

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**AS DIRETRIZES DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL E SUAS  
INFLEXÕES NOS SERVIÇOS DA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA  
UFRN**

**ÂNGELA CRISTINA OLIVEIRA PINTO**

**Natal/RN  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ÂNGELA CRISTINA OLIVEIRA PINTO**

**AS DIRETRIZES DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL E SUAS  
INFLEXÕES NOS SERVIÇOS DA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA  
UFRN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Izete S. S. D. Pereira

**Natal/RN  
2006**

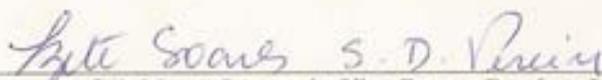
ÂNGELA CRISTINA OLIVEIRA PINTO

“AS DIRETRIZES DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL E  
SUAS INFLEXÕES NOS SERVIÇOS DA CLÍNICA DE  
ODONTOLOGIA DA UFRN”

Dissertação apresentada à Pós-Graduação  
em Serviço Social da Universidade Federal  
do Rio Grande do Norte como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre  
em Serviço Social.

Aprovado em 28/08/06

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Izete Soares da Silva Dantas Pereira - UFRN  
(Orientadora)



Profa. Dra. Bernadete de Lourdes Figueiredo de Almeida – UFPB  
(Membro Titular Externo)



Prof. Dr. João Dantas Pereira - UFRN  
(Membro Titular Interno)

Profa. Dra. Denise Câmara de Carvalho - UFRN  
(Suplente)

Com imensa felicidade, dedico o fruto de meu trabalho ao meu doce anjo Alice, semente de alegria e prospecção de doçura, ao meu companheiro Luiz Lourenço e aos meus pais, Antonio e Socorro.

## AGRADECIMENTOS

Iniciar um Projeto e, principalmente, concluí-lo, jamais seria possível se não houvesse primordialmente a iluminação divina no decorrer de todo o processo.

A família, os colegas e os amigos foram o porto seguro e o bálsamo benigno nos instantes de insegurança. Na verdade, são a minha fonte propulsora de alegria e confiança.

Com a mais singela satisfação, agradeço, de modo especial, à Coordenação e à Chefia do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte por todo o apoio e incentivo, pelas portas abertas à pesquisa e a disponibilidade sempre precisa nos momentos de construção e aprendizagem. Ao final, (re)estabelecemos a interação entre a odontologia e o Serviço Social, reafirmando sua importância no desenvolvimento do processo acadêmico em suas múltiplas fases.

Não poderia assim esquecer dos funcionários, dos alunos e dos usuários, sujeitos de direito na realização da minha pesquisa e a quem devo fundamental reconhecimento.

Aos mestres, com todo carinho, meus mais sinceros agradecimentos pelas lições mais do que funcionais. Simplesmente porque diante das fragilidades e das circunstâncias foram mais do que mestres, pois me ensinaram a seguir em frente e a não perder nunca a esperança.

A minha querida orientadora Professora Izete Dantas, agradeço-lhe não apenas o direcionamento acadêmico na construção do referencial teórico para aprimoramento desse trabalho, mas essencialmente, meus reconhecimentos leais pela sensibilidade e grandeza espiritual nos momentos em que as limitações humanas pareceram se sobrepôr ao compromisso acadêmico e intelectual. Felizmente percebi que os problemas jamais podem ser maiores que nós mesmos.

As determinações que interferem no modo de ser e de viver de muitos brasileiros não se revelam no imediato, mas podem ser percebidas superficialmente no instante exato do sorriso. E num país de tantos contrastes, compreendemos que na complexidade da coletividade se perderam muitas batalhas e se conquistaram muitos direitos. A própria história das lutas sociais empreendeu sorrisos de vitória e de derrota, mas a maior delas prolonga-se até agora, na história da luta de classes. Contudo, sempre será tempo de sorrir e nunca desistir dos nossos direitos. O acesso à saúde bucal é apenas um deles. Lutemos por ele.

Ângela Cristina

## RESUMO

A crise que o Estado brasileiro vem atravessando ao longo das últimas décadas tem revelado oscilações marcantes na realidade do modo de vida da população. Na área de saúde, especificamente de saúde bucal, novas alternativas de atendimento às demandas por serviços odontológicos têm se tornado crescentes a partir da década de 1990. A pesquisa teve como objetivo analisar a demanda dos serviços da clínica-escola de odontologia da UFRN e identificar o perfil sócio-econômico dos usuários e as inflexões das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. A metodologia está fundamentada numa perspectiva dialética e numa abordagem quali-quantitativa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados formulários com questões abertas e fechadas, aplicados a dois grupos de sujeitos distintos: 53 usuários dos serviços e 12 alunos do 9º e do 10º período do Curso de Odontologia. Os resultados reafirmam que, com o agravamento da crise do Sistema Único de Saúde (SUS) crescem as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos pela maioria dos usuários. Os sujeitos da pesquisa dispõem de uma condição sócio-econômica regular, com ensino médio, casa própria, vínculo formal de trabalho e renda média mensal entre 1 e 2 salários mínimos. As análises conclusivas apontam para o caráter seletivo e excludente do direito à saúde bucal, principalmente, àqueles usuários que se encontram em situação de pobreza extrema e vulnerabilidade social. Assistência odontológica imediata e de menor custo é o que se procura, mas as Diretrizes preconizadas na Política Pública de Saúde Bucal caminham numa outra direção, requerendo um maior fortalecimento das bases de formação e implementação das ações programáticas desde o campo acadêmico até a efetividade da Política de Saúde Bucal enquanto direito à atenção e ao cuidado.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Assistência odontológica, Direito social e Cidadania.

## ABSTRACT

The crisis that the Brazilian State have been crossing throughout the last decades has revealed intense oscillations in the the way of life of the population reality. In the health area, specifically of buccal health, new alternatives of attending to demands for odontological services have been increasing from the 1990 decade. The research had as objective to analyze the demand of the services of the clinic-school of odontology of the UFRN to identify the socio-economic profile of the users and the inflections of the standards of the National Politics of Buccal Health. The methodology is based on a dialectic perspective and a quali-quantitative boarding. It was used as instrument of data collection forms with open and closed questions, applied to two distinguished groups of citizens: 53 users of the services and 12 pupils of 9<sup>th</sup> and 10<sup>th</sup> term of the Odontology Course. The results reaffirm that, with the aggravation of the crisis of SUS (Sistema Único de Saúde- Single Health System) grow the difficulties of accessing the odontological services of the users majority. The subjects of the research make use of a regular socio-economic condition, with high school, own house, formal bond to labor and monthly medium income between 1 and 2 minimum wages. The conclusive analyses point to the selective and exculpatory character of the buccal health right, mainly, those users who find themselves in situation of extreme poverty and social vulnerability. Immediate and of lesser cost odontological assistance is what it's aimed, but the standards praised in the Public Politics of Buccal Health walk in another direction, requiring a bigger strongness of the formation bases and implementation of the programmatical actions since the academic field until the effectiveness of Politics of Buccal Health as a right while as a right to attention and care.

Key-words: Buccal Health; Odontological assistance, Social Right and Citizenship.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAP's - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CRO - Conselho Regional de Odontologia

CNO - Conselho Nacional de Odontologia

CNE - Conselho Nacional de Educação

DPNSB - Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

DIGESP - Diretoria Geral de Saúde Pública

ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos

ESB - Educação em Saúde Básica

FIDESP - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

HUOL - Hospital universitário Onofre Lopes

HUAB - Hospital Universitário Ana Bezerra

CPOD - Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados

IAP's - Instituto de Aposentadorias e Pensões

ISSB - Instituto de Serviços Sociais no Brasil

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMP's - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária

LOS - Lei Orgânica de Saúde

MEJC - Maternidade Escola Januário Cicco

MEC - Ministério da Educação e Cultura

OMS - Organização Mundial de Saúde

POF/IBGE - Pesquisa de Orçamento Familiar do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PEA - População Economicamente Ativa

PREVSAÚDE - Programa de Serviços Básicos de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SAAES - Serviços Autônomos de Águas e Esgotos

SNFO - Serviço Nacional de Fiscalização em Odontologia

SEMPLA - Secretaria Municipal de Planejamento

SENAI - Serviço Nacional da Indústria

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Porcentagem de usuários segundo demanda por gênero	72
GRÁFICO 2 – Porcentagem de usuários conforme estado civil	74
GRÁFICO 3 – Porcentagem de usuários segundo escolaridade	75
GRÁFICO 4 – Porcentagem de usuários conforme tipo de residência	77
GRÁFICO 5 – Porcentagem de usuários segundo procedência	77
GRÁFICO 6 – Porcentagem de usuários conforme procedência por Região Administrativa da Capital	78
GRÁFICO 7 – Porcentagem de usuários segundo ocupação	79
GRÁFICO 8 – Porcentagem de usuários conforme renda familiar	81
GRÁFICO 9 – Porcentagem de usuários segundo grupo familiar	82
GRÁFICO 10 – Porcentagem de usuários portadores de doença crônica	85
GRÁFICO 11 – Porcentagem de usuários que realizam tratamento	86
GRÁFICO 12 – Porcentagem de usuários conforme o tipo de doença crônica	87
GRÁFICO 13 – Porcentagem de usuários que possuem plano odontológico privado	88
GRÁFICO 14 – Porcentagem de usuários segundo tempo de espera para inclusão no serviço	92
GRÁFICO 15 – Porcentagem de usuários conforme a fonte de informação dos serviços	93
GRÁFICO 16 – Porcentagem de usuários segundo a existência de serviço odontológico na localidade de residência	94
GRÁFICO 17 – Porcentagem de usuários conforme a facilidade de acesso aos serviços Odontológicos	95
GRÁFICO 18 – Razões que justificam a procura pelo serviço na clínica-escola	97
GRÁFICO 19 – Porcentagem de usuários que opinaram sobre o atendimento do Funcionário	104

GRÁFICO 20 – Porcentagem de usuários segundo a opinião sobre o atendimento do aluno	105
GRÁFICO 21 – Porcentagem de usuários conforme a participação em campanhas/ações preventivas	120
GRÁFICO 22 – Porcentagem de usuários segundo acesso à informações no processo de tratamento	120

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL</b>	23
1.1 Os serviços de Saúde na agenda pública brasileira: uma evolução homeopática	23
1.2 As conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS): os novos significados da Assistência à saúde no Brasil	34
1.3 A origem das práticas odontológicas no Brasil: das bases rudimentares à regulamentação da profissão	44
<b>CAPÍTULO 2 – OS AVANÇOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL NAS DIRETRIZES DA CIDADANIA</b>	53
2.1 As clínicas-escolas da área de saúde enquanto alternativas de atendimento à população: uma relação de mútua aprendizagem	53
2.2 A clínica-escola de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: a assistência vinculada a um projeto pedagógico	63
2.3 O perfil sócio – econômico dos usuários da clínica de Odontologia da UFRN: Crise e dificuldades de acesso	71
<b>CAPÍTULO 3 – A PERSPECTIVA DO SERVIÇO DA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA FRENTE A SUA DEMANDA: UM CAMINHO DE DUALIDADES</b>	90
3.1 O que os usuários da clínica de Odontologia procuram? Direito ou assistência?	90
3.2 Direito à atenção a Saúde Bucal: dificuldades de acesso e precariedade dos serviços	100
3.3 E o papel da Clínica – escola mediante as Diretrizes da Política de Saúde Bucal? qual sua contribuição?	111
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	126
<b>REFERÊNCIAS</b>	133
<b>APÊNDICES</b>	143

## INTRODUÇÃO

A crise que atravessa o Estado brasileiro ao longo das últimas décadas tem provocado oscilações marcantes na realidade sócio-econômica da população e nas precárias condições de acesso aos serviços básicos assistenciais, reproduzindo uma série de limitações objetivas e subjetivas que cerceiam cada vez mais esse acesso enquanto direito social assegurado.

A conjuntura apresentada é resultado de um panorama macrossocial, em que a articulação de uma diversidade de ações no campo das políticas públicas e sociais tende a seguir as orientações da ótica neoliberal, que prima por uma abertura de mercado, pela redução de gastos e pela descaracterização dos direitos sociais de cidadania.

A Reforma do Estado, as transformações em curso no mundo do trabalho e das relações entre Estado, economia, mercado e sociedade trazem modificações no modo de constituição e da prestação da assistência à comunidade, bem como, assinalam uma perspectiva de reorganização das identidades individuais e coletivas, consolidando um processo diferenciado nas formas de prestação dos serviços assistenciais fundamentais, e na realização das Políticas Sociais. Faleiros (1999, p. 61) afirma que “[...] este novo modelo de prestação de serviços sociais consiste numa articulação dialética, cuja relação é transformada com as modificações do próprio sistema de acumulação”.

Os padrões de reprodução social da grande parcela da população, as estratégias que essa população desenvolve para manter sua condição mínima de vida e a proteção dos serviços públicos com que contava, têm se tornado cada vez mais restritos, seletivos, precários e excludentes.

As diversas formas de busca da sociedade pela efetivação de políticas públicas sociais equânimes vêm demonstrando incertezas e desgastes no processo das lutas cotidianas,

onde nos embates diários por condições de prover sua subsistência, defrontam-se com a cadeia do ideário neoliberal e reproduzem a via de mão dupla da “luta coletinvidual”, ao promover a busca pela satisfação das necessidades do indivíduo nos residuais e fragmentados espaços coletivos de debate e construção, que procuram resistir aos reflexos do neoliberalismo. Sobre este aspecto Oliveira (2001, p. 28) acrescenta: “[...] o programa neoliberal em sua maior letalidade trouxe a destruição da esperança e a destruição das organizações sindicais, populares e de movimentos sociais que tiveram a capacidade de dar uma resposta à ideologia neoliberal no Brasil”.

A essência do efeito perverso dos ditames neoliberais ganha concretude em nosso país nas acentuadas diferenças entre as regiões brasileiras, se refletindo também nas dimensões locais, demarcando a profundidade dos contrastes sociais e a exclusão de parcela crescente da população no acesso aos mais elementares direitos sociais, dentre eles o direito à saúde. Nas indicações da análise de Paim (1995, p. 63):

[...] a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social.

Com a implementação do Sistema Único e Descentralizado, a partir da Constituição Brasileira de 1988, buscou-se uma melhor organização e qualidade das políticas de saúde para a população através de uma prática social e preventiva mais abrangente, com vistas à redução dos indicadores de mortalidade no país, em decorrência das doenças infecciosas e crônico-degenerativas.

Contudo, nas últimas décadas, o país vem experimentando intensas transformações na estrutura das demandas populacionais crescentes sobre o já inflacionado sistema de assistência à saúde, e mesmo com a implantação nos últimos anos do Programa Saúde da Família (PSF), a prática sanitária não tem conseguido fugir ao caráter curativo e imediato. Se na prestação da assistência básica à saúde as limitações atingem níveis de iniquidades inaceitáveis, à medida que as condições de saúde da população se complexificam, o sistema de assistência público acentua sua restrição por especialidade médica, ameaçando velozmente a seguridade à saúde enquanto direito.

Dados apresentados no Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Bucal (1993), reforçados no Relatório Saúde Bucal 2003, ressaltam o número de 30 milhões de brasileiros, algo próximo de 20% da população, que nunca consultaram um dentista durante toda a vida. Considerando-se as regiões e as faixas de renda nota-se, também, o reflexo da desigualdade na acessibilidade, em que nordestinos com renda de até um salário mínimo apresentam este percentual 10 vezes maior (42%) do que moradores da região sul com ganhos superiores a dez salários mínimos (3,4%).

As dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde são enfrentadas diariamente por grande parcela da população, que se encontra em situação de vulnerabilidade social e excluída da assistência à saúde. O cenário das filas crescentes em frente às unidades de saúde para a marcação de uma simples consulta, é caótico e desumano. Muitas das imagens expressam o quanto às desigualdades sociais excluem e degradam essa população na procura por atendimento clínico. O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Bucal (2004), reafirma que muitas dessas imagens são do corpo humano, dentre elas imagens de bocas e dentes. As condições de saúde bucal e o estado dos dentes são sem dúvida, um dos mais significativos sinais da exclusão social.

Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para se obter acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de “cidadãos” em todo o território nacional, reforçando a característica do Brasil como “país dos desdentados”.

Hoje, no país, observa-se a hegemonia do modelo de assistência à saúde bucal pública centrado em base cirúrgica, curativo-restaurador, monopolizador, multilador, de alto custo e excludente, em detrimento de um modelo de atenção integral que considera as necessidades da população de acordo com o seu perfil epidemiológico e condições sócio-econômicas. Essa herança hegemônica no atendimento à demanda resulta, segundo Zanetti (1996, p. 106):

[...] historicamente do modelo de assistência odontológica pública que se estruturou no Brasil, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos de 1950, caracterizado pelo atendimento a livre demanda em unidades de saúde, além de priorizar (mais no sentido de exclusividade do que de prioridade) os escolares de 7 a 14 anos (com algumas variações).

A partir de 1980, a saúde bucal na esfera pública brasileira produziu o início de alguns de seus mais importantes e radicais processos de reorganização. Algumas dessas mudanças são apreendidas por Narvai (1995, p. 87):

Foram redefinidas as identidades e os papéis na arena política que hoje inclui a odontologia nos serviços clínicos socializados; a saúde bucal na atenção pública do Sistema Único de Saúde-SUS; a saúde bucal coletiva como campo disciplinar das ciências de saúde e mais recentemente que os pensadores e atores sociais que buscam caminhos de superação da crise estrutural e histórica que aflige toda a Odontologia Brasileira.

Em odontologia, o paradigma da saúde bucal, mediante as discussões apresentadas nas últimas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, reforça a busca por um serviço

assistencial que reorienta as práticas de saúde bucal no espaço social de dimensões coletivas.

Na concepção de Loureiro (1997, p. 46):

A saúde bucal coletiva constitui uma prática social, libertária e orgânica à construção de uma sociedade de inclusão, democrática e livre, caracterizada pela construção de um modelo de saúde orientado pelas diretrizes da integralidade da atenção em saúde bucal, que possa promover uma qualidade de vida, priorizada pela educação em todos os seus momentos e processos.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal editada em 2004, vinculada às bases da Política Nacional de Saúde, que pode ser entendida legalmente como um dever do Estado e direito do cidadão, apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de assistência, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde centrada não apenas na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção dos fatores que a colocam em risco.

Os resultados da pesquisa realizada pelo Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 e o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Bucal que teve como tema “Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”, serviram de base para a formulação das diretrizes da Política de Saúde Bucal, que traz como orientação novos conceitos como “as linhas do cuidado” (da criança, do idoso, do adolescente, do adulto), que estão relacionados com a criação de fluxos que implicam ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, no informar, no atender e no encaminhar.

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal destacam que os serviços de saúde na produção do cuidado permita que “[...] o usuário, através de um acesso que não lhe deva ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua

vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento”( POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004, p.03).

Ao contrário do que assegura o Estado, nota-se que a atenção à saúde bucal enquanto proposta de abrangência dos serviços e integralidade na qualidade das ações resiste aos limites do critério do acesso, esbarrando na existência de uma relação crescente entre a rede de assistência quase sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e diversificada. O que deve ser usufruto de um direito social de cidadania, passa a ser caracterizado como uma degradante e sacrificante luta pelo acesso a um serviço odontológico, que quanto mais complexo se torna o estado de saúde bucal do usuário, mais difícil, seletivo e precário se torna o alcance de seu atendimento.

Em nível local, o panorama da Saúde Bucal não diverge das contradições presentes no contexto macrossocial brasileiro e reproduz, atualmente, sérias implicações na qualidade dos serviços públicos de odontologia e na vida social da população, especialmente àquela em condições de vulnerabilidade social.

Para grande parcela da população as alternativas de atendimento odontológico se restringem ao serviço público, e a algumas poucas ações e programas voltados à assistência à saúde bucal de iniciativa privada e não governamental. Estes últimos atendem parte da demanda reprimida dos serviços públicos a custo zero ou a custos reduzidos, o que não gera resoluções objetivas quanto à gênese dos problemas de saúde pública e sua dependência aos fatores sócio-econômicos e políticos locais.

As universidades públicas, na incorporação do seu projeto pedagógico a uma realidade crítica do processo de saúde-doença bucal implantaram, enquanto proposta de extensão pedagógica, as clínicas-escola de prestação de serviço à comunidade. A clínica-escola alia a possibilidade de estágio obrigatório de seus discentes à contribuição no atendimento a parte dessa demanda reprimida nas unidades básicas de saúde. Esta prática

torna-se, de certo modo, numa alternativa viável, porém, imbricada pelas inflexões de uma política pública maior que caminha na direção de desconstrução da assistência à saúde bucal enquanto um direito universal.

Neste sentido, a clínica-escola de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) insere-se neste contexto hegemônico de crises fecundas e realiza semestralmente uma média de 300 atendimentos à população da capital e do Estado, que sofre pacientemente em concomitância aos sintomas da doença bucal e com o enfrentamento do processo de triagem sócio-econômica da clínica, bem como a espera inevitável da relação de usuários que aguardam uma abertura nas vagas por atendimento.

Nota-se que na rotina de atividades da clínica de odontologia, não se encontra presente o setor de Serviço Social, o que torna mais desumano e incoerentemente seletivo o processo de triagem sócio-econômica que vinha sendo realizado até o semestre passado por alunos do curso em experiência na clínica integrada.

Estando a proposta do serviço vinculada a um projeto pedagógico acadêmico, questiona-se, até que ponto a perspectiva transcende este caráter e estende-se a dimensão de efetivação da cidadania e do direito social? A demanda dos serviços é formada por camada vulnerabilizada da população excluída do acesso aos serviços? Será que é de interesse da universidade trabalhar na direção dessa perspectiva? Que serviços odontológicos são esses? Que concepção de cidadania é entendida pelas linhas de atenção, pelos usuários e pelos alunos que estão em fase final do processo de formação profissional?

A hipótese é de que este serviço não se efetiva como um direito de cidadania. O perfil sócio-econômico da maioria dos usuários da clínica-escola, caracteriza-se por parcela precarizada da população e, apesar do interesse da Universidade em trabalhar na perspectiva da relação saúde e cidadania, esta não se efetiva em sua totalidade e nem é reconhecida por alunos e usuários no processo de atendimento.

A Política de Saúde Bucal apresenta uma base teórica e crítica restrita ao campo de investigação do Assistente Social. Para tanto, as contribuições da pesquisa social abrangem o campo institucional no desafio da efetivação de seus serviços, e para os usuários dos serviços odontológicos, que absorvem em maior grau o impacto da crise da saúde pública.

As discussões elaboradas no desenvolvimento deste trabalho, reforçadas pelos resultados apresentados no parecer da pesquisa social, contribuem para a análise crítica dos serviços de atenção à saúde, prestados pela clínica-escola de odontologia da UFRN, considerando os múltiplos determinantes que se abstraem no processo de trabalho acadêmico, confluenciado pelo método dialético, de modo a observar se estes serviços se efetivam enquanto um direito social a seus usuários, mediante as Diretrizes da Política Pública de Saúde Bucal.

A metodologia adotada na pesquisa está fundamentada na pesquisa quali-quantitativa, tendo como referencial teórico Richardson (1999); Thiollent (1986); Selltiz e Jahoda (1985) e Minayo (2000). Utilizou-se, dessa maneira, a técnica da entrevista individual. Como instrumento para coleta de dados foram utilizados formulários, elaborados para dois grupos de sujeitos distintos, quais sejam: usuários dos serviços da clínica-escola e alunos (9º e 10º período letivo) do curso de odontologia. A entrevista aos usuários partiu de um roteiro que contemplou questões abertas e fechadas de modo a permitir a construção do perfil sócio-econômico. No segundo momento o roteiro foi construído apenas de 06 (seis) questões abertas, destinadas a apreender a concepção quanto ao direito à saúde bucal (apêndices 1 e 2). do usuário quanto à oferta e qualidade do serviço prestado na clínica-escola, bem como a su

A entrevista realizada com os alunos da clínica-escola baseou-se num roteiro com questões abertas, cuja finalidade buscou apreender a concepção quanto ao direito à saúde bucal e a relevância dos serviços da clínica-escola.

Quanto à amostragem, é importante esclarecer que em uma pesquisa qualitativa, o que se torna importante não é apenas a representatividade numérica, e sim o aprofundamento e abrangência da compreensão. A amostra ideal “[...] seria aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (MINAYO,2000, p.102).

Participaram da pesquisa 53 usuários da clínica integrada, o que corresponde a 23% do total de pessoas atendidas na clínica no primeiro semestre letivo de 2005, e 12 alunos, o equivalente a 20% das turmas do 9º e 10º período, além de entrevistas extraídas de fonte primária, a partir de conversas informais, com professores e supervisores da clínica-escola, incluindo o Chefe do Departamento de Odontologia, Coordenador do curso de odontologia e Supervisora da clínica-escola.

O trabalho divide-se em três capítulos. No primeiro, aborda-se a gênese da assistência à saúde no Brasil e o seu constante processo de debates pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo desenvolve a articulação existente entre o papel social da UFRN e a assistência à saúde pública, em especial os casos das clínicas-escolas da área de saúde bucal, com destaque para a análise do perfil sócio-econômico dos usuários.

O terceiro capítulo enfatiza a qualificação dos usuários no que trata dos serviços e a sua concepção referente ao direito à saúde bucal, encerrando com a percepção dos alunos quanto ao processo de formação acadêmica e a relevância dos serviços para a população, numa perspectiva de análise crítica.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, reafirmando a perspectiva inicialmente questionada, bem como as referências que deram suporte teórico às discussões.

## **- CAPÍTULO 1 -**

### **A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL.**

### **1.1 Os serviços de Saúde na agenda pública brasileira: uma evolução homeopática**

A prática de saúde no Brasil, dentre as mais diversas áreas de intervenção, se constitui em uma prática acima de tudo histórica, cuja gênese, conforme registros do próprio Ministério da Saúde reporta-se a momentos fortemente implicados por determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, tendo como principal eixo de articulação a relação que se mantém presente até a atualidade entre Estado e Sociedade.

Considerando a análise a partir das Constituições Brasileiras, especialmente no tocante à assistência previdenciária e médica aos trabalhadores, observa-se que este processo inicia-se com a terceira década do século XX, com a Constituição de 1934. Anteriormente, durante o período colonial, as ações de saúde eram desenvolvidas pelos chamados exercentes (físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, boticários, etc.) e pelas Santas Casas de Misericórdia, que inicialmente atendiam aos doentes ou enfermos com infusões de ervas, raízes e outros produtos de origem indígena.

Os princípios que nortearam as ações dos Hospitais de Misericórdia e que permanecem até hoje são de ordem espiritual, tendo a frente à Igreja como instituição de ordenamento e execução dessas ações, denotando um caráter de benesse e conformação aos necessitados, reproduzindo as bases de um sistema de produção escravocrata, mercantil e de exploração. “O primeiro Hospital de Misericórdia no Brasil teve como fundador o Colono Braz Cubas, cujo hospital, inaugurado entre 1540 e 1547, recebeu o nome de ‘Santos’ em homenagem a um similar existente em Lisboa”( FINKELMAN, 2002, p.116).

As ações de saúde, a partir de uma intervenção do Estado surgiram na passagem do século XIX para o século XX, com as mudanças no modo de produção, tendo como cenário internacional o cientificismo Europeu. Nesse período, a economia brasileira baseava-

se na agricultura e as divisas produzidas para o desenvolvimento do País eram resultados da exportação de produtos agrícolas, especialmente café e açúcar:

A atuação do governo brasileiro se situava, estrategicamente, nos chamados ‘espaços de circulação de mercadorias’, ou seja, as estradas e os portos, principalmente os do Rio de Janeiro e de Santos em São Paulo. Era importante para o Estado criar condições para incrementar a política de imigração, incentivando a incorporação de mão-de-obra imigrante para as culturas cafeeiras. As primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde se dão a partir de interesses puramente mercantis. As regiões que não tinham importância estratégica para a economia do País ficaram abandonadas (OLIVEIRA, 2002, p. 87).

A melhoria das condições sanitárias da população dependia basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e meios urbanos, configurando uma ação efetiva do poder público voltado para o eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Ainda não se poderia afirmar que havia uma Política Nacional de Saúde Pública com objetivos de melhoria das condições de vida da população em substancial qualidade e abrangência das ações.

A economia exportadora de café focalizava-se em dois segmentos principais: os núcleos agrários e urbanos, atendendo as atividades de produção, financiamento, comercialização, transporte, administração e industrialização da produção. Desde as primeiras décadas do século XIX até início do século XX, houve toda a construção de um verdadeiro mercado de trabalho no Brasil, envolvendo uma massa considerável de trabalhadores, com uma integração entre a mão-de-obra dos setores urbano e rural. Entre o período de 1901 e 1920 entraram no país cerca de 1,5 milhões de estrangeiros, dos quais aproximadamente 60% se fixaram nas áreas urbanas e rurais do estado de São Paulo.

As ações do Estado buscavam assegurar o mínimo de condições sanitárias, o que significava, por um lado, garantir as bases para uma política governamental de atração da força de trabalho imigrante e, de outro, efetivar com fins de manutenção, a necessidade de preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um cenário de precariedade de infraestrutura sanitária dos espaços urbanos e rurais. Em 1828 foi instituída a Inspetoria de Saúde dos Portos, onde todas as embarcações suspeitas de transportar passageiros enfermos eram submetidas à quarentena e, em 1899, foi criado o Instituto Soroterápico de Manguinhos para a produção de soros e vacinas.

A ênfase na atenção à saúde por ordem estatal referia-se principalmente ao controle de enfermidades. No século XIX, a varíola era uma das doenças de maior causa-morte, seguida da febre-amarela, da peste bubônica e da cólera, para as quais o governo federal impôs medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de doentes e eliminação de transmissores:

Em novembro de 1904, a vacinação contra varíola tornou-se obrigatória, o que culminou com o movimento intitulado a ‘Revolta da Vacina’ que durou cinco dias, nos quais a cidade do Rio de Janeiro se transformou em uma verdadeira praça de guerra, e que deu origem à organização da ‘Liga Contra a Vacinação Obrigatória’(CONILL, 2002, p. 107).

As ações de saneamento no Brasil, enquanto um dos determinantes básicos das condições de saúde da população, foram realizadas sob a forma de serviços através dos primeiros sistemas e serviços de abastecimento de águas e esgotos. No período de meados do século XIX até início do século XX, o governo brasileiro, ainda incipiente, concedeu a exploração e prestação destes serviços às empresas privadas de origem estrangeira. Com a Constituição Brasileira de 1891, as esferas públicas estaduais passaram a ter legítimo poder

para criar serviços de águas e esgotos. Contudo, somente a partir de 1930 estes serviços passaram a se instituir enquanto ação própria do Estado.

A partir de críticas à burocracia, à dependência de recursos orçamentários e ao caixa único, característico da administração direta, foram construídas as primeiras autarquias de saneamento, objetivando maior autonomia desses serviços. Assim surgia uma diretriz para o setor de saneamento, que é a auto-sustentação tarifária e o financiamento com recursos onerosos para implantação de sistemas de água no Brasil. Em 1952, foram instituídos os Serviços Autônomos de Água e Esgotos (SAAES), originalmente proposto pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942. Em 1953, foi criado o primeiro plano de financiamento federal para abastecimento de água, que teve no SESP órgão técnico assessor (FINKELMAN, 2002, p. 140).

Na primeira década do século XX, durante a gestão do então presidente Rodrigues Alves, juntamente com Oswaldo Cruz, realizou-se uma reforma urbanística no Rio de Janeiro, incluindo um Programa de Saneamento que consistia em uma operação de demolição de habitações dos bairros populares, classificados como insalubres e condicionantes para transmissão de doenças epidêmicas.

À medida que tais ações destinavam-se a tornar as áreas urbanas mais adequadas para o alojamento de imigrantes que chegavam ao Brasil criando um cenário que cooptasse os investimentos estrangeiros, observa-se que tais ações promoviam um (re)ordenamento social, no sentido de “varrer” das ruas parcela da população que vivia em condições degradantes e subumanas, exposta a uma situação de moradia conceituada pelo Plano de Saneamento do governo como “moradia anti-higiênica e subnormal”.

No nível central da federação foi regulamentada em 1901 a Diretoria Geral de Saúde Pública (DIGESP). De um modo geral, a assistência à saúde, prestada por este e pelos órgãos federais que lhe sucederam, estava, ainda, restrita às situações de epidemia e aos casos de “particular interesse econômico”, para as condições de saúde pública, reservado ao eixo

central da economia, havendo de fato quase nenhuma capacidade de atuação e interesse do Estado na assistência coletiva à saúde, em dimensões mais completas ao nível de insatisfação e condições de saúde da sociedade naquele momento.

A assistência à saúde, numa abordagem médico-hospitalar como referenciado no início desse capítulo, dependia em maior parte de entidades beneficentes e filantrópicas, com ação limitada a prestar socorros médicos e fornecer medicamentos aos trabalhadores pobres e seus dependentes. A intervenção do Estado restringia-se em amplas dimensões a situações emergenciais; em alguns casos exercia-se de maneira impositiva com atuação fragmentada na área social, embora houvesse iniciativas na década de 1920 que instituiu, por lei, os Departamentos Nacionais de Saúde e Trabalho. Os conflitos entre capital e trabalho eram regulados por uma legislação esparsa, sendo tratados diretamente pelo aparato repressor, especificamente aos grupos de imigrantes.

Contudo, é na transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial, na passagem da década de 1920 à década de 1930, que se observa a formação de um sistema de assistência à saúde e, de um modo geral, um sistema típico de proteção social no Brasil. O surgimento de um modelo de prestação de serviços de assistência médica neste sentido esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro que teve como marco original as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

A Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, é considerada a principal referência de criação da Previdência Social no País. O projeto original do Deputado Eloy Chaves propunha a instituição da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os ferroviários, em cada uma das empresas da estrada de ferro, sem ônus para os cofres públicos. Esta caixa de proteção social teve como influência o modelo previdenciário inglês de seguro social. Reafirmando essa contribuição:

As CAP's eram organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, e eram responsáveis por benefícios pecuniários

e serviços de saúde para alguns empregados de empresas específicas, em sua maioria de importância estratégica. No período das CAP's, pelo menos até 1930, a assistência médica era colocada como prerrogativa fundamental deste embrionário sistema previdenciário e foi bastante desenvolvida a estruturação de uma rede própria (MENDES, 1998, p. 52).

Com a consolidação das CAP's e a atuação do Estado na regulação das atividades econômicas, essa mudança no sistema de prestação da assistência médica teve caráter predominantemente produtivista, com proteção diferenciada aos trabalhadores assalariados dos setores da economia e se traduziu, em especial, na efetivação de uma legislação trabalhista e previdenciária.

A intensificação da urbanização que se processava levou o País a transitar do setor rural para o industrial, embora permanesse a concentração nos espaços do crescente hipertrofiado eixo Rio-São Paulo. O papel do capital nacional foi de fundamental importância, assim como o do Estado que voltou todos os seus esforços para investimentos na infra-estrutura do País, especificamente para um sistema de transportes de cunho nacional e de integração entre os principais pólos de produção.

Na década de 1940, ampliou-se bastante o contingente da força de trabalho urbana. No plano social, esse período caracterizou-se por mudanças importantes introduzidas pelo governo de Getúlio Vargas, tais como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Essa nova forma de organização previdenciária teve como base a organização por categoria profissional, e como diferencial, uma maior participação do componente estatal. As primeiras IAP's fundadas neste período destinaram-se à categoria dos Marítimos, dos comerciários, dos bancários e dos industriários entre outros:

Nesta fase, há uma maior contenção de gastos, tendo a previdência atravessado um período de acumulação crescente, tornando a assistência um item secundário dentro dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Os superávits dos Institutos formavam um patrimônio considerável a ponto da

Previdência participar dos investimentos de interesse do governo em outras áreas [...] (CUNHA ; CUNHA, 1998, p. 12).

Com a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, tem-se início uma ampla reforma administrativa e política. Esta fase caracteriza-se por uma profunda centralização e conseqüentemente uma maior participação estatal nas políticas públicas, com a execução de medidas particularmente populistas. Pelo elevado grau de centralização de recursos e instrumentos institucionais e administrativos no Governo Federal, através do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública, também houve alterações nas políticas de saúde e educação.

Este período que corresponde ao Estado Novo de Getúlio Vargas se estende ao regime autoritário, instaurado após o golpe militar de 1964, compreendendo também, o período de consolidação de um Estado de Bem Estar brasileiro. A questão principal que perpassa a lógica de formação do Welfare State está centrada na relação entre Estado e Sociedade e na luta pela consolidação dos direitos sociais de cidadania, confluenciando os elementos civil, político e o social.

A regulação política do Estado através das atividades econômicas, nesse sentido, atendeu a interesses dos trabalhadores e do capital, permitindo alguma forma de compromisso entre eles:

[...] em que o desenvolvimento do Welfare State foi fundamentado em um compromisso de classe, que em troca da legitimação da propriedade privada dos meios de produção, os capitalistas concordaram que instituições políticas permitissem aos representantes dos trabalhadores a administração de parte da economia (ESPING-ANDERSEN, 1990, p.114).

Tal “compromisso”, entretanto, não se trata propriamente de uma concessão política diante do interesse da classe trabalhadora, mas sim uma medida orientada para a reprodução do capital cujas bases ideológicas encontra-se no Keynesianismo. A expansão dos

gastos sociais do Estado e a redistribuição de rendas em benefício dos trabalhadores que consomem a maior parte de seus rendimentos na relação de troca são duas maneiras de atender simultaneamente a interesses de capitalistas e trabalhadores, estimulando a produção e o consumo.

Em todas as suas formas de “compromisso”, o Keynesianismo consistiu em uma proposta contraditória, envolvendo o pleno emprego e a noção de igualdade. O pleno emprego estava relacionado à regulação do nível de emprego pela administração da demanda, particularmente dos gastos do Estado. A noção de igualdade estava aparentemente impressa na rede de serviços sociais que constituíam o Welfare State. Como provedor dos serviços sociais e regulador do mercado, o Estado passa a atuar em múltiplos espaços sociais, dentre eles, o Setor de Saúde.

Embora diversas medidas de caráter Keynesiano fossem utilizadas para conter pressões inflacionárias do pós-guerra, nenhum governo comprometeu-se com o pleno emprego às custas do compromisso de conter a inflação. A partir da década de 1940, a liberalização do comércio deu ênfase a expansão do pós-guerra que, por sua vez, possibilitou o acordo entre capital e trabalho, estimulando a generalização do método fordista de produção.

Na teoria da regulação, que norteia as análises deste mesmo autor, um modelo de desenvolvimento é o resultado da combinação de três elementos: modelo de processo de trabalho (paradigma tecnológico), regime de acumulação (condições macrossociais de produção) e modo de regulação (mecanismos de controle das contradições entre o comportamento dos indivíduos e os princípios coletivos do regime de acumulação). Para Lipietz (1998, p.81), “trata-se da adoção, nos países industrializados, de um modelo de desenvolvimento baseado no fordismo, que permite a expansão do Welfare State”.

Nesse horizonte, o Welfare State se desenvolve na esfera do modo de regulação como mecanismo para assegurar a adesão dos trabalhadores ao compromisso fordista. Esse modo de regulação é constituído por uma legislação trabalhista que acompanha ganhos de produtividade e por um sistema de seguridade social que garante o consumo dos trabalhadores. O Welfare State é, portanto, um mecanismo funcional para sustentação da concepção fordista de progresso, que confere ao Estado o papel ativo de controlador do processo de produção pela regulação do progresso tecnológico, do consumo de massa e da defesa de interesses do capital e do mercado.

Buscando agregar determinantes de caráter tanto econômico quanto político, observa-se que o desenvolvimento do Welfare State pode ser entendido como uma “resposta” a formação dos estados nacionais e sua transformação em democracias de massa e a expansão do modo de produção capitalista. Nas democracias de massa, o Welfare State seria tanto uma resposta às demandas por igualdade sócio-econômica e por institucionalização de direitos civis, sociais e políticos, quanto à demanda por seguridade econômica e social.

Nestas bases, o Welfare State brasileiro implicou uma transformação do próprio Estado, permitindo a emergência de um novo sistema de dominação composto por elites de beneficiários, clientelas sociais e uma burocracia prestadora de serviços. Com a modificação da estrutura do Estado, sua função e suas bases de legitimação também mudam, sendo o Welfare State uma tentativa de lidar com problemas específicos do desenvolvimento do capitalismo, como o conflito entre classes e as crises cíclicas do sistema, como forma de obter a cooperação da classe trabalhadora sem, no entanto, desafiar a instituição e a distribuição da produção.

No processo de modernização brasileiro, o Welfare State seria uma tentativa de criar dentro de novas formas de organização da sociedade (resultantes do aumento da divisão social do trabalho), uma nova forma de solidariedade na constituição do sistema de

seguridade social, de maneira a garantir o consumo dos trabalhadores que já não estariam mais inseridos no mercado de trabalho:

As políticas sociais brasileiras poderiam ser qualificadas apenas como residuais e meritocrático-corporativas. No primeiro caso, pelo fato de abrangerem toda a comunidade nacional como objeto de proteção social e, no segundo, pelo fato dos direitos sociais ficarem restritos a uma vinculação ao sistema previdenciário, de uma maneira tal que o exercício da cidadania era determinado pela participação em alguma categoria trabalhadora reconhecida por lei e que contribuísse para a previdência. A cidadania neste caso, não se consolidou no sentido de uma cidadania plena, mas de uma cidadania regulada (DRAIBE, 2001, p.97).

Draibe considera a constituição do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro como tardia, não estando propriamente vinculada a um Estado de Bem Estar. O processo de industrialização, imbricado por uma ideologia desenvolvimentista no País, avançou mediante as limitações de um cenário político e a forte resistência dos movimentos da sociedade na luta por uma ampliação na cobertura e na qualidade dos serviços públicos de saúde.

A “Era Vargas” trouxe modificações significativas com a criação do Ministério do Trabalho, sendo promulgada a legislação trabalhista, formando as novas bases de uma política de regulamentação do trabalho e de uma organização política dos trabalhadores. Em novembro de 1941, no Rio de Janeiro, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde que tratou de assuntos relacionados à organização sanitária estadual e municipal, à ampliação e sistematização das campanhas nacionais de saúde e o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. Ainda, em 1945, o então Presidente Getúlio Vargas instituiu a Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil que eram assegurados e ministrados pela União, em cooperação com os Territórios, Distrito Federal e Municípios. Estes serviços eram administrados pelo Instituto de Serviços Sociais do Brasil (ISSB).

Os serviços de Assistência Social compreendiam às necessidades de assistência médico-hospitalar e aquelas destinadas à melhoria das condições de alimentação, habitação e vestuário, àqueles que mediante contribuição obtinham rendimentos de qualquer fonte, através de vínculo empregatício com o governo, empresa privada ou enquanto contribuição no exercício de profissão autônoma. A assistência era concedida aos segurados e seus dependentes por meio de abonos, serviços ou através de utilidades materiais diretas. O atendimento às demandas das família dos segurados destinava-se à infância, assistência matrimonial e pré-natal.

Com a realização da II Conferência Nacional de Saúde, em 1950, no Rio de Janeiro, ressalta-se a importância do fortalecimento de estudos e a definição de normas, com vistas a uma maior resolução dos problemas de saúde no Brasil. Finalmente, em julho de 1953, Getúlio Vargas cria o Ministério da Saúde. A partir de então, muitos foram os caminhos na trajetória de uma luta que se estabelece, homeopaticamente, através dos avanços e retrocessos pela consolidação de um sistema de saúde unificado, descentralizado e equânime a toda sociedade.

Até a formação e consolidação do tripé da Seguridade Social na atualidade, através dos serviços de Assistência, Previdência e Saúde, travou-se um verdadeiro debate na arena da saúde pública brasileira, considerando todo o cenário político das complexas relações sociais que se desenhavam frente aos processos de repressão individual, por estados de liberdade coletiva.

## **1.2. As conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS): os novos significados da Assistência à saúde no Brasil.**

Apesar das constantes informações sobre a precariedade do Sistema Único de Saúde em nosso País é necessário compreender que enquanto Sistema que se processa há exatos 17 anos, desde a aprovação da Lei Federal que o implementou na Constituição de 1988, são múltiplos os determinantes a serem considerados em sua trajetória de consolidação, por uma efetiva execução em conformidade com os princípios e diretrizes que o normatiza:

O SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é em si uma garantia de mudanças. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS (CUNHA ; CUNHA, 1998, p. 21).

Essa construção, como afirma o autor, inicia-se desde a ditadura, com a instauração do governo militar de Castelo Branco, em 1964, em que se realizaram as principais reformas econômicas e institucionais, com uma perspectiva centralizadora. Nessa fase, a integração das regiões do País a um mercado de nível nacional desencadeou o processo intenso de imigrações rurais com destino às áreas urbanas, ocasionando conseqüências negativas nas condições de vida das populações que residiam nos centros das cidades, especificamente nas áreas de periferia, em decorrência do desemprego, do baixo nível salarial e da precária infra-estrutura das moradias, saneamento e serviços básicos assistenciais.

O regime autoritário trouxe como conseqüência imediata para as políticas de saúde no Brasil, um total esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da Previdência Social. A perspectiva centralizadora do Estado e seu crescente poder decisório foi marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), três anos após a realização da III Conferência Nacional de Saúde. O INPS, resultado da unificação dos vários

IAP's no ano de 1966, tem como principal órgão gestor o Estado, consolidando o modelo brasileiro de Seguro Social e de prestação de serviços médicos.

Configura-se, desse modo, um novo modelo de atenção à saúde: o modelo médico-assistencial privatista, onde o Estado é o grande gerenciador e o setor privado nacional é o maior prestador de serviços, observando-se a relação existente entre o Estado vinculado aos interesses do capital nacional e internacional. Inicia-se, dessa forma, um processo de privatização do setor da saúde com o estabelecimento de convênios e credenciamentos por parte do Estado, reduzindo-se os investimentos do governo na própria rede de assistência à saúde pública. A lógica do sistema de seguro social através do INPS excluía os usuários da participação na gestão e no controle, mas era permitida a participação nas antigas CAP's e IAP's.

A partir de metade da década de 1970, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que segue a mesma lógica de gerenciamento do INPS: “utilizando-se da compra de serviços do setor privado, justificada na época por ser tecnicamente mais viável, mas que se tratava, em síntese, de uma perversa conjugação entre estatismo e privatismo”(MENDES, 1998, p. 68).

Este modelo de seguridade social fundado sob bases excludentes, contribuiu para uma acumulação crescente do setor privado brasileiro. A precariedade do sistema, no entanto, não somente da área de saúde, mas de todo o setor social gerava insatisfação cada vez maior, não só por parte da população, mas também pela categoria de profissionais da área de saúde. Intensificavam-se, já nesse período, os movimentos sociais e as pressões de organismos internacionais, de modo que, ainda no governo Geisel, até final da década de 1970, passa a existir uma preocupação em minimizar os efeitos das políticas de saúde através de uma extensão na cobertura dos serviços de saúde.

No centro das lutas por políticas mais universalistas e do processo de abertura política atravessado pela crise do regime militar, na transição da década de 1970 para a de 1980, o movimento dos profissionais de saúde e de intelectuais da área de saúde coletiva começa a se ampliar. Aliado à insatisfação da população, notada significativamente no resultado das eleições parlamentares com a vitória da oposição, este movimento começa a formar identidade, sendo conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária, incorporando lideranças sindicais e populares, bem como parlamentares e parte da intelectualidade acadêmica.

Em contrapartida a esse cenário que dicotomizava a saúde do social, em 1978 a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que se realizou na cidade de Alma Ata (na antiga União Soviética), descrevendo os parâmetros e critérios para obtenção de Saúde para todos no século XX, conhecida como SPT 2000.

A conferência teve um papel importante na ampliação dos esforços do Movimento Sanitário, no sentido de modificar prioridades do setor de saúde, enfatizando o conceito de saúde, a promoção e a prevenção, em detrimento aos serviços clínicos e curativos, dando

apoio à população local através de ações voltadas para a melhoria da saúde, pautada em avaliações e questionamentos sobre um novo modelo biomédico. Um dos pontos de discussão mais relevantes realizados pela Conferência destaca-se quanto ao aspecto do direito e do dever de participação individual e coletiva da população, no planejamento e na execução dos cuidados de saúde:

A declaração de Alma Ata foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais. Ela representou uma ruptura radical com o pensamento convencional sobre a saúde. Pela primeira vez, dependência e pobreza foram ligadas ao estado de saúde, em um documento oficial assinado por diversos países e organizações internacionais. Desafios foram feitos para que o setor saúde superasse a aproximação individualista, tanto no aspecto curativo como preventivo, com uma análise mais ampla do que é saúde e do que é doença [...] (TEIXEIRA, 1989, p. 103).

No Brasil, durante este período, ganhava força o Movimento pela Reforma Sanitária, caracterizando-se como oposição às propostas implementadas pelo governo militar. Instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e alguns Núcleos de Saúde Coletiva das Universidades Públicas, tiveram papel importante neste processo.

Contudo, um dos principais marcos para a formação de uma política de saúde foi, sem dúvida, a VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, em Brasília, com ampla participação de técnicos, políticos, autoridades nacionais, regionais e locais do setor de saúde naquele momento. O plano do governo federal apresentado a essa Conferência foi o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), cujo propósito central seria racionalizar o gasto e distribuir melhor os recursos físicos e humanos já existentes no setor. “[...] configurava-se nitidamente, apenas uma estratégia para enfrentar a crise financeira previdenciária”(SOARES, 2001, p. 244).

O PREVSAÚDE sofreu várias modificações que, na realidade, não chegaram a ser implantadas, uma vez que a Previdência sofreu, no início da década de 1980, com o aprofundamento de uma crise de caráter político, social e econômico, resultando um alto déficit financeiro, oriundo de uma política que promovia desvios de recursos, ficando a assistência médica restrita economicamente. Por outro lado, o regime autoritário teria que buscar novas formas de legitimação, diante da insatisfação popular.

O contexto político de redemocratização trouxe, assim, novas perspectivas, sendo o PREVSAÚDE sucedido pelo Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, que apresentou o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), implantado logo no ano seguinte. Certamente, uma das experiências que mais se aproximaram de um sistema mais integrado e articulado no setor de saúde:

Além dos movimentos populares internos pela democratização e por uma política sanitária de caráter mais universalista e, do panorama mundial apontar para a concretização de novas alternativas para os sistemas de saúde centradas na Atenção Primária, institucionalmente, muitos avanços foram conseguidos a partir da atuação de componentes do Movimento Sanitário dentro da estrutura do governo (OLIVEIRA, 2002, p. 33).

Até o final da década de 1980, as AIS foram implantadas através do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), incorporando alguns dos princípios propostos pelo Movimento de Reforma Sanitária, efervescente naquele contexto, com vistas a superar o modelo vigente de organização das ações e dos serviços de saúde.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, também em Brasília, considerada como a “Pré-Constituinte da Saúde” assinalou conceitualmente para as

mudanças até então reivindicadas. O momento político propício, com o advento da Nova República pela eleição indireta de um presidente não-militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição contribuíram para a firmação deste processo.

Nesta Conferência, consagraram-se os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, contando com uma participação massiva de representantes da sociedade civil organizada, definindo-se as bases para a Reforma, com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a função de elaborar a proposta para o Componente Saúde da Nova Constituição Brasileira, obtendo a maior das conquistas através da garantia de seus princípios assegurados na Constituição Federal de 1988.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que reuniu pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o País, resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. Como consequência desse fortalecimento político, o Movimento conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão de ações e serviços necessários à garantia desse direito (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p.14)

A partir da elaboração da Carta Magna, de 1988, foi estabelecido que de acordo com o artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde deveriam integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A reconhecida Constituição Cidadã, ressalta:

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 (BRASIL, 1988, p.98).

Os fundamentos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na Lei Orgânica de Saúde (LOS – Leis 8.080/90 e 8.142/90) tiveram como pré-requisitos a municipalização de um modelo assistencial que contemplasse a diretriz da universalidade, equidade e integralidade, bem como assegurasse uma das mudanças mais significativas: o controle social. Os Conselhos de Saúde regulamentados a partir da Lei Orgânica de 1990 são entendidos como órgãos permanentes de caráter deliberativo, existente nas três esferas de governo e dotados de poderes legais, onde usuários têm representação paritária em relação aos representantes do governo/prestadores de serviço e profissionais de saúde.

A questão do controle, vinculado a uma noção de participação social da população nas políticas e na organização dos serviços, estabeleceu novos mecanismos de gestão: “[...] a participação social poderá ter um papel determinante na análise e definição das demandas de saúde, causando impacto modernizante e democratizante, ao negar e restringir a cultura patrimonialista” (CARVALHO, 1998, p. 99).

Um dos fatores determinantes do processo de implementação do SUS está na capacidade de abertura de canais de participação, transparência e descentralização que possam garantir os princípios almejados:

Este processo está mediado pelas relações de força e poder político (federal, regional e local). Assim, podemos observar, nas iniciativas de implementação estrutural do SUS, avanços e, principalmente, recuos deste processo na década de 1990, apesar dos esforços e espaços de resistência de muitos governos locais (VASCONCELOS, 2002, p. 78).

Com a chegada da década de 1990, observa-se um declínio em um dos mais acentuados setores de desordem da Política de Saúde Pública brasileira: o financiamento. A agudização da crise aliada às decisões políticas do governo federal provocaram a retração dos

gastos juntamente com as políticas sociais. Desse modo, a política de saúde, de caráter universalizante, vê-se obrigada a um refluxo dramático. Em 1993, o Ministério da Previdência Social atravessa mais uma de suas crises e, como maior consequência, o setor de saúde observa o desmonte de suas bases, especificamente, no plano da assistência básica e dos serviços médicos das unidades básicas de saúde.

Os serviços públicos a partir dessa fase caminham por um novo processo: o de Reforma do Estado, o que termina por atingir, cada vez mais, o setor de saúde. A dramática redução dos recursos ao Sistema Único de Saúde, visivelmente sentidos até a atualidade, retrocede aos princípios do período de sua implantação, ao expressar caoticamente as filas crescentes para uma simples marcação de uma consulta clínica, ou a falta de atendimento por escassez de material básico de proteção individual e tratamento como luvas e algodão.

Em contraponto, passa-se por um processo de conquistas com a implantação de um sistema descentralizado, unificado e regionalizado para um sistema que se insere em meio a uma crise política e econômica, com a proposta de Reforma do Estado, exposta no Plano Diretor para Reforma do Estado (BRASIL, 1995). As diretrizes dessa nova medida partem do princípio da “suposta” inviabilidade intrínseca do Estado em prestar bens e serviços à população, reavaliando, neste sentido, a natureza do seu caráter de gestor oficial das políticas públicas, redistribuindo tais responsabilidades com as entidades privadas e de cunho não governamental.

A implantação do projeto político de consolidação do modelo neoliberal buscou reduzir o papel do Estado e da sociedade civil organizada na definição e condução das políticas públicas estratégicas do país, principalmente as políticas de saúde e sociais. O SUS, então instituído, voltou-se ao período inicial de implantação, principalmente para a adequação e universalização do modelo de assistência médica individual, com ênfase restrita à saúde

coletiva e, ainda em menor grau à relação saúde, meio ambiente e qualidade de vida. Quanto ao crescimento das ideologias neoliberais:

Socialmente, o neoliberalismo conseguiu muito dos seus objetivos, criando sociedades marcadamente desiguais e mais desestatizadas. Política e ideologicamente, o neoliberalismo alcançou êxito num grau com o qual seus fundadores provavelmente jamais sonharam, disseminando a simples idéia de que não há alternativas para os seus princípios (ANDERSON,2001,p. 09).

A idéia era manter um Estado forte em sua capacidade de romper com o poder dos sindicatos, porém, parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A retomada do mercado através do capital financeiro seria a meta dos Estados neoliberais. Para tanto, seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos na área social e a restauração da taxa de desemprego, “incrementando” novamente os chamados “exércitos de reserva”, atingindo diretamente a força dos sindicatos através da fragmentação do trabalho e perda de vínculos, estendendo-se das relações de trabalho para as relações sociais, atacando as bases da esperança que se construiu nos anos mais difíceis da repressão.

A confluência de um quadro de conflitos traçado durante o processo de implantação do SUS, com perspectivas de se estabelecer a médio e longo prazo, está diretamente relacionada com o modo de operar das correlações de força entre os projetos de sociedade distintos, postos na arena de debates e disputas políticas do País. Assim, o processo de consolidação do SUS vem se dando através das lutas cotidianas, especificamente no contexto municipal, onde se acredita ser de maior viabilidade a implantação de modelos assistenciais mais condizentes com os princípios da universalidade, equidade e resolutividade, como propõe as diretrizes de sua Política:

Em função de sua característica hospitalocêntrica, medicalizadora, excludente, mercantil, dicotômica e pouco resolutiva, os modelos assistenciais estabelecidos no Brasil se constituíram num desafio para implantação do SUS, pelo fato deste apontar para uma lógica diametralmente oposta, de universalidade, integralidade e promoção à saúde (OLIVEIRA, 2002, p. 43).

No desenvolvimento deste processo, os significados de saúde encontram-se imbricados por valores de cidadania, direito social e justiça, em conformidade com a formação de uma rede de proteção à saúde que buscava firmar suas bases desde as formas de organização das demandas, até as estratégias e vias de inclusão nos serviços assistenciais da forma mais equânime possível, embora houvesse uma série de fatores que caminhassem na contra-mão desta nova Lei.

A participação popular nos Conselhos de Saúde foi um dos mais importantes avanços na construção dessa diretriz. Os debates continuaram e as expectativas diante de um novo desafio para ganhos não apenas de produtividade, mas principalmente, de qualidade e integralidade no atendimento foram uma das metas mais desejadas, trazendo novos elementos para essa discussão, como o conceito de humanização em saúde, saúde comunitária e coletiva e, um dos mais recentes, o Saúde da Família.

Diante das preocupações em abranger cada vez mais a atenção à saúde no País, e, acima de tudo, criar estratégias que venham estabelecer a integralidade da assistência, o governo volta-se ao desenvolvimento de uma área de atendimento até então polarizada com a acentuada crise do processo saúde-doença da população, ou seja, os problemas odontológicos.

Torna-se desse modo, essencial a ampliação dos horizontes de interesse e de atuação dos que trabalham na área odontológica, levando-os a se transformarem em agentes catalizadores de mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhoria dos níveis de saúde bucal da população sob seus cuidados. A construção de uma política de Saúde Bucal é elementar e imprescindível.

A década de 1960 marcou o apogeu da odontologia sanitária no Brasil, quando suas proposições davam o tom ao discurso oficial. O momento máximo aconteceu em 5 de

maio de 1967. Naquele dia, ocorreu na sede do Conselho Nacional de Saúde uma reunião convocada pelo Serviço Nacional de Fiscalização em Odontologia (SNFO), para a qual foram convidadas as principais entidades odontológicas de âmbito nacional. E assim a odontologia começa a escrever sua história de lutas.

### **1.3. A origem das práticas odontológicas no Brasil: das bases rudimentares à regulamentação da profissão**

A odontologia brasileira durante o período de sua institucionalização, a partir da década de 1950, produziu diversas adjetivações, no que trata da perspectiva e da concepção de seu objeto de intervenção, bem como passou por algumas modificações na forma de organização e na prestação dos serviços odontológicos. Os conceitos de maior destaque na literatura sobre a trajetória da saúde bucal no Brasil destacam mudanças de ordem semântica, tais como: a odontologia coletiva, preventiva, social, curativa e sanitária.

Enquanto profissão organizada, a odontologia tem pouco mais de um século de existência. Contudo, o reconhecimento do ensino da odontologia é pouco mais antigo que a constituição das associações profissionais de outras categorias como a medicina e a sociologia. Os dentistas “práticos” como eram conhecidos em sua origem, foram isentos da formação acadêmica até reconhecimento profissional, e tiveram salvaguardados seus direitos, aos quais lhe foram reservados o exercício prático através da prestação de serviço. A denominação “dentista” foi conferida apenas aos que passaram pelos cursos devidamente regulamentados a partir de 1884 no Brasil.

Consideravelmente, os primeiros cursos eram de base rudimentar. Na Europa, o curso da Escola de Odontologia de Baltimore, fundada em 1840, e a mais antiga do continente, era de 2 anos e 4 meses de duração, em média. O curso se constituía predominantemente teórico, e a verdadeira prática profissional era aprendida em consultórios,

diretamente com outros dentistas, numa relação mestre-aprendiz, o que não diferia muito do ensino anterior ao ensino formal.

No Brasil, os primeiros registros sobre as práticas referentes à odontologia datam do século XVI e restringiam-se quase que só às extrações dentárias:

As técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene. O barbeiro ou sangrador devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido. Os médicos (físicos) e cirurgiões, diante de tanta crueldade, evitavam esta tarefa, alegando os riscos para o paciente (possibilidade de morte) de hemorragias e inevitáveis infecções. Os barbeiros eram geralmente ignorantes e tinham um baixo conceito diante da sociedade (ROSENTHAL, 2001, p. 148).

O referido autor, em uma de suas mais importantes obras, que trata da história da odontologia no Brasil, registra que com a vinda da família real portuguesa para o país, foram criadas, em 1808, a Escola de Cirurgião no Hospital São José, na Bahia, e a Escola Anatômica e Médica no Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. Nestas escolas a orientação não era baseada no ensino universitário europeu, contudo, percebia-se o caráter eminentemente pragmático.

A primeira carta específica de dentista foi expedida em 15 de fevereiro de 1811, em nome de Pedro Martins de Moura, português, autorizando-o a tirar dentes. Em junho de 1811, recebeu a carta de autorização o primeiro brasileiro, Sebastião Fernandes de Oliveira, natural da Vila de Vitória, Espírito Santo. Eugênio Frederico Guertin, diplomado pela Faculdade de Medicina de Paris, foi o primeiro dentista da Casa Imperial, e teve sua carta de autorização expedida em março de 1820.

Por volta de 1830, os sangradores e barbeiros ainda acumulavam a “arte de tirar dentes”. Para avaliar o significado e conceito de “barbeiro” temos na quarta edição do Novo Dicionário da Língua Portuguesa, de Edmundo de Faria, publicado no Rio de Janeiro em 1859: “Barbeiro: s.m. – o que faz barba: (antigo) “sangrador”, cirurgião pouco instruído que sangrava, deitava ventosas, sarjas, punha cáusticos e fazia operações cirúrgicas pouco

importantes”. Na obra “Viagem Pitoresca e História do Brasil”, o artista francês Jean Baptiste Debret retrata cenas de negros barbeiros realizando atendimentos, sendo que a placa da loja de barbeiros incluía a função de dentista, embora o autor comente que muito menos ocupado como dentista, o barbeiro, nessa qualidade, só tem como clientes indivíduos de sua cor.

Em 1854, uma reformulação estatutária da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, incluiu a realização de exames de admissão aos dentistas e sangradores que se quiserem habilitar a fim de exercerem a sua profissão, o que foi regulamentado pelo Decreto nº 1764, de 14 de maio de 1856. Uma outra grande reforma do ensino, explicitada pelo Decreto nº 7247, de 19 de abril de 1879, definia que em cada uma das faculdades de medicina ficam anexos uma escola de farmácia, um curso de obstetrícia e outro de cirurgia dentária.

O ensino de Odontologia foi oficialmente instituído no Brasil em 25 de outubro de 1884, pelo Decreto nº 9311 do Governo Imperial, graças a Visconde de Sabóia, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. De início o ensino foi vinculado às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, programado em três séries. Ao final do curso, o aluno recebia o título de Cirurgião Dentista, sem colar grau ou outras formalidades.

O curso de Odontologia pioneiro passou a ter melhores condições para processo de formação profissional apenas em 1911, por Decreto promulgado pelo Presidente Epitácio Pessoa em 29 de novembro de 1919. A partir deste período, o então curso oferecido pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro se transformaria em Faculdade de Odontologia, com um curso de quatro anos de duração. Entretanto, esta reforma não foi executada e apenas em 1925, o curso de Odontologia se consolidou como Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro, permanecendo em prédio anexo à Faculdade de Medicina e oferecendo um curso de três anos. Em 1947 o Curso passou novamente por reformulações e sua grade curricular voltou a ser oferecido em quatro anos, tendo formado sua primeira turma em 1951.

No Estado de São Paulo, o ensino de Odontologia já surgiu de forma distinta da Faculdade de Medicina, porém ligada à Farmácia, e criada como fruto da iniciativa privada. Na cidade de São Paulo, em 11 de fevereiro de 1899, foi inaugurada, como entidade particular, a Escola Livre de Farmácia e Odontologia, que mais tarde acolheria a Faculdade de Medicina. Poucos anos após sua fundação, passou a ministrar, também, cursos de Obstetrícia, alterando-se sua designação para Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia. Em 1932 passou para rede estadual de ensino. O curso de Obstetrícia passou a ser privativo da Faculdade de Medicina.

Nos anos de 1960, iniciou-se um movimento na Odontologia Brasileira, tendo como objetivo a criação dos Conselhos de Odontologia. O antigo Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia (SNFO) encaminhou ao Ministério da Saúde um vasto trabalho sobre o assunto. A partir daí, através da Exposição de Motivos nº 185, de 31 de agosto de 1960, esse mesmo tema foi submetido à apreciação do Exmo. Sr. Presidente da República. A análise foi feita e encaminhada pelo Poder Executivo ao Congresso Nacional com a Mensagem nº 357, de 27 de setembro de 1960. O projeto foi convertido na Lei nº 4.324, de 14 de Abril de 1964, que institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia.

Em 30 de junho de 1965, foi instalado o Conselho Federal de Odontologia (CFO), em caráter provisório, e eleito a sua primeira diretoria. Em 1966, foram instalados os primeiros Conselhos Regionais de Odontologia, havendo hoje presença nos 26 estados e no Distrito Federal. Em 30 de junho de 1967, foi eleito o primeiro plenário do Conselho Federal de Odontologia, para o mandato de três anos. O 1º Regimento Interno da Autarquia foi aprovado em 1968 e o Regimento Eleitoral, em 1969. Os principais objetivos dos Conselhos são a supervisão da ética profissional, o zelo pelo perfeito desempenho ético odontológico e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que exercem legalmente.

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, criados pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964 e posteriormente instituído pelo Decreto 68.704, de 03 de junho de 1971, constituem em seu conjunto uma Autarquia, sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) institui novas diretrizes curriculares nacionais nos Cursos de Graduação em Odontologia, através da Resolução Nº 3 CNE, de 19 de Fevereiro de 2002. Observa-se nesta Resolução uma grande preocupação do Ministério da Educação, através do Conselho Nacional de Educação, com a formação do Cirurgião Dentista pautado em princípios éticos (Art. 3º), bem como respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional (Art. 5º, item I). Nota-se neste artigo que, a formação do Cirurgião Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas à sua área de atuação, devendo ainda:

[...] manter reconhecido padrão de ética profissional e conduta, e aplicá-lo em todos os aspectos da vida profissional, e tendo que comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral sem infringir o Código de Ética Odontológica regulamentado pelo Conselho Federal de Odontologia (CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA, 2002, p. 21).

A elaboração da grade curricular do curso de Odontologia é de extrema importância para que se cumpra o disposto na Resolução nº 3 do CNE de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia.

[...] os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve

assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (2002, p.01).

Em aproximadamente pouco mais de um século de existência desde o registro das primeiras práticas odontológicas, a profissão de Cirurgião Dentista percorreu uma trajetória de lutas e conquistas até o alcance de sua regulamentação, institucionalização da prática e Consolidação do Código de Ética. A odontologia enquanto objeto de várias adjetivações, especificamente para a realidade brasileira, trouxe uma série de questionamentos mediante o distanciamento existente entre a prática, a teoria e o contexto macrossocial. Nos últimos quarenta anos, a odontologia se desenhava à margem das transformações vivenciadas pelo Sistema Público de Saúde nas décadas que antecederam uma efetiva modificação em sua conformação acadêmica e interventiva.

A assistência odontológica era pensada na década de 1950 no Brasil enquanto assistência ao indigente, à gestante e ao escolar. A prática odontológica compreendia-se como trabalho organizado da comunidade e para a comunidade, no sentido de obter as melhores condições médias possíveis de saúde oral. Entende-se saúde oral não ainda numa concepção mais ampla dentro do debate da odontologia social. Neste período, a odontologia conformava sua base no campo do Desenvolvimento de Comunidade, vinculada à vazão de uma ideologia do desenvolvimentismo, priorizando alguns segmentos como estratégicos para a execução de um Programa de Saúde focalizado, residual e excludente, do ponto de vista do atendimento exclusivo a alguns usuários.

A abordagem era voltada para uma aplicação médica-oral, e não se estabelecia uma relação mais ampla dentro da dimensão social do conceito de saúde. As metas destinavam-se à aplicação de flúor e à realização de extrações e restaurações dentárias. Os

serviços de saúde pública não ofereciam acesso universalizado, de modo a assegurar assistência odontológica com o padrão mínimo de qualidade.

Na década de 1960, a confluência semântica se dava em torno do conceito da odontologia preventiva e da odontologia sanitária. Essas, contudo, não são sinônimos. A distinção entre ambas é clara. A odontologia preventiva tomando prevenção em sentido restrito, é a parte da odontologia que trata dos diferentes modos pelos quais se podem prevenir as enfermidades orais.

A odontologia preventiva, ao estudar um método preventivo, não cogita saber se aquele método será usado em clínica particular ou em saúde pública. Esta cogitação constitui objeto da odontologia sanitária. A odontologia preventiva é constituída por uma soma de conhecimentos que, quando aplicados, seja em clínica particular, seja em serviços sociais, seja como medidas coletivas permitem prevenir total ou parcialmente as doenças sob responsabilidade do dentista.

Uma especialidade que constitui exceção à regra das especialidades odontológicas que são de complexidade crescente e generalidade decrescente, pois quando a odontologia sanitária é mais geral que a odontologia, é de generalidade crescente e complexidade decrescente (NARVAI, 1995. p.62).

O que o autor chama a atenção para a “complexidade decrescente” da odontologia sanitária, refere-se à complexidade biológica, tomando como referencial o enfoque biológico da odontologia, reconhecendo e levando-se em conta, o conjunto dos aspectos políticos e sociais envolvidos no exercício dessas atividades.

Partindo da odontologia que era feita nas décadas anteriores, quase que exclusivamente mutiladora e reparadora, juntamente com os novos conhecimentos científicos

adquiridos na década de 1960 e 1970, em relação aos fatores causais da doença cárie, ficou claro que da forma como estava sendo concebida a odontologia, não se conseguiria atingir a saúde bucal, começando a surgir no Brasil uma nova forma de se conceber a odontologia.

A odontologia preventiva seduziu inicialmente apenas alguns setores universitários. Mas passou por muitas críticas, a ponto de ser vista como "coisa de poetas" ou ainda "coisa de comunistas" até que nos anos 80, com o desenvolvimento de novos conhecimentos, e a absorção da experiência de outros países, foram quebradas as barreiras por aqui (NARVAI, 1998, p. 40).

No manual sobre odontologia social, se registrou algumas considerações sobre o processo de transição da concepção de saúde bucal, a partir do movimento que gerou toda a discussão sobre o desenvolvimento da prática e os conceitos que se enunciavam na academia e no movimento de Reforma Sanitária em final da década de 1970:

Não devemos compreender que a odontologia permanece voltada à construção de um paradigma voltado ao social, à ampliação de um processo de inclusão cada vez maior nos serviços públicos de assistência e atenção odontológica. [...] Com o início de uma perspectiva que contempla a atenção integral e panorâmica de saúde, os serviços são funcionais e não compreendem sistemas mais amplos de ordem social, garantindo-se a prestação de uma assistência básica que não processa serviços mais interligados em uma rede pública de saúde em geral (CHAVES, 1996, p.87).

A odontologia coletiva em decorrência do movimento da Saúde Coletiva no Brasil na década de 1980 produziu uma nova perspectiva no direcionamento do trabalho odontológico, em que o termo “coletivo”, buscava construir uma referência teórica contrária para as ações a serem desenvolvidas, mantendo um vínculo com a saúde bucal para superar os estreitos limites com o mero assistencialismo. Logo, falar em assistência odontológica significava reduzir as ações a uma intervenção assistencial.

Desse modo, a expressão “odontologia coletiva” e “saúde bucal coletiva” não teriam o mesmo significado. Gradativamente, a partir de ações que se expandiam ao campo político nacional através dos movimentos populares na luta pela saúde, afirmar uma prática sanitária que reivindicava origem distinta das “odontologias” representava a definição de uma nova agenda pública que incluía no debate novas articulações e novos compromissos ético-sociais para a prática profissional. O conceito de saúde bucal passa então a alcançar maior abrangência, saindo do campo exclusivo da prática para a elaboração de uma práxis. Narvai (2004,p.118) reafirma esta perspectiva:

A saúde bucal tem procurado constituir-se em referência de uma práxis capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral, indispensáveis às práticas no campo da saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e assim sejam consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade.

Sem dúvida, é no campo da política por excelência que se torna claro a correlação de forças incisivas frente ao estabelecimento de uma compreensão de saúde bucal a partir de estruturas coletivas. Numa concepção do senso comum, (in)diretamente, existem diferenças concretas entre a “boca de um usuário pobre” e a “boca de um usuário rico”. Contudo, por mais comuns e semelhantes que a anatomia de ambas possam assinalar, entende-se que a subjetividade e o caráter social contidos na consciência desses usuários é social e historicamente determinada. Uma nova fase da Odontologia estava a iniciar, rompendo paradigmas.

## **- CAPÍTULO 2 -**

### **OS AVANÇOS NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BUCAL NAS DIRETRIZES DA CIDADANIA**

#### **2.1. As clínicas-escolas da área de saúde enquanto alternativas de atendimento à população: uma relação de mútua aprendizagem**

O acesso à saúde enquanto direito social garantido pela Constituição de 1988, precisa, acima de tudo, elevar-se para além de suas bases legislativas, passando do status do direito ao exercício pleno da cidadania. Com base na concepção de Marshall, “a cidadania constitui-se como a conjunção dos direitos civis, conquistados no século XVIII; os direitos políticos, alcançados no século XIX ; e os direitos sociais, conquistados no século XX, chamados direitos de segunda geração”(VIEIRA,2001, p.41).

As demandas sociais por infra-estrutura e por serviços de saúde, incluindo-se aí o acesso aos serviços, foram marcantes nos movimentos populares da década de 1980. O chamado processo de redemocratização do país, direcionou as bases de articulação dos diversos atores sociais envolvidos, levando-os à conquista de direitos e ao desenvolvimento de ações relacionadas a cidadania. Na concepção de Sader (2003, p.104), “os articuladores sociais que transformam as demandas e tentaram organizar a forma de reivindicação, deram origem, na saúde, ao termo cidadania, que aparece como direito social”.

Durante a transição democrática no Brasil, a discussão dos direitos passou pela superposição entre as demandas sociais e os movimentos sociais pela construção da democracia. Contudo, na atualidade, reconhecer e usufruir direitos políticos e sociais estão

vinculados a uma concepção de cidadania que enfrenta desafios crescentes, considerando o caráter universalista das Políticas Sociais e a sua contraditória relação presente no binômio igualdade/diferença.

Conforme Santos (1997, p.61) “o Estado de Bem-Estar Social altera o aparelho institucional e passa a ofertar serviços sociais, fruto do pacto social e político entre o capital-Estado-classe trabalhadora”. Diferentemente do que ocorreu nos países de capitalismo avançado, no Brasil não houve um pacto social e sim uma aliança conjuntural constituindo o Estado Assistencial. No entendimento do autor, “essa vertente Assistencial do Estado, ao contrário, apresenta-se frágil, impotente, compelindo a sociedade civil e o próprio povo pauperizado a cooperar na produção de serviços sociais”.

No país, a implantação de Políticas Públicas destinadas a atender a demanda resultante do agravamento da Questão Social, remonta a ordem de um Estado de Bem Estar que procurava de forma exígua legitimar uma participação institucional elementar na construção de respostas aos diversos segmentos populacionais.

Especificamente no que trata da capacidade do Estado para universalizar benefícios e serviços sociais, observa-se restrições latentes quanto à expansão da cidadania nas últimas décadas, com ênfase crescente à cristalização de uma solidariedade abstrata e generalizada, principalmente nas duas últimas décadas.

A saúde bucal enquanto direito à saúde, acompanha um processo de publicização que opera gradativamente sob a dinâmica política do favor, das limitações burocráticas e da descaracterização do humano enquanto usuário, em detrimento ao cliente. Já não bastassem as dificuldades na rotina de atendimento dos serviços básicos de odontologia, encontram-se assim definidas as implicações de caráter social, estético, econômico e cultural que perpassam a realidade das condições de saúde bucal de milhões de brasileiros na atualidade.

Comumente, observa-se nos períodos eleitorais no país a permanência de uma prática baseada na troca de votos através da doação de próteses dentárias. Um investimento que deplora e explora consideravelmente a condição de miséria de uma camada da população que é excluída do acesso a serviços básicos odontológicos, resvalando sob situações que humilham e degradam o cidadão e o humano.

No Brasil, o interesse e a preocupação com as desigualdades no acesso aos serviços públicos de saúde bucal, vêm demonstrando um crescimento lento, contudo, os avanços são significativos. O processo de debate envolvendo a categoria dos cirurgiões-dentistas foi de extrema importância para a elaboração das diretrizes da Política de Saúde Bucal editada em 2004. Este momento de construção trouxe como resultado o fortalecimento coletivo dos Conselhos de Direito da categoria profissional, a consolidação das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Bucal e da ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos) e do empenho contínuo da pesquisa e extensão dos cursos acadêmicos de odontologia em todo país.

Analisar a demanda por saúde bucal como parte integrante da saúde do indivíduo, estando diretamente ligada às condições para uma melhor qualidade de vida, remete à análise dos registros em saúde bucal como um fator inerente à concepção de saúde a partir de seu marco inicial. Interessante notar que a saúde bucal fez-se valorizada, mesmo diante do número expressivo de necessidades em saúde expressas pela população e da predominância de temas próprios do gerenciamento em saúde, presente constantemente nas pautas das reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Órgãos Gestores.

Mediante a realidade de dificuldades no acesso aos serviços clínicos de odontologia, observa-se que a própria população usuária e demandária desses serviços busca alternativas mais próximas de suas condições sócio-econômicas e porque não, mais “acessíveis” do ponto de vista das facilidades no processo de inclusão dos serviços. As

clínicas-escola de odontologia, vinculadas às instituições de ensino superior, são uma expressão dessa realidade.

A história da assistência à saúde prestada a população de baixa renda pelos hospitais de caridade e de cunho confessional, se expandiu com a constituição das bases educacionais através da formação das entidades laicas de ensino. Com a criação dos hospitais-escola no século XIX, hoje conhecidos como hospitais universitários, criou-se também a oferta de serviços de saúde à população, como forma convencional de articular a metodologia da experiência de estágio e da formação acadêmica ao atendimento clínico gratuito.

Tendo a Universidade as finalidades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, e considerando ser ela a principal geradora de pesquisas científicas em nosso meio, emerge a sua responsabilidade em respeitar e divulgar as diretrizes éticas que devem orientar a prática científica (MENDONÇA, 2000, p. 176).

Entre os mais de 6.000 hospitais integrados ao Sistema Único de Saúde em 2001, 154 foram reconhecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação como de ensino, ou auxiliares de ensino, segundo critérios estabelecidos em portaria de 1994, credenciando-se a parcela adicional de recursos do SUS, o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS/MEC, 2003).

Em 2001, esses hospitais foram responsáveis por aproximadamente 9% dos leitos, 12% das internações e 24% dos recursos do SUS destinados ao pagamento de internações (SIASUS, 2003). Tal concentração reflete maior dimensão aos atendimentos de média complexidade e impacto significativo com os de alta complexidade. Responderam, no mesmo período, por algo em torno de 50% das cirurgias cardíacas, 70% dos transplantes, 50% das neurocirurgias e 65% dos atendimentos na área de malformações craniofaciais. Por seu

caráter de referência, concentram os pacientes mais graves, que exigem mais recursos e atenção.

Em se tratando de saúde bucal, a situação é irrisória, embora se tenha 173 faculdades de Odontologia no país (27 federais, 18 estaduais, 7 municipais e 121 particulares) e um total de 201.270 dentistas Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2005), a maioria da população não tem acesso aos serviços destes profissionais tampouco dispõe de condições sócio-econômicas para prover atendimento médico privado e atender suas necessidades.

Com o aumento dos investimentos do Governo Federal em Programas de Saúde Bucal, houve de forma significativa um acréscimo no acesso aos serviços odontológicos básicos. Contudo, o número de brasileiros que nunca foram a um dentista permanece alto: 27,9 milhões de pessoas, o equivalente a 15,9% da população. A informação faz parte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD SAÚDE/IBGE, 2003).

A mesma pesquisa revela que apenas 55% dos adolescentes têm todos os dentes. Entre os adultos na faixa de 24 a 55 anos, a falta de dentes afeta 54% da população e 10% dos idosos. No total, são 30 milhões de brasileiros desdentados. Desses, 8 milhões precisam de prótese dentária completa. Estes números mostram que é bastante elevada a média nacional de Dentes Cariados, Obturados e Perdidos, o chamado índice CPO-D. Segundo Gentil (2004, p.86):

As condições da boca são essenciais para o equilíbrio e o estado de saúde integral das pessoas, mas infelizmente isto não é bem difundido no Brasil, principalmente nas regiões onde o analfabetismo é marcante e os meios de comunicação são precários, ficando, desta forma para segundo plano a importância do acompanhamento do tratamento odontológico desde os primeiros meses de vida.

Com base nesse estudo e no levantamento Saúde Bucal 2003, o Governo Federal lançou o programa Brasil Sorridente, que destina-se a distribuir milhões de kits com escova de dente e creme dental. Conforme registro do próprio Ministério da Saúde, em 2005 cerca de 500 mil alunos da rede de ensino público receberam este kit e a previsão para o ano de 2006 é de um investimento maior, superando a ordem de R\$ 1,2 bilhão investidos em 2005. O Programa prevê ainda a construção de 354 centros odontológicos com laboratórios públicos em municípios estratégicos, especialmente aqueles que não disponibilizam serviços odontológicos de média e alta complexidade. Na meta está incluída a implantação de 559 consultórios para as equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família (PSF/SIASUS, 2005).

A incorporação do Cirurgião-dentista à equipe multiprofissional do PSF também foi um avanço para a categoria e um ganho razoável para a população. A intenção do Ministério da Saúde em estimular a inclusão da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família representou um fator relevante para o crescimento da Odontologia como profissão no Brasil e da Saúde Bucal como princípio da condição de cidadania dos brasileiros, embora as condições e o processo de trabalho nas unidades básicas de saúde agonizem aos sintomas do sucateamento.

Historicamente, a incorporação do odontólogo ao PSF representou uma das mais importantes iniciativas da assistência pública porque cria um conjunto de possibilidades objetivas para expansão e reorganização das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica oferecida pelo Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família é um veículo da história que pode carrear, futuro afora, elementos do “novo” gerados num processo rico de recriação das situações presentes, em busca de um esperado estado de melhoria da saúde bucal, já possível de ser vivenciado por parcela dos cidadãos brasileiros, segundo dados do Saúde Bucal 2003.

Por outro lado, como veículo da história, essa inclusão também pode trazer elementos já esgotados do “velho”, os quais, travestidos de “novos”, sob o manto da Saúde da Família, acabarão por mortificar as possibilidades objetivas de superação das situações presentes. E o presente, através do PSF, poderá dilaceradamente se tornar uma faca de dois gumes.

Os elementos do “novo” estão na possibilidade de se instituir um novo paradigma de Planejamento e Programação da Atenção Básica oferecida pelo SUS. Pois, esse novo paradigma não surge desde a perda da sustentabilidade técnica, política e programática do Sistema Incremental Sespiano e suas variações, ao longo dos anos de 1980, desde o abandono da idéia da assistência odontológica radicada nas unidades escolares e ainda, desde a afirmação da idéia da assistência organizada a partir das unidades de saúde do SUS, ao longo da década de 1990.

O chamado Sistema Incremental Sespiano, segundo Narvai (2004, p.101) foi criado a partir da Fundação SESP, daí o termo Sespiano, mas o modelo Incremental:

Foi introduzido na administração de serviços de odontologia sanitária como um sistema de tratamento comunitário, cujo método de trabalho visa o completo atendimento dental de uma população dada, mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridade quanto a idades e determinados problemas, como no caso de prioridade à escolares na faixa etária de 7 a 14 anos e gestantes.

Embora o Sistema Incremental tenha deixado suas contribuições, nota-se que a herança do modelo SUS não significa apenas avanços, o que pode ser traduzido na redução da jornada assistencial curativa e, em várias situações, impelindo para a Atenção na forma de clínicas com ambulatórios de Livre Demanda operados mediante a simples distribuição diária

de fichas de atendimento, com recorrentes filas crescentes que nascem pelas madrugadas e permite que usuários durmam nas calçadas para garantir um atendimento.

Assim, a oferta de atenção à Saúde Bucal expandiu-se nas unidades de saúde do SUS sem um novo paradigma sustentável. A falta de sustentabilidade, decorrente da incapacidade de traduzir os princípios do SUS em ações assistenciais concretas, levou a um processo de involução programática (ZANETTI, 2004, p.106).

A inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família pode também estimular a expansão não sustentável da oferta de serviços. Isso pode ser observado mediante a análise do documento do Ministério da Saúde, considerando as vertentes do gerenciamento dos serviços oferecidos pela equipe do PSF e a forma de avaliação e acompanhamento que se desenvolve no processo de trabalho.

Considerando que as instruções normativas quanto à organização da assistência à saúde bucal no PSF repetem rotinas vencidas, a maior parte da demanda termina sendo redirecionada às “velhas” unidades de saúde para atender a população advinda do PSF.

Dentre as escassas alternativas da população na procura por atendimento, que absorvem grande parte da demanda reprimida do SUS, destacam-se os serviços prestados pelas organizações com base na odontologia popular, de custo mais reduzido e os serviços oferecidos pelas Faculdades Públicas através das clínicas-escola.

Neste contexto, para dar continuidade a Odontologia de sempre, na base da distribuição de fichas numa clínica com baixa resolutividade e baixa cobertura, eleitoralmente, vale mais sustentar a abertura de novas clínicas médicas ou de novas equipes de PSF sem maiores investimentos na Educação em Saúde Bucal (ESB). Isso porque, na fala do senso comum sobre Saúde, a Odontologia está para a Medicina assim como, no

Saneamento, a água está para o esgoto: gasta-se muito e aparece pouco. Nessa perspectiva, reitera Narvai (2002, p. 57):

Mesmo com o Ministério da Saúde afirmando que com a inserção da saúde bucal no PSF objetiva-se garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, argumenta-se em sentido contrário que, na prática, o PSF tem ficado restrito apenas à atenção básica, contrariando outro princípio constitucional: o do atendimento integral, que pressupõe acesso a todos os níveis de atenção, acesso este não assegurado em todos os lugares onde o PSF vem sendo implantado.

Se com a implantação do PSF Bucal a questão da odontologia no país ainda oferece resistência de crescimento mediante o processo de crise e sucateamento da Saúde Pública no Brasil, compreende-se que tais esforços empreendem resultados pontuais, especificamente quando se trata dos investimentos na Educação em Saúde Bucal (ESB) e na ampliação da cobertura da Atenção Básica. Portanto, para que se obtenha ganhos efetivos, a intersetorialidade se faz imprescindível não somente entre as ações das diversas áreas de intervenção das Políticas Públicas, ela é fator essencial para o alcance da qualidade dos serviços e para a consolidação da integralidade através do usufruto do direito.

A idéia do direito à saúde é resgatada como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc (PAIM, 2000, p. 49).

Como forma de criar estratégias de manutenção à saúde bucal, muitas vezes somente priorizada quando se torna crônica, parcela da população recorre a estratégias mais próximas de sua condição sócio-econômica, se não, buscam alternativas mais aproximadas do plano das relações sociais, que mediam laços de parentesco e relações de trabalho de modo a oportunizar o acesso imediato e em curto prazo.

As pessoas que buscam os serviços da clínica-escola de odontologia da UFRN compreendem parcela da população que por fatores múltiplos são levadas a usufruir serviços de qualidade, com fins públicos e acadêmicos, limitando-se a uma perspectiva restrita do ponto de vista do acesso e da concepção do direito à saúde enquanto uma condição “privilegiada” de poucos. Analisar a dimensão em que se constitui a demanda dos serviços da clínica de odontologia não parece ser tarefa fácil, especificamente quando se trata de uma demanda formada a partir de um acesso consolidado.

## **2.2. A clínica-escola de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: a assistência vinculada a um projeto pedagógico**

A clínica-escola de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte compõe uma das unidades de prestação de serviço à comunidade dessa instituição de ensino, associando-se ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Hospital de Pediatria (HOSPED), Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) e Hospital Universitário Ana Bezerra.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte foi criada pelo Decreto Estadual nº 682, de 03/02/1947. Na época, era praxe a criação das Faculdades de Farmácia e Odontologia vinculadas no mesmo espaço físico, ainda que autônomas pelo seu corpo docente e discente e pelos seus respectivos currículos. No ano de 1951, a Faculdade diplomava a sua primeira turma de Cirurgiões-Dentistas e Farmacêuticos.

O acontecimento de maior destaque na vida da Faculdade foi, sem dúvida, o reconhecimento dos seus cursos pelo governo federal, mediante o decreto nº 31.209, de 29/07/1952. Incorporada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte pela Lei Estadual nº 2.307, de 26/06/1958, a Faculdade de Farmácia e Odontologia, com a federalização da Universidade pela lei nº 3.849, de 18/12/1960, foi desmembrada em duas unidades

independentes, a Faculdade de Odontologia e a Faculdade de Farmácia. Desde então, o curso de Odontologia vem se tornando um dos mais importantes dentro da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e no Estado como um todo.

Em entrevista com um dos fundadores da clínica-escola integrada da Faculdade de Odontologia da UFRN em 1968, Professor Odilon Garcia, esse fato histórico não é mérito exclusivo seu, mas contou com a participação de outras personalidades do curso de Odontologia como os professores Alberto Campos, Clemente Galvão, José Cavalcante, Hélio Lucena, Marcelo Galante e Aldo Tinoco. Em sua fala, Professor Odilon Garcia destaca:

“A prática estava ausente da formação do aluno e em 1970 nós viajamos para um Congresso promovido pela Associação Brasileira de Odontologia – ABO em São Paulo. A partir de então lancei a idéia da qual futuramente todas as Faculdades copiaram o modelo da nossa clínica-integrada. A clínica-escola revolucionou o ensino da odontologia”.

A estrutura da Faculdade de odontologia naquele período iniciava as bases para a constituição de uma referência nacional. Ainda conforme Garcia:

“[...] tínhamos a liberdade de arrumar as coisas na faculdade e não havia tanta burocracia e hierarquia como hoje pra se chegar ao Reitor. Havia três departamentos e um diretor e com a clínica-escola formou-se mais um departamento, o de clínica integrada. Com a assistência dos professores de cada disciplina, isso melhorou muito a formação do cirurgião-dentista”.

Em sua declaração, percebia-se receio ao falar do curso durante o período ditatorial. Segundo sua apreciação não houve muita repressão.

“Não havia muita pressão na faculdade na época da ditadura. No ano de eleição do professor Antonio Pablo à chefe do departamento houve uma movimentação da Reitoria, mas ninguém quis intervir. O que existia era uma exigência maior quanto à postura dos alunos do curso. Na direção de José Cavalcante ninguém freqüentava as aulas sem usar roupa branca e os homens tinham que manter a barba feita”.

As turmas do curso de odontologia eram pequenas e muitos alunos vinham do interior do Estado. Na época da fundação, a odontologia funcionava no Colégio Atheneu e o quadro de Recursos Humanos era formado pela universidade. O projeto de extensão do curso iniciou-se em 1975 quando um grupo de 13 professores realizaram curso de Mestrado pela faculdade de Bauru, em São Paulo. Com o término da pós-graduação, os Mestres retornaram à Natal iniciando o primeiro curso de especialização em odontologia pela UFRN, com destaque para o professor Gaspar Soares Brandão, coordenador do curso.

Os registros históricos através de um referencial próprio sobre a formação do curso de odontologia no Rio Grande do Norte são restritos e somente pode ser disponibilizado por meio da netgrafia da UFRN ou de diálogos enriquecedores com professores ilustres do curso de odontologia. Professor Odilon Garcia é uma figura memorável e sua indignação quanto a este aspecto é visível.

“Em 1980 me desvinculei das atividades acadêmicas da UFRN e minhas contribuições foram inúmeras. Contudo, hoje meu contato é mínimo com a faculdade de odontologia e das primeiras turmas que formamos ainda conversei com Fernando Resende e Nathália Galvão. Os alunos não têm mais a consciência de antes e a história do curso está se acabando”.

A clínica de odontologia atualmente atravessa mudanças importantes que abrangem desde a mudança da grade curricular até a ampliação da pós-graduação com três bases de pesquisa, três cursos de especialização e Mestrado. Relacionado à prestação de

serviços odontológicos à população, o curso tem como carro-chefe a clínica-escola integrada, que passou por reformas recentes e tem capacidade para 100 atendimentos/dia. Os serviços da clínica integrada são referência em todo o estado, principalmente quanto aos serviços odontológicos de média e alta complexidade, como a exemplo da clínica de cirurgia bucofacial, oferecido no setor público exclusivamente pela UFRN.

O curso dispõe de um serviço de atendimento de urgência e mais seis (06) clínicas especializadas, quais sejam: clínica de periodontia, estomatologia, cirurgia, ortodontia, endodontia e odontopediatria.

A organização dos serviços da clínica-escola estrutura-se a partir da necessidade da prática acadêmica do formando associado ao cumprimento do papel social da universidade, mediante a oferta de serviços a comunidade da capital, Região Metropolitana e interior do estado. Lamentavelmente, por questões referentes a problemas administrativos da clínica-escola, dados importantes como o número de pacientes atendidos pela clínica de odontologia desde a sua fundação, não foram registrados e os poucos registros existentes foram perdidos.

O modelo de organização dos serviços, atualmente distribuídos em 06 clínicas especializadas e 01 clínica integrada, priorizou consecutivamente ao longo das décadas a avaliação e o monitoramento do desempenho acadêmico, deixando como necessidade secundária o acompanhamento da demanda cada vez mais crescente.

A média de atendimento à população nos últimos cinco anos no somatório de todas as clínicas especializadas e integradas, foi de aproximadamente 6.500 usuários. Quando se trata da análise dos números por procedimentos, praticamente triplica-se o quantitativo, considerando que a média por usuário é de três procedimentos por atendimento.

Durante o processo de investigação identificou-se uma dificuldade na organização dos serviços da clínica-escola referente ao acompanhamento dos usuários, bem como uma avaliação da qualidade dos serviços prestados. Inicialmente este trabalho deveria ser realizado

pelo setor de Serviço Social da faculdade, que atualmente não dispõe de Assistente Social lotada na instituição para viabilizar suas ações.

Segundo informações da própria chefia do departamento, passaram pela faculdade três assistentes sociais ao longo dos últimos seis anos. Contudo, as profissionais não conseguiram iniciar uma ação mais efetiva junto aos usuários da clínica, observando a demanda por especialidade, o perfil sócio-econômico desses usuários e a avaliação da qualidade dos serviços.

O chefe do departamento revelou em entrevista que a justificativa da última Assistente Social que solicitou afastamento à Pró Reitoria de Recursos Humanos da UFRN foi de insatisfação quanto ao processo de trabalho na clínica-escola, enfatizando inclusive a resistência de alguns professores do curso na colaboração de suas intervenções junto aos usuários. Vieira (1998, p.84) a esse respeito complementa:

[...] o assistente social exerce funções de regulador de conflitos, mediador e coordenador entre as exigências institucionais e as demandas apresentadas. Nessa perspectiva, a preocupação não está apenas nos aspectos da integração do indivíduo, mas na compreensão da estrutura interna e externa da realidade social do mesmo e suas necessidades, permitindo ao profissional um planejamento e uma intervenção enquanto facilitador, transmitindo informações, sugerindo estratégias e métodos adequados.

Atualmente, a triagem sócio-econômica da população demandária dos serviços da clínica está suspensa, tanto por questões de inviabilidade de inclusão de novos usuários no serviço, quanto pela falta de um assistente social para realizar o processo de triagem sócio-econômica, sendo realizada apenas a triagem odontológica.

Importante ressaltar que a triagem enquanto parte do instrumental de trabalho do assistente social é caminho para um processo de conhecimento do direito social. Mediar esse

processo através da entrevista é um momento de troca de saberes onde se conhece não apenas o usuário, mas com ele, sua realidade. O usuário reconstrói parte de sua história de vida, relatando seu cotidiano, seus interesses, conflitos, dificuldades, as relações de sociabilidade e as formas de enfrentamento de sua realidade. Iamamoto (2002, p. 34) entende “que a aproximação com a população é uma das condições para permitir e impulsionar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as efetivas necessidades dos segmentos subalternizados”. Na afirmação de Souza (1995, p. 58):

[...] a inserção do assistente social no setor de saúde, tem evidenciado que sua intervenção expressa na prática profissional dos Assistentes Sociais tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis. As demandas que se colocam à profissão neste setor vem exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde, possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção e reflexão da prática como espaço para ampliação dos direitos de cidadania.

O formulário de cadastro dos usuários da clínica-escola atualmente se aplica à uma abordagem predominantemente epidemiológica da área de saúde bucal, contemplando sucintamente apenas dois pontos da área sócio-econômica, quais sejam, escolaridade e bens duráveis. Sabe-se que tais categorias não são suficientes para traçar um perfil adequado capaz de analisar de forma mais aproximada a realidade do modo de vida da população que procura os serviços. A triagem sócio-econômica em sua singularidade foge a uma apreciação mais voltada ao serviço social. O conceito desse instrumental técnico-operativo, segundo Teixeira (1989, p.143):

[...] o conjunto das diferentes informações individuais vivenciadas em comum por um grupo, que permite compor o quadro global das estruturas e das relações sociais, onde o mais importante não é a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos históricos, políticos, econômicos e ideo-

culturais que compõe as particularidades das múltiplas determinações do seu modo de vida.

Dessa maneira, a necessidade do desenvolvimento da pesquisa partiu de uma confluência de interesses sociais, imprescindíveis para identificar a perspectiva de construção da demanda, de modo tal que a análise estivesse articulada com as inflexões das Diretrizes da Política de Saúde Bucal, atualmente em elaboração, considerando o contexto de formação dessa mesma demanda e as bases teórico-acadêmicas que orientam os serviços. A ausência de um profissional de serviço social reforça o interesse.

A Política de Saúde Bucal ganha cada vez mais status de prioridade na Agenda Pública de saúde, aportando não somente as necessidades crescentes dos usuários, mas também a forma de gestão, controle e avaliação dos serviços prestados.

A realidade específica da clínica-escola de odontologia da UFRN incorpora o modelo básico de organização dos serviços através da atenção básica e de média complexidade. O atendimento tem como orientação a livre demanda, contudo, essa demanda está condicionada à necessidade de formação acadêmica do aluno e à especialidade clínica disponível, conforme o período letivo e a grade curricular.

Durante o semestre de realização da pesquisa 2005.1, houve uma demanda de atendimento de 233 usuários aos serviços da clínica-escola. Esse número deve-se a baixa rotatividade, uma vez que ao ser incluído, o usuário é atendido por um aluno fixo e só recebe liberação quando conclui totalmente todos os procedimentos.

A clínica integrada por associar todas as especialidades clínicas e por trabalhar com a experiência dos alunos do 9º e 10º período do curso, é a clínica de maior demanda de toda a faculdade. Por essa razão, a clínica integrada foi o lócus de investigação da pesquisa social, considerando que sua abrangência se estende desde a Atenção básica a procedimentos de alta complexidade. Por estar vinculada a uma instituição pública de ensino, a clínica não

cobra por seus serviços, exceto os serviços de prótese, que não são assegurados sequer pelo SUS. No caso da UFRN o serviço de prótese é realizado em parceria com um laboratório protético a custo reduzido, sendo repassado ao usuário ao final do tratamento.

As entrevistas foram realizadas no período de 04 (quatro) semanas intercaladas durante o primeiro semestre letivo do ano de 2005. A escolha dos usuários se deu de forma accidental na área de espera para atendimento da clínica-escola. Após a abordagem e aceitação do usuário para participar da pesquisa, este era entrevistado antes de ser atendido, evitando perda de tempo no processo de tratamento. As entrevistas com os alunos se deu da mesma maneira.

A demanda é diversificada, e dentre todas as razões que levam os usuários a procurar a clínica-escola, está desde a falta de condições sócio-econômicas para custear serviços odontológicos com qualidade, até a sobreposição de fatores que se colocam entre o plano das relações sociais da troca de favores, privilegiando situações de “inclusão marcada” nos serviços da faculdade. Razões estas que contribuíram para a falta de efetividade nas ações do setor de serviço social e impedem, de certo modo, a permanência das diretrizes da igualdade no acesso aos serviços, embora estes sejam de cunho predominantemente acadêmico.

A maior indagação da referida pesquisa sobre “a perspectiva em que se constrói a demanda dos serviços da clínica-escola de odontologia”, é uma aproximação de condições reais de vida. Embora o exercício da cidadania esteja diretamente vinculada ao direito à saúde, para grande parcela dos usuários, a dor de dente às vezes pode ser maior que essa condição. É o que se observa nos itens subseqüentes, mediante relato dos próprios usuários.

### **2.3. O perfil sócio – econômico dos usuários da clínica de Odontologia da UFRN: Crise e dificuldades de acesso.**

As dificuldades sócio-econômicas de grande parcela da população estão associadas a um gradiente de mortalidade e de morbidade das doenças, incluindo a prevalência das doenças bucais. Assim, o maior desafio da odontologia, portanto, é enfrentar a desigualdade social. Mesmo tendo ocorrido uma melhora considerável nos níveis de saúde bucal no Brasil, especificamente relacionado ao índice CPO-D devido à fluoretação das águas, as doenças bucais afetam milhões de pessoas em situação de vulnerabilidade e exclusão social.

Desde 1975, o flúor é considerado um componente essencial de programas de prevenção de cárie no país. Há 30 anos, a legislação que rege o Sistema de Abastecimento de Água de todas as cidades brasileiras são orientadas a montar um sistema de fluoretação de água de abastecimento público. Mesmo assim, na maioria dos municípios isso ainda não saiu do papel. Embora esta ação de prevenção torne-se cada vez mais abrangente, a população não está totalmente informada e consciente dos benefícios desse procedimento. Entretanto, esse não é um fenômeno isolado, pois é constatado também em outros países, inclusive naqueles considerados desenvolvidos, sendo que no Brasil, os números obscurecem, considerando as desigualdades sócio-econômicas, a começar pelos números de municípios sem sistema de abastecimento de água potável.

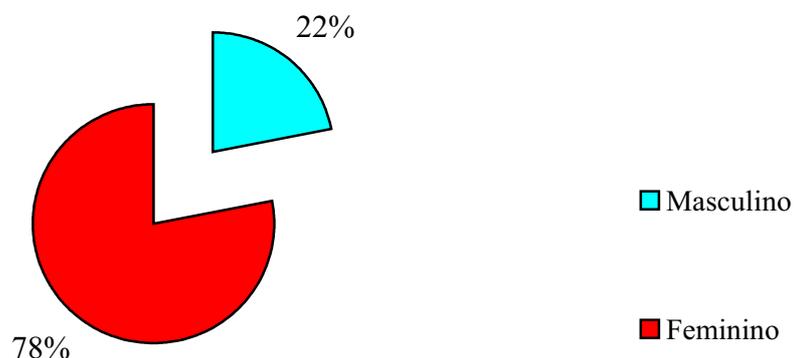
Dessa forma, diminuir os fatores comuns de risco e construir uma Política Pública de direito, são cruciais na melhoria das condições de saúde bucal em uma perspectiva mais ampla e cidadã. Isso abrange uma articulação intersetorial através da implementação de uma Política de Segurança Alimentar e de Saúde, para reduzir o consumo de açúcares, associada a uma estratégia preventiva e coletiva para melhorar o nível de higiene corporal e bucal de massa da população.

A realidade é contraditória e muitos desafios estão postos frente os princípios que regem as diretrizes da Política de Saúde Bucal na atualidade. Ao definir o espaço temporal na determinação de recortes a partir de uma dada problemática, observa-se que a clínica de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte apresenta uma demanda heterogênea e diversificada que sofre as inflexões de uma Política de saúde fragmentada e obsoleta, na contra-mão da consolidação do tão esperado direito à saúde em sua plenitude.

Os usuários, por sua vez, exprimem as dificuldades sentidas para alcançar o atendimento que buscam no relato de suas experiências, percepções e valores. Estas últimas observadas nas declarações e no perfil que conformam.

Ao analisar o perfil sócio-econômico dos usuários da clínica de odontologia, verifica-se que a demanda é bastante diversificada, e embora a procura maior não seja proveniente de uma população em situação de vulnerabilidade social, compreende-se que a condição assalariada não ultrapassa a satisfação básica de suas necessidades diárias. Conforme gráfico 1 a maioria dos usuários é do sexo feminino:

**GRÁFICO 1 – Porcentagem de usuários segundo demanda por gênero.**



O predomínio do sexo feminino constatado nos dados do gráfico 1 reafirma a demanda majoritária das mulheres na rede pública de saúde de uma maneira geral, o que pode ser explicado, em grande parte, pela priorização da atenção à mulher e à criança através dos serviços oferecidos. A predominância da mulher em serviços de saúde foi registrada também por outros pesquisadores, os quais constataram que as mulheres usam serviços de saúde mais freqüentemente que os homens.

Essa realidade é resultante da intensa atividade dos movimentos das mulheres nas últimas décadas do século passado, que ocasionaram grandes mudanças em diversos campos, inclusive no da Saúde. O movimento feminista deu importante contribuição, pondo em discussão a questão dos gêneros, especialmente a desigualdade entre os mesmos.

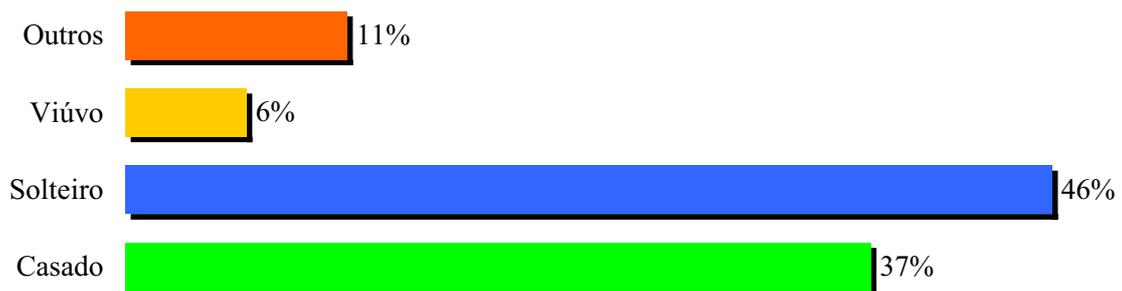
A sobreutilização feminina de serviços de saúde, sejam estes ambulatoriais ou hospitalares, é constante. E enquanto a demanda masculina por serviços ambulatoriais é observada, em sua maior parte, como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina apresenta-se como essencialmente voluntária, revelando uma maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo espontâneo. Na concepção de Brito ( 2000, p.198):

Isso, possivelmente indica, entre outras coisas, uma distribuição desigual da oferta de serviços de saúde, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo. Sabidamente, nas regiões mais carentes de recursos de saúde, a oferta de serviços públicos tende a ser dirigida, de modo prioritário, à população materno-infantil. Ademais, em geral, os serviços funcionam em horários que coincidem com a jornada de trabalho, dificultando mais ainda o acesso da população inserida no mercado formal, em sua maior parte composta de indivíduos do sexo masculino. As desigualdades sociais estariam assim contribuindo para as diferenças observadas entre os sexos.

Essa maioria evidenciada na demanda também remete a pensar a equidade no acesso aos serviços. As questões de equidade colocadas nesse campo da ótica do gênero, conjugam especificidades referentes “à escassez e às dificuldades de acesso das mulheres a serviços de saúde, mas também ao exagerado controle e medicalização do corpo feminino”(COSTA ; AQUINO, 2000, p.188).

Na apreciação do autor, “a velha divisão sexual do trabalho atravessa a nova reestruturação produtiva, e reforça a ‘feminilização da pobreza’, onde atualmente, 70% dos 1,3 bilhão de pessoas que vivem em condições de pobreza no mundo são mulheres. Este fato também se reverte em uma situação favorável, uma vez que, conscientizada e adequadamente preparada, a mulher pode assumir o papel de principal agente multiplicador de saúde na família.

**GRÁFICO 2 – Porcentagem de usuários conforme estado civil**



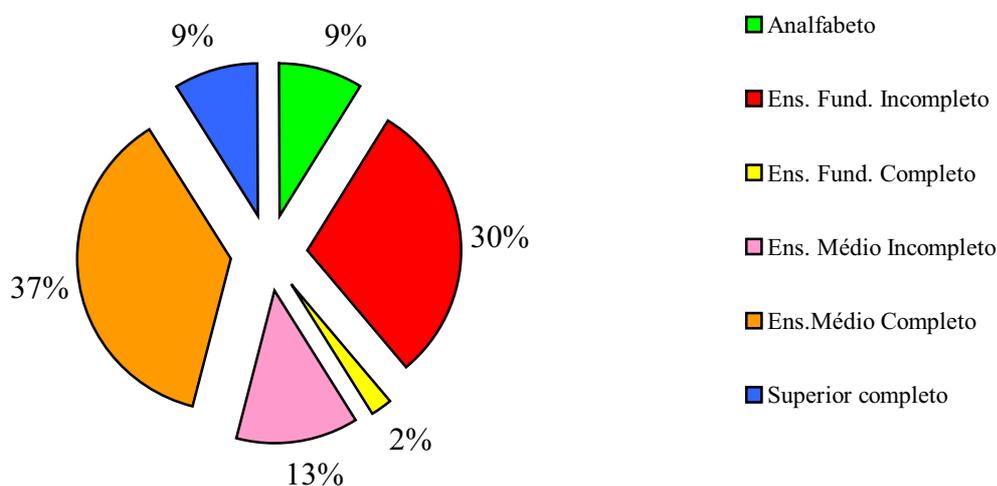
No gráfico 2, observa-se que os dados vão de encontro aos índices apontados no último Censo/IBGE 2000, no qual se registrou que a taxa de nupcialidade no Brasil, após queda freqüente durante toda a década de 1990, estabilizou-se entre 2001 e 2002. O IBGE constatou que em 1991 foram registradas 7,5 uniões legais por mil habitantes, número que cai

para 5,7 por mil habitantes em 2001 e 2002. Com aproximadamente 19% dos usuários na ocupação de estudantes e 46% em situação de emprego – constituindo a População Economicamente Ativa (PEA) justifica-se o percentual de 46% na condição de solteiros.

A avaliação do IBGE mostrou que a redução ocorrida nos últimos 15 anos na união legal é um indício de que o casamento formal vem perdendo força no país, cedendo espaço às uniões informais. O número de casamentos registrados no ano 2002 aumentou 1% em relação a 2001, embora tenha ficado em um patamar 4% inferior ao de 1991. O ligeiro crescimento no número de uniões estáveis e formais, de acordo com o IBGE, está associado ao incentivo a cerimônias coletivas promovidas por diversas prefeituras em parceria com a igreja católica, para legalizar uniões consensuais. Segundo Medeiros e Osório (2001, p. 77):

Apesar da diminuição da prevalência do modelo de arranjo baseado em um casal, vem aumentando a proporção de pessoas unidas na população. Esse aumento se deve a dois fatores: um leve crescimento das taxas de união entre jovens e idosos e, principalmente, mudanças na estrutura etária da população. Com a queda da fecundidade, a proporção de crianças na população é reduzida e, portanto, aumenta a fração de pessoas em idade de união na população, fato que se manifesta em aumento no percentual de pessoas unidas na população total, mesmo ocorrendo uma diminuição nas taxas específicas de união de adultos.

**GRÁFICO 3 – Porcentagem de usuários segundo escolaridade**



Os dados relacionados ao perfil da escolaridade dos usuários reafirmam que a história da educação brasileira tem sido uma história marcada pela exclusão social, uma vez que a grande maioria da população consegue, no máximo, a escolaridade ao nível do quarto ano do ensino fundamental. Em relação a esse nível, os dados do Censo/IBGE 2000 apontam 63,2% dos brasileiros com mais de 25 anos que não concluíram o ensino fundamental. Na faixa de 7 a 14 anos, em que a frequência à escola é obrigatória, 6% das crianças e adolescentes não estudam ou nunca estudaram.

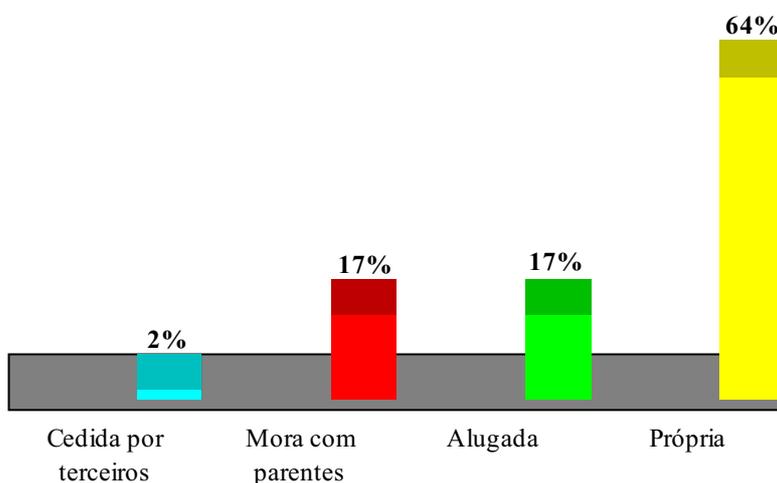
Com maior detalhe, os dados do Censo 2000 mostram que o ensino no Brasil, ainda é privilégio de ricos e brancos e um fator de manutenção da desigualdade social no país. Mais de 90% das crianças entre 7 e 14 anos freqüentam as salas de aula, porém, 44% da população só concluiu até o terceiro ano do ensino fundamental e quase um terço dos brasileiros que vivem na área rural não têm acesso à educação. Esses dados, reforçam o percentual de 30% dos usuários entrevistados com nível educacional na faixa do ensino fundamental incompleto.

Diploma universitário conforme estatísticas do Censo/IBGE é privilégio de apenas 3% da população e, entre estes 82,8% são brancos e 59,7% vivem na Região Sudeste. Os dados, apontam ainda, 16,5 milhões de analfabetos no país. Entre eles há os que jamais entraram numa sala de aula e outros são vítimas da evasão escolar. Reitera-se desse modo os 9% dos usuários entrevistados com ensino superior completo e 9% na situação de analfabetismo.

Apesar de grande parte dos usuários entrevistados afirmarem residir em casa própria, questiona-se as condições de moradia e a precariedade dos serviços socioassistenciais básicos em sua localidade. Chama-se a atenção para as condições e habitabilidade e localidade dessas moradias, constituindo-se esses, fatores básicos na caracterização dos determinantes da situação de saúde da população de uma maneira geral. Consideram-se dessa

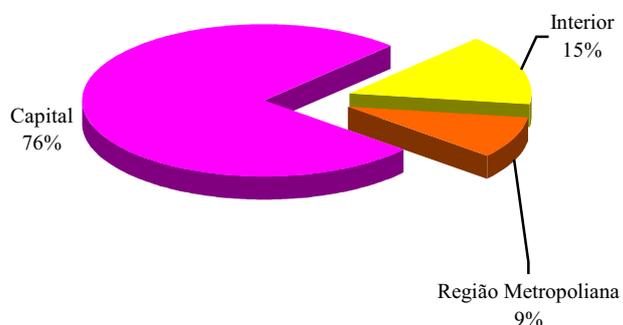
maneira, as características da moradia, o cotidiano dos usuários e número de pessoas por família.

**GRÁFICO 4 – Porcentagem de usuários segundo tipo de residência**



Embora a situação identificada seja de predomínio da moradia própria seguida da alugada, a tônica é de desigualdade e falta de equidade no acesso à equipamentos sociais públicos, traduzidos na dinâmica das condições de ocupação das áreas de maior vulnerabilidade social, conforme bairro e Região de procedência dos usuários.

**GRÁFICO 5 – Porcentagem de usuários conforme procedência**

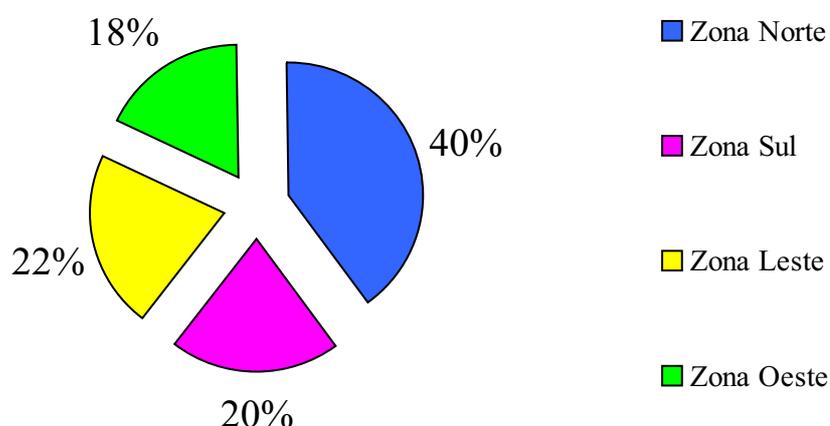


Região Metropolitana : Parnamirim, São José de Mipibú, Macaíba, Extremoz, São Gonçalo e Ceará-Mirim.

No gráfico acima, nota-se que a demanda maior é originária da capital. Esse quadro justifica-se pela facilidade relativa de deslocamento para a clínica-escola, oferecendo maior viabilidade para os usuários residentes no próprio município, em contraposição àqueles usuários residentes no interior do estado. Associa-se a este fator, a abrangência na divulgação das informações a respeito dos serviços de média e alta complexidade da clínica-escola, o que faz desta, referência em todo o estado. “As faculdades de odontologia constituem-se como unidades de referência central de assistência odontológica, atendendo casos de maior severidade e que implicam maior utilização da tecnologia”(RADAELLI, 1995, p. 59).

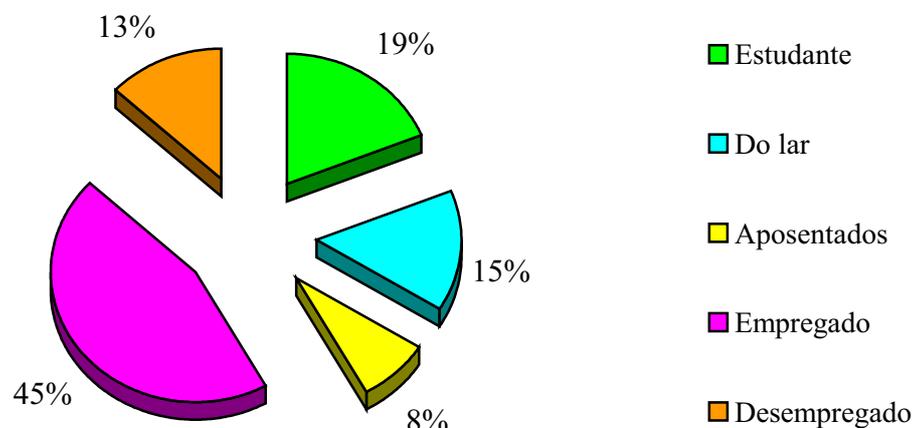
Todavia, a demanda de pacientes da Região Metropolitana e do interior do estado é significativa considerando a escassez de serviços de média e alta complexidade nos centros odontológicos dos municípios localizados no entorno da capital. Muitos dos usuários chegam à clínica-escola através de encaminhamentos odontológicos de Cirurgiões-dentistas de municípios do interior do estado, reforçando a cobertura restrita a serviços de maior complexidade, com precariedade aos serviços disponíveis, tendo sido identificado casos de encaminhamentos a um simples exame de Raio X.

**GRÁFICO 6 – Porcentagem de usuários segundo procedência por Região Administrativa da capital.**



Quando se trata da análise da demanda a partir da Região Administrativa da cidade, observa-se que a Região Norte soma, sozinha, o total da procura das Regiões Oeste e Sul. Ressalta-se que, segundo dados da Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPLA/NATAL/ 2004), “a Região Norte constitui-se atualmente como a maior Região Administrativa da cidade, estimando 275 mil habitantes”. Ao considerar o tempo e a adversidade de deslocamento, a demanda proveniente dessa Região contraria tais fatores, sobrepondo-se a questões de ordem espacial. A Região Leste e Sul por localizarem-se numa área de maior proximidade da clínica-escola estão juntas na distribuição da demanda. Os resultados do gráfico 7, que trata da ocupação dos usuários, apontam que 15% das entrevistadas declararam-se “Do lar”.

**GRÁFICO 7 – Porcentagem de usuários segundo ocupação.**



A situação ocupacional dos usuários no momento da entrevista apontou que 45% estão empregados, os estudantes estabilizaram 19%, seguidos das donas de casa, com 15%. Dos entrevistados 13% estão desempregados e 8% recebem benefício por aposentadoria. Ao realizar uma análise do número de usuários empregados, verifica-se que a natureza do vínculo de 54% dos usuários é formal e 46% é informal.

Constatou-se, dessa forma, que com 46% dos usuários entrevistados em situação de emprego, a lógica principal é de atender a classe trabalhadora nos seus diferentes segmentos e suas famílias. Neste caso, o atendimento é impelido à necessidade da assistência odontológica e não à ampliação de um processo de promoção à saúde integral, com possibilidades de acesso efetivo para todos.

Esse dado demonstra que mesmo para aqueles usuários que estão trabalhando, sua condição de renda não implica necessariamente poder de custeio com a manutenção de serviços odontológicos em detrimento a tantas outras necessidades básicas. Pinto (2002, p.76), afirma que “[...] aproximadamente 2/3 dos trabalhadores no Brasil não têm condições reais de serem atendidos em clínicas privadas, nas quais concentram-se quase ¾ dos cirurgiões - dentistas brasileiros, uma mão-de-obra que vende serviços e sobrevive da sua força-de-trabalho”.

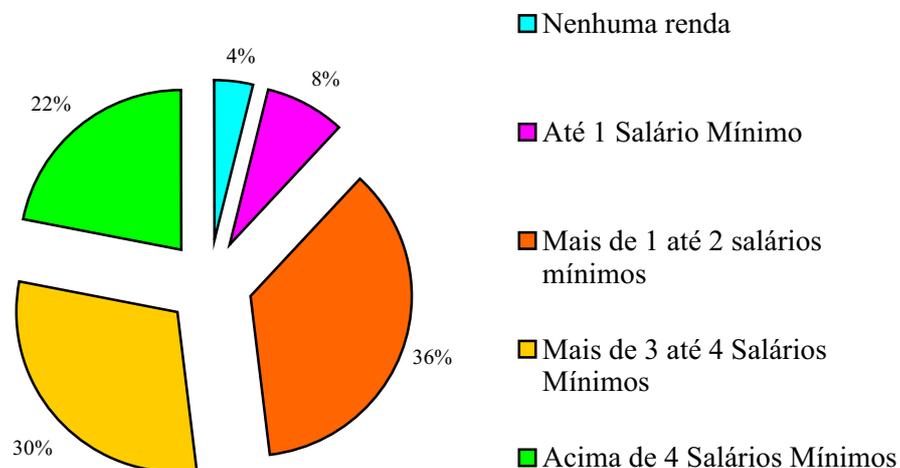
Embora a situação financeira seja um fator importante para os resultados apresentados, o fator cultural também imprime relevância, visto que tanto para os segmentos mais vulneráveis economicamente quanto para os de renda média, a questão da manutenção de hábitos saudáveis em saúde bucal tornam-se secundários. A cultura em determinadas situações, associada às demandas básicas e às limitações orçamentárias, faz com que a população não coloque a saúde bucal como prioridade, especialmente diante das dificuldades financeiras, ocorrendo que essa mesma população torna-se a principal receptora do efeito

casata que as doenças bucais podem gerar em seu organismo, acarretando ainda mais dificuldades financeiras e até mesmo o agravamento das doenças bucais.

A renda dos entrevistados, observada no gráfico 8, indica que a incidência maior se coloca entre os que possuem renda familiar mensal entre mais de 1 até 2 salários mínimos e, mais de 2 até 3 salários. Associando esta média com o grupo familiar obtêm-se uma renda per capita de aproximadamente R\$ 150,00 e R\$ 128,00, respectivamente ( à época da coleta de dados).

O que chamou a atenção neste caso específico da demanda, é que o percentual de usuários com renda familiar mensal entre mais de 3 até 4 salários mínimos e acima de 4 salários mínimos, chegaram a 30% e 22% respectivamente. O percentual de usuários sem nenhuma renda e com renda inferior a 1 salário mínimo soma 12%, o que torna mais preocupante a questão do acesso à atenção à saúde bucal, com ascendente grau de dificuldades para àqueles usuários em real condição de exclusão dos serviços e do acesso à equipamentos sociais de atenção odontológica.

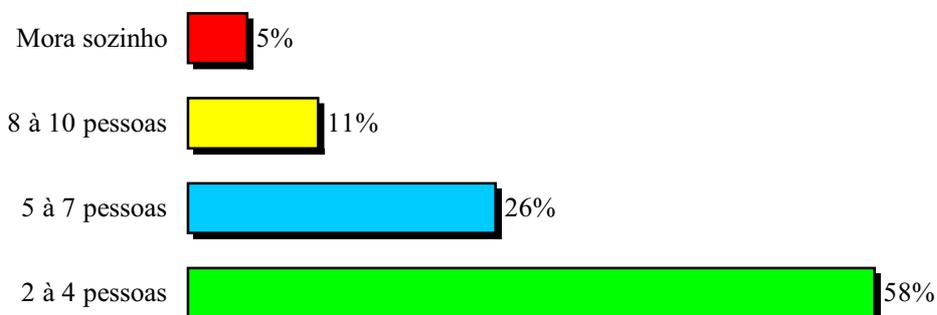
**GRÁFICO 8 – Porcentagem de usuários segundo a renda familiar**



O Censo Demográfico - IBGE (2000) confirma essa realidade, em que Natal é uma cidade com 41,7% dos chefes de famílias ganhando até 2 salários mínimos. Destes, 20,4% recebem até 1 salário mínimo, incluindo 8,6% da população que não tem qualquer rendimento. Considerando que nessa faixa de renda as famílias possuem em média 4 pessoas por domicílio, verifica-se a existência de um grande contingente da população natalense vivendo abaixo da chamada linha de pobreza, incluindo nessa categoria pessoas que percebem até 2 dólares/dia per capita.

O percentual que aponta 58% dos entrevistados compondo grupo familiar de 2 á 4 pessoas, segundo o gráfico 9, não foge às estimativas apresentadas pelo último Censo do IBGE, que mostra uma redução do número de filhos por família. A medida em que aumenta-se a composição familiar a renda per capita reduz. Onde o grupo familiar é formado por 5 a 7 pessoas e de 8 a 10, a renda per capita chega a R\$ 50,00.

**GRÁFICO 9 – Porcentagem de usuários segundo o número de pessoas na família**



Ao pensar a família hoje, deve-se considerar as mudanças que ocorrem na sociedade, como estão se construindo as relações humanas e de que forma as pessoas estão se

produzindo e se reproduzindo na vida familiar. Segundo Szymanski, (2002, p.19) “as mudanças que ocorrem no mundo afetam a dinâmica familiar como um todo e, de forma particular, cada família conforme sua composição, história e pertencimento social”.

Esta configuração aponta para um novo panorama da organização do núcleo familiar, dentre estes a transposição dos vínculos de monoparentalidade e gênero, tendo nas mulheres além da responsabilidade de manter a família, o espaço de socialização dos filhos e as tarefas domésticas com dupla jornada de trabalho. Neste sentido vale ressaltar as desigualdades do mercado de trabalho feminino, com mínimas oportunidades, pouca qualificação, precárias condições de trabalho e baixos salários. Ainda nessa discussão, Medeiros e Osório (2001, p. 78) afirmam:

É razoável atribuir a explicação do comportamento do tamanho dos arranjos domiciliares nas últimas três décadas a uma nova distribuição segundo o ciclo de vida das pessoas (esperada como resultado do envelhecimento populacional) e ao aumento das separações e divórcios, ou ainda a mudanças culturais que propiciam a criação de novos arranjos. Entretanto, não é possível deixar de considerar que a diminuição do tamanho médio dos arranjos domiciliares pode estar fortemente relacionada à queda das taxas de fecundidade observada ao longo das últimas décadas.

No que trata da redução dos índices de fecundidade, observa-se as mudanças ocorridas no comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras, segundo faixa etária. Em conformidade com o Censo/IBGE 2000, o padrão de fecundidade das brasileiras, que era tardio, com maior participação das mulheres de 25 a 29 anos, até a década de 1980, passou a ser jovem a partir da década de 1990, sendo maior a proporção de nascimentos oriundos de mulheres de 20 a 24 anos.

A redução do indicador de fecundidade nos últimos anos afetou, com maior ênfase, grupos de mulheres com idade entre 30 e 49 anos. Desta forma, o aumento que se observou na proporção de nascimentos em adolescentes e jovens menores de 20 anos, durante a década passada, decorreu também dessa alteração no padrão relativo da distribuição do total

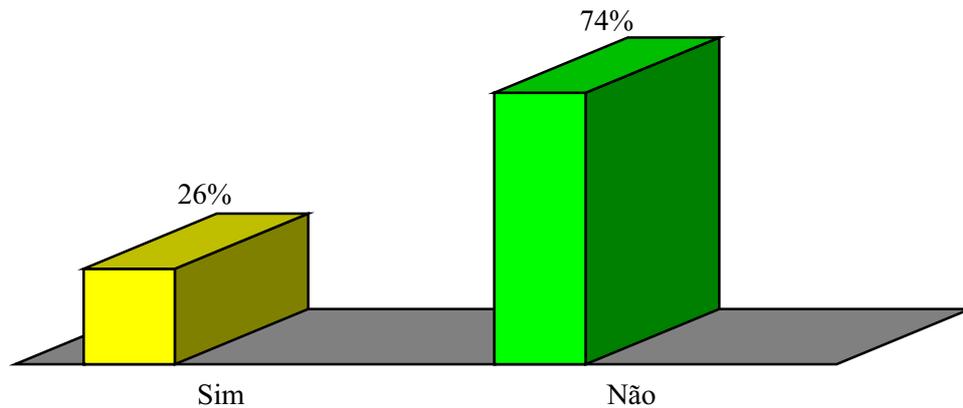
de nascimentos por grupos etários de mulheres. Porém, do ano 2000 em diante, nota-se para o País como um todo, uma estabilização da proporção de registros de nascidos cujas mães são adolescentes, num patamar em torno dos 20%.

O crescimento do número de mães adolescentes resulta, de um lado, da vulnerabilidade em termos biológicos e da manutenção com as condições de vida dos filhos. Sabe-se que a gravidez na adolescência eleva os riscos de mortalidade para a mulher e seus filhos. De outro lado, observa-se que o fenômeno está concentrado entre as adolescentes residentes em áreas de maior vulnerabilidade e risco social, o que implica uma ação mais efetiva do poder público no sentido de assegurar a Proteção Social à criança e ao adolescente.

Na seqüência, o gráfico 10 aponta que do total de usuários entrevistados, 26% são portadores de doença crônica. Destes, apenas 64% realizam tratamento no serviço público. Dentre as doenças mais declaradas pelos usuários estão: hipertensão, doenças respiratórias, diabetes e doenças renais.

Um fato chamou atenção na análise, na qual 7% dos entrevistados declararam sofrer da chamada “doença dos nervos”. No senso comum, as pessoas associam o termo "doença dos nervos" a estados de ansiedade, estresse, depressão, doença mental, etc. Todos, na realidade, pertencentes a esfera da psiquiatria e da neurologia. Este questionamento é relevante quando associamos a doença crônica aos índices de morbidade e ao agravamento do quadro epidemiológico, o que exige ações sobre os determinantes da incidência das doenças e agravos bucais. Segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS/2003):

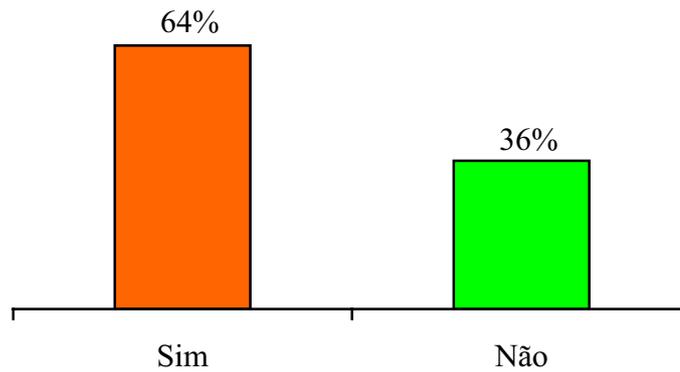
Um grande número de doenças crônicas como as cardíacas, câncer, acidentes cardiovasculares e doenças bucais, têm fatores de risco comuns e muitos deles são importantes para mais de uma doença crônica. Por exemplo, a mesma dieta inadequada irá afetar a incidência de doenças cardíacas, câncer e de doenças bucais.

**GRÁFICO 10 – Porcentagem dos usuários portadores de doença crônica**

O percentual de usuários portadores de doença crônica segundo a pesquisa, num total de 26%, equivale ao percentual de 29,9% dos brasileiros apontados na PNAD/Saúde/2003 do IBGE. Do total de entrevistados, apenas 64% realizavam tratamento, com maior incidência para a Hipertensão e Doenças respiratórias. Essas características denotam o caráter de hereditariedade das doenças crônicas mediante o processo de mudanças nos hábitos de vida da população, queda do nível de renda e transformações no padrão demográfico, com ênfase na constituição dos arranjos familiares em suas especificidades históricas, culturais e diferenças sociais.

A família tem se constituído de formas diferentes nas diversas classes ou grupos sociais. Dentro dessa nova ordem, os indivíduos conquistaram na família o direito à autonomia e o reconhecimento de uma vida privada individual, o que pode estar contribuindo para a fragmentação das relações familiares (GOLDANI, 1994, p.129).

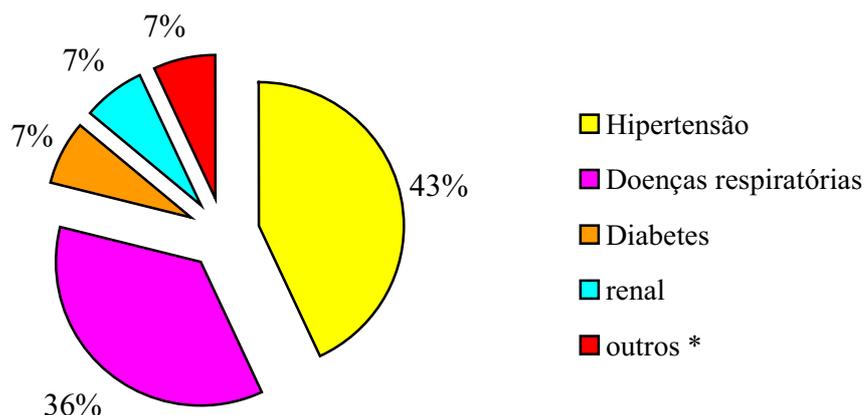
**GRÁFICO 11 – Porcentagem dos usuários que realizam tratamento**



Na área de saúde, especificamente no trato da doença crônica, a família aparece como elemento essencial na relação de apoio e integração do paciente ao tratamento clínico e às novas condições de vida no contexto social. Na apreciação de Oliveira (2002, p.147) “a principal característica da doença crônica é esta ser de longa duração e prolongar-se por toda a vida do doente, exigindo normalmente a aprendizagem de um novo estilo de vida”.

Para além destes fatores, as inflexões da doença crônica torna-se um problema social que requer a articulação de Políticas Sociais que atuem num contexto abrangente, partindo do reconhecimento dos direitos de cidadania dos portadores de doença crônica para enfrentar os desafios de um novo modo de vida. Em síntese, observa-se que para além dos agravos da doença bucal 26% dos usuários ainda sofrem com as seqüelas da doença crônica.

**GRÁFICO 12 – Porcentagem de usuários segundo os tipos de doenças crônicas**



\* depressão, stresse, insônia e epilepsia.

O gráfico 13 mostra o percentual de usuários com acesso a serviços odontológicos através da odontologia suplementar (planos de saúde odontológicos privados). Embora o serviço da clínica-escola não estabeleça critérios de inclusão que priorizem o atendimento à população em situação de vulnerabilidade e risco social, nota-se que as formas de acesso superam a relação demanda x relação de espera x grau de complexidade da condição de saúde bucal do usuário. O aumento dessa demanda resulta do acúmulo progressivo das necessidades de saúde bucal de média e alta complexidade e do custo elevado para a população. Cabral, (2000, p.68) explica que:

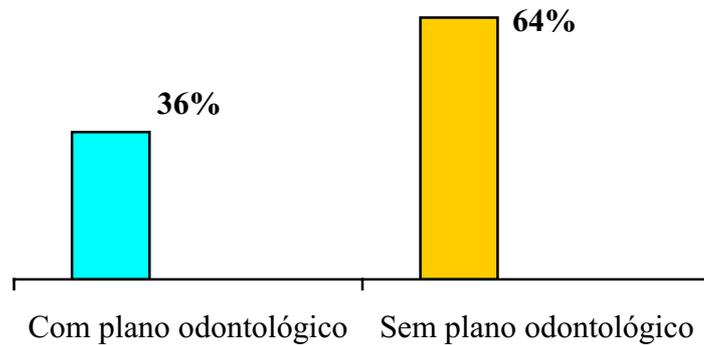
A exacerbação da crise econômica no país nos últimos anos tem deslocado uma parcela significativa da população do setor privado de assistência odontológica de alto custo, para o setor público ou privado conveniado, contribuindo para o aumento da demanda do setor público.

A grande expansão da assistência médica suplementar no Brasil se deu entre 1987 e 1996, quando houve crescimento de 73,4% da população coberta, que passou de 24,4 milhões para 42,3 milhões (ANDRADE ; LISBOA, 2001, p.105). Embora o setor suplementar de saúde abranja uma parcela expressiva da população brasileira, com evidente importância no provimento dos serviços de saúde integral e odontológica, somente nas duas últimas décadas, com a regulamentação do setor de medicina suplementar, a relação público e privado passa a ser concebida no desenho institucional do Sistema de Saúde brasileiro.

Apesar do recente processo de regulamentação do setor de saúde suplementar, somente a partir dos meados de 2000, efetivamente suas diretrizes passam a ser cumpridas. Logo, os efeitos da regulamentação são ainda obscuros, restando diversas questões a serem

entendidas na relação entre os setores público e privado. Com o relativo “barateamento” da odontologia suplementar de massa e as clínicas de Odontologia Popular com custo reduzido, o acesso ao Plano de Saúde odontológico não é mérito apenas da população de renda elevada. Contudo, há restrições.

**GRÁFICO 13 – Porcentagem dos usuários que possuem plano odontológico privado**



A gravidade do quadro epidemiológico passa a exigir além das ações sobre os determinantes da incidência das doenças bucais, serviços para atenuar o sofrimento e a busca na recuperação de condições de saúde no mínimo analgésicas e pontuais. A desigualdade e as incoerências no acesso a serviços de atenção odontológica são fatores que acentuam o desnível quanto à inclusão nos serviços odontológicos, sejam de atenção básica ou de média e alta complexidade.

A realidade observada durante a avaliação do perfil sócio-econômico dos usuários da clínica-escola de odontologia da UFRN, denota que as desigualdades sociais, independente do fator sócio-econômico considerado (renda, escolaridade, ocupação, dentre outros), somadas ao processo de exclusão social exercem efeitos nefastos observados na saúde em geral e por conseqüência na saúde bucal.

O contexto agrava-se àqueles usuários em situação de vulnerabilidade social, residentes em áreas da cidade e/ou interior do estado sem condições de acesso ou acesso precário, uma vez que são cada vez mais excluídos dos serviços odontológicos. Nota-se, desse

modo, que as melhorias ou benefícios trazidos por programas de saúde bucal, no caso específico das clínicas-escola de odontologia, estão ao alcance de parcela da população que dispõem de uma condição sócio-econômica favorável à obtenção de serviços odontológicos de menor custo ou de custo reduzido, por estar de certo modo mais acessível a informações sobre o serviço.

O enfrentamento do binômio saúde-doença está também na dependência de fatores sociais e, portanto, algumas medidas devem ser postas em ação, como por exemplo, a democratização do acesso aos serviços e a eliminação de algumas barreiras sociais, econômicas e sobretudo políticas que inviabilizam a ampliação de serviços odontológicos de qualidade com garantias ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, em conformidade com o que preconizam as Diretrizes da Política de Saúde Bucal.

### **- CAPÍTULO 3 -**

#### **A PERSPECTIVA DO SERVIÇO DA CLÍNICA DE ODONTOLOGIA FRENTE A SUA DEMANDA: UM CAMINHO DE DUALIDADES**

##### **3.1. O que os usuários da clínica de Odontologia procuram? Atenção ou assistência?**

Historicamente, os serviços odontológicos públicos no Brasil construíram suas estruturas organizacionais e práticas operacionais reproduzindo, acriticamente, os elementos da prática odontológica hegemônica, marcadamente individualizada e curativa. Em tempos de crise do setor saúde em todo país, constata-se que a qualidade dos serviços e as limitações de acesso são questões cada vez mais crescentes que elevam as queixas para a Saúde Bucal em todos os níveis de atenção, passando pela prevenção até a atenção de média e alta complexidade.

Nesse direcionamento, os serviços odontológicos implicam sobre todos os determinantes do processo doença-saúde bucal, requerendo uma abrangência não apenas no âmbito da odontologia, mas do próprio setor saúde, uma vez que exige a articulação e coordenação de ações multisetoriais, isto é, ações desenvolvidas no conjunto das Políticas Sociais da sociedade como saneamento, assistência social, educação, renda, cultura e lazer.

Quando a referência é saúde bucal, é necessário compreender o contexto em que se insere o modelo de organização dos serviços, considerando o acesso à saúde enquanto direito, e não apenas mera formalização constitucional. O sistema de trabalho em saúde bucal, especificamente na Rede Básica, é mais complexo por ser esta a porta de entrada dos serviços, na medida em que contribui para o agravamento ou atenuação das condições de saúde bucal da população, levando ou não conseqüentemente, a uma procura crescente por serviços de maior complexidade, assegurados em dimensão mais restrita e seletiva pelo serviço público de saúde bucal.

Dessa maneira, assistência odontológica e atenção à saúde bucal são conceitos diferentes que expressam a dimensão multilateral e imediata dos serviços odontológicos. Ao considerar que a pesquisa trata da análise da demanda dos serviços da clínica de odontologia da UFRN, cabe assim, diante dos objetivos desse estudo, especificar tais definições.

Assistência odontológica refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos, dirigidos a usuários individualmente, estando estes doentes ou não. A atenção à saúde bucal, é constituída pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser coordenadas externamente ao setor saúde e, internamente, à área odontológica como a Educação em Saúde Bucal, fluoretação das águas, controle da placa e socialização preventiva (NARVAI, 2001, p.29).

Os usuários da clínica-escola de odontologia da UFRN, conforme a organização dos serviços, obedecem a uma relação de espera progressiva, que associa a necessidade de conhecimento do aluno por especialidades à necessidade de atendimento dos usuários. Por tratar-se de uma demanda reprimida dos serviços básicos de saúde bucal no município e de uma carência de serviços públicos de média e alta complexidade, há sempre uma relação desnivelada da demanda em sobreposição a oferta dos serviços. Quanto à forma de organização dos serviços da clínica-escola, afirma Ramos (1999, p. 61):

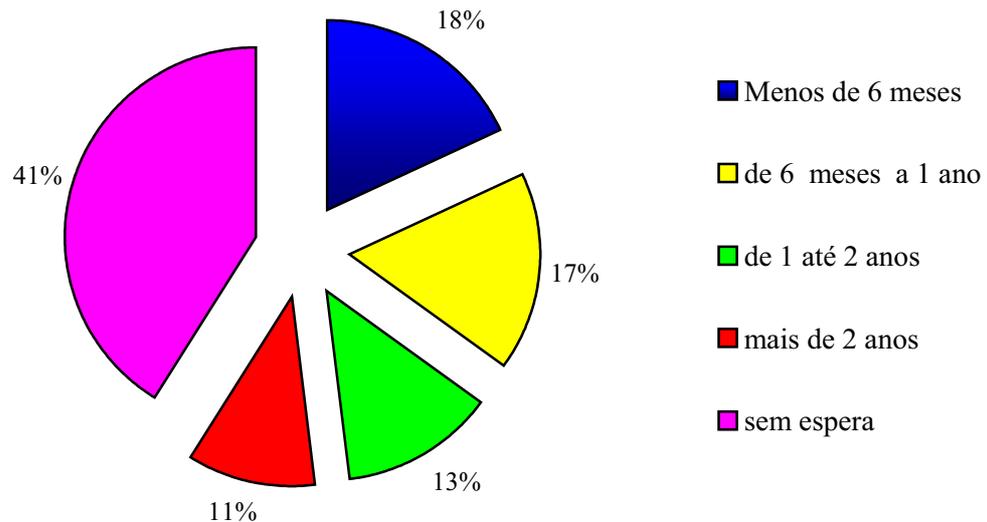
Quando as vagas para atendimento nas disciplinas específicas já estão esgotadas, os indivíduos terão seus nomes inscritos em uma lista de espera e, dessa forma, deverão aguardar nova oportunidade para submeterem-se ao tratamento odontológico.

Portanto, a relação de usuários que passou pelo processo de triagem e aguardam pela inclusão nos serviços, chega a pouco mais de 1.000 usuários. De acordo com a pesquisa, a convocação desses usuários nem sempre é coerente com a dinâmica de atendimento.

Observando o gráfico 14, nota-se que a inclusão nos serviços não ocorre em conformidade com a ordem da relação de espera, havendo durante a realização da entrevista, declarações consistentes de usuários que afirmaram estar sendo atendidos sem espera porque tinham conhecimento direto com funcionários da clínica e também com alunos.

Apesar de haver na clínica-escola uma proposta de triagem sócio-econômica que deveria priorizar o acesso de usuários em condições de vulnerabilidade social, observa-se que esta proposta se esgota a partir do instante em que se privilegia outras formas de acesso que desconsideram qualquer perspectiva de democratização.

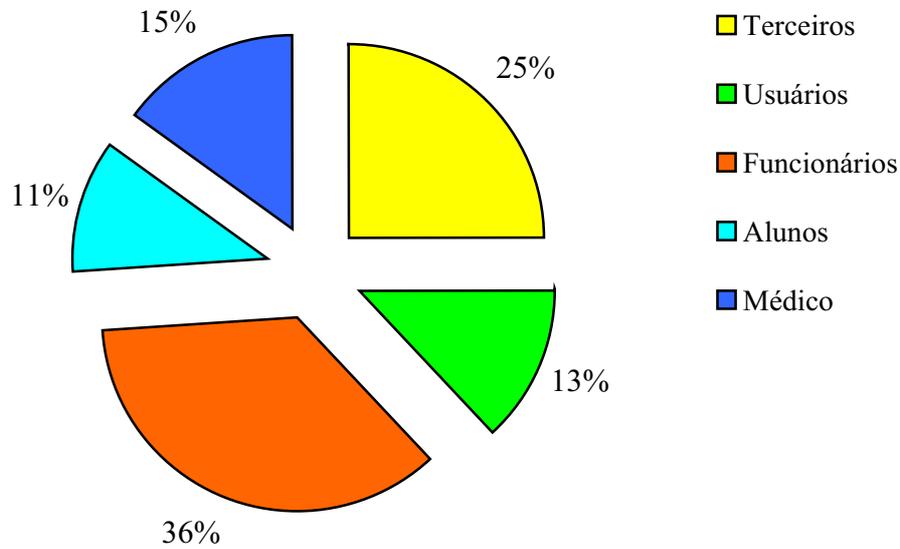
**GRÁFICO 14 – Porcentagem de usuários segundo tempo de espera para inclusão no serviço.**



As informações sobre os serviços da clínica-escola são provenientes de fontes geralmente muito próximas do círculo das relações sociais e pessoais dos usuários. Apenas 15% são encaminhadas através de serviços médicos e 13% souberam do atendimento por outros usuários que foram ou estavam sendo atendidos na clínica. Esse percentual constata que mesmo quando se trata de um serviço público acadêmico, a organização da demanda encontra um viés facilitador que supera a ética de organização do sistema de trabalho em saúde bucal. Referente a este aspecto, Seabra (2002, p.56) afirma que:

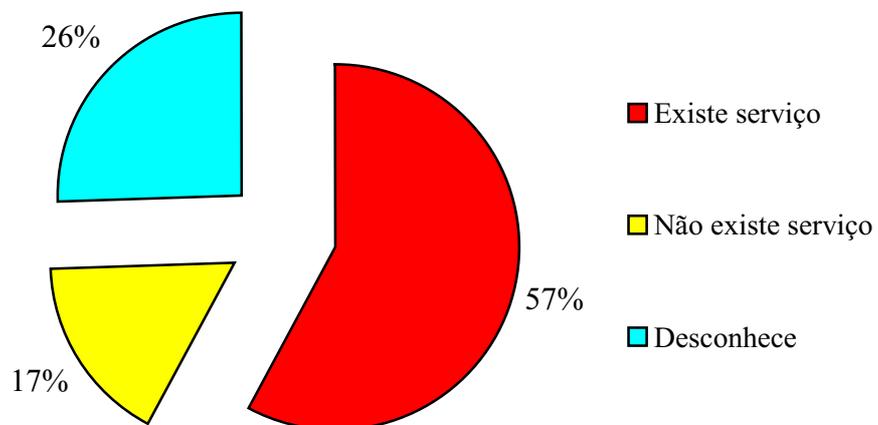
As instituições de ensino, estando os encaminhamentos e as convocações de pacientes condicionados à existência de vagas para atendimento nas disciplinas clínicas, podem não favorecer ou mesmo impossibilitar a seqüência do planejamento de um tratamento odontológico adequado.

**GRÁFICO 15 – Porcentagem de usuários conforme a fonte de informação dos serviços.**



Na oportunidade da entrevista, foi perguntado aos usuários se na localidade em que residiam, seja município do interior do estado ou bairro de determinada Região Administrativa da cidade, havia atendimento público odontológico. As respostas dos usuários estão no gráfico 16.

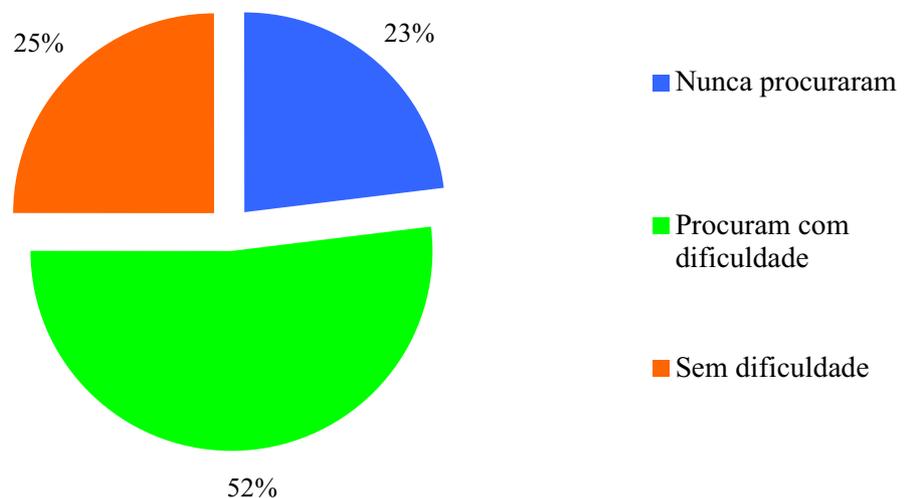
**GRÁFICO 16 – Porcentagem dos usuários segundo a existência de serviço odontológico na localidade de residência.**



No gráfico número 16 nota-se um panorama da questão da demanda reprimida dos serviços odontológicos do município, especificamente os que são de competência da esfera pública. Observou-se durante a entrevista que dentre os usuários que reconheceram haver na sua localidade de residência atendimento odontológico, a maioria considerou ser este atendimento precário e de difícil acesso, mesmo para uma demanda de atenção básica, como uma consulta simples. Na fala de um usuário da clínica-escola:

Onde eu moro tem um posto de saúde, mas é uma dificuldade pra marcar uma consulta, tem que madrugar na porta do posto e quando não é isso falta material e o dentista não faz nem uma obturação porque vive faltando alguma coisa ou a máquina tá quebrada (usuário 43).

**GRÁFICO 17 – Porcentagem de usuários segundo facilidade de acesso aos serviços odontológicos.**



O número de usuários que declararam haver unidades de saúde na localidade em que residiam, divide-se quando se questionam as condições de acesso aos serviços. A grande maioria afirmou que não tem facilidade de acesso aos serviços. Retomando os números de

atendimento à demanda no gráfico 6, verifica-se que os usuários que residem na Região Administrativa Norte apresentam maior frequência de queixas quanto aos serviços públicos de saúde. Esses usuários se declararam prejudicados pela escassez de serviços odontológicos nos bairros.

A insatisfação dos entrevistados com as limitações dos serviços odontológicos é confirmada no gráfico 18, a seguir apresentado, quando se questiona as razões pelas quais procuraram atendimento na clínica-escola, sejam aqueles serviços oferecidos pelas unidades de saúde localizadas nos bairros em que os usuários residem ou pelas restrições de cobertura dos planos odontológicos, há sempre uma unanimidade: *assistência odontológica tem um custo muito alto*. (grifo nosso)

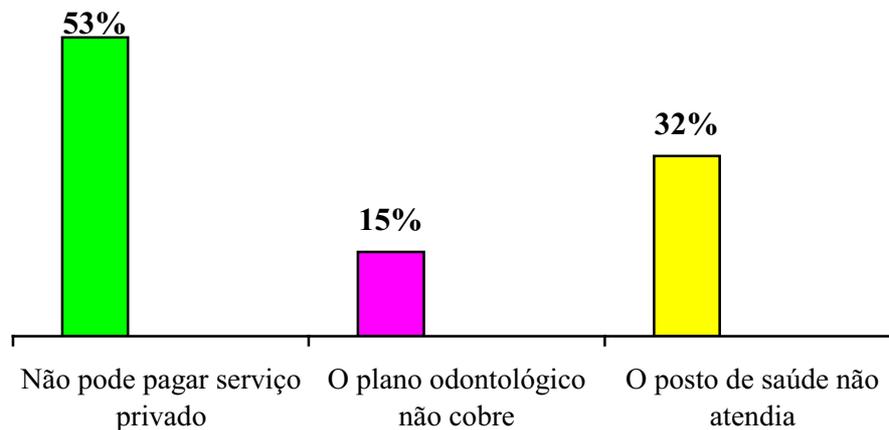
A Pesquisa de Orçamento Familiar – POF/IBGE (2004), revelou que as famílias brasileiras que ganham até R\$ 400,00 mensais destinam apenas 0,12% do orçamento com tratamento dentário. Ao contrário, as famílias com rendimento mensal com mais de R\$ 6 mil reais gastam 0,68%. Interessante ressaltar que a pesquisa não incluiu entre as famílias entrevistadas aquelas sem nenhum rendimento e em situação de alta vulnerabilidade sócio-econômica.

Esse mesmo estudo revela que a família brasileira está gastando mais com as necessidades básicas e com impostos. Segundo a análise, há 30 anos, os gastos permanentes com alimentação, habitação, saúde, impostos e obrigações trabalhistas correspondiam a 79,86% do orçamento. Em 2003, a porcentagem saltou para 93,26%. O estudo levou em consideração a composição dos gastos e consumo de famílias, divididas em classes de rendimento, entre julho de 2002 e julho de 2003.

Associando o grau de dificuldade com a justificativa pela qual os entrevistados procuraram os serviços da clínica-escola, reitera-se a tríplice relação entre a carência de

serviços odontológicos básicos, a baixa condição de renda sócio-econômica e o alto custo do tratamento odontológico privado. Essa articulação confirma-se no gráfico 18.

**GRÁFICO 18 – Razões que justificam a procura pelo serviço da clínica-escola:**



Mesmo dentre aqueles usuários que supostamente teriam condições de custear os serviços odontológicos, verifica-se que diante das facilidades de acesso, existe a possibilidade de uma redução de gastos no orçamento. Especificamente quando se viabilizam condições de atendimento imediato aos serviços da clínica-escola, seja por um funcionário ou aluno da clínica. O fato é que, diante das dificuldades de acesso, a desigualdade persiste mesmo quando se trata de serviços públicos gratuitos.

Considerando as informações dos gráficos 17 e 18, observam-se que a justificativa dos usuários apontam ao final para o fator sócio-econômico. O acesso aos serviços odontológicos se encontram norteados por questões que tendem para a falta de alternativas, uma vez que a ausência do serviço público associado à falta de condições financeiras para custear o serviço privado, mesmo diante da disponibilidade do plano odontológico, resvala para tratamentos “opcionais” que minimizam as condições da relação saúde-doença bucal.

Essa realidade foi constatada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD Saúde 2003, mostrando que 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até 1 salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica. Essa proporção caiu

para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos. A redução no número de pessoas que nunca haviam ido ao dentista foi maior entre os residentes de áreas rurais, cujo percentual passou de 32% para 28%, e na classe de rendimento mensal familiar de até um salário mínimo, que passou de 36% para 31%.

Conforme os dados da PNAD observa-se que a prioridade destinada à assistência a saúde bucal é mínima entre a população de baixa renda, e a possibilidade de desembolso com serviços privados é visto como de média prioridade para a classe de renda mais elevada.

Em função da relação saúde-doença bucal, identifica-se que a demanda é sempre superior quando especificada por necessidades odontológicas. A média de procedimentos por usuário conforme a Associação Brasileira de Odontologia (ABO/2002) é de 7 a 8 por tratamento. Os usuários entrevistados declararam que dentre as especialidades procuradas, o serviço de canal e cirurgia é o mais requisitado, conforme se observa na tabela 01.

**QUADRO 01 – Especialidade de atendimento requisitada pelo usuário (junho/2005).**

<b>Especialidade</b>	<b>Número de requisições declaradas</b>
<b>Ponte Fixa</b>	<b>23</b>
<b>Restauração</b>	<b>49</b>
<b>Canal</b>	<b>39</b>
<b>Prótese</b>	<b>12</b>
<b>Avaliação Odontológica</b>	<b>09</b>
<b>Raio X</b>	<b>16</b>
<b>Cirurgia</b>	<b>31</b>
<b>Cirurgia Buço-facial</b>	<b>03</b>
<b>Clareamento</b>	<b>06</b>
<b>Limpeza</b>	<b>28</b>
<b>Total de especialidades</b>	<b>*216</b>

\* O total de especialidades supera o total de usuários entrevistados porque cada usuário declarou mais de uma especialidade requisitada, ocorrendo rotatividade na demanda específica.

As dificuldades no acesso e/ou o acesso precário a serviços de baixa qualidade resultam numa preocupação crescente, o que pode ser constatado na fala de um usuário entrevistado:

A falta de dente deixa a gente sem graça e fica difícil sorrir. A última vez que fui ao dentista foi em 1994 pra fazer uma extração. Era pra fazer uma ponte fixa, mas não podia pagar o serviço pelo valor cobrado que era muito caro e como não tinha no posto de saúde a ponte tive que extrair o dente. Só consegui vir aqui porque minha cunhada trabalha aqui na clínica e foi mais fácil, eu fiz um canal, restauração e limpeza (usuário 47).

Cuidar da saúde bucal tem sido uma tarefa difícil para muitos usuários e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde odontológica também implicam na discrepância de indicadores entre a população. Essa discrepância não se refere apenas à distinção entre pessoas doentes ou saudáveis, indica principalmente que o acesso à assistência odontológica varia de acordo com a condição sócio-econômica do usuário, o que significa excluir cada vez mais dos serviços aqueles usuários em situação de vulnerabilidade e risco social, em condições mínimas ou praticamente nulas de acesso.

Diante das condições restritas e da imediatividade do atendimento, considerando ainda que muitas vezes o usuário só procura o serviço quando a dor é extrema, observa-se que o acesso enquanto direito é relegado mediante a expectativa da inclusão em face das limitações do caráter acadêmico e público do serviço da clínica-escola. Quando o direito é negado, ele é sentido como algo inerente à própria condição e existência do ser e do cidadão. Na concepção de Costa (1997, p.61):

[...] o cotidiano das vivências dos usuários, longe de representar o efêmero ou excepcional, é constitutivo da realidade dos serviços de saúde pública no Brasil. Todavia, dadas as contradições do Sistema Único de Saúde, esses usuários passam a ser alvo de um processo maior que desconstrói toda a filosofia da universalização, da equidade no acesso e da garantia do direito asseguradas pelo SUS.

Se o serviço caracteriza-se como atenção ou assistência à saúde bucal, eles não sabem afirmar. O fato é que a odontologia ainda é um serviço restrito, tornando-se privilégio de poucos em detrimento ao direito de todos.

### **3.2. Direito à atenção a Saúde Bucal: dificuldades de acesso e precariedade dos serviços.**

Quando se trata de saúde bucal, as condições dos brasileiros não são das melhores. Conforme afirmação no capítulo anterior, embora se tenham “173 faculdades de odontologias no país (27 federais, 18 estaduais, 7 municipais e 121 particulares) e um total de 201.270 dentistas, a maioria da população não tem acesso aos serviços destes profissionais”(Conselho Federal de Odontologia, 2005).

Constata-se que o atual quadro sanitário odontológico do país apresenta mais de 180 milhões de habitantes e 120 mil cirurgiões-dentistas privados. Calcula-se que desse total, apenas 2,5 milhões de pessoas têm acesso a cirurgiões-dentistas em clínicas privadas todo ano. Da mesma forma, os dados oficiais da PNAD/IBGE/2004 indicam que, mesmo entre àqueles usuários que recebem acima de seis (06) salários mínimos mensais, 40% das pessoas chegam aos 60 anos completamente desdentados.

Para se ter uma idéia da gravidade destes dados, estima-se que, se todas as pessoas tivessem acesso a atendimento odontológico, seria necessário que todos os cirurgiões-dentistas trabalhassem 8 horas por dia durante 30 anos, desde que neste período não surgisse

mais nenhuma manifestação de doença bucal, para que se assegurasse a cobertura a todas as demandas da população.

Entre outros títulos que nada dignificam o Brasil, o país é considerado o campeão mundial de cárie. Esses números tornam-se ainda mais dramáticos quando se observa que 81% dos gastos com assistência odontológica são de responsabilidade do setor privado, o qual atende apenas cerca de 10% da população. A odontologia brasileira caracteriza-se nesse aspecto pela contradição. Se por um lado é digna de um aparato tecnológico e humano à altura dos países mais desenvolvidos, por outro exclui a imensa maioria da população deste direito mínimo, especificamente aquela camada da população em maior condição de vulnerabilidade e risco social.

Os dados da PNAD/Saúde 2003 confirmam que 16,2% da população têm plano de saúde bucal e 74% dependem única e exclusivamente dos serviços odontológicos do SUS. Entre a população mais vulnerável social e economicamente, o índice chega a 95%. Em contrapartida, a cobertura do SUS é baixíssima, abrangendo somente 30,7% da população.

Portanto, grande parte do financiamento repassado pelo SUS para custear o cirurgião-dentista destina-se ao pagamento de procedimentos cirúrgicos mutiladores, ou seja, extração dentária, implicando um menor investimento em prevenção e ações de Educação em Saúde Bucal – ESB. E quando os dentes são extraídos, o paciente não é reabilitado.

As condições de saúde da boca são essenciais para o equilíbrio e o estado de saúde integral das pessoas, contudo, essa informação não é de conhecimento geral da população, e se ainda assim o fosse, estaria limitada a concretizar-se através da equidade no acesso a serviços de atenção básica à saúde bucal. Para aqueles usuários que buscam os serviços públicos, ficam ainda mais restritas as formas de acesso, sendo configurada para grande parte destes usuários a demanda imediata ocasionada por queixas de incomodidade

física. Será que o direito à saúde apenas configura-se na procura ao serviço odontológico?

Segundo Paim (2000, p.59):

A idéia do direito à saúde [é resgatada] como noção básica para a formulação de políticas. Esta se justifica na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica. O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas a emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc.

Essa relação do acesso aos serviços como direito social, preconiza desde a década de 1980, quando a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que se estende até os dias atuais. A verdade é que o processo de consolidação do SUS traduziu não apenas avanços de cidadania, mas principalmente, ocasionou retrocessos materiais, instituídos sob a crescente demanda dos serviços de saúde pública e a sua incoerente absorção.

A Constituição de 1988 representou no plano jurídico a afirmação dos direitos sociais frente à grave crise e às demandas de enfrentamento aos crescentes índices de desigualdade social. A descentralização da esfera federal e a democratização das políticas públicas constituíram-se enquanto importantes dispositivos que definiram a criação de um pacto federativo através da co-responsabilidade, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas. “Os Conselhos de Políticas Sociais e de Direitos, entre eles os de saúde, são inovadores em nível de gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas relações entre Estado e sociedade”(BRAVO, 2002, p.45).

Na premissa básica da concepção de Saúde como direito de todos e dever do estado, a preocupação central é assegurar que o Estado atue em defesa dos direitos fundamentais, dentre eles a saúde. Conforme Teixeira (1989, p. 84):

Como fundamento dessa concepção do direito à saúde destacam-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.

O debate que se desenvolveu a partir do Movimento Sanitário permitiu a articulação entre as demais políticas setoriais, resultando conseqüentemente numa maior ampliação dos espaços de participação e controle social. No entanto, a concepção do direito à saúde enquanto direito fundamental parece estar fragilizada diante do cenário atual de crises e do descrédito da população mediante as inflacionadas denúncias de corrupção no país envolvendo gestores e representantes dos principais partidos políticos. Dessa forma, não surpreendeu que durante a execução da pesquisa acadêmica, houvesse rumores incisivos quanto à *crise do mensalão (grifo nosso)*.

Apesar de seu caráter acadêmico, a clínica-escola mantém convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, recebendo recursos para o atendimento da demanda excedente dos serviços de média e alta complexidade em complementaridade a cobertura do SUS no município do Natal. Os serviços de Atenção Básica realizados na clínica-escola não são repassados pela Secretaria Municipal de saúde para a UFRN, por serem considerados de competência do Sistema Único de Saúde, com total abrangência dos serviços correspondentes, prestados, nesse caso, pelas unidades básicas de saúde.

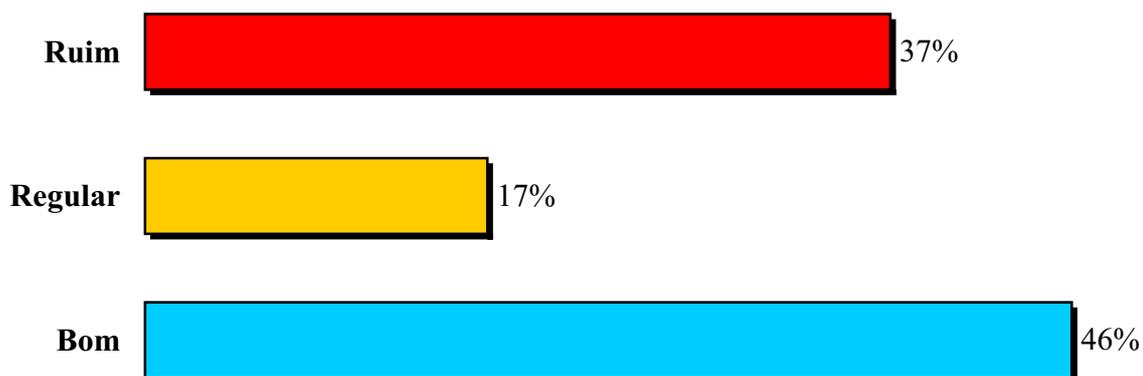
Conforme informações do Chefe do Departamento de Odontologia da UFRN, aproximadamente 35% dos procedimentos realizados na clínica-escola referem-se ao nível de atenção básica, representando um excedente da demanda reprimida do serviço público de

atenção primária. A procura é constante pelos serviços, incluindo usuários da Região Metropolitana e interior do estado, contudo, nem todos conseguem receber atendimento, e o mais grave é que muitos não recebem um bom atendimento, principalmente do funcionário.

Ao analisar esse atendimento houve duas distinções a considerar, sendo a primeira voltada para o acolhimento do funcionário referindo-se à chegada do usuário na instituição e, a segunda, orientada para o atendimento do aluno no que tange à realização do tratamento.

Ressalta-se, neste sentido, a importância do reconhecimento do usuário abordando a perspectiva em que se constitui a demanda. O usuário como protagonista do serviço de saúde tem participação direta na relação entre ele e o serviço, o que implica contribuições para a reorganização dos serviços prestados, visando maior acolhimento, abrangência e efetividade. Observam-se os gráficos abaixo:

**GRÁFICO 19 – Porcentagem de usuários que opinaram sobre atendimento do funcionário**



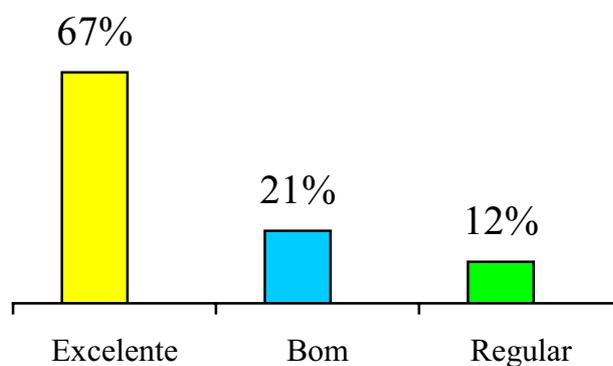
Constata-se na clínica de odontologia, que o atendimento ao usuário por parte do funcionário tem deixado a desejar, o que corresponde a 37% da opinião dos entrevistados, principalmente quanto ao processo de recepção e acolhimento, implicando a não obtenção de

uma simples informação por telefone sobre o serviço de triagem, horário de atendimento e especialidades clínicas. Na declaração de um usuário:

[...] perguntei na recepção onde era a clínica e ela mandou eu descer a escada e quando cheguei lá outro funcionário disse que eu tinha que passar na triagem e me mandou ir em outra sala e chegando lá, a mulher disse que eu tinha que chegar cedo pra pegar uma ficha porque não tinha mais ficha, e aí eu nem podia esperar e mesmo com dor de dente arranjei dinheiro da passagem e voltei porque precisava fazer um canal. Foi difícil no começo, mas depois consegui me encaixar (usuário 26).

Contudo, apesar de mencionar algumas críticas quanto à recepção do funcionário, muitos usuários não deixaram de utilizar o serviço da clínica-escola por considerar o atendimento clínico do aluno como excelente e bom, somando 88%. Os usuários declararam sua satisfação, com ênfase à atenção e a qualidade do tratamento a ele dispensado, incluindo o ambiente físico, material utilizado e o cuidado através das orientações de higiene e educação em saúde bucal.

**GRÁFICO 20 – Porcentagem de usuários segundo a opinião sobre atendimento do aluno.**



Na análise dos dados, nota-se que a relação acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento que devem ser considerados e incidem diretamente sobre o estado de saúde das pessoas e da coletividade. Conforme se observou no gráfico 15 apresentado na página 89, o acesso do usuário obteve como uma das principais fontes de informação o contato com funcionários e alunos da clínica-escola, demonstrando de certa forma, a correlação existente entre as condições de acesso e as relações interpessoais entre usuário x funcionário x aluno.

Este fato sobrepõe-se a concepção de acesso em sua perspectiva geográfica, caracterizado pelo deslocamento do usuário. Em complementaridade, resgata-se os dados dos gráficos 5 e 6, quando apresenta-se a residência de origem dos usuários, especificamente ao considerar a distância geográfica até a clínica-escola. Nesse caso, entende-se que acesso e acolhimento remetem à produção de serviços de saúde a partir dos saberes da área, assim como dos projetos políticos e das necessidades dos atores sociais envolvidos. Portanto, a diferenciação entre a avaliação do atendimento do aluno e do funcionário, estão associadas à realização de funções distintas em contextos sociais diferentes, além do caráter clínico e funcional que se separam em ambas. (MERHY,1997,p.76) afirma que “o acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários”. Para Matumoto (1998, p.17):

[...] o acesso aos serviços de saúde é uma das primeiras etapas a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade em saúde, e a partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento, relacionado com a utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários.

As condições de acesso e a qualidade no atendimento do aluno são elementos que justificam de certo modo a procura do usuário pelos serviços da clínica-escola, ocasionando

uma compensação em sobreposição às dificuldades encontradas no processo de atendimento à demanda, tais como: custo, localização, forma de organização, critérios de acesso e tempo de espera para utilização do serviço. Na apreciação de Oliveira (2002, p.93):

Experiências prévias negativas junto a outros serviços de saúde mais próximos de sua residência, levam o usuário a optar pelo serviço em que, além do acesso facilitado exista um bom acolhimento, mesmo que este lhe exija um maior deslocamento. A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde juntamente com outros fatores, favorece o vínculo do usuário e, portanto, contribui muitas vezes para o tempo de utilização do serviço e para a freqüência de procura pelo atendimento.

Ao considerar a baixa rotatividade do serviço da clínica-escola em virtude da média de procedimentos realizados por usuário, observa-se que a inclusão de novos usuários além de não corresponder à relação de espera da clínica, também ocorre em função das facilidades obtidas em virtude da relação interpessoal entre usuário e profissionais da clínica, além das indicações orientadas pela própria família, amigos e outros usuários.

Neste sentido, a concepção de direito aos serviços odontológicos é perpassada por uma vivência que reproduz valores do chamado “jeitinho brasileiro” diante da quantidade de fatores que obstaculizam o acesso aos serviços. Para tanto, direito todos têm, entretanto, usufruto com inclusão social é para poucos, especificamente quando se trata de uma demanda formada em grande parte por usuários em condição de vulnerabilidade social.

Quanto à percepção dos usuários com relação ao direito aos serviços odontológicos, observaram-se os seguintes depoimentos:

“[...] o direito é da gente que trabalha e paga imposto, porque quando a gente precisa não tem que ficar atrás, pegando fila e dormindo na rua pra conseguir uma ficha” (usuário 6).

“[...] o direito é de todo mundo, de quem não trabalha principalmente porque não tem como pagar particular” (usuário 31).

“[...] direito todo mundo tem, mas quando a gente precisa é difícil encontrar porque no posto de saúde é dia sim, dia não, sempre falta alguma coisa, quando não é o dentista que falta é material e assim nunca consigo no posto”(usuário 52).

Estas declarações chamam a atenção para aspectos que, embora recorrentes na representação dos usuários dos serviços de saúde, são pouco valorizados pelas autoridades responsáveis pelo planejamento e pela tomada de decisões no setor saúde. Além da gravidade das condições sócio-econômicas que motivam a demanda por atendimento e da criação de estratégias que satisfaçam o acesso aos serviços de saúde, está presente o caráter imediato da necessidade. Reitera-se na concepção de Cohn (2001, p. 52) “a percepção de que a saúde praticamente se transformou em sinônimo de assistência médica”.

Na percepção dos usuários quanto ao serviço prestado pela clínica-escola de odontologia, observaram-se as principais declarações:

“pra mim foi uma idéia boa esse serviço porque a gente fica um tempão na fila pra marcar uma consulta e quando consegue sempre falta alguma coisa” (usuário 28).

“na verdade todo serviço deveria ser assim de bom atendimento, um pessoal educado que trata a gente bem e ainda por cima é de graça, por que se fosse pra pagar eu não tinha condições” (usuário 35).

“o serviço daqui é muito bom, é bem diferente do serviço do posto de saúde que pelo menos poderia ter mais dentista pra atender a gente sem precisar sofrer numa fila de madrugada sem ter certeza se o dentista vem trabalhar” (usuário 47).

As declarações não divergem do contexto de desigualdades no acesso aos serviços de saúde no país, que reproduz sérias implicações na qualidade dos serviços públicos e no modo de vida da população, cujas alternativas se restringem ao Setor Público e a algumas ações e iniciativas do Setor Privado, Entidades Filantrópicas ou Não Governamentais. A clínica-escola de odontologia se insere neste cenário.

Há, portanto, uma tendência à valorização da assistência à saúde como meio de obtenção ou preservação da saúde, que produz e reproduz uma necessidade quase irrefreável de consumo de serviços, aos quais se atribui a capacidade de manter a saúde, mas, maciçamente, numa perspectiva curativa, seguindo a direção da organização dos serviços de saúde no Brasil e o seu consumo.

A saúde, portanto, dificilmente é percebida como uma questão de cidadania, e a concepção que dela predomina não se baseia no âmbito coletivo. Daí a procura dos serviços manifestar-se principalmente nas situações onde existem riscos concretos e nas situações onde predomina a perspectiva curativa.[...] o que sempre orienta as políticas sociais é o emergencial e o terapêutico para recuperação da força de trabalho [...] e as formas sociais dos serviços de atenção à doença acabam por perder de vista a sua essência de manutenção da saúde, para inserirem-se nas condições gerais de produção (COHN, 2001, p.92).

Ao observar as declarações dos usuários, as reflexões que se constroem elevam-se para o centro da problemática em questão, perfazendo toda a conjuntura macrossocial na qual se insere a temática da saúde bucal, analisando seus embates no campo específico de atuação da clínica-escola, permitindo realizar as mediações presentes no contexto do direito ao acesso aos serviços odontológicos. No decorrer da análise, percebe-se que a necessidade dos usuários que demandam os serviços da clínica-escola de odontologia da UFRN, é parte integrante do

crescente processo de exclusão social do sistema de acumulação e reprodução do capital.

Iamamoto (2002, p. 19) reafirma em seu pensamento:

[...] esse quadro é agravado com a contra-reforma do Estado nos seus diferentes níveis de poder e na sua relação com a sociedade, demarcada pela idéia da privatização, da redução da responsabilidade pública no trato das necessidades sociais das grandes maiorias em favor da sua mercantilização, desarticulando direitos sociais, rompendo os padrões de universalidade atinentes a estes direitos e provocando uma profunda radicalização da questão social.

Dessa forma, as declarações exprimem uma percepção comparativa que reflete o cotidiano das dificuldades de acesso aos serviços públicos odontológicos, tomando-se como referência a realidade diária na procura por atendimento e as formas de ajuste da população na construção de estratégias e alternativas viáveis ao seu modo de vida. O serviço da clínica-escola satisfaz em parte o atendimento a esta demanda. Ao menos para a parcela da população em situação de inclusão nos serviços, esta é uma alternativa “louvável”!

### **3.3.E o papel da Clínica – escola mediante as Diretrizes da Política de Saúde Bucal? qual sua contribuição?**

A função pública da universidade, com o livre exercício da docência, pesquisa e serviços à comunidade, se fundamenta conforme as Diretrizes da Política Pública de Ensino Superior e das necessidades culturais e de conhecimento de toda a sociedade, a partir das quais se justificam as pesquisas científicas em seus diversos ramos do conhecimento. Todavia, a própria qualidade do ensino e da pesquisa nas Instituições de Ensino Superior Públicas no Brasil, está sendo antagonizada por uma estrutura obsoleta que não premia qualidade nem atende as demandas do mercado de trabalho ou expansão do atendimento na forma de vagas ou extensão. A tendência da política governamental para intervir nesse setor, geralmente conduz a gastar muito, não saber o que exigir e “rodar em círculos”.

A universidade, diante do processo de crise política, orçamentária e financeira que impacta o país, tem procurado articular-se com a sociedade, apesar de seu sucateamento e fragilidades, colocando-se como entidade cuja responsabilidade e papel social desenvolve

saberes e práticas em suas múltiplas áreas do conhecimento. As faculdades da área de saúde, por estarem inseridas neste contexto cientificista, também se utilizam dessa tendência.

Nas últimas décadas, a formação em saúde passou por um processo de transformação que não está desvinculado das mudanças paradigmáticas verificadas no campo da saúde mundial. Percebe-se a falência do modelo hospitalocêntrico, com visão especializada e focal do processo saúde-doença para uma concepção preventiva e de atenção básica.

A partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei Orgânica 8080/90, como concretização das premissas da Reforma Sanitária, percebe-se a necessidade de formação de profissionais com perfil para atuação integral em saúde. Essa alteração na organização e produção dos serviços de saúde sinalizou também para a mudança curricular nas faculdades da área biomédica.

Contudo, o processo de modificações na graduação não significa uma adequação à organização das políticas de saúde, mas sim, impele a repensar o modelo pedagógico para que os futuros profissionais dessa área possam construir, por si e coletivamente, novas concepções e ações, respondendo de maneira mais positiva aos entraves do sistema em que irão se inserir.

O modelo preventivo de promoção à saúde permitiu que os profissionais da área odontológica comesçassem a ter uma visão mais holística de seus pacientes, compreendendo suas reais necessidades, seus medos e expectativas. Enfim, colaborando para que esses possam caminhar para a saúde. Acredita-se que esse caminhar se desenvolve através da educação em saúde, uma vez que, conhecer o problema ou os riscos, reduz sua abrangência tornando mais viável sua resolução. “Do ponto de vista do ensino, a motivação compreende a ativação, a manutenção e a direção do interesse” (BORDENAVE ; PEREIRA,2002 , p.71).

Para tanto, as Diretrizes Curriculares para os cursos da área de saúde se orientam para uma formação humanista e de atuação nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário. Parte do cenário prático de atuação do futuro

profissional realiza-se nos Hospitais Universitários e nas clínicas-escola, ocorrendo que os parâmetros ainda estão inadequados às prerrogativas de atuação em saúde, sendo necessário a ampliação desse espaço de intervenção de forma a viabilizar uma interação e vivência mais próxima da população.

Os alunos de odontologia do 9º e 10º período, bem como a chefia e a coordenação do curso e da clínica-escola, reconhecem haver um modelo de organização dos serviços que não é exatamente seguido. Isso se deve à necessidade do caso demandado pela clínica específica e da disponibilidade dos casos encontrados mediante a procura e triagem dos usuários.

O contato do aluno com a realidade geral da atenção à saúde não deve ser isolado. Na universidade, a abordagem pedagógica estrutura suas atividades em disciplinas integradas, unindo a teoria apreendida à prática clínica. Aliado a isso, é indispensável a união do ciclo básico/profissional e a abordagem do conhecimento das especialidades necessárias ao generalista, evitando-se assim, a formação de especialistas em cada área. Na concepção de Marins (2004, p.67):

Um dos desafios dessa transformação do processo de formação é a mudança dos cenários de prática. Todavia, a sensibilização dos acadêmicos a esse modelo inovador não será eficaz se for feita apenas por transmissão da concepção generalista vigente nas Diretrizes. Faz-se necessária a introdução precoce do aluno no sistema de saúde e não apenas quando chega o período de internato, além de uma visão extensa do funcionamento dos serviços.

A faculdade de Odontologia da UFRN, além de desenvolver atividades de pesquisa e extensão nas áreas da Odontologia Social, presta atendimento à população, em sua maioria de baixa renda, através de serviços de saúde bucal de atenção básica, média e alta

complexidade, de forma gratuita e disciplinar, conforme modelo de organização do projeto pedagógico do curso.

A proximidade do aluno com o cenário da realidade do usuário muitas vezes se estabelece no atendimento da clínica-escola, mediante o processo de triagem e da análise das condições e hábitos de vida daqueles que procuram o serviço odontológico. Considerando que o perfil sócio-econômico dos usuários é bastante heterogêneo e diversificado, nota-se que a dimensão das dificuldades de acesso deste mesmo usuário aos serviços, embora não sejam incluídas no processo de triagem, são involuntariamente expressos na forma de relatos aos próprios alunos durante o tratamento. Em entrevista aos alunos do 9º e 10º período, observa-se as seguintes declarações quanto à concepção da grande demanda pelos serviços:

“tem usuário que consegue a ficha avulsa e acaba ficando no atendimento permanente e no dia-a-dia, vemos que tem mais usuário avulso do que paciente fixo, e como a gente precisa de paciente terminamos ficando com ele”(aluno 3).

“sabemos que a procura é grande mas não dá para atender todo mundo e então quem chega primeiro fica e ainda assim tem muita queixa porque muitos deles vêm de longe, até mesmo do interior tentando conseguir ser atendido”(aluno 8).

“ainda não atendi um usuário que reclamasse, acho que tive sorte, mas tem colega meu que dá uma de psicólogo e quer resolver problema de todos”(aluno 12).

A partir das declarações dos alunos, ainda que se reconheçam os limites da assistência odontológica para reproduzir melhores níveis de saúde bucal num âmbito coletivo, não ocorre, contudo, uma preocupação maior do poder público com relação à ampliação dos serviços. O ideal seria destinar maiores investimentos para a área de saúde bucal, bem como maior controle e vigilância na execução dos serviços, possibilitando desse modo, inclusão com garantias de acesso à população e qualidade no atendimento.

O trabalho acadêmico realizado é apenas o princípio de uma realidade que logo se descortina ao futuro profissional. No entanto, suas inflexões podem gerar danos maiores do que se imagina, especificamente quando materializa em cenas reais o descontentamento de parcela da população excluída do serviço público e a desmotivação de parte dos alunos que enfrentarão em breve o mercado de trabalho, sendo o setor público o maior empregador.

Não obstante, parte significativa dos usuários que têm acesso à assistência odontológica parece estar restritos à produção de restaurações dentárias e extrações, com sérias críticas ao paradigma cirúrgico-restaurador. Em contraposição, as orientações das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (DPSB), reforçam um dos pólos da dicotomia “preventivo-curativo”, cuja direção sustenta-se mais em favor do modelo assistencial em que pese o modelo da atenção e do cuidado.

O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República, deve nortear a mudança progressiva dos serviços odontológicos, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação”(DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004, p.07).

Para melhor identificação dos principais grupos de ação, de promoção, de proteção e de recuperação da Saúde Bucal a serem desenvolvidos prioritariamente através dos serviços odontológicos, se fez necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência e das suas condições sócio-econômicas, mas também de seus hábitos, estilos de vida e suas necessidades de saúde, sentidas ou não, aí incluídas por extensão a infra-estrutura dos serviços disponíveis.

Lamentavelmente, o mais rudimentar dos instrumentos de avaliação e monitoramento da Saúde Bucal da população, os Levantamentos Epidemiológicos (tendo como base o índice CPO-D), têm sido realizados tardiamente no Brasil. Como resultado, obteve-se o 1º Levantamento Saúde Bucal de base nacional apenas em 1986, realizado pelo Ministério da Saúde; o 2º, pelo Serviço Social da Indústria (SESI), em 1993, em parceria com a Kollynos do Brasil, pontual a alguns municípios brasileiros com restrição à faixa etária entre 6 e 14 anos; o 3º, em 1996, organizado pelo Ministério da Saúde, sem publicação do Relatório Final e, finalmente, o mais recente, em 2003, que subsidiou as bases para a construção da Política Nacional de Saúde Bucal, bem como o planejamento e a avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde.

As Diretrizes da Política Nacional, publicadas em 2004, sinalizaram para a ampliação da produção do cuidado, sendo compreendido como:

Documento de referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004, p.07).

Como os serviços públicos disponíveis em sua maioria são precários e insuficiente para atender a crescente demanda, as DPSB recomendam para uma melhor eficácia, eficiência e resolutividade das ações, o trabalho em equipes de saúde bucal que contemple uma maior dimensão da ação através da multidisciplinaridade e da construção de novos saberes mediante a relação com os usuários do serviço. Numa concepção mais aproximada da realidade, ocorrem divergências. Narvai (2004, p.15) reafirma:

A odontologia tradicionalmente é uma profissão que vem colocando seus pacientes em uma condição passiva em relação ao seu problema, pois o que rotineiramente acontece, é o surgimento de problemas bucais, e quando esses estão estabelecidos, e em estágio avançado, o paciente busca ajuda para "eliminar" o problema, ou seja, extrair os dentes.

No que trata dos princípios norteadores das ações, as Diretrizes da Política Pública de Saúde Bucal preconiza:

Buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento. (DIRETRIZES DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL, 2004, p.05).

Hegemonicamente, com base num atendimento individualizado, a odontologia se restringe em limitar o dano da doença bucal, e salvo exceções, substitui os dentes perdidos por elementos protéticos, o que demanda custos mais elevados, principalmente, quando esse serviço não é subsidiado. Para tais procedimentos, o envolvimento do paciente limita-se em mostrar ao dentista a localização da dor, sua frequência e intensidade.

Na clínica-escola de odontologia, apesar de todos os esforços do projeto pedagógico reelaborado e implementado desde 2001, observa-se que a concepção de saúde bucal enquanto atenção distingue-se claramente da assistência odontológica propriamente dita, principalmente para o conhecimento do aluno, embora estes reconheçam sua aplicação predominante para a segunda. Na declaração dos alunos, nota-se que algumas falas são pontuais e restringe-se a jargões, sem muito fundamento teórico.

[...] Durante o curso aprendi a diferença entre o serviço básico individualizado e um atendimento multidisciplinar, que procura olhar além

dos problemas bucais. Lá fora é outra história porque não existem condições. Pra se ter idéia, numa unidade de saúde o dentista chega a fazer 20 atendimentos/dia, o que realmente torna difícil ir além da assistência, no máximo uma restauração e no pior das hipóteses não tem atendimento porque quebrou ou faltou um equipamento ou material (aluno 8).

“[...] sabemos que o ideal é realizar um atendimento integral ao paciente. Mesmo com as dificuldades e limitações do serviço público a gente tenta, mas nem sempre é possível”(aluno 3).

“[...]olha, o fato é que teoria é uma coisa e prática é outra. Se não temos condições de trabalho não há o que se fazer e aí ficamos de mãos atadas sem muita opção”(aluno 11).

“[...] não dá pra se fazer muito. O que eu faço é tratar e informar sobre como eles devem cuidar para evitar a reincidência do problema, mas muitos usuários relaxam e não dão muita importância para a saúde bucal, mesmo que usar escova e pasta dental sejam mais baratos”(aluno 15).

Se faz importante notar que a realidade de vida do aluno foge a dimensão do cotidiano de lutas de grande parte dos usuários, sendo perceptível nas declarações a forma com que se justifica a falta do cuidado com a saúde bucal, não percebendo o aluno que o custo com escova e creme dental é equivalente ao valor de uma refeição, e que na situação de vulnerabilidade a que são acometidas muitas famílias, a eleição de prioridades é cruel, e saciar a fome vem em primeiro lugar.

Entende-se que a prática odontológica caminha a árduos passos na direção da ampliação do autocuidado com a finalidade de prevenir, diagnosticar e tratar a doença através de ações de educação bucal junto aos usuários. No entanto, Silva (1990, p. 63) acrescenta que essa dificuldade nos avanços se deve principalmente por que:

[...] nossas escolas, na realidade, são verdadeiras ilhas de produção científica, onde técnicas sofisticadas são pesquisadas, aumentando mais a distância entre o ensino e a realidade. Ao lado das questões sociais é enfatizado um distanciamento em relação às questões de saúde da população[...] os cursos de graduação assumem uma posição tecnicista, não proporcionando ao aluno condições de melhor preservar a saúde do usuário e de conhecer sua realidade. Existe uma grande defasagem entre a formação profissional dada pelas Universidades (que visam o consumo de alta tecnologia) e a necessidade de se formarem profissionais voltados para as

reais condições de vida da população e mais motivados para debater os métodos de prevenção e os problemas estruturais de trabalho.

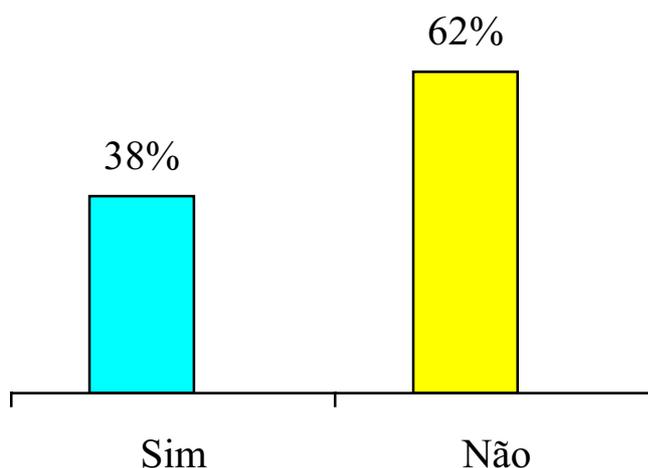
É importante ressaltar, a partir desse recorte, a necessidade de maior proximidade entre o profissional de saúde e o paciente, a fim de que o primeiro compreenda a concepção do segundo e de que seja estabelecido um canal de comunicação entre ambos. Para tanto, cabe aos profissionais de saúde bucal estarem preparados para atuar como agentes da informação, sendo o cirurgião dentista um promotor da saúde na conscientização da população usuária dos serviços, de modo a esclarecer e orientar para alternativas integradas e possíveis sobre um modo de vida mais saudável em saúde bucal.

A saúde bucal está implícita na saúde integral da população, por conseguinte, a dimensão de integralidade está relacionada às condições sócio-econômicas e culturais da população, com implicação direta às condições de alimentação, moradia, trabalho e renda, meio ambiente, transporte, lazer, acesso à informação e a serviços básicos de manutenção das condições de vida. É, na realidade, uma conjunção de múltiplos fatores que terminam por justificar declarações supracitadas, onde o aluno desconhece o comportamento dos usuários, velando-o de questões que estão além do simples poder de decisão em optar por modos mais adequados de saúde bucal.

A insuficiência de informação sobre os cuidados necessários para a higiene bucal na atualidade é considerável, visto que a informação que está disponível nas grandes mídias e no próprio serviço de saúde, não atendem a todas as camadas da população da mesma forma e dificilmente é compreendida, de modo a produzir conhecimento em relação aos cuidados com a saúde. Daí, a importância de se valorizar os programas de Educação em Saúde Bucal (ESB), que atendam às necessidades da população de menor acesso aos serviços odontológicos e em condições sócio-econômicas mínimas, quando contrário, nulas, para custeio dos serviços.

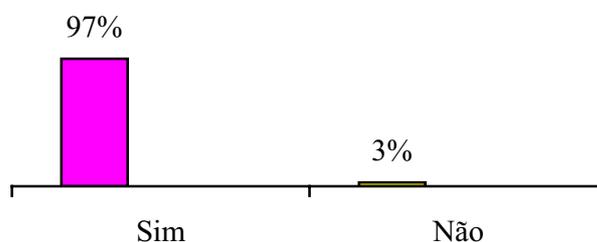
Do total de usuários entrevistados na clínica-escola, 38% participaram de alguma campanha ou ação de prevenção externa, e uma parcela superior, afirmou ter recebido informações do aluno durante o tratamento, conforme gráfico abaixo:

**GRÁFICO 21 – Porcentagem de usuários segundo participação em campanhas/ações preventivas.**



A participação, nesse caso, envolve campanhas ou ações preventivas na área de Saúde Bucal, que tenham incluído em seu público prioritário o usuário ou algum membro de sua família, a partir do qual, estaria se formando a possibilidade de um multiplicador em potencial, a depender das condições de acesso a insumos de prevenção odontológica para complementar o processo. No gráfico seguinte, tomou-se como referência o acesso do usuário a informações a partir do odontólogo, durante o seu tratamento na clínica-escola.

**GRÁFICO 22 – Porcentagem de usuários conforme informações no processo de tratamento**



A abrangência das respostas está coerente com as declarações referentes ao atendimento dos alunos pelos usuários, reproduzindo uma avaliação positiva que inclui além do acolhimento o grau das informações fornecidas pelos alunos sobre a identificação, tratamento e prevenção da doença bucal. Ao questionar estes resultados relacionando-os ao mercado de trabalho pós-formação acadêmica, registrou-se as seguintes declarações:

“É fácil realizar um bom trabalho quando se tem condições de trabalho e um bom salário. Na escola vivemos um mundo de expectativas e projetos e quando chegamos lá fora a realidade é dura e exige da gente mais do que podemos dar porque sem estrutura não chegamos a realizar nem metade do que aqui aprendemos”(aluno 2).

“Não precisamos sonhar muito, basta empregar-se no serviço público e então nossos sentimentos enquanto profissionais acabam se frustrando, porque lidar com uma população carente e sem instrução e ao mesmo tempo um governo que não investe nem no serviço nem no profissional, realmente não tem como viver sorrindo [risos]”(aluno5).

“A realidade é muito diferente quando enfrentamos o mercado de trabalho. Aqui estamos aprendendo, realizando uma atividade que presta um grande serviço à comunidade que por sua vez precisa ser bem atendida depois de ouvir tanto não”(aluno 12).

“Não é que justifique, mas quando saímos daqui precisamos sobreviver e ganhar dinheiro também, temos necessidades que precisam ser satisfeitas e para isso precisamos nos desdobrar e o serviço público, mesmo que ofereça o vínculo também oferece péssimas condições de trabalho. Eu sei que a população não tem culpa mas ela acaba sofrendo mais que a gente”(aluno 13).

As declarações chocam e em concomitância revelam as nuances de uma realidade que aprofunda cada vez mais as distinções entre o compromisso ético profissional e o atendimento às demandas de uma população que sofre diretamente as inflexões dessa desarticulação cruel em um processo que não se separa, ao contrário, se complementa através de uma contínua troca de experiências entre os sujeitos da ação. A esse respeito, Pinto (1994, p.36) acrescenta:

Cada profissional do setor odontológico deve se constituir num ator com ativa participação no processo de avanços do País. Esperar por um desenvolvimento global que reduza as desigualdades sociais e econômicas, que atenda em equidade e qualidade as necessidades básicas da população e que solucione indiretamente os problemas de saúde geral e bucal, termina por se tornar uma posição cômoda de muitos gestores e profissionais da área que favorece a manutenção do Status quo.

A partir desse cenário de complexidade em que se delinea o processo de trabalho do cirurgião dentista, influenciado por fatores como as condições de vida e hábitos danosos à saúde que escapam ao controle da profissão, afigura-se como essencial a ampliação dos horizontes de interesse e de atuação profissional, levando-os a se transformarem em agentes catalizadores de mudanças sociais e econômicas que favoreçam a melhora dos níveis de saúde bucal sob seus cuidados.

As modificações compreendem um trabalho a médio e longo prazo, fundamentado nas Diretrizes da Política de Saúde Bucal, pelo compromisso ético que não distingue condições de trabalho nem usuários e, principalmente, pelos desígnios de um Projeto Pedagógico que concebe a prática odontológica a partir de um contexto essencialmente social.

Ainda é comum, na atualidade, a existência nos currículos acadêmicos de disciplinas exclusivamente dedicadas à Odontologia Social e à Preventiva,

como se fossem especialidades profissionais. Quando a Odontologia efetivamente transformar-se em uma ciência social e preventiva, as disciplinas correspondentes deixarão de existir, uma vez que seus conteúdos estarão embutidos em cada passo do currículo e do fazer profissional (CHAVES, 1996, p. 45).

Certamente a declaração expressa um posicionamento muito pessoal, contudo, não se pode desconsiderar que estes alunos são os mesmos profissionais que logo estarão no mercado de trabalho cruzando os braços ao se debater com as primeiras dificuldades. Reitero a afirmação do autor supracitado, ao referir-se à postura cômoda dos odontólogos frente aos desafios presentes, como uma via mais favorável a sua estagnação política como forma de assegurar-lhe estabilidade econômica.

A realidade analisada mostrou que os usuários estruturam suas estratégias de acesso aos serviços a partir da referência de seu cotidiano - refletida nas dificuldades de acesso, e na vinculação com as condições mais imediatas das disponibilidades oferecidas. Entretanto, como enfatiza Narvai (1998, p. 74), “acreditar que as falhas na melhoria da saúde sejam dos pacientes, mais do que dos cirurgiões-dentistas, exime a prática odontológica e a própria sociedade de questionar o papel que esses atores desempenham na produção das doenças”.

Portanto, a formação do profissional de saúde bucal deve passar necessariamente por um processo que possibilite o desenvolvimento de seu espírito crítico e do seu papel de educador, além da sua capacidade humanizadora das relações entre o poder, o saber e o fazer.

Essa percepção do aluno está de certa maneira refletida na forma com que o mesmo classifica o papel exercido pela Universidade com a prestação deste serviço da clínica-escola à população. Na declaração dos alunos, observa-se que apesar de sua importância, há também um caráter de bem-estar nos serviços prestados:

“O papel é de responsabilidade social, onde se oferece um serviço que é restrito no serviço público e de alto custo privado para uma população que é carente”(aluno 2).

“O papel é social porque não só aprimora nosso aprendizado mas também presta atendimento a parte da população que não tem acesso de qualidade nas unidades de saúde” (aluno 6).

“A universidade presta um favor muito grande à comunidade porque permite que utilizem um serviço praticamente gratuito e de qualidade. Tirando a UFRN são poucas as entidades que prestam esse serviço”(aluno 9).

“[...] fácil perceber que a população reconhece esse papel porque os pacientes agradecem a nós com muito carinho por atender tão bem quando eles são tão excluídos lá fora”(aluno 12).

As declarações denotam um aspecto da percepção dos alunos que não superam as condições externas das dificuldades de acesso dos usuários aos serviços. No entanto, a concepção que se tem do direito ainda necessita ser melhor aprofundada a partir de sua formação acadêmica e da articulação com as instâncias de participação do profissional de odontologia pós- formação.

[...] compreende-se que o processo de implementação da prática da Odontologia e sua expressão político-social vêm substanciar a condição do seu reconhecimento como direito de cidadania, concedido na ocasião da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, no ano de 1993, em Brasília, Distrito Federal (ZANETTI, 2000, p. 72).

Os profissionais de saúde devem ter incorporado na sua formação, condições que os habilitem a trabalhar em nível comunitário buscando contribuir para o resgate da cidadania

dos usuários, com vistas à construção de um modelo de atenção que contemple a integralidade da atenção, a dignidade e a ética.

Para tanto, é necessário educar e informar a população usuária visando a melhoria da qualidade de vida, sendo a saúde seu principal legado. Estimular a desmonopolização do saber, a discussão dos direitos universais e a implementação de Políticas Públicas mais equânimes destinadas à proteção social.

É necessário reafirmar os conceitos da universalidade e da equidade no conjunto de condições básicas para o exercício da cidadania, e neste sentido, é imprescindível a participação e a articulação dos atores sociais na Rede de serviços e de informação sobre os direitos fundamentais de todos os usuários. A sociedade deve ser capacitada para o exercício do controle social, expressão plena da cidadania, efetivando a atenção integral à saúde bucal como direito legítimo.

Propõe-se que o incentivo ao controle social no "processo de produção dos serviços de saúde bucal" deva ser uma bandeira, escopo a ser viabilizado e valorizado permanentemente, nos espaços permitidos ao planejamento em saúde bucal. Pela qualidade de direito ofertada à saúde bucal, e assim, por ser direito, pode-se expressar o direito de se decidir em saúde bucal como sendo um direito de valor imensurável (NARVAI, 2002, p. 104).

No campo específico de assegurar a saúde bucal da população, a conquista da cidadania vai muito além da capacidade limitada e das restritas fronteiras da Odontologia, exigindo para sua concretização a co-responsabilidade da própria sociedade, contudo mantendo a primazia do poder público frente à gestão democrática das diretrizes que regem e norteiam a Política Pública de Saúde Bucal.

A Universidade enquanto instância responsável pela formação do Ensino Superior, não é o campo exclusivo da disseminação e aprimoramento teórico dessa nova

Política, mas principalmente, desempenha importante papel na realização da pesquisa, da extensão e do compromisso ético e social com a sociedade no processo de socialização de suas funções: formação profissional, produção do conhecimento e serviços de qualidade. A Universidade não é o fim, mas se constitui como espaço privilegiado de discussão e construção para uma nova concepção de Saúde Bucal. Enquanto processo, esse direito precisa ser preservado.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Sistema de Saúde brasileiro é o exemplo de um sistema precário que deixa parcela da população retrair-se no mais execrável desamparo. O brasileiro é flagelado tanto por doenças características das nações desenvolvidas quanto por aquelas comuns aos países mais pobres, como as doenças infecciosas e parasitárias. A maior parte das mortes no país é causada por infarto, hipertensão e outras doenças do aparelho circulatório (SIA/SUS, 2004). Quando se acredita que a situação não pode elevar-se, ocorre a incidência de uma doença pouco (re)conhecida no senso comum como doença, mas, profundamente letal à manutenção e equilíbrio da saúde integral do indivíduo: a cárie.

Observou-se que a Saúde Bucal na determinação do processo saúde-doença se dá a partir das condições sócio-econômicas prevalentes na sociedade. O quadro de deterioração social que se agravou nas últimas décadas, deve-se principalmente à expansão da concentração de renda, ao aumento dos índices do desemprego, à queda de renda dos trabalhadores, ao crescimento dos índices de violência, criminalidade, fome, exploração sexual infanto-juvenil, dentre outros, que determinam um quadro extremo de exclusão e miserabilidade.

É importante considerar que todo processo de mobilização por preservar o Sistema Único de Saúde (SUS) das investidas das Reformas do Estado não tem sido

suficiente. Diante das fortes restrições financeiras decorrentes do aprofundamento da dependência macroeconômica do país, procurou-se reordenar o modelo de atenção à saúde de modo a viabilizar a concretização dos princípios e diretrizes da universalidade, da integralidade, da equidade e da descentralização com controle social. Para tanto, o maior desafio no presente momento para fazer avançar o SUS é implementar o direito à saúde no cotidiano dos serviços, garantindo a todo cidadão o acesso às ações de atenção e assistência.

Mediante este cenário de crise que afeta não apenas o setor saúde, mas compromete as Políticas Sociais como um todo, percebe-se que o atendimento à população como forma de suprir suas necessidades básicas de manutenção de vida se torna cada vez mais escasso e precário. Todo este processo materializa-se numa verdadeira peregrinação pela rede de serviços de saúde pública, com resultados pouco satisfatórios e frustrantes para grande maioria. Somam-se a este cenário, fatores relacionados ao risco do consumo de produtos, a exposição à insegurança alimentar e nutricional, bem como fatores ambientais de risco e, particularmente, às condições inadequadas de renda, habitação e saneamento básico.

Essa situação de exclusão social no Brasil tem dificultado a explicitação pública como questão política, da incoerente falta de garantias de acesso à atenção em saúde de maneira integral, nesse caso em particular, da atenção à saúde bucal. Principalmente a esta última, há que se apontar, com aversão, essa enorme dificuldade de acesso, independente do modelo em que essa atenção atualmente se pauta, seja no modelo curativo ou preventivo.

A análise em questão, apresentada no decorrer da dissertação, assinalou a partir deste contexto de crises profundas de que forma os serviços da clínica-escola de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte se constituem como alternativa de ajuste de parte da população excluída dos serviços públicos de saúde bucal, tanto de Natal quanto da Região Metropolitana e interior do estado.

O perfil da população usuária reafirma uma realidade em que a parcela mais vulnerabilizada do processo de produção e reprodução social é a que mais se encontra excluída dos serviços públicos de saúde bucal, principalmente daqueles serviços gestados nas unidades básicas de saúde, incluindo os serviços alternativos.

A caracterização sócio-econômica dos usuários que buscam os serviços revela em resumo, um usuário em sua maioria do sexo feminino, solteiro, com ensino médio completo, residente na Região Administrativa Norte da capital, com casa própria, empregado com vínculo formal de trabalho obtendo renda média mensal entre 1 e 2 salários mínimos, sem plano odontológico privado e compondo grupo familiar entre 2 e 4 pessoas.

Comparando-se o percentual de exclusão dos serviços públicos de saúde bucal apresentados no Relatório Saúde Bucal 2003 e o perfil sumariamente descrito, afirma-se a hipótese de que o perfil da demanda da clínica-escola corresponde majoritariamente à parcela precarizada da população, excetuando-se principalmente os dados equivalentes ao percentual de renda com mais de 3 salários mínimos e ao percentual de entrevistados com acesso a plano de saúde odontológico e com vínculo formal de trabalho, agravando-se a margem de exclusão no acesso aos serviços.

Ao evidenciar as particularidades das condições de acesso, observou-se que embora mantenham condições mínimas de ao menos se deslocarem até a clínica-escola para conseguir atendimento, múltiplos fatores contribuem para inclusão dos usuários.

No que trata do acesso aos serviços da clínica-escola, observou-se que a qualidade do serviço se justapôs a sua limitação geográfica relacionada à mobilidade dos usuários, em sua maioria residentes na Região Norte da cidade. O que clarifica que outros fatores motivam a procura pelos serviços, principalmente, quando esta é mediatizada por relações interpessoais que viabilizam de maneira mais rápida o atendimento, e desvirtuam completamente a

proposta de triagem sócio-econômica, que teria por finalidade priorizar o acesso de usuários em condições de maior vulnerabilidade social.

Considerando-se, ainda, que a maioria dos usuários somente procura ter acesso aos serviços no contexto da manifestação da doença bucal e não dispõem das condições necessárias para manutenção da saúde, a existência da reprodução da dinâmica vigente no âmbito político das ações de atenção à saúde bucal, predominantemente no âmbito público, terminam por responder a segunda hipótese, constatando-se que a perspectiva dos serviços reafirmam as práticas clientelistas e paternalistas, observadas durante a pesquisa através do número de usuários que não passaram pelo processo de triagem e tiveram seu atendimento facilitado por funcionários, alunos e até professores da faculdade de odontologia. O processo de triagem sócio-econômica esgota-se nas manifestações da informalidade e do favor.

A clínica-escola de odontologia desempenha muito mais do que um papel social à população usuária. O que precisa reverter-se é a concepção prática dos acadêmicos – futuros profissionais, a partir das Diretrizes da Política Pública de Saúde Bucal que prevê a mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação.

Neste sentido, se faz oportuno considerar a importância dos serviços públicos de saúde terem como suporte uma política de saúde em nível nacional que contemple, em última instância, os esforços das unidades locais na promoção da saúde da população. O investimento mais preciso em primeiro plano nas unidades básicas, apenas seria viável na medida em que os princípios, diretrizes e leis que regem a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil fossem definitivamente consolidados em todos os municípios brasileiros.

Desse modo, cumpre-se, mais do que nunca, a todos os atores sociais ligados à educação e à produção científica e tecnológica, governos, instituições de ensino e de pesquisa, agências de fomento, a sociedade civil como um todo, trabalhar pela universalização do acesso ao conhecimento com propostas eficazes para solucionar, em número e em qualidade, esta que é a expressão mais grave da alta concentração da riqueza, de um lado, e da disseminação globalizada da pobreza material de outro: a exclusão social dos serviços básicos de atenção à população, dentre eles, a saúde.

A saúde bucal, como parte integrante da saúde, não pode ser compreendida desvinculada desse processo e como tal requer maior atenção do poder público. A promoção da saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, passando a integrar a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva.

Implica sobretudo, a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas na forma de Programas e ações que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a ampliação do sistema de fluoretação das águas ao maior número de municípios, o uso de dentifrício e insumos fluoretados e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados.

Efetivamente, exige a articulação permanente com as demais Políticas Sociais, principalmente Educação, Assistência Social e Trabalho e Renda, de modo a permitir a atenção integral através da intersetorialidade com acesso universalizado e equidade, conforme preconiza as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

A clínica-escola de odontologia da UFRN apresenta-se para a população como uma alternativa relativamente viável, mas que na verdade não substitui nem complementa as lacunas deixadas pela crise do sistema público de saúde, estando assim, estrategicamente posicionada entre as vias do papel social das Instituições Públicas de Ensino Superior. Apesar

do caráter oportuno dos serviços prestados pela clínica-escola, se faz importante observar que esta não absorve toda a demanda apresentada pelos usuários, além de não incluí-los no processo de elaboração e discussão das ações de saúde, sendo estas planejadas predominantemente para atender as demandas da formação acadêmica.

A problemática não ultrapassa esta sobreposição da demanda dos usuários, principalmente porque estes usuários encontram-se em situação de vulnerabilidade social, cuja consciência permanece velada pelos contrastes latentes de suas necessidades imediatas, seja pela fome ou pela própria dor de dente, que ocorre sem hora marcada para incomodar.

A concepção de cidadania que se constrói na relação entre usuários e alunos absorve um caráter restrito, voltado apenas à execução do serviço prestado pela clínica-escola, contribuindo para a formação de um espaço exclusivamente técnico, aprofundando uma idéia endógena do serviço a partir de algumas declarações anteriormente apresentadas, como favor ou benesse, completamente distinta do direito.

Neste espaço, percebe-se a importância da intervenção do assistente social na instituição como técnico que aglutina essa demanda social e viabiliza não apenas o processo de triagem sócio-econômica, mas principalmente, estabelece as mediações presentes no contexto das relações sociais entre usuários, alunos, professores e coordenadores do serviço da clínica-escola, considerando os limites e potencialidades da realidade social na qual estão inseridos.

Se faz relevante ressaltar que, a questão do direito em saúde, especialmente em saúde bucal, deve ser amplamente discutida dentro das diversas ações e serviços prestados pelas instituições, sejam estas de natureza pública, privada ou filantrópica. Os atores sociais envolvidos nesse processo atuam em diferentes papéis e representam a garantia de um trabalho com perspectivas mais democráticas que possibilitem o acesso aos serviços odontológicos com maior transparência.

Na clínica-escola, a forma como se dá o planejamento, a participação destes atores, a avaliação e a execução das ações nem sempre ocorre de modo uniforme. Ao contrário, o trabalho se mediatiza em meio as desigualdades e as inúmeras contradições do sistema. Para tanto, entende-se que há necessidade urgente de fortalecimento dos espaços coletivos de debate e interlocução das demandas em saúde bucal pelos diversos segmentos sociais envolvidos, assegurando não somente o controle social mas a participação efetiva, sem a qual o processo político não existiria.

Por fim, observa-se no decorrer da análise que a crescente demanda pelos serviços da clínica-escola de odontologia, ancora-se em razões muito particulares à lógica do modelo de organização do projeto pedagógico de formação acadêmica e ao aumento exorbitante das contradições fundamentais da Política de Saúde Bucal do país, ainda em construção, especificamente do Sistema Único de Saúde.

Diante das contradições, os usuários buscam estratégias cada vez mais próximas de sua realidade social. A clínica-escola de odontologia está entre elas e destaca a expressão da luta cotidiana pela efetivação do acesso aos serviços de saúde como um direito social muitas vezes “inviesado”, onde o jeitinho brasileiro termina por fazer a diferença.

A concepção do senso comum infelizmente é de que a doença bucal ainda não se configura como doença e que a dor de dente pode esperar. Lamentavelmente, a demanda crescente indica que as alternativas que se constroem na atualidade além de insuficientes são precárias, principalmente no setor público. O Programa Brasil Sorridente é uma possibilidade, mas ainda encontra-se num processo de adequação às particularidades e heterogeneidades do território brasileiro.

Embora os avanços vislumbrem novas perspectivas, a Rede de Atenção à Saúde Bucal procura redimensionar suas conquistas à luz das Diretrizes da Política de Saúde Bucal. Enquanto processo que está se consolidando, esta Política precisa acima de tudo ganhar status

de prioridade, com intervenções latentes para a ampliação e a equidade do acesso à serviços de qualidade e a promoção preventiva da saúde bucal. E isso é só o começo !!!

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. **As Políticas Sociais e Estado Democrático no Pós-neoliberalismo**. (Org.) SADER, Emir e GENTILI, Pablo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

ADAMI, Nilce Piva. A Enfermagem de Saúde Pública na atualidade Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo:1993. v.26, n.1/2.

ANDRADE, M. V, LISBOA, M. B. A Economia da Saúde no Brasil. (Org). **Microeconomia e Sociedade no Brasil**. LISBOA, M. B.; MENEZES FILHO, N. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2001, p. 285-332.

AROUCA, D.T. Alma Ata : 25 anos depois. **Revista da Organização Pan Americana de Saúde**. v. 8, n. 2003.

BALDANI, Márcia Helena, VASCONCELOS, Ana Glória Godoi e ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fev/2004, v.20, n.1.

BALDANI, Márcia Helena, NARVAI, Paulo Capel e ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Jun/2002, v.18, n.3.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino - aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 24.ed.2002.

BOTAZZO, Carlos. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico,1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1999. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/>. [20 jul. 2005].

BRAVO, Maria Inês Souza ; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org). **Gestão Democrática na Saúde. Política Social e Democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRITO, J.Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização da pobreza. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.12, n.2, 2000.

CAMARANO, A.; ELLERY, H. ; CARNEIRO, Ivo.Tendências da fecundidade brasileira no século XX: uma visão regional. **Questões de saúde reprodutiva** (Org.) K. Giffin ; S. Costa Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CARVALHO, A.I. **Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para profissionais de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998.

CABRAL, M.B.B.S. A construção democrática de um novo modelo de atenção à saúde bucal – Projeto UNIBA. **Revista Brasileira de Odontologia Coletiva**. Ed. Especial. Rio de Janeiro, jul. 2000.

CHAVES, Mário M. **Odontologia Social**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO), 2005. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em : [17 jul. 2005].

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. CFO – Conselho Federal de Odontologia, 2005. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: [17 jul. 2005].

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo. **Saúde no Brasil, Políticas e Organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez / CEDEC, 2001.

\_\_\_\_\_. **Descentralização, saúde e cidadania**. n.32 São Paulo: Lua Nova/CEDEC, 1994.

CORDÓN, Jorge. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Revista Caderno Saúde Pública**. vol.3, n.3 Rio de Janeiro, Set/1997.

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. Brasília, DF, 10 á 12 out. 1986. Ministério da Saúde - Universidade de Brasília. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde,1986.

II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 1993. CFO – Conselho Federal de Odontologia. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: [17 jul. 2005].

III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília; 2004. CFO – Conselho Federal de Odontologia. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: [17 jul. 2005].

COSTA, A. M. ; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. **Saúde, Equidade e Gênero: Um Desafio para as Políticas Públicas**. (Org.) A. M. Costa; E. MERCHÁN-HAMANN. Brasília: ABRASCO/Associação Latinoamericana de Medicina Social/ Universidade de Brasília. 2000.

CONILL, E.M. Epidemiologia e Sistemas de Saúde. **Curso de Especialização em Direito Sanitário**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

CUNHA, J.P.P., CUNHA,R.E. Sistema Único de Saúde : princípios. **Cadernos de Saúde**. CAMPOS, F.E. OLIVEIRA, J.R.(Org), v. 1, Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O Desenvolvimento do sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2002.

DALLARI, S.G. **Os Estados Brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

\_\_\_\_\_. **Elementos da Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Editora Saraiva, 1993.

DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL (2004). Brasília – DF, 2004. [www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)  
Acesso em: 19/01/2005

DRAIBE, Sônia Miriam. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. **Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo**. n. 17, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. **As Três economias políticas do Welfare State**. 24 ed., São Paulo: Lua Nova, 1990.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e Ideologia do Trabalho Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

FERNANDES, Luiz ; SALAMA, Pierre. A Crise e o Futuro do Capitalismo. **As Políticas Sociais e Estado Democrático no Pós-neoliberalismo**. (Org.) SADER, Emir e GENTILI, Pablo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Jacobo Finkelman (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GENTIL. S. N. Saúde bucal para todos os brasileiros. 23º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo; 2004. Disponível em: [www.dentalpress.com.br/portal/leitura\\_comentada/2005/saudeparatodos.pdf](http://www.dentalpress.com.br/portal/leitura_comentada/2005/saudeparatodos.pdf). Acesso em: [25 jul. 2005]

GOLDANI, A. M. As Famílias Brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cadernos de pesquisa**. n. 91. Fundação Carlos Chagas: Cortez, 1994.

HELMAN. C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e Formação Profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. A Questão Social no capitalismo. **Revista Temporalis**, n. 03, Ano III, 2001.

\_\_\_\_\_. Metodologias e Técnicas do Serviço Social. **Caderno Técnico**, n. 23, Brasília: SESI – DN, 1996.

KAMEYAMA, Nobuco. As Novas Tendências das Políticas Sociais. **Boletim Eletrônico Sura**, 2002.

LOUREIRO, Carlos Alfredo. **Inversão da atenção: uma estratégia para a construção de modelos locais em saúde bucal**. Revista Estação Saúde. 4 ed. Porto Alegre: ARTMED,1997.

LIPIETZ, Alain. Miragens e milagres. **Problemas da industrialização no terceiro Mundo**. São Paulo: Nobel,1998.

MATUMOTO, Silvia, MISHIMA, Silvana Martins e PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Revista Caderno Saúde Pública**. V.17, n.1, Rio de Janeiro: Fev/1998.

MENDES, E.V. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

\_\_\_\_\_. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC,1996.

\_\_\_\_\_. **A evolução histórica da prática médica suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1988.

MEDEIROS, Marcelo e OSÓRIO, Rafael. Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos da população**. v. 17. n. 02, Brasília: IPEA, 2001.

MENDONÇA, Erasto Fortes. **A Regra e o Jogo: democracia e patrimonialismo na educação brasileira**. 1 ed. v. 1, Unicamp Campinas: Laplane, 2000.

MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Revista Caderno Saúde Pública**. v. 26, n.2, Rio de Janeiro: 1999.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **Agir em saúde: um desafio para o público**. Merhy, Emerson Elias e Onocko, P. (Org.). São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Saúde Bucal 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira (2002-2003)**. Resultados principais e relatórios. Brasília – DF, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direito Sanitário e Saúde pública. Manual de Atuação Jurídica em Saúde pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde**. Márcio Iório Aranha (Org.). v. 2. Brasília : Ministério da Saúde. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução à metodologia de pesquisa social. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2000.

\_\_\_\_\_. (Org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e Saúde bucal coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

\_\_\_\_\_. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. **Revista Caderno Saúde Pública**. v.14, n.3, Rio de Janeiro: 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde Bucal: assistência ou atenção**. Documento elaborado para subsidiar a Oficina de Trabalho do Grupo de Trabalho Saúde Bucal da Rede Cedros. Mimeo. São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **Vigilância Sanitária e Saúde Bucal**. (mimeo). Faculdade de Saúde Pública / USP. São Paulo. 2001.

OFFE, Claus. A democracia partidária competitiva e o Welfare State Keynesiano : fatores de estabilidade e desorganização. **Problemas estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, Ângelo.G.R.C. A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. **Odontologia Preventiva e Social – Textos Selecionados**. Curso de Mestrado em Odontologia Social/UFRN, EDUFRN, Natal, 2002.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo a saúde**. Antonio Carlos Pereira (Org). Porto Alegre: ARTMED, 2003.

OLIVEIRA, Francisco de. Neoliberalismo à Brasileira. **As Políticas Sociais e Estado Democrático no Pós-neoliberalismo**. (Org.) SADER, Emir e GENTILI, Pablo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

\_\_\_\_\_. Da dádiva aos direitos: a dialética da cidadania. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. n.25 São Paulo: ANPOCS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/OPS. **Renovação da estratégia de saúde para todos. Princípios orientadores e tópicos essenciais para elaboração de uma política de equidade, solidariedade e saúde**. Brasília – DF, 1996.

PAIM, J.S. Resenha: memórias da saúde pública – a fotografia como testemunha. (Coordenadora : Maria da Penha C. Vasconcelos). **Saúde em debate**. São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: ISC/CEPS, 2002.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAULETO, A.R.C. e PEREIRA, M.L.T. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 3 ed. Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA, Potyara Araújo. A Saúde no Sistema de Seguridade Social Brasileiro. **Revista Ser Social do Programa de Pós-graduação em Política Social**. v.1, n. 1 Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 1998.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO (PNAD) /2004. Disponível em : [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm)  
Acesso em : 21/09/2005

PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR (POF)/2004. disponível em: [www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php) Acesso em: 21/10/2005

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO (PNAD)/2003. Disponível em: [www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br) Acesso em: 25/11/2004

POLANYI, Karl. **A grande transformação – as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

PINTO, Vitor Gomes. **Odontologia Preventiva e Social**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2002.

\_\_\_\_\_. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. **Revista Caderno Saúde Pública**, v. 16, n. 2, 1994.

Projeto Saúde Bucal Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areatecnicas/bucal/> Acesso em: 21/10/2005

RAMOS, C.A. **Impacto distributivo do gasto público: uma análise a partir da PCV/1998**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

RAMOS, D.L.P. **Ética odontológica**. São Paulo: Santos, 1998.

RADAELLI, S. M. Demanda dos serviços de saúde comunitária da periferia de área metropolitana. **Revista Caderno de Saúde Pública**, V. 23, n. 3, 1995.

RESOLUÇÃO Nº 3 CNE, de 19 de Fevereiro de 2002, do Conselho Nacional de Educação que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em; [www.cno.org.br/resolucoes/html](http://www.cno.org.br/resolucoes/html)

ROSENTHAL, Elias. **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Editora Santos, 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SADER, Emir. **Que Brasil é este? Dilemas nacionais no século XXI**. Série História Viva, 4ed. São Paulo: Atual, 2003.

SANTOS, Boaventura de Souza. O Estado, a sociedade e as políticas de saúde. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.23. São Paulo, 1997.

SANTOS, M. P. Avaliação de Qualidade dos Serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista brasileira de enfermagem**, n. 48, São Paulo, 1995.

SAÚDE BUCAL COLETIVA. Universidade de Brasília (UnB). Disponível em: [www.unb.com.br/saudebucalcoletiva](http://www.unb.com.br/saudebucalcoletiva). Acesso em: 25/11/2004

SELLTIZ, C. e JAHODA, M. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: HERDER, 1985.

SILVA, Graciete Borges da. Critérios de estratificação social. **Rev. Saúde Pública**, v.15. São Paulo, 1990.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SIA/SUS)/2004. Disponível em: [www.datasus.gov.br/catalogo/siasus](http://www.datasus.gov.br/catalogo/siasus) Acesso em: 21/10/2005

SÓRIA, Marina Lara; BORDIN, Ronaldo e COSTA FILHO, Luiz César da. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v.18, n.6. Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de. **A emergência do saber e práticas preventivistas em odontologia: o caso do Rio Grande do Norte**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Odontologia Social (PPGMOS/UFRN) 1999.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. Saúde e Cidadania: reflexões sobre a prática profissional do Assistente Social. **8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. O Serviço Social frente ao Projeto neoliberal: em defesa das políticas públicas e da democracia**. Bahia: Caderno Comunicações, 1995.

SOARES, L.T.R. **Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOARES, M.C. **A mensuração do impacto redistributivo do gasto social: um estudo para a Região Metropolitana de São Paulo**. Brasília: IPEA, 1999.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1986.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. Cidadania, Direitos Sociais e estado. **Conferência Nacional de Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília:** Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** 2ª Ed. Editora Atlas, São Paulo: 1990.

VASCONCELOS, A. M. de. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde.** São Paulo : Cortez, 2002.

VIEIRA, Liszt. **Os Argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização.** 1 ed. Rio de Janeiro: RECORD, 2001.

VIEIRA, Balbina Ottoni. **Serviço Social, processos e técnicas.** Rio de Janeiro, Editora Agir: 1998.

WANDERLEY, Luiz Eduardo. Conjuntura: desafio e expectativa. **Revista Serviço Social e Sociedade.** Ano XVII. São Paulo: Cortez, 1997.

ZANETTI, Carlos Henrique. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil nos anos 80.** Rio de Janeiro: Editora Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

ZANETTI, Carlos Henrique. A inclusão da saúde bucal nos PACS/PSF e as novas possibilidades de avanços no SUS. 1993. Disponível em [www.saudecoletiva.unb.br](http://www.saudecoletiva.unb.br) Acesso em: 28/05/2005

\_\_\_\_\_. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF): Proposição e Programação. Julho 2000 Disponível em [www.saudebucalcoletiva.unb.br](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br) Acesso em : 15/07/2005

\_\_\_\_\_, LIMA, M.A.U; RAMOS, L. ; COSTA, M.A.B.T. **Os desafios da programação e da mudança do modelo assistencial em Saúde Bucal no SUS-DF: uma proposta para Planaltina.** Brasília: mimeo, 2004.

## **APÊNDICES**

ENTREVISTA (EM QUE PERSPECTIVA SE EFETIVA A DEMANDA E O SERVIÇO?).

PÚBLICO ALVO: USUÁRIOS

ESPAÇO DE PESQUISA: CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA UFRN

AMOSTRA:

DATA:

#### PERFIL DO USUÁRIO

NOME:.....IDADE:.....

LOCALIDADE EM QUE RESIDE: CAPITAL ( ) INTERIOR ( ) OUTROS ( )

TELEFONE: \_\_\_\_\_

REGIÃO ADMINISTRATIVA DA CAPITAL: NORTE ( ) SUL ( ) LESTE ( ) OESTE ( )

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO ( ) CASADO( ) SEPARADO( )

VIVE COM COMPANHEIRO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE:

Ñ ALFABETIZADO ( ) ENS.FUND. INC. ( ) ENS. FUND. COMP.( )

ENS. MÉDIO INC.( ) ENS. MÉDIO COMP.( ) SUPERIOR ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO : \_\_\_\_\_

NATUREZA DA OCUPAÇÃO : FORMAL ( ) INFORMAL ( )

RENDA FAMILIAR : Nenhuma renda( ) até 1 S.M ( ) Mais de 1 até 2 S.M ( )

Mais de 2 até 3 S.M ( ) Acima de 3 S.M ( )

GRUPO FAMILIAR : 2 á 4 ( ) 5 á 7( ) 8 á 10( ) acima de 10 ( )

TIPO DE RESIDÊNCIA : PRÓPRIA ( ) ALUGADA ( ) FINANCIADA ( )

CEDIDA POR TECEIROS ( ) MORA C/ PARENTES( ) OUTROS \_\_\_\_\_

SOFRE DE ALGUMA DOENÇA CRÔNICA? SIM ( ) NÃO ( )

QUAL? \_\_\_\_\_

FAZ TRATAMENTO? SIM( ) NÃO( )

REDE PÚBLICA( ) PRIVADA ( ) OUTROS( ) \_\_\_\_\_

TEM ALERGIA A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO? SIM( ) NÃO( )

QUAL? \_\_\_\_\_

QUANTO TEMPO AGUARDOU PARA SER INCLUÍDO NO SERVIÇO? \_\_\_\_\_  
NATUREZA DO SERVIÇO

COMO SOUBE DO SERVIÇO ? TEVE DIFICULDADE PARA SE INSERIR NO SERVIÇO?

---



---

PORQUE PROCUROU ESTE SERVIÇO?

---



---

NO LOCAL EM QUE VOCÊ RESIDE, TEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA?  
SIM ( ) NÃO( ) DESCONHECE ( )

E QUANDO PROCUROU O SERVIÇO NO SEU BAIRRO, VOCÊ (...) ?

( ) TEVE DIFUCULDADE PARA SER ATENDIDO ( ) NÃO TEVE DIFICULDADE  
( ) NÃO COSTUMA PROCURAR

VOCÊ POSSUI PLANO DE SAÚDE ODONTOLÓGICO? ( ) SIM ( ) NÃO

QUAL ESPECIALIDADE ESTÁ BUSCANDO? (PROCEDIMENTO)

---



---

COMO FOI PARA OBTER INFORMAÇÕES?

---



---

ALGUM FUNCIONÁRIO O RECEBEU? SIM ( ) NÃO ( )

COMO VOCÊ CLASSIFICA O ATENDIMENTO DO FUNCIONÁRIO? \_\_\_\_\_

ÓTIMO ( ) BOM( ) REGULAR ( ) RUIM ( )

COMO VOCÊ CLASSIFICA O ATENDIMENTO DO ALUNO ? PORQUE? (ATENÇÃO /ASSISTÊNCIA)  
ÓTIMO ( ) BOM( ) REGULAR ( ) RUIM ( )

VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA CAMPANHA DE PREVENÇÃO OU AÇÃO DE SAÚDE BUCAL?

O ALUNO TEM PRESTADO AS INFORMAÇÕES SOBRE O  
TRATAMENTO? \_\_\_\_\_

PARA VOCÊ,QUEM TEM DIREITO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL?

---



---

ENQUANTO CIDADÃO, COMO VOCÊ VÊ A PRESTAÇÃO DESTE SERVIÇO-UFRN?

---



---

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

---

---

---

ENTREVISTA ( EM QUE PERSPECTIVA SE EFETIVA A DEMANDA E O SERVIÇO ?)

PÚBLICO ALVO : ALUNOS DO 9º E 10º PERÍODO

ESPAÇO DE PESQUISA: CLÍNICA DE ODONTOLOGIA DA UFRN

AMOSTRA : \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PERÍODO DO CURSO: \_\_\_\_\_

#### NATUREZA DO SERVIÇO

COMO VOCÊ VÊ ESSA PROCURA CRESCENTE DOS USUÁRIOS PELOS SERVIÇOS DA CLÍNICA-ESCOLA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMO VOCÊ VÊ A QUESTÃO DO  
ACESSO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARA VOCÊ EXISTE DIFERENÇA ENTRE ATENÇÃO, CONFORME PRECEITUA AS DPSB E ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA?

ENQUANTO ALUNO, COMO VOCÊ VÊ A PRESTAÇÃO DESTE SERVIÇO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

QUAL PAPEL A UNIVERSIDADE DESEMPENHA COM A PRESTAÇÃO DESTE SERVIÇO?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)