Figura 11. Evolução da utilização de exodontias *per capita* para grupos de municípios com menor (1º quartil) e maior (4º quartil) proporção de chefes de domicílios com renda insuficiente.

No presente estudo, as associações entre o número de exodontias e indicadores socioeconômicos são mais fortes do que para os demais tipos de procedimentos odontológicos, e ocorrem a favor da equidade (tabela 26). Analisando a associação entre as exodontias e os demais procedimentos para o Estado do Paraná, encontra-se resultado significativo e totalmente diverso do estudo de FERNANDES E PERES (2005): existe uma tendência de que seja ofertado um maior número de exodontias onde existe uma maior razão dentista/ SUS/ habitante ($r_s = 0,263$), e maior número *per capita* de procedimentos coletivos ($r_s = 0,197$), preventivos ($r_s = 0,215$) e restauradores ($r_s = 0,548$), o que poderia indicar que, além da população que

usualmente tem acesso aos procedimentos odontológicos, outro grupo de população, antes excluído, pode estar recebendo tratamento que, devido à gravidade do ataque das doenças cárie ou periodontal, não poderia ser diferente de exodontia. Este fato, juntamente com os resultados obtidos para os procedimentos preventivos, que é diferente do obtido por JUNQUEIRA (2001) para São Paulo, poderia ser atribuído às diferenças entre políticas e estratégias na área da saúde bucal adotadas pelos Estados. Porém, deve-se enfatizar que estes argumentos são apenas hipotéticos, uma vez que o delineamento deste estudo não permite afirmar que os resultados obtidos reflitam as características dos modelos assistenciais definidos para os municípios.

A tabela 27 apresenta os valores das medianas dos indicadores de condição social quando os municípios são alocados em grupos segundo a estruturação da Atenção Básica em Saúde Bucal. Verifica-se que os municípios com algum tipo de ação diferenciada em odontologia na Atenção Básica em 2003 apresentam indicadores socioeconômicos significativamente melhores do que os que não desenvolvem nenhum programa específico, com exceção daqueles que aderiram ao PSF, que são semelhantes a estes últimos. Por outro lado, quando se analisa o índice de resposta do sistema de saúde (IRSS), nota-se que os municípios que desenvolvem os programas incentivados pela SESA, inclusive o PSF, são os que apresentam melhores sistemas.

Tabela 27. Medianas dos indicadores socioeconômicos, 2000, para grupos de municípios distribuídos segundo programas de Atenção Básica em Saúde Bucal em 2003.

Indicadores	Sem programa em At. Básica (n = 130)	Clínica de bebês (n = 67)	Saúde bucal no PSF (n = 123)	Clínica de bebês + saúde bucal no PSF (n = 79)	Teste Kruskal Wallis (p-valor)
IDH	0,73	0,76	0,73	0,75	<0,001
IDI	0,51	0,58	0,55	0,56	0,001
IES	0,46	0,50	0,46	0,49	<0,001
ICVS	0,53	0,60	0,54	0,56	<0,001
IRSS	0,73	0,75	0,76	0,77	0,031
Água	67,86	77,01	67,92	75,54	<0,001
Lixo	60,04	73,90	61,55	73,43	<0,001
Esgoto	2,97	14,34	0,84	3,21	<0,001
Renda per capita	177,10	222,53	179,93	206,02	<0,001
Renda média chefe do domicílio	442,83	531,21	428,01	496,33	<0,001
Renda insuficiente	68,72	59,32	69,25	64,91	<0,001
Emprego formal	0,10	0,12	0,09	0,11	0,001
% pop alfabetizada	75,76	79,00	75,36	76,75	<0,001
Taxa de alfabetização	86,50	89,20	85,60	86,80	<0,001
Índice de Escolaridade	0,43	0,48	0,43	0,45	<0,001

Estes achados, associados à evolução e distribuição dos procedimentos ambulatoriais individuais nos municípios com PSF descritos no tópico anterior (tabelas 19 e 20), e complementando os resultados relatados na tabela 23, permitem identificar uma tendência pró-equidade na implantação deste programa, uma vez que demonstram que municípios com piores indicadores socioeconômicos têm procurado estruturar a atenção básica, o que corrobora o papel indutor da estratégia proposta pelo Ministério da Saúde. Reforça essa tese, o fato de que 44 dos 150 municípios que não desenvolviam nenhum tipo de ação diferenciada em Odontologia no ano 2000, aderiram ao Programa de Saúde da Família com equipes de saúde bucal até 2003 (SESA 2004). Deve-se ainda considerar os resultados identificados nas figuras 10 e 11, que indicam uma ampliação da diferença entre a utilização de procedimentos restauradores e exodontias entre os municípios do primeiro e último quartil de renda insuficiente, a favor dos de pior condição socioeconômica, não desconsiderando, quanto a estas, as possibilidades previamente discutidas neste trabalho.

BALDANI e col. (2005) já haviam identificado, para o Paraná, um maior padrão de adesão à Saúde Bucal no PSF por parte dos municípios de pequeno porte demográfico. Pode-se dizer que os resultados agora obtidos corroboram os previamente descritos, uma vez que os municípios de pequeno porte também são os que apresentam os piores indicadores socioeconômicos (BALDANI e col. 2002). Quanto a este aspecto, MEDINA e AQUINO (2002) explicam que, para o Programa de Saúde da Família, em municípios pequenos, altas coberturas populacionais podem ser obtidas com a instalação de pequeno número de equipes, significando para muitos deles, oportunidade de organização e/ ou expansão de serviços de atenção básica. Considerando a participação dos recursos decorrentes da adesão ao PSF nos valores

do PAB para grupos de municípios do Estado de Minas Gerais, MACHADO e col. (2004) observaram que, semelhante ao Estado do Paraná, ela é maior naqueles de pequeno porte demográfico e no grupo caracterizado por baixa capacidade fiscal, baixo nível econômico e média produção de serviços.

Porém mesmo com estes resultados a favor da equidade observa-se que, dentre os municípios com piores indicadores socioeconômicos, aqueles que aderiram ao PSF são os que apresentam as melhores respostas dos sistemas de saúde, o que poderia significar uma melhor qualidade de gestão. Esse achado indica que a Hipótese de VICTORA, ou “*inverse equity hypothesis*”, pode estar operando, mesmo para uma intervenção planejada para alcançar os municípios mais pobres. Quanto a este aspecto, SILVA e HARTZ (2002) identificaram que, ao contrário do que aparentava, a maior adesão ao PSF no Brasil em 1998 – 1999, ocorreu por parte de municípios de maior porte demográfico, com altas taxas de urbanização e maior complexidade de organização dos serviços de saúde (gestão plena do sistema). Somente após é que teve início uma expansão para municípios menores, menos urbanizados e com menor complexidade da rede de serviços, nos quais verificou-se a implantação do programa com altas taxas de coberturas populacionais.

4.3.4. Provisão de serviços públicos odontológicos e associação entre condição de vida e resposta do sistema de saúde

Nesta etapa da análise procurou-se verificar a forma de distribuição dos serviços odontológicos considerando-se duas dimensões da necessidade: condição social e a resposta do sistema de saúde.

As figuras 12 a 17 correspondem a gráficos que indicam a tendência da provisão de serviços públicos odontológicos segundo agrupamentos da associação do ICVS e IRSS, de acordo com a metodologia do NISIS (2002), construídos a partir das medianas das variáveis para cada grupo de municípios. Após a distribuição dos municípios do Estado, os grupos ficaram assim constituídos:

- k) grupo 1 – composto por 44 municípios com boas condições de vida e boa resposta do sistema de saúde;
- l) grupo 2 – composto por 65 municípios com boas condições de vida e média resposta do sistema de saúde, devido à baixa resposta para a mortalidade por causas evitáveis;
- m) grupo 3 – composto por 106 municípios com condições de vida medianas e boa resposta do sistema de saúde;
- n) grupo 4 – composto por 92 municípios com condições de vida medianas e média resposta do sistema de saúde, devido à baixa resposta à mortalidade por causas evitáveis;
- o) grupo 5 – composto por 34 municípios com condições de vida medianas ou boas e piores respostas do sistema de saúde (baixa resposta à mortalidade infantil e à mortalidade por causas mal definidas);
- p) grupo 6 – composto por 12 municípios com condições de vida insatisfatórias e boa resposta do sistema de saúde;
- q) grupo 7 – composto por 18 municípios com condições de vida insatisfatórias e média resposta do sistema de saúde, devido à baixa resposta à mortalidade por causas evitáveis;

- r) grupo 8 – composto por 9 municípios com condições de vida insatisfatórias e piores respostas do sistema de saúde (baixa resposta à mortalidade infantil e à mortalidade por causas mal definidas).

Na figura 12 observa-se a distribuição da proporção de população com acesso à água fluorada por grupos de municípios. Pode-se notar a tendência de que os municípios com melhores condições de vida e resposta do sistema de saúde ofereçam maior cobertura do benefício. Confirmando o que foi demonstrado no tópico anterior deste estudo (tabela 25) e por PERES e col. (2004), o acesso ao benefício da água fluorada confirma a “*inverse equity hypothesis*” ou Hipótese de VICTORA.

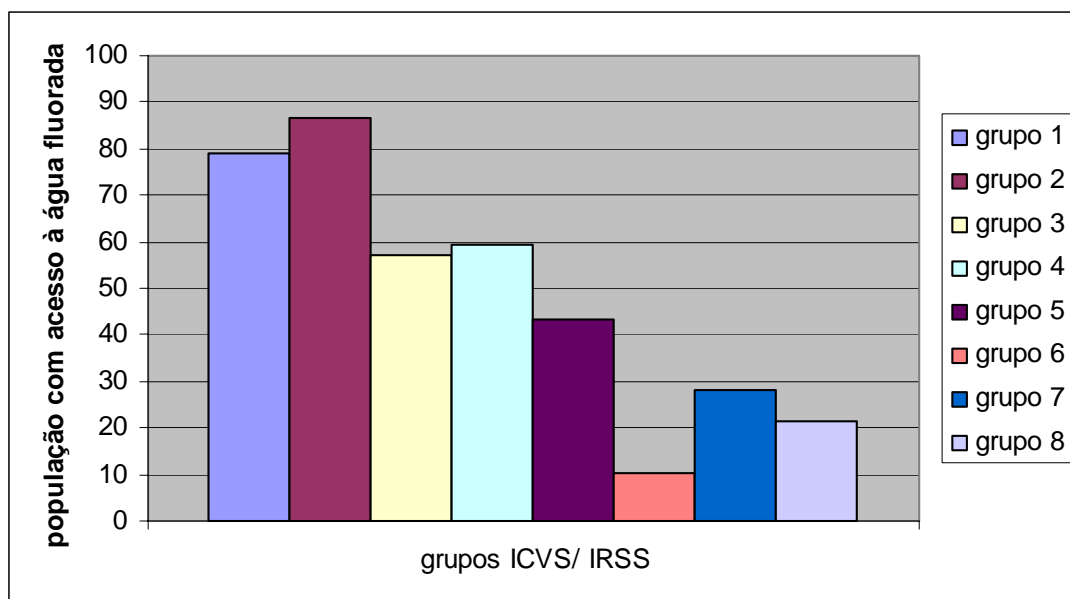


Figura 12. Medianas da proporção de população com acesso a fluoração das águas de abastecimento público em 2000, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Na figura 13 verifica-se que os municípios com melhor condição de vida e boa resposta do sistema de saúde (grupo 1), e os com condição de vida boa ou mediana com boa ou média resposta do sistema (grupos 3 e 4) são os que apresentam os maiores números de ações básicas em Odontologia. Neste caso, observa-se uma tendência contrária à equidade ou a favor da Hipótese de VICTORA: para os municípios com melhores sistemas de saúde em termos de IRSS (1, 3 e 6), foram realizados mais procedimentos odontológicos em Atenção Básica *per capita* naqueles com melhores condições de vida.

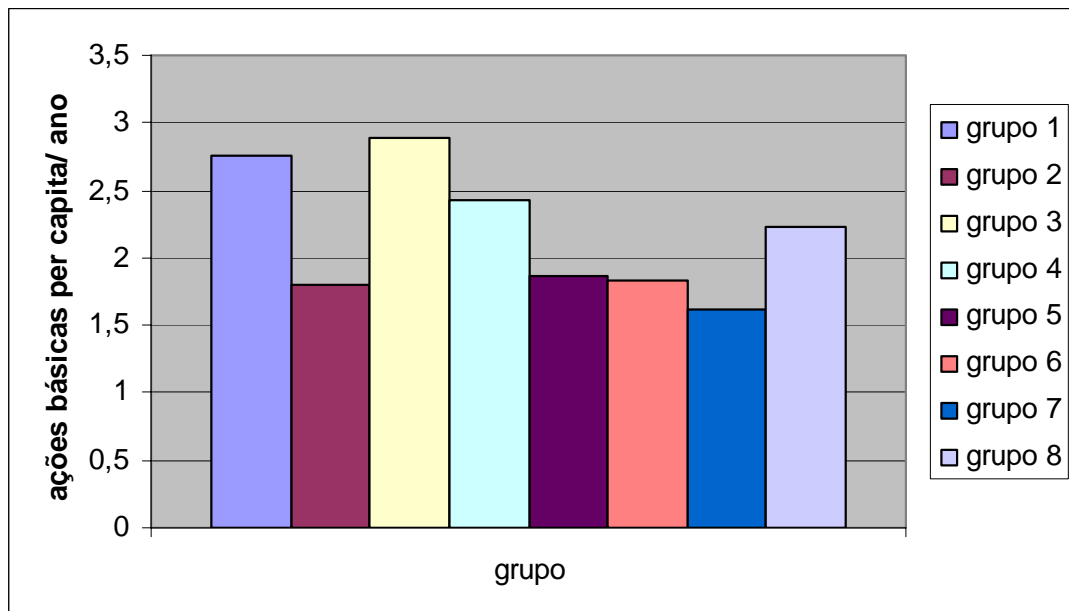


Figura 13. Medianas dos números de ações básicas em odontologia *per capita* realizados em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Os municípios com piores respostas do sistema de saúde e condição de vida boa ou média (grupos 2 e 5), bem como os com pior condição de vida e sistemas de

saúde bons ou médios (6 e 7), tendem a apresentar valores de serviços semelhantes. No entanto, chama a atenção o fato de que os municípios com piores condições de vida e respostas dos sistemas de saúde apresentam valores mais elevados de ações básicas por habitante, o que aparentemente reforça a hipótese pró-equidade. Assim, verifica-se que, para os municípios com respostas dos sistemas de saúde ruins, foram realizados mais procedimentos odontológicos em Atenção Básica naqueles com piores condições de vida.

Analisando a distribuição dos valores *per capita* de procedimentos preventivos na figura 14 verifica-se a tendência de que municípios com melhores condições de vida e respostas dos sistemas de saúde sejam aqueles que oferecem maior quantidade deste tipo de intervenção.

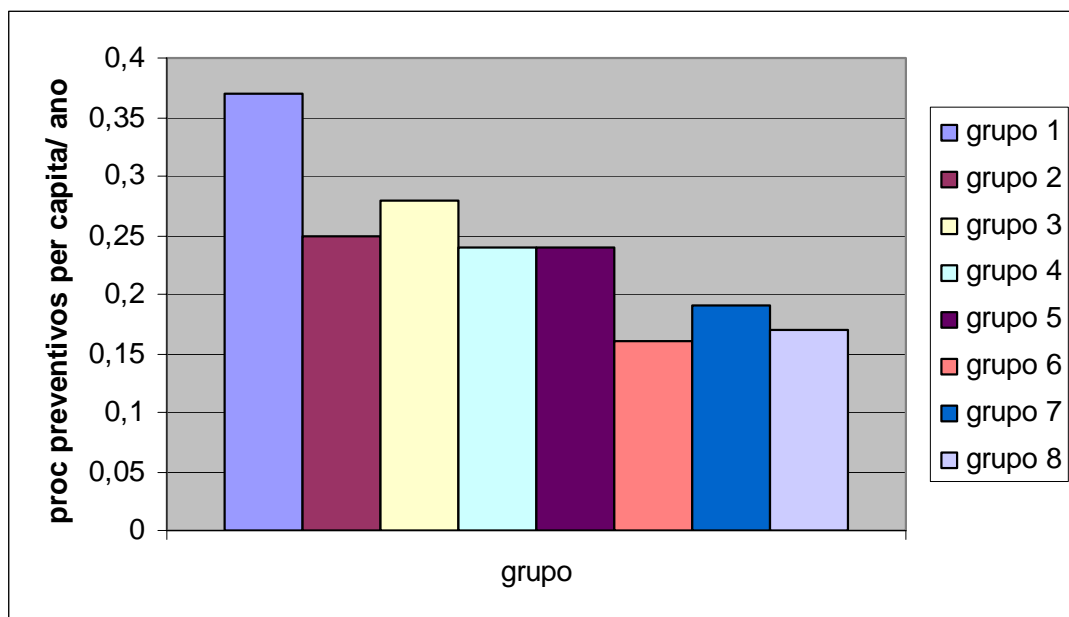


Figura 14. Medianas dos números de procedimentos preventivos em odontologia *per capita* realizados em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Na figura 15, por sua vez, verifica-se uma tendência pró-equidade entre os grupos para a distribuição das exodontias, sendo que os municípios com piores condições de vida são os que oferecem maior quantidade destes procedimentos *per capita*.

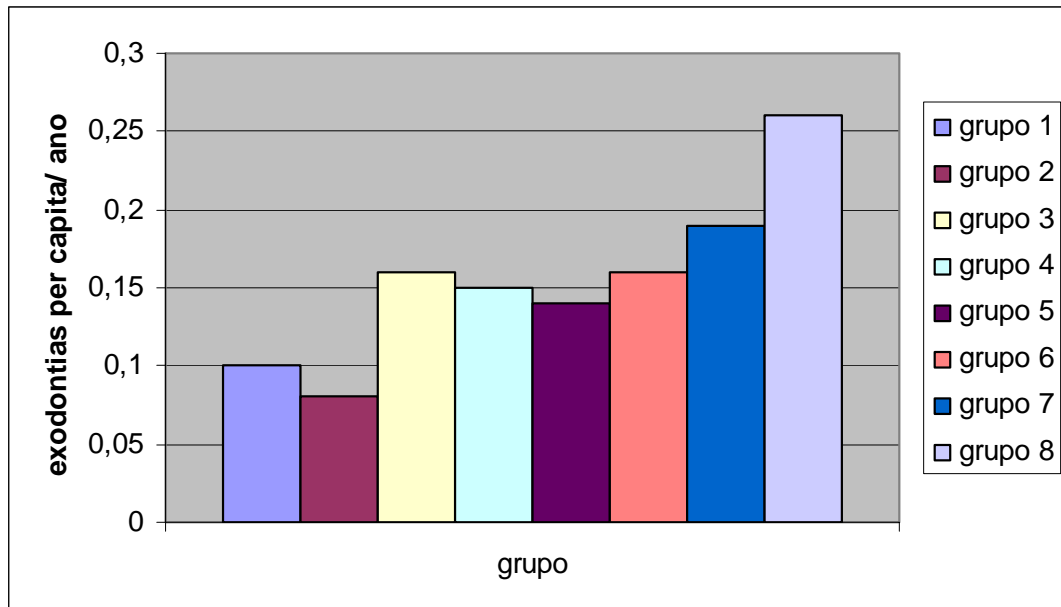


Figura 15. Medianas dos números de exodontias *per capita* realizados em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Os valores *per capita* do PAB total, fixo e variável, aplicados em ações de Odontologia em 2000 estão demonstrados na figura 16. Nota-se que os municípios que investiram mais recursos *per capita* em saúde bucal na atenção básica, oriundos das transferências PAB, são aqueles com melhores condições de vida e respostas do sistema de saúde (grupo 1), seguidos daqueles com condições de vida mediana e boa ou média resposta do sistema de saúde (grupos 3 e 4). Isso pode significar que os

municípios com sistemas de saúde melhor estruturados aderiram a um maior número de programas relacionados com as transferências do PAB variável. Assim como acontece com as ações básicas, os valores não variaram muito para os municípios com piores respostas do sistema de saúde e/ ou piores condições de vida.

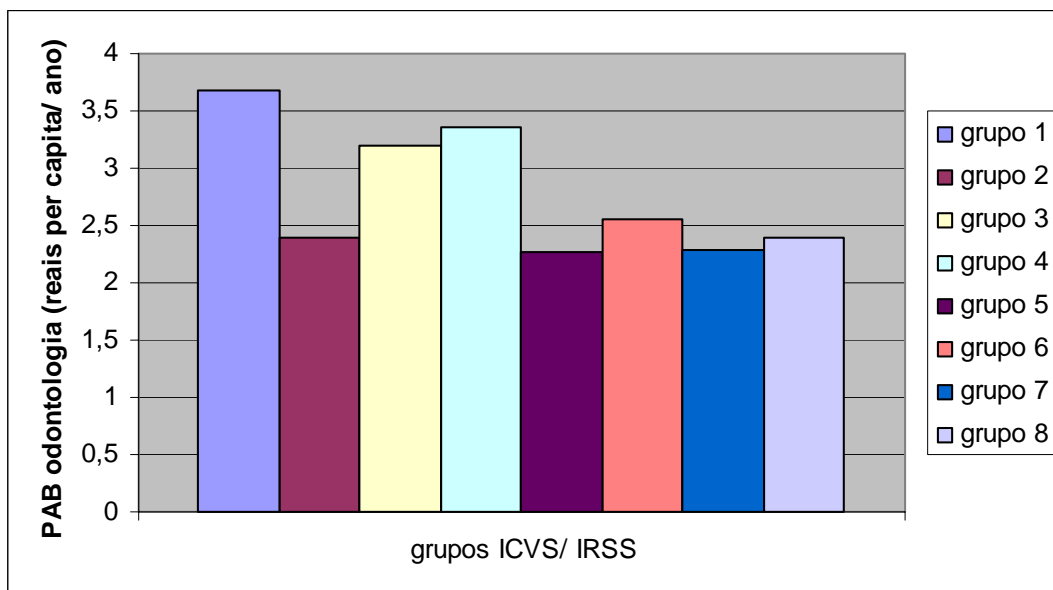


Figura 16. Medianas dos valores do PAB aplicados em ações de odontologia em 2000, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

Quando se analisa o incentivo à saúde bucal no PSF (figura 17) em 2003, verifica-se novamente a tendência redistributiva para os municípios que aderiram ao programa, previamente identificada nas tabelas 23 e 27. Nesse caso, observa-se que os valores *per capita* investidos tendem a aumentar conforme a situação de condição de vida piora, para os municípios com boa resposta do sistema de saúde (grupos 1, 3

e 6), bem como para os municípios com média ou ruim resposta do sistema de saúde (grupos 2, 4, 5, 7 e 8), porém com valores menores. No entanto, dentre municípios com condições de vida semelhantes, e principalmente para os de piores condições (grupos 6, 7 e 8), a resposta do sistema de saúde está relacionada com os maiores valores *per capita* de recursos, o que significa mais pessoas no município cobertas por equipes de saúde bucal.

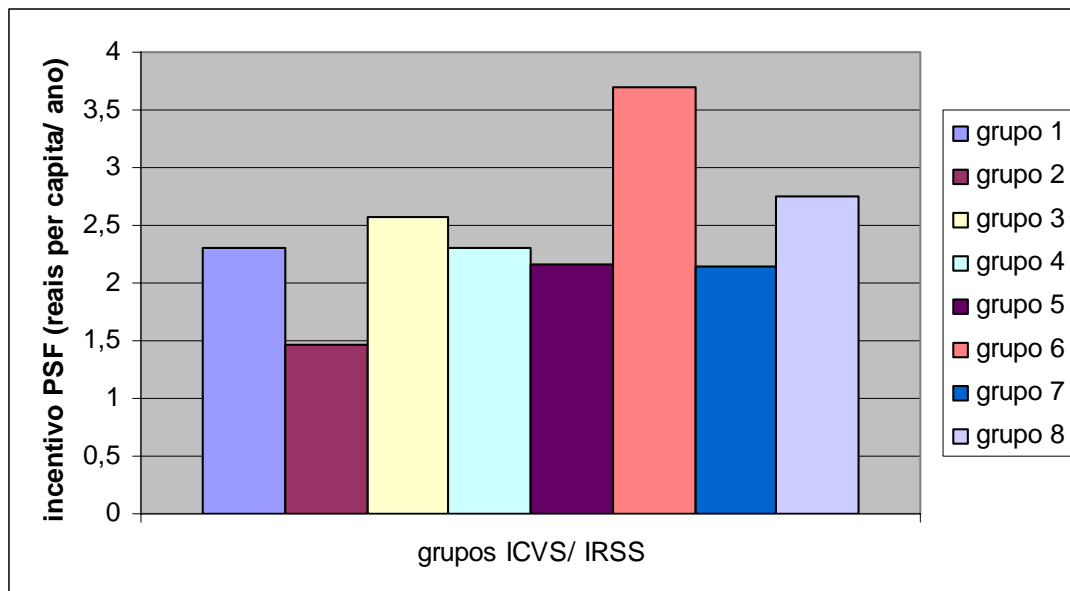


Figura 17. Medianas dos valores de incentivo à saúde bucal no PSF em 2003, por grupos de municípios do Estado do Paraná, segundo condições de vida e resposta do sistema de saúde.

4.3.5. Distribuição espacial dos indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos

Na última etapa do estudo os dados foram organizados em mapas, o que permitiu, utilizando-se análise de distribuição espacial, a observação visual da distribuição dos municípios quanto à resposta do sistema de saúde, condição de vida e provisão de serviços odontológicos (Figuras 18 e 19). A figura 18 apresenta a distribuição dos municípios do Estado segundo grupos com maiores e menores valores do Índice de Resposta do Sistema de Saúde e de alguns dos indicadores socioeconômicos, organizados a partir da mediana das variáveis. Para fins de comparação entre os mapas, o IDH foi selecionado como representante dos indicadores de condição de vida (figura 18 B), uma vez que a distribuição dos demais indicadores não globais praticamente corresponde à desse índice no Estado (figura 18 C a F). Comparando, na figura 18, a distribuição do IRSS com a do IDH (figura 18 A e B), seguindo o mesmo padrão de análise do NISIS (2000), podem ser identificadas quatro áreas distintas: a) Regiões com maiores valores de IDH (melhor condição de vida) e IRSS (melhores respostas dos sistemas de saúde) – que correspondem a todo o Norte, Oeste e Sudoeste do Estado; b) Regiões com maiores valores de IDH e menores de IRSS (piores respostas dos sistemas de saúde) – correspondente à região Sudeste (incluindo região metropolitana de Curitiba e Litoral); c) Regiões com menores valores de IDH (pior condição de vida) e maiores valores de IRSS – correspondente à região Central do Estado; e d) Regiões com menores valores de IDH e de IRSS – Centro Sul e Leste do Estado (englobando o Litoral Norte e o Vale do Ribeira).

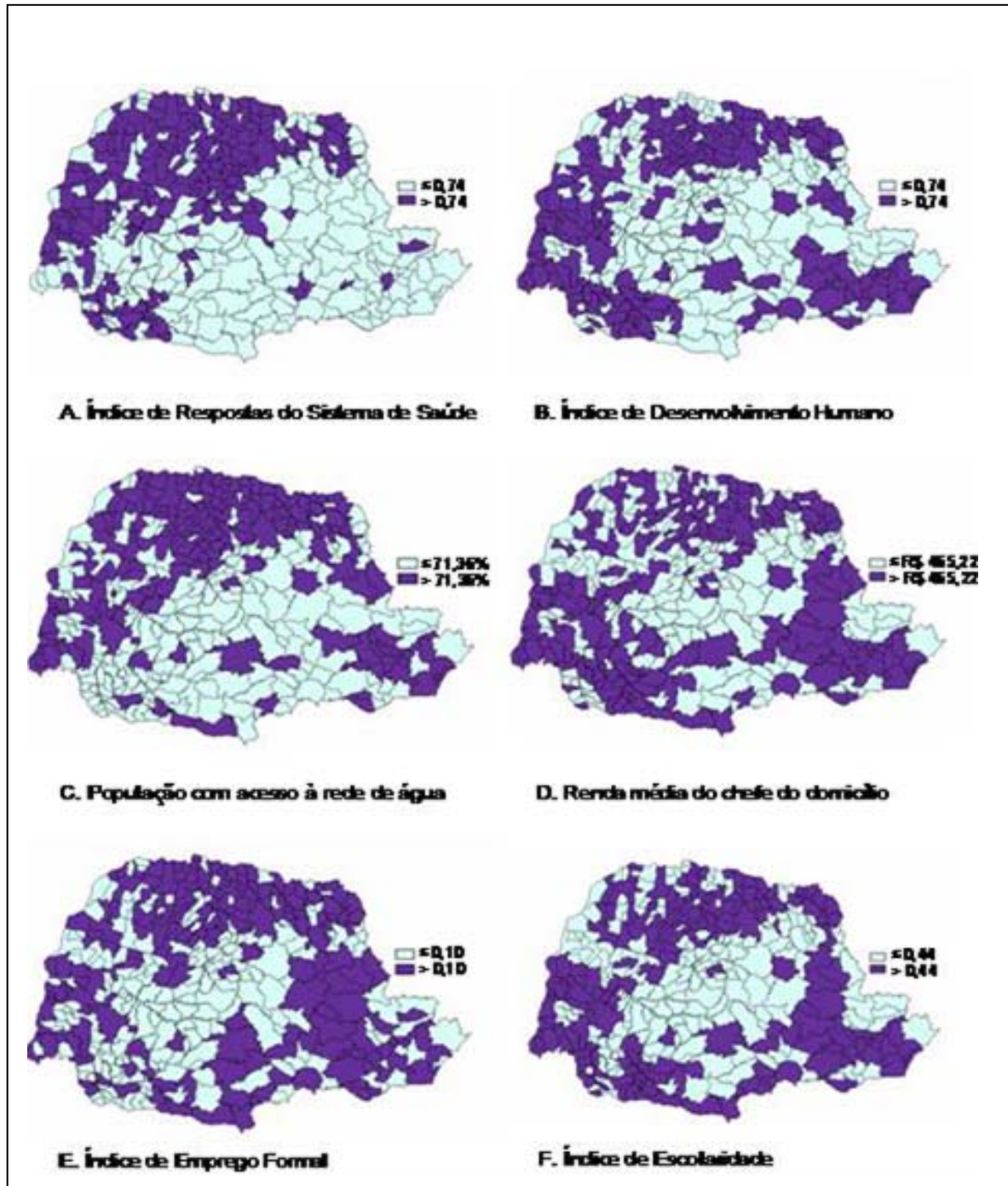
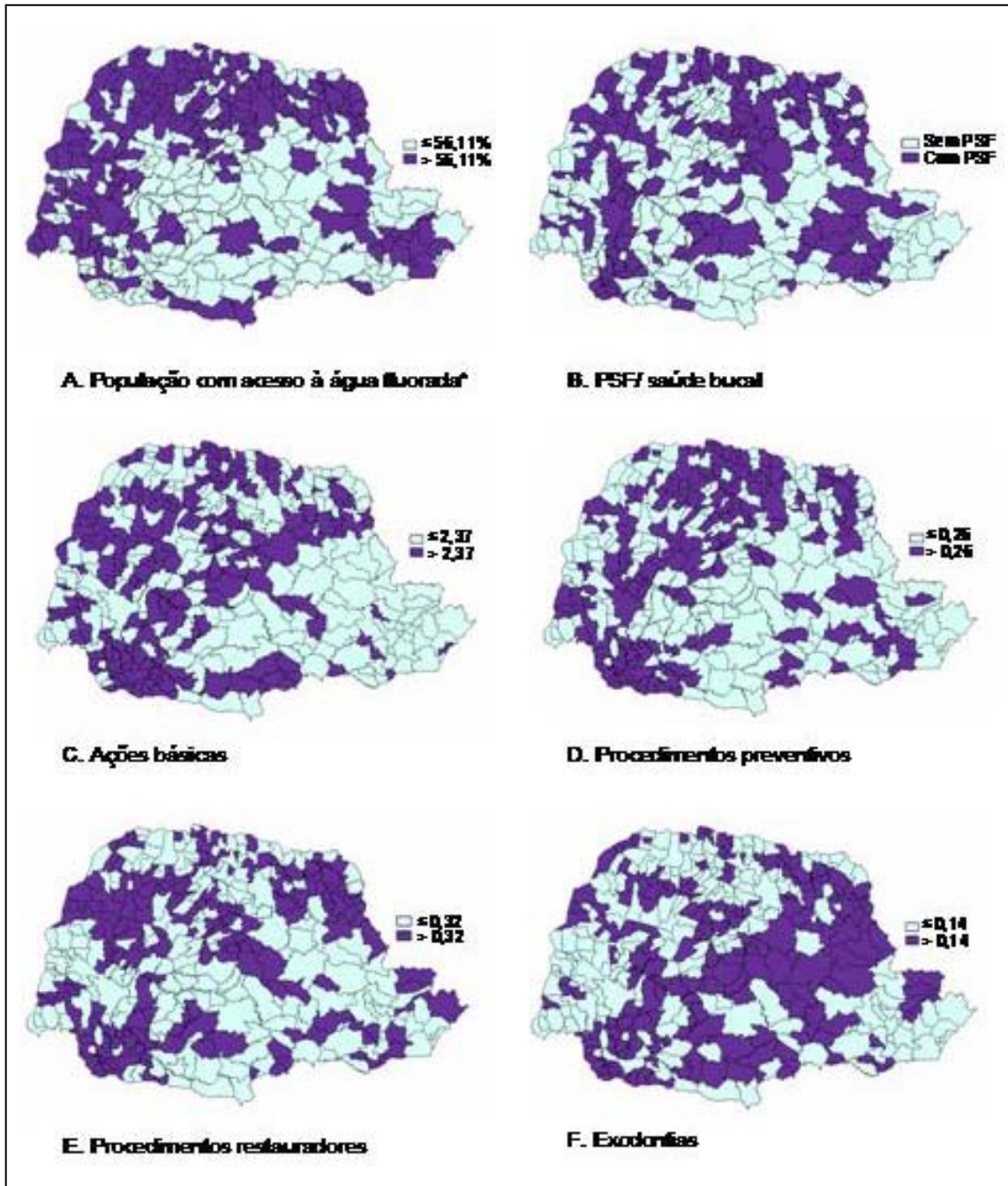


Figura 18. Distribuição espacial dos municípios do Estado do Paraná, segundo grupos com maiores e menores valores do Índice de Resposta do Sistema de Saúde, Índice de Desenvolvimento Humano e indicadores socioeconômicos, 2000.

Na figura 19 verificam-se os mapas com a distribuição da população com acesso à água fluorada, dos municípios que implantaram equipes de saúde bucal no PSF, e dos serviços odontológicos por habitante, também segundo grupos definidos a partir da mediana das variáveis. Observa-se que os municípios das regiões Central e Sul do Estado, bem como os do Vale do Ribeira são os que oferecem menor cobertura de água fluorada (figura 19 A), havendo maior provisão nos municípios do Norte e Oeste do Estado, justamente aqueles que apresentam os melhores indicadores de condição de vida, mais uma vez corroborando a “*inverse equity hypothesis*” para a oferta de água fluorada. Por outro lado, nota-se que o Programa Saúde da Família está sendo implantado em todo o Estado, tanto nas regiões com melhores indicadores de condição de vida quanto naquelas com os piores indicadores (figura 19 B).

Com relação aos procedimentos ambulatoriais individuais observa-se, a partir dos mapas da figura 19, um menor número de ações básicas e procedimentos preventivos (figura 19 C e D) nos municípios da região Centro Sul, do Litoral e do Vale do Ribeira (região Leste), as quais apresentam os piores valores de IDH e IRSS. Os procedimentos restauradores e as exodontias (figura 19 E e F), por sua vez, encontram-se espalhados por todo o estado, chamando a atenção para o fato de alguns municípios do Vale do Ribeira estarem no grupo que ofereceu mais destes tipos de procedimentos.



*variável relativa à 2000.

Figura 19. Distribuição espacial dos municípios do Estado do Paraná, segundo grupos com maiores e menores valores dos indicadores de provisão de serviços públicos odontológicos *per capita*, 2003.

A região litorânea e o extremo Sul do Estado parecem ser as mais carentes na provisão de serviços, uma vez que estes municípios estão no grupo dos que realizaram menos ações básicas, procedimentos preventivos, restauradores e exodontias *per capita*. Nota-se ainda que os municípios dessas regiões não aderiram ao Programa Saúde da Família. No entanto, verifica-se tendência inversa no Centro do Estado, onde alguns municípios com menores valores de IDH, porém maiores respostas dos sistemas de saúde, apresentam os maiores números de ações básicas, procedimentos preventivos, restauradores e exodontias por habitante, e muitos deles implantaram o PSF. Por sua vez, observou-se menor número de procedimentos restauradores e exodontias por habitante nos municípios das regiões Norte e Sudoeste do Estado, os quais apresentam-se nos grupos de maiores valores de IDH e IRSS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) o problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.

Norberto Bobbio

O Sistema Único de Saúde (SUS), por suas características doutrinárias e organizacionais, pode ser considerado como uma das principais conquistas do povo brasileiro em direção à consolidação de seus direitos sociais. Nesse sentido, deve-se garantir que as políticas elaboradas em seu âmbito busquem, efetivamente, o cumprimento de seus princípios, como forma de proteção dos direitos dos cidadãos.

O objetivo deste estudo foi analisar, a partir de uma abordagem ecológica, a aplicação do princípio constitucional da equidade na provisão de serviços públicos odontológicos no Estado do Paraná. Buscou-se enfatizar a complexidade que envolve o tema da equidade, e da justiça social, no âmbito dos sistemas de saúde, principalmente diante das desigualdades regionais, sociais, econômicas, políticas e administrativas que marcam a história brasileira, e do Paraná em particular .

Optou-se por este delineamento por permitir uma maior aproximação com o contexto, além da disponibilidade de um grande contingente de informações no nível agregado. Utilizando os recursos da epidemiologia e dados disponíveis nas bases oficiais do Ministério da Saúde, buscou-se proporcionar uma noção sobre a evolução dos indicadores de recursos financeiros alocados em saúde, oferta e utilização de serviços públicos odontológicos em Atenção Básica no Estado no período entre 1998 e 2003. Também se procurou verificar a associação entre a distribuição destes recursos e serviços com indicadores socioeconômicos e com a presença de ações e programas de saúde bucal nos municípios (como o Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal e o Saúde da Família).

O conceito de equidade adotado para um sistema de saúde orienta a escolha dos critérios distributivos, de indicadores a serem utilizados para avaliar o grau de equidade alcançado e a interpretação dos resultados em relação à efetividade das intervenções. A revisão de literatura indica a ausência de consenso entre os diferentes grupos sociais quanto ao conceito de equidade. Porém, a despeito dos vários entendimentos possíveis sobre o tema, este tem originado um conjunto de políticas sociais que buscam equacionar as distintas necessidades dos segmentos da população em um contexto de desigualdades sociais e escassez econômica. Para este estudo, partiu-se do conceito de equidade vertical, descrito na legislação brasileira, o qual também tem sido incorporado às propostas das organizações internacionais para a reforma do setor saúde nos países em desenvolvimento, sendo ainda utilizado por diversos autores para propor políticas de alocação de recursos financeiros que pretendam serem equânimes. Essa abordagem encontra-se sustentada pela teoria da

justiça de RAWLS, complementada pela perspectiva das “capacidades” proposta por SEN.

A complexidade do objeto resulta uma primeira dificuldade deste estudo. O conceito de equidade é de difícil apropriação, por se tratar de um valor moral de caráter fortemente subjetivo, associado à justiça e igualdade. No caso das políticas de saúde, embora exista consenso de que deve haver alguma forma de equidade na provisão e acesso aos serviços, há divergências quanto ao quê isso significa e como deve ser alcançada. Além disso, também é preciso definir que condição ideal se busca e porque esta representa uma situação mais justa, o que demanda juízo de valor. Por isso, por mais que se busquem indicadores que dêem conta de medi-la, dificilmente se alcançará a total dimensão da equidade. Ao analisar a equidade na provisão de serviços de saúde, é preciso também considerar que sua utilização, além de influenciada pelo perfil de necessidades de cada grupo populacional, está condicionada por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às preferências e possibilidades dos usuários, sem deixar de considerar os fatores relacionados com a efetiva implementação da política de saúde.

Neste estudo os efeitos das políticas de saúde sobre a equidade na provisão de serviços odontológicos foram analisados para o universo de municípios pertencentes ao Estado do Paraná, os quais estão sob a influência da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Considerando que estes municípios possivelmente apresentam diversidades associadas a esta diferenciação inicial, os resultados aqui obtidos não permitem inferência para outros Estados, apesar de estarem todos sujeitos às mesmas políticas no âmbito federal. Não se pode descartar, também, uma possível influência

de experiências como as dos municípios de Curitiba e de Londrina, pioneiros na implementação, respectivamente, do Programa Saúde da Família e da Odontologia para Bebês em unidades básicas de saúde, sobre a organização dos serviços públicos odontológicos no restante do Estado. No entanto, o efeito exercido pelos municípios de maior porte populacional sobre as cidades vizinhas não foi focalizado no presente estudo, uma vez que optou-se por esquemas mais simples de análise estatística, objetivando facilitar a compreensão e incentivar a replicação desses modelos por parte dos serviços de saúde. Por outro lado, os relatos são inquestionáveis quanto a importância da experiência pioneira da Secretaria de Saúde do município de Curitiba na difusão, na década de 1980, de clínicas simplificadas por todo o Estado.

A inclusão do princípio da equidade na formulação das políticas de saúde não se faz acompanhar, necessariamente, da implementação automática de ações que resultem em melhores níveis de equidade na prestação de serviços. Pode-se, por exemplo, em um primeiro momento identificar avanços na alocação de recursos sendo que o impacto dessa política sobre as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde se evidenciará apenas posteriormente.

Neste estudo verificou-se a presença de desigualdades acentuadas entre os municípios do Paraná, tanto com relação à condição socioeconômica quanto para o financiamento e provisão de serviços públicos de saúde bucal. Corroborando estudos anteriores, foi identificada uma tendência redistributiva dos recursos federais transferidos aos municípios para o custeio da atenção básica no SUS, inclusive para ações de saúde bucal, intensificada a partir do lançamento do Programa Saúde da Família. Também foi observado que, para o Estado do Paraná, existe uma associação negativa entre os investimentos totais e com recursos próprios *per capita* em saúde

dos municípios e os indicadores socioeconômicos, o que reforça a tendência a favor da equidade inicialmente identificada para a alocação de recursos financeiros em saúde em Atenção Básica.

No entanto, tem sido demonstrado que os esforços implementados a partir da criação do PAB não têm se mostrado suficientes para compensar as desigualdades existentes entre os municípios para a organização equânime dos sistemas de saúde, sendo necessárias políticas de alocação de recursos que considerassem, além de características demográficas e socioeconômicas, os indicadores epidemiológicos, as respostas dos sistemas de saúde e a capacidade de auto-financiamento dos municípios. Esse aspecto também foi identificado neste estudo, uma vez que foi demonstrada uma associação direta entre as transferências do PAB e a arrecadação *per capita* dos municípios, bem como com a alocação de recursos próprios em saúde por habitante. Quando se considerou a associação de uma variável de condição de vida com um indicador de capacidade de resposta do sistema de saúde a determinados agravos, a alocação de recursos *per capita* para ações básicas em odontologia passou a beneficiar mais os municípios com melhores condições de vida e melhores sistemas de saúde, tendência que se inverteu quando se considerou a associação entre as transferências relativas à fração do PAB variável referente às equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família e as condições socioeconômicas.

O presente estudo evidenciou uma tendência pró-equidade na oferta e utilização dos serviços públicos odontológicos em Atenção Básica, considerando os indicadores socioeconômicos. Tendência semelhante tem sido relatada para os serviços de saúde em geral, tanto do ponto de vista da oferta e utilização quanto do

acesso. Porém, quando a capacidade de resposta do sistema de saúde é considerada, observam-se duas situações distintas: para municípios com boas respostas dos sistemas de saúde, verificou-se maior provisão de procedimentos odontológicos ambulatoriais em Atenção Básica quanto melhores as condições de vida; e, para aqueles com as piores respostas dos sistemas de saúde, a situação foi inversa. Também observou-se variação quanto ao tipo de procedimento ofertado, com maior número de procedimentos preventivos quanto melhores as condições de vida e resposta dos sistemas de saúde e maior número de exodontias quanto piores os indicadores.

O delineamento deste estudo não permitiu abordar diretamente o acesso aos serviços, porém analisou-se a possibilidade de acesso a partir da oferta dos mesmos. A possibilidade de acesso dos indivíduos com piores condições socioeconômicas tem sido associada à maior oferta de serviços de saúde, ou seja, a um maior contingente de profissionais e equipamentos bem como um maior número de horas trabalhadas. Neste estudo observou-se a tendência de que os municípios mais carentes sejam aqueles que apresentam maior número de dentistas e equipamentos odontológicos por habitante no serviço público. Deve se considerar, contudo, que a possibilidade de acesso, ou uma maior oferta, não significa necessariamente utilização dos serviços por todos, e as pesquisas têm demonstrado que existe necessidade de expansão dos serviços odontológicos no SUS, e de políticas direcionadas a eliminar as barreiras de acesso.

Os mapas permitiram identificar visualmente a tendência redistributiva na provisão de serviços públicos odontológicos entre os municípios do Paraná, porém esta não se observa para os municípios que possuem os piores indicadores de

condição de vida associados a baixas respostas dos sistemas de saúde, localizados principalmente no Sudeste do Estado, além do Litoral e do Vale do Ribeira. A análise espacial permitiu identificar as regiões do Estado que necessitariam de políticas compensatórias que induzam o desenvolvimento dos seus sistemas de saúde, reduzindo as desigualdades relativas à alocação de recursos financeiros, oferta e utilização de serviços. As políticas recentes aparentemente minoraram as graves distorções regionais na provisão de serviços odontológicos, porém ainda não contemplaram totalmente as condições determinantes de desigualdades injustas no campo da saúde bucal.

Ao analisar os resultados aqui relatados deve-se considerar algumas limitações metodológicas, uma vez que as características deste estudo não permitem a análise no nível intramunicipal. Assim, apesar de ter sido demonstrada uma associação negativa entre a condição de vida e a maioria dos indicadores de provisão de serviços odontológicos, não se pode afirmar que os indivíduos que os receberam foram os mais carentes. Além disso, conclusões baseadas em análise de dados agregados contemplam sempre o risco de sua validade ser afetada pela falácia ecológica. Complementando, a análise transversal não fornece evidência suficiente para afirmar que a equidade na oferta e utilização dos serviços está ocorrendo, uma vez que não permite estabelecer relação causal entre a distribuição dos serviços e os determinantes de condição de vida e resposta dos sistemas de saúde; tampouco permite identificar se todos os fatores investigados expressam fenômenos de uma mesma dimensão, não sendo possível ir além de suposições quanto à associação destes com as características dos diferentes modelos assistenciais. Esse tipo de estudo permite apenas identificar associações que aqui foram traduzidas como

“tendência à equidade” quando indicavam discriminação positiva em favor dos municípios mais carentes. Por fim, deve-se considerar as dificuldades metodológicas referentes à qualidade dos dados utilizados. As fontes oficiais do SUS apresentam limitações importantes devido às fragilidades relacionadas ao registro no nível municipal e ao controle de qualidade dessas informações por parte dos níveis estadual e federal. Além disso, a disponibilidade de dados oficiais está sujeita à periodicidade de produção dos mesmos, nem sempre anual, o que acarreta uma certa dispersão cronológica da análise. Nesse sentido, convém enfatizar que o que se oferece aqui é uma evidência inicial para estudos complementares que dêem conta de verificar os aspectos intramunicipais.

Em todas as fases do estudo, as características mais equânimes se mostraram para o Programa Saúde da Família, contrapondo com os resultados das análises para outras políticas de saúde bucal, que não apresentaram como característica programática a implantação preferencial em áreas de maior risco social, como o Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal e a fluoração das águas de abastecimento público. Resultado semelhante, no nível ecológico, foi previamente relatado para o PSF, porém não havia ainda sido demonstrado para as ações de saúde bucal no programa. Verificou-se uma maior cobertura populacional das equipes de saúde bucal no PSF quanto piores os indicadores de condição de vida. No entanto, dentre municípios com indicadores socioeconômicos semelhantes, uma maior cobertura sempre esteve presente naqueles com as melhores respostas dos sistemas de saúde. No nível do indivíduo, a literatura relata que o PSF, ao contrário de outros programas, foi o que demonstrou maior cobertura entre a população com pior condição social, apesar de ainda inadequada uma vez que uma pequena proporção

dessa população, justamente os mais carentes, ainda não tem acesso a ele. O presente estudo encontrou, no campo ecológico, resultado semelhante uma vez que, apesar das equipes de saúde bucal estarem implantadas, predominantemente, em municípios com os piores indicadores socioeconômicos, aqueles que somavam a esse aspecto baixas respostas dos sistemas de saúde continuavam excluídos em 2003. Este resultado pode ser indício de que iniquidades persistem no âmbito da equidade horizontal, ou seja, populações com as mesmas necessidades podem não estar recebendo o mesmo padrão de provisão de serviços públicos odontológicos. Uma vez que tal dimensão da equidade não foi objeto de análise deste estudo, sugere-se a realização de mais pesquisas neste âmbito.

Concluindo, este estudo demonstrou uma tendência redistributiva, ou pró-equidade, na provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, a qual é compatível com as diretrizes programáticas do Ministério da Saúde exaradas na NOB 96, relacionadas com a implementação do PAB fixo e variável, e principalmente com a inclusão das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Esta tendência parece estar relacionada com a capacidade de alguns municípios com piores condições de vida desenvolverem boas respostas dos seus sistemas de saúde. Estes fatos deveriam ser levados em consideração pelos gestores de saúde, em seu contínuo esforço de planejamento, seja para a manutenção ou reorientação deste programa, e para a formulação de políticas de saúde bucal. Ao proceder a avaliação epidemiológica dos dados de gestão dos serviços de saúde, o presente estudo valorizou o esforço para a coleta dessas informações; e a possibilidade de reprodução da metodologia empregada deve servir de incentivo para a aplicação desse tipo de estudo em outras unidades geográficas e nas diversas instâncias da gestão do SUS.

6. REFERÊNCIAS⁷

1. Acúrcio FA. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde. **Multiplica SUS (curso básico sobre o SUS): (re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 74 p.
2. Alleyne GAO. Equity and health. In: PAHO. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau.** Occasional Publication n.8, Washington, DC; 2001. Disponível em URL: <http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm>. [2003 jun]
3. Almeida, EA. **Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93.** São Paulo; 1995. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
4. Amarante LM. **A Odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 1994.
5. Andrade LOM. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento.** São Paulo-Sobral: HUCITEC-UVA; 2001.
6. Antunes JLF; Frazão P; Narvai PC; Bispo, CM; Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. **Community Dent Oral Epidemiol** 2002; 30(2): 133-142.

⁷ Elaboradas segundo as normas do Grupo Vancouver para referências bibliográficas, disponíveis no Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA e col. 2001).

7. Baldani MH. **Relação entre prevalência de cárie, desenvolvimento social e provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil, 1996.** Rio de Janeiro; 2002. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ].
8. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Cad. Saúde Pública** 2002; 18(3): 755-764.
9. Baldani MH, Lopes CMD, Kriger L, Matsuo TA. Odontologia para Bebês no Estado do Paraná, Brasil – perfil do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê** 2003; 6: 210-216.
10. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do Índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(1): 143-152.
11. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21(4): 1026-1035.
12. Bambas A, Casas JA. Assessing equity in health: conceptual criteria. In: PAHO. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau.** Occasional Publication n.8, Washington, DC; 2001 Disponível em URL: <http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm>. [2003 jun]
13. Barcellos AP. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais.** Rio de Janeiro: Renovar; 2002.
14. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002; 7(4): 709-717.

15. Barros AJD, Victora CG, César JA, Neumann NA, Bertoldi AD. **Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest?** Washington: World Bank – Health, Nutrition and Population Discussion Paper, 2005. [2005 ago]
16. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **RBCS** 2000; 15(42): 123-142.
17. Bastos JLD, Nomura LH, Peres MAA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in Young male adults from southern Brazil. **Cad Saúde Pública** 2005; 21(5): 1416-1423.
18. Beck DJ, Hunter PBV, Cutress TW, Souza P. Dental caries in New Zealand adolescents in 1962-64 and 1976. **JDent Res** 1979; 58(51): 1216.
19. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002; 7(3): 401-412.
20. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.
21. _____. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990a.
22. _____. Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 1990b.
23. Brown S, Lumley J. Antenatal care: a case of the inverse care law? **Aust J Public Health** 1993; 17: 95-103.

24. Burt BA. Fluoridation and social equity. **J Public Health Dent** 2002; 62: 195-200.
25. Camargo AL, Nadas BB, Araújo EG, Sardeto HM, Silva MAL. A construção da Odontologia Integral. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP (org). **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 27-36.
26. Carvalho G. A implantação do Sistema Único de Saúde: nós críticos a nível estadual. **Saúde em Debate** 1994; 45: 4-8.
27. [CDC] Centers for Disease Control and Prevention. Achievements in Public Health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. **Morbidity and Mortality Weekly Report** 1999; 48(41): 933-940.
28. Chaves MM. **Odontologia social**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986, 448 p.
29. Chaves SCL. **A atenção à saúde bucal, a descentralização e o espaço social**. Salvador; 2005. [Tese de Doutorado - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia]
30. Cohn A. Estado, políticas e saúde. In: Gerschman S, Werneck-Viana ML. **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 157-171.
31. _____. Equidade, saúde e critérios para alocação de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(2): 287-288.
32. [XII CNS] Conferência Nacional de Saúde, Conferência Sérgio Arouca, 12ª. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde; 2004. 232 p.
33. [I CNSB] Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1. **Relatório final**. Brasília; 1986. 8 p.

34. [II CNSB] Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2. **Relatório final**. Brasília: Comitê Executivo da II CNSB; 1993. 28 p.
35. [III CNSB] Conferência Nacional de Saúde Bucal, 3. **Relatório final**. Brasília: Comitê Executivo da III CNSB; 2005. 148 p.
36. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2001; 6(2): 319-328.
37. Correia AP. **Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiários**. Porto Alegre; 1985. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da UFRGS].
38. Costa RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política** 2002; 18: 49-71.
39. Cuenca AMB, Noronha DP, Ferraz MLE de F, Andrade MTD de. **Guia de apresentação de teses**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2001.
40. Dahlgren G, Whitehead M. **Policies and strategies to promote equity in health**. Copenhagen: WHO – Regional Office for Europe; 1992.
41. Dallari SGG. **Os Estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1995.
42. Daniel WW. **Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences**. 6 ed. New York: Wiley; 1995. 780 p.
43. Daniels SN, Kennedy B, Kawachi I. Justice is good for our health. **Boston Review** 2000. Disponível em URL: <http://www.bostonreview.net/BR25.1/daniels.htm> .[2003 jun]

44. De Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Béria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of benzodiazepines: na example of the inverse care law from Brazil. **Soc Psychiatr Epidemiol** 1999; 34(6): 316-322.
45. **Dicionário Houaiss de língua portuguesa**. Disponível em URL: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm> [2003 ago]
46. Dixon A, Le Grand J, Henderson J, Murray R, Poteliakhoff E. Is the NHS equitable? A review of the evidence. **LSE Health and Social Care Discussion Paper**, n 11; London, 2003. Disponível em URL: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br-artigos-IsNHSequitabile.pdf.url> .[2003 jun]
47. Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5(2): 464-473.
48. Elias PE. A utilização da noção de equidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005;10(2): 289-292.
49. [XVI ENATESPO] Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, 16º. **Relatório Final**. Brasília, 2000. Disponível em URL: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. [2006 mai]
50. Faveret ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** 2003; 8(2): 371-378.
51. Fernandes LS; Peres MA. Associação entre Atenção Básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev. Saúde Pública** 2005; 39(6): 930-6.
52. Finkelman J. Análise de equidade – saúde: Brasil. In: PAHO. **Equity and Health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Washington, D.C.; 2001.

53. Fleurbaey M. **Equality and responsibility**. *European Economic Review*; 39: 683-690.
54. _____ M. **Health, equity and social welfare**. Université de Pau et des Pays de l'Adour; 2004.
55. Fortes PAC. Reflexões sobre o princípio ético da justiça distributiva aplicado aos sistemas de saúde. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP (orgs.). **Bioética e saúde**. São Paulo: Loyola; 2003. p. 35-48.
56. Frazão P. Epidemiologia e planejamento em saúde: desafios dessa relação nos sistemas locais de saúde. In: Perdicaris AAM (org). **Temas de saúde coletiva: desafios e perspectivas**. Santos: Ed. Univ. Leopoldianum; 2004.
57. Freire PS. Planning and conducting an incremental dental program. **JADA** 1964; 68: 199-204.
58. Freitas SFT, Kupek E, Perraro MC. Distribuição de recursos de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil: subsídio para discussões sobre o financiamento em saúde. **Rev Panam Salud Publica** 2001; 10(2): 95-100.
59. [FUNASA] Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família**. Brasília: FUNASA; 1994.
60. Furler JS, Harris E, Chondros P, Powell Davies PG, Harris MF, Young DT. The inverse care law revisited: impact of disadvantaged location on accessing longer GP consultation times. **Med J Aust** 2001; 177 (2): 78-79.
61. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética** 1997; 5: 27-33.
62. Gerschman S. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. **Cad Saúde Pública** 1999; 15 (2): 293-302.

63. Gesser HC, Peres MAA, Marcenes SW. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev Saúde Pública** 2001; 35: 289-293.
64. Gillam SJ. Provision of health promotion clinics in relation to population need: another example of the inverse care law? **Br J Gen Pract** 1992; 42(3555): 54-46.
65. Gillcrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. **JADA** 2001; 132(2): 216-222.
66. Gouveia R, Palma JJ. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados** 1999; 13(35): 139-146.
67. Grytten J, Lund E, Rongen G. Equity in access to public dental services: the experience from Norway. **Acta Odontol Scand** 2001; 59: 372-278.
68. Hart JT. The inverse care law. **Lancet** 1971; 1: 405-412.
69. _____ Commentary: three decades of the inverse care law. **BMJ** 2000; 320: 18-19.
70. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol** 2001; 29: 167-174.
71. Honkala E, Kuusela S, Rimpelä M, Jokela J. Dental services utilization between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. **Community Dent Oral Epidemiol** 1997; 25: 385-390.
72. Hornby AS. **Oxford advanced learner's dictionary of current english**. 6 ed. Oxford: Oxford University Press; 2000. 1600 p.

73. Hunter PBV. The prevalence of dental caries in 12- and 13-year-old New Zealand children in 1977 and 1982. **New Zealand Dental Journal** 1984; 80: 16-18.
74. [IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
75. [IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 1998**. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
76. [IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
77. [IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 2003**. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
78. [IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Disponível em URL: <http://www.sidra.ibge.gov.br> [2004 jun.]
79. [INAMPS] Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução 273/91: Norma Operacional Básica SUS 1/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 jul. 1991.
80. Irigoyen ME, Maupone G, Meija AM. Caries experience and treatment needs in 6-to 12-year-old urban population in relation to socioeconomic status. **Community Dental Health** 1999; 16(4): 245-249.
81. Jones CM. Capitation registration and social deprivation in England. An inverse ‘dental’ care law? **Br Dent J** 2001; 190(4) 203-206.

82. Jones CM, Taylor GO, Whittle JG, Evans D, Trotter DP. Water fluoridation, tooth decay in 5 year olds, and social deprivation measured by the Jarman score: analysis of data from British dental surveys. **Br Med J** 1997; 315: 514-518.
83. Jones CM, Worthington H. Water fluoridation, poverty and tooth decay in 12-year-old children. **J Dent** 2000; 28: 389-393.
84. Junqueira SR. **Financiamento da saúde, indicadores sociais e recursos odontológicos dos municípios do Estado de São Paulo no final do século XX**. São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da USP]
85. Le Grand. **Equity and choice: an essay in economics and applied philosophy**. London: Harper Collins Academic; 1991
86. Leighton C, Maceira D. **Guía básica de política: Toma de decisiones para la equidad em la reforma del sector salud**. LACHSR; 1999. Disponível em URL: <http://www.americas.health-sector-reform.org> .[2003 jun]
87. López Acuña D, Gattini C, Pinto M, Andersson B. Access to and financing of health care: ways to measure inequities and mechanisms to reduce them. In: PAHO. **Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau**. Occasional Publication n.8, Washington, DC; 2001. Disponível em URL: <http://www.paho.org/English/DBI/OP08.htm> .[2003 jun]
88. Loretto NRM, Seixas ZA, Jardim MC, Brito RL. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. **Rev. ABO Nac** 2000; 8(1): 45-49.
89. Machado ENM, Fortes FBCTP, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva** 2004. 9(1): 99-111.

90. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. **International Journal for Equity in Health** [periódico on line] 2002; 1(1). Disponível em URL: <http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1> [2003 jun]
91. Manfredini MA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias AA. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos; 2006. p. 43-73
92. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva** 2003; 8(2): 403-415.
93. Marques RM, Mendes A. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. **Saúde e Sociedade** 2005; 14(2): 39-49.
94. Martildes MLR. **Avaliação do impacto de programas incrementais de atendimento odontológico sobre as condições de saúde bucal de escolares aos 12 anos de idade em São José dos Campos, 1991**. São Paulo; 1992. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
95. Mc Donagh MS, Whiting PF, Wilson PM, Sutton AJ, Chestnutt I, Coope J, Misso K, Bradley M, Treasure E, Kleinjnen J. Systematic review of water fluoridation. **BMJ** 2000; 321: 855-859.
96. Medeiros M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Texto para discussão nº 687. Rio de Janeiro, mimeo; 1999.
97. Medina MG, Aquino R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Sousa MF, organizador. **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p.135 – 51.
98. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva** 2003. 8(2): 393-401.

99. Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, org. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo–Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1993. p.19-91.
100. _____. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1996. 300 p.
101. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5(1): 7-18.
102. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Ministério da Saúde; 1988a 137 p. Série C, Estudos e Projetos, v.4.
103. _____. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades**. Brasília: mimeo; 1988b.
104. _____. Portaria nº 198, de 23/12/1991. Tabela de Procedimentos. Grupo de Atendimento Odontológico. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 dez. 1991.
105. _____. Portaria nº 234/92: Norma Operacional Básica SUS 1/92. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 out. 1992.
106. _____. Portaria nº 545, de 20/05/1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 1/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 maio 1993.
107. _____. Norma Operacional Básica SUS 1/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 nov. 1996.

108. _____. Portaria nº 1886, de 18/12/1997: aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997.
109. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a. 19 p.
110. _____. Portaria nº 1444, de 28/12/2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 2000b.
111. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização e assistência à saúde: aprofundando a regionalização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26/01/2001, e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
112. _____. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.
113. _____. **Programa Saúde da Família – Equipes de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
114. _____. Portaria nº 673, de 3/6/2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2003.
115. _____. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.
116. _____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

117. _____. Portaria nº 1434, de 14/07/2004. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2004c.
118. _____. Portaria nº 1570, de 29/07/2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2004d.
119. _____. Portaria nº 1571, de 29/07/2004. Estabelece o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2004e.
120. _____. Portaria nº 1572, de 29/07/2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2004f.
121. _____. **Brasil Sorridente**. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br> [2005 ago 29]
122. Mobarak AM, Rajkumar AS, Cropper M. **The political economy of health services provision and access in Brazil**. Washington: World Bank – Development Research Group, 2004.
123. Morgenstern H. Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. **AJPH** 1982; 72(12): 1336-1344.
124. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev Bras Odontol Saúde Coletiva** 2000; 1(1): 7-17.
125. Moysés SJ, Gevaerd S. A superação do Sistema Incremental de Atenção a Escolares em Curitiba. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd

- SP (org). **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 17-26.
126. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal da família: quando o corpo ganha uma boca. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP (org). **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 133-162.
127. Moysés SJ, Moysés ST. Diferentes abordagens dos estudos epidemiológicos – do individual ao ecológico. In: Antunes JLF e Peres MA. **Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 269-278.
128. Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG, org **Saúde bucal coletiva**. 4ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 341-351.
129. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Community Dent Oral Epidemiol** 1995; 23: 331-339.
130. Narvai PC. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: FSP-USP, 1992. Apresentado como texto-base na Oficina “Odontologia em Sistemas Locais de Saúde – Saúde Bucal: o que fazer nos municípios?” da Rede Cedros. São Pedro, SP, 22 e 23 out. 1992.
131. _____. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5(2): 381-392.
132. _____. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Santos; 2002.

133. _____. Saúde bucal no PSF: SUS ou SUSF? **Jornal do Site Odonto** (jornal on line). Disponível em URL: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>. [2006 maio]
134. _____. Recursos humanos para promoção de saúde bucal. In: Kriger L, org. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.447-463.
135. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, Política e Saúde Bucal Coletiva. In: Antunes JLF e Peres MA. **Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-372.
136. [NISIS] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde. **Quantos Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS**. [CD-ROM] São Paulo; 2002.
137. Nunes A, Santos JRSS, Barata RB, Vianna SM. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPAS – IPEA; 2001.
138. Nunes A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2004.
139. Oliveira EXG, Travassos C, Carvalho MS. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20 (suppl. 2): 298 – 309.
140. [OMS] Organización Mundial de la Salud. **Economia aplicada a la sanidad**. Ginebra: OMS, 1976. 53 p.

141. Österberg T, Lundgren M, Emilson C-G, Sundh V, Birkhed D, Steen B. Utilization of dental services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elderly Swedish population. **Acta Odontol Scand** 1998; 56: 41-47.
142. Pack ARC. Dental services and needs in developing countries. **Int Dent J** 1998; 48(3 supl 1): 239-247.
143. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** 2003; 8(2): 557-567.
144. Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. **Social Science & Medicine** 2001; 53: 915-925.
145. Patussi MP, Costa JSD, Tomita NE. O uso da epidemiologia nos serviços de atenção à Saúde Bucal. In: Antunes JLF e Peres MA. **Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 322-334.
146. Pelegrini MLM; Castro JD; Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(2): 275-286.
147. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública** 2000; 34(4): 402-408.
148. Peres MA, Antunes JLF. O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a Saúde Bucal. In: Antunes JLF e Peres MA. **Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 3-18

149. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil – the inverse equity hypothesis revisited. **Social Science & Medicine** 2004; 58: 1181-1189.
150. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham MA, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Maas AMN, Romano AR, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos do sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2003; 6(4): 293-306.
151. Peterson HG, Bratthall D. The caries decline: a review of reviews. **Eur. J. Oral Sci** 1996; 104: 436-443.
152. Pinto VG Epidemiologia das doenças bucais. In: Kriger L (org) **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
153. _____. **Saúde Bucal Coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos; 2000. 541 p.
154. Pochmann M, Amorim R (orgs). **Atlas da exclusão social no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2003.
155. Porto SM (org.). **Alocação equitativa de recursos**. Ministério da Saúde / ENSP. 2003. Disponível em URL: www.ipea.gov.br/economiasaude/subtema.php?cod=22# [2003 dez]
156. _____. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros em los sistemas de salud. **Cad Saúde Pública** 2003; 18(4): 939-957.
157. [PNUD] Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/ Instituto de Pesquisas de Alimentação e Nutrição/ Fundação João Pinheiro/ IBGE. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: PNUD, 1997.
158. Rawls J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
159. _____. **Liberalismo político**. São Paulo: Ática; 2000.

160. Ribeiro P. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(2): 292-296.
161. Roberts – Thomson K, Brennan DS, Spencer AJ. Social inequality in the use and comprehensiveness of dental services. **Aust J Public Health** 1995; 19: 80-85.
162. Roncalli AG. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal**. Araçatuba; 2000. [Tese de doutorado - Universidade Estadual Paulista].
163. _____. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (org). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2003.
164. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva** 1999; 2(1): 9-14.
165. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
166. Scarpelli BB, Ricioli SR, Walter LRF. **Programa de atenção precoce à saúde bucal**. Londrina, mimeo; 1996. 24 p.
167. Sen A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record; 2001.
168. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** 2002; 18(suplemento): 203-211.
169. Serra CG. **A Saúde Bucal como Política de Saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba**. Rio de Janeiro; 1998. [Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da UFRJ].

170. [SESA] Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Cárie dentária – 12 anos: perfil epidemiológico no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA; 1996.
171. _____. **Dados sobre fluoração das águas de abastecimento público no Estado do Paraná**. Curitiba: SESA; 2001a.
172. _____. **Plano Diretor de Regionalização**. Curitiba: SESA, 2001b.
173. _____. **Perfil do sistema de saúde do Estado do Paraná**. Curitiba: SESA; 2002.
174. _____. **Relação dos municípios sem fluoretação de águas na rede de abastecimento público – fevereiro/ 2003**. Disponível em URL: [http://www.saude.pr.gov.br/Bucal/Fluoretacao/ mun_sem_fluor.htm](http://www.saude.pr.gov.br/Bucal/Fluoretacao/mun_sem_fluor.htm) [2003 set. 01]
175. _____. **Regionais de saúde com equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal: total geral e por regional de saúde**. Disponível em URL: http://www.saude.pr.gov.br/ftp/Saude_bucal/02_2004_SIAB.xls [2004 jun.]
176. _____. **Resolução 0283, de 03/05/2004**: regulamenta, de acordo com a natureza e especificidade do repasse, o incentivo estadual ao programa de saúde da família e ações de saúde bucal no âmbito do PSF. Disponível em URL: <http://www.saude.pr.gov.br/saudebucal/index.html> [2005a jul 18]
177. _____. **Regionalização da Saúde fortalece hospitais e descentraliza serviços**. [notícia on line] Curitiba: 16 de março de 2005. Disponível em URL: <http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal.asp>. [2005b ago 29]
178. _____. **Secretaria da Saúde finaliza em maio programa de regionalização**. [notícia on line] Curitiba: 24 de abril de 2003. Disponível em URL: <http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal.asp>. [2005c ago 29]

179. _____. **Regionalização vai discutir nova proposta de atendimento dos hospitais.** [notícia on line] Curitiba: 02 de junho de 2005. Disponível em URL: <http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal.asp>. [2005d ago 29]
180. _____. **Lula inaugura Centros de Especialidades Odontológicas no Paraná.** [notícia on line] Curitiba: 08 de outubro de 2004. Disponível em URL: <http://www.saude.pr.gov.br/noticia/principal.asp>. [2005e ago 29]
181. [SIA - SUS] Ministério da Saúde. **DATASUS. Informações de saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais.** Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br> [2004 jun.]
182. Siegel S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento.** São Paulo: McGraw-Hill; 1975.
183. Silva MGC. Economia da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia e saúde.** 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
184. Silva LMV, Hartz ZMA. **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil.** Relatório final. Salvador: UFBA/ Ministério da Saúde; 2002.
185. [SIOPS] Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.** Disponível em URL: <http://siops.datasus.gov.br> [2004 jun.]
186. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(1): 129-142.
187. Slade GD, Spencer AJ, Davies MJ Stewart JF. Influence of exposure to fluoridated water on socioeconomic inequalities in children's caries experience. **Community Dent Oral Epidemiol** 1996; 24: 89-100.

188. Soares JF, Siqueira AL. **Introdução à estatística médica**. Belo Horizonte: Departamento de Estatística – UFMG, 1999. 300 p.
189. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, Gevaerd S, Mendes WB. A inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Bras Odont Saúde Coletiva** 2001; 2(2): 7-29.
190. Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2003; 8(2): 449-460.
191. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services** 2001; 31(3): 545-566.
192. StatSoft Inc. **Electronic statistics textbook**. [livro on line] Tulsa: StatSoft. Disponível em URL: <http://www.statsoft.com/textbook/stathome.html>
193. Székely M. **The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty**. Washington: Inter-American Development Bank – Research Department Working paper series; 2001.
194. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Médici EV, Derriço M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15(1): 15-28.
195. Teixeira CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 1999; 4(2): 287-303.
196. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência & Saúde Coletiva** 2003; 8(2): 379-391.
197. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública** 1997; 13(2): 325-330.

198. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5(1): 133-150.
199. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva** 2003. 8(2): 417-438.
200. [UNICEF] Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da infância brasileira 2001**. Brasília: UNICEF do Brasil; 2001.
201. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. **Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective**. Oxford: Oxford University Press; 1993.
202. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002; 7(4): 607-521.
203. Viana ALA e Dal Poz MR. **PSF: um instrumento de reforma do SUS?** [on line] Disponível em URL: http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/psf_reforma_sus.pdf [2004 23 nov.]
204. Viana ALA, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva** 2003; 17(1): 58-68.
205. Viana ALA, Lima LD, Machado CV, Baptista TWF, Mendonça MHM, Heimann LS, Kayano J, Junqueira V. **Governança e equidade na construção de políticas regionais de saúde**. [Apresentado no XVI Congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde (ALASS), 2005 out 12-14, Montreal, (CA)].
206. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet** 2000; 356: 1093-1098.

207. Vita A. Uma concepção liberal-igualitária de justiça distributiva. **RBCS** 1999a; 14(39): 41-59.
208. _____. Justiça distributiva: a crítica de Sen a Rawls. **Dados** 1999b; 42(3): 471-496.
209. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas; 1996. 246 p.
210. Walter LRF, Nakama RK. Prevention of dental caries in the first year of life. **J Dent Res** 1994; 73(4): 773.
211. Walter LRF, Garbelini ML, Gutierrez MC. Bebê-Clínica: a experiência que deu certo. **Divulgação em Saúde para Debate** 1991; 6: 65-68.
212. Watt G. The inverse care law today. **Lancet** 2002; 360: 252-254.
213. Webb E. Children and the inverse care law. **BMJ** 1998; 316: 1588-1591.
214. Werneck MAF. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. Niterói; 1994. [Tese de Doutorado – Universidade Federal Fluminense].
215. Werneck MAF, Lopes MIP, Rocha RC. **Algumas reflexões sobre o cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil** (versão preliminar). Belo Horizonte, mimeo; 2003.
216. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para novas gerações. In: Kriger L (org). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 3-26.
217. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Services** 1992; 22(3): 429-445.
218. Wilkinson RG. National mortality rates: the impact of inequality? **Am J Public Health** 1992a; 82:1082-1084.

219. _____. Income distribution and life expectancy. **British Medical Journal**, 304:165-168. 1992b
220. Zabos GP et al. Lack of oral health care for adults in Harlem: a hidden crisis. **Am J Public Health** 2002; 92(1): 49-52.
221. Zanetti CHG. **As marcas de mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro; 1993. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ].
222. _____. **Opinião: a inclusão da Saúde Bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS**. Disponível em URL: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. [2001 dez]
223. _____. Que sorriso é este? In: Dias AA (org). **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos; 2006.