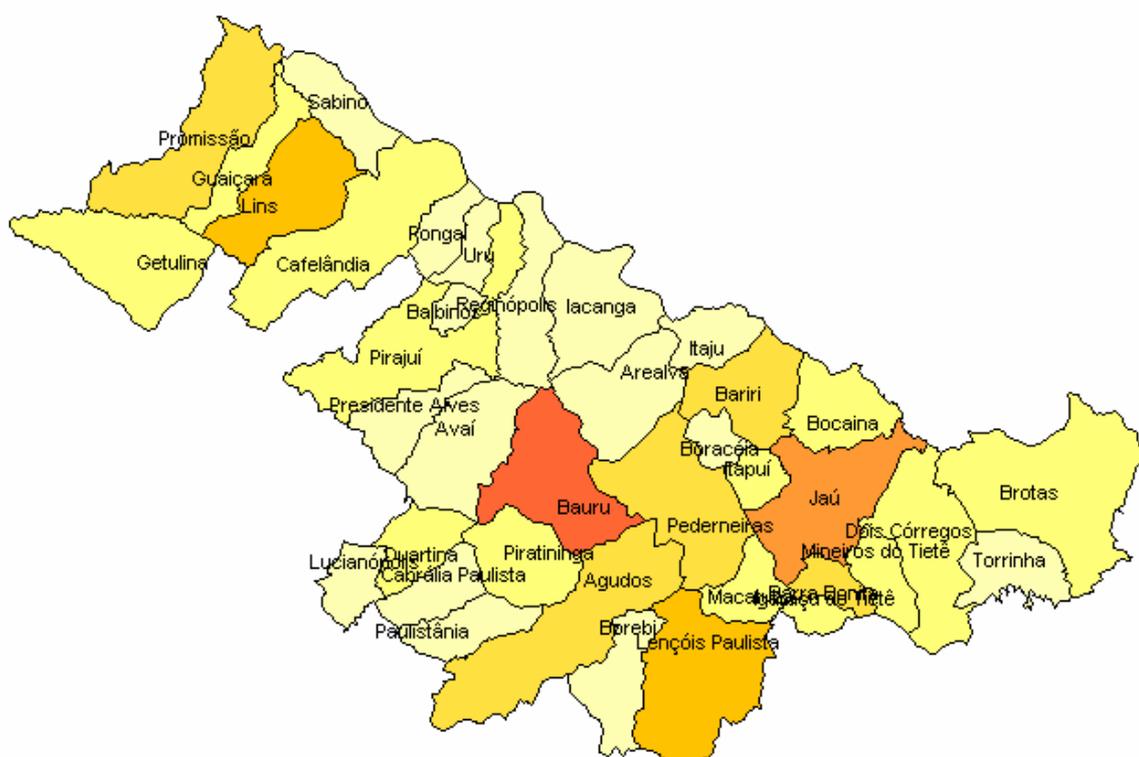


**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

**DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA, ORTODONTIA E SAÚDE COLETIVA**

**O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal  
pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção  
básica à saúde (SUS)**



**Henrique Mendes Silva**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

BAURU

2007

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

**DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA, ORTODONTIA E SAÚDE COLETIVA**

**O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal  
pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção  
básica à saúde (SUS)**

**Henrique Mendes Silva**

**Orientador: Prof. Dr. José Roberto  
Pereira Lauris**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

BAURU

2007

M522a Mendes-Silva, Henrique  
O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção básica à saúde (SUS) / Henrique Mendes Silva. – Bauru, 2007.  
xii, 107 p.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores e/ou meios eletrônicos.

Assinatura do autor: Henrique Mendes Silva  
05/03/2007

Comitê de Ética da FOB: Projeto de pesquisa aprovado data: 28/09/2005.

Nº do protocolo – 119/2005  
28/09/2005



## HENRIQUE MENDES SILVA

06/08/1979	Nascimento Barretos/SP
1998 - 2001	Curso de Odontologia Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
2002 -	Admitido, através de concurso público, como servidor público do município de Bariri, para o cargo de cirurgião-dentista.
2003 - 2004	Curso de Especialização em Saúde Coletiva – APCD – Bauru

*“Não basta saber, é preferível saber aplicar. Não é bastante querer, é preciso saber querer”.*

*Goethe*

*A Deus;*  
*aos meus pais e familiares;*  
*e a minha noiva Camila*

*dedico este trabalho.*

## *Agradecimentos*

*Agradeço a todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.*

*Em especial ao Prof. Dr. José Roberto Pereira Lauris, pelos ensinamentos, apoio, dedicação e compreensão na orientação deste trabalho.*

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE TABELAS .....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS .....	x
RESUMO .....	xii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1. Breve histórico do serviço público de saúde no Brasil.....	9
2.1.1. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.....	17
2.1.2. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.....	17
2.1.3. Normas Operacionais Básicas.....	18
2.1.4. O financiamento do setor saúde e a Emenda Constitucional nº. 29/2000.....	19
2.2. Atenção Primária/Básica.....	21
2.3. A odontologia no serviço público de saúde.....	31
3. PROPOSIÇÕES.....	37
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	41
4.1. Aspectos éticos.....	44
4.2. Contato com os coordenadores de saúde bucal.....	44
4.3. Entrevista com os coordenadores de saúde bucal.....	45
4.4. Análise dos resultados.....	46
5. RESULTADOS.....	47
6. DISCUSSÃO.....	73
7. CONCLUSÕES.....	85
ANEXOS.....	89
REFERÊNCIAS.....	101
ABSTRACT.....	107

## LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1</u> - Localização da região de Bauru no estado de São Paulo, 2006.....	43
<u>Figura 2</u> - Municípios pertencentes à DIR-X (regional Bauru), no ano de 2006.....	44
<u>Figura 3</u> - Percentual gasto, no setor saúde, pelos municípios estudados, nos anos de 2000 a 2005.....	57
<u>Figura 4</u> - Faixa salarial dos cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço público de saúde (20 h/sem), nos municípios estudados (2006).....	61
<u>Figura 5</u> - Porcentagem dos municípios estudados que possuem o cargo de Coordenador de Saúde Bucal (2006).....	62
<u>Figura 6</u> - Porcentagem dos municípios estudados que oferecem algum tipo de tratamento odontológico especializado (2006).....	63
<u>Figura 7</u> - Procedimentos preventivos em odontologia, e o número de cidades estudadas que oferece a sua população.....	65
<u>Figura 8</u> - Distribuição dos profissionais que realizam a escovação supervisionada em escolares nos municípios estudados.....	66
<u>Figura 9</u> – Titulação dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estudados, 2006.....	67
<u>Figura 10</u> – Número de Municípios x Tempo (em anos) que os Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estudados estão no cargo, 2006.....	68
<u>Figura 11</u> - Frequência das principais respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal em relação as maiores dificuldades encontradas para exercer o cargo.....	69
<u>Figura 12</u> - Frequência das principais respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal em relação sugestão de parcerias com as Universidades.....	70

## LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1</u> - Principais diferenças entre atenção médica convencional e primária.....	27
<u>Tabela 2</u> – Tamanho estimado da população dos municípios estudados, no ano de 2005.....	50
<u>Tabela 3</u> - Classificação dos Municípios estudados, de acordo com o PIB per capita (em Reais) para o ano de 2003.....	51
<u>Tabela 4</u> - Classificação dos Municípios conforme o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) no ano 2000.....	52
<u>Tabela 5</u> - Classificação dos municípios estudados, de acordo com a quantidade estimada de analfabetos na população acima dos 15 anos (por mil) no ano 2000.....	53
<u>Tabela 6</u> - Situação dos municípios estudados em relação ao Programa Saúde da Família e as Equipes de Saúde Bucal no mês de Dezembro de 2006.....	55
<u>Tabela 7</u> - Situação dos municípios estudados em relação ao cumprimento da EC nº 29 nos anos de 2000 a 2005.....	56
<u>Tabela 8</u> - Relação entre o número de Cirurgiões-Dentistas que trabalham no serviço público de saúde, e a população dos municípios estudados no ano de 2006.....	58
<u>Tabela 9</u> - Relação entre CDs e ACDs nos municípios estudados, 2006.....	60
<u>Tabela 10</u> - Especialidades odontológicas e a quantidade de municípios estudados que as oferece (2006).....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACD	Auxiliar de consultório dentário
ACS	Agentes comunitários de saúde
APS	Atenção primária à saúde
CAPs	Caixas de aposentadorias e pensões
CD	Cirurgião-dentista
CONASP	Conselho consultivo da administração de saúde previdenciária
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIR	Diretoria regional de saúde
EC	Emenda constitucional
ESB	Equipes de saúde bucal
ESF	Equipes de saúde da família
FSESP	Fundação serviços especiais de saúde pública
IAPAS	Instituto de administração da previdência social
IAPs	Institutos de aposentadorias e pensões
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
IDH-M	Índice de desenvolvimento humano municipal
INAMPS	Instituto nacional de assistência médica da previdência social
INPS	Instituto nacional de previdência social
LOPS	Lei orgânica da previdência social
MPAS	Ministério do trabalho e previdência social
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização mundial da saúde
PAB	Piso da atenção básica
PCCS	Plano de carreira, cargos e salário
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação pactuada integral
PROAD	Plano de reorientação da assistência odontológica
PSF	Programa saúde da família
SB	Saúde bucal
SEADE	Sistema estadual de análise de dados

SESP	Serviço especial de saúde pública
SIOPS	Sistema de informações sobre orçamento público em saúde
SUS	Sistema único de saúde
THD	Técnico em higiene dentária

## RESUMO

### **O perfil dos municípios e dos Coordenadores de Saúde Bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção básica à saúde (SUS)**

Nas últimas décadas, a odontologia brasileira se viu frente a um novo perfil epidemiológico das doenças da boca na população; e, com a criação do SUS, também precisou se adequar a um diferente modo de acesso ao serviço público de saúde. Com a descentralização do setor saúde, houve uma maior atuação dos municípios, sendo que, em odontologia, as ações são realizadas por uma equipe odontológica formada, na maioria das vezes, por cirurgiões-dentistas e pessoal auxiliar; liderados pelo Coordenador de Saúde Bucal. Este trabalho teve por objetivo conhecer a realidade dos municípios do que compõem a DIR-X do Estado de São Paulo (regional de Bauru) no que diz respeito aos aspectos relacionados à saúde pública (geral e bucal), e conhecer o perfil dos seus Coordenadores de Saúde Bucal, além das suas dificuldades para exercer tal função. Foram realizadas visitas aos 38 municípios que compõem a regional de Bauru/SP. Os dados foram obtidos através de uma entrevista e preenchimento de um questionário pelos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estudados. Os resultados mostram diferenças entre os municípios no que diz respeito à organização da atenção básica em saúde, onde 18 deles ainda não haviam implantado equipes de saúde da família. Foram verificadas também diferenças na proporção de cirurgiões-dentistas na rede, nos programas preventivos realizados pelos municípios, e no oferecimento de tratamento odontológico especializado. Em relação ao perfil dos coordenadores, observou-se que 22 eram mulheres e 12 homens, e a média de idade foi de 40,7 anos. Apenas 2 eram especialistas em saúde coletiva/pública. Concluiu-se que há diferenças na organização da atenção básica em saúde nos diferentes municípios, e que seus Coordenadores de Saúde Bucal necessitam de um maior apoio dos governos (municipais e estaduais) para um melhor desenvolvimento de suas atividades.

Palavras-chave: Saúde Pública. Odontologia em Saúde Pública.

# 1 - Introdução

## **1 - INTRODUÇÃO**

A odontologia tem passado por uma importante mudança em seus conceitos e formas de atuação. Isso se deve, entre outros fatores, a um formidável avanço técnico-científico na área de cariologia observado nas últimas décadas (ARAÚJO, 1994), onde se verifica um maior controle da doença cárie, reduzindo seus índices de prevalência e incidência, a valores inimagináveis aos profissionais de outrora.

Essa redução altera a forma de atuação da odontologia, de um modo geral, devido à maneira como a profissão se desenvolveu, e como eram (e em muitos casos ainda são) conduzidas a formação dos novos profissionais. Durante muito tempo, a profissão era voltada, quase exclusivamente, a doença cárie, sua prevenção e reabilitação. Frente à drástica redução de seus índices de cárie, a odontologia necessita de uma nova forma de atuação que seja coerente a atual realidade em que se encontra.

Concomitante a essa situação, a odontologia ainda encontrou uma nova concepção de organização do sistema público de saúde, resultado da reforma sanitária, que surgiu em meados da década de 70 e se solidificou com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Neste caso, a organização do serviço público de saúde deveria prover ações que visassem atingir, basicamente, os princípios doutrinários do, até então, recém criado Sistema Único de Saúde, que são a universalidade do acesso, a equidade e integralidade das ações (BRASIL, 1990).

Tais fatos mostram que, num curto período de tempo, a odontologia brasileira se viu em um novo perfil epidemiológico das doenças da boca na

população, ao qual, aparentemente, não estava preparada para isso, e também precisou se adequar a um diferente modo de acesso ao serviço público de saúde.

Assim, a odontologia não deve se restringir apenas aos problemas que tenham se originado através da cárie dentária. Principalmente no setor estatal, devem-se planejar ações que também atendam as necessidades de prevenção, controle e reabilitação, da doença periodontal, câncer bucal, fluorose e má-oclusão.

Nos municípios, essas ações são realizadas por uma equipe odontológica formada, na maioria das vezes, por cirurgiões-dentistas, ACDs e THDs; liderados pelo Coordenador de Saúde Bucal, sendo este, geralmente, um cargo obtido por indicação do Secretário de Saúde do Município (“cargo de confiança”).

Sendo assim, o Coordenador de Saúde Bucal deve atuar a partir das atribuições designadas ao Grupo de Atenção à Saúde Bucal no SUS:

- I – programar e normatizar ações de saúde na área de saúde bucal;
- II – manter diagnóstico constante das condições de saúde da população e dos serviços oferecidos;
- III – propor a constituição de grupos de trabalho destinados ao equacionamento de questões técnicas específicas;
- IV – estabelecer mecanismos que visem à integralidade das ações de saúde (SÃO PAULO, 1993).

Com isso, a atuação dos gestores em saúde bucal se mostra de extrema importância para que a organização do serviço público de saúde possa superar os obstáculos dessa nova fase em que se encontra a odontologia.

A motivação para se realizar este trabalho se deve a necessidade de haver uma maior integração entre a Universidade (produtora de novos conhecimentos) e os municípios, e, para isso, é necessário que se conheça as peculiaridades da atual situação da odontologia em saúde pública nos municípios da região.

## 2 – Revisão de Literatura

## **2 - REVISÃO DA LITERATURA**

Para conhecer a atual situação da odontologia em saúde pública no país e as dificuldades encontradas pelos Coordenadores de Saúde Bucal para um correto planejamento de ações em seus municípios, é necessária a abordagem de alguns temas importantes.

### **2.1 - BREVE HISTÓRICO DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL**

Grandes mudanças foram observadas no serviço público de saúde nas últimas décadas, e, para um melhor entendimento de nossa atualidade, é fundamental conhecer os antecedentes históricos que levaram o Brasil a ter um dos mais avançados sistemas público de saúde, em teoria, mas que ainda enfrenta inúmeras dificuldades para sua consolidação.

Como afirma CUNHA; CUNHA, 1998, citado por ACURSIO, 2005:

“(...) o processo de construção do Sistema Único de Saúde é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Decorrente de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços não são frutos apenas do momento atual, ao contrário, têm uma longa trajetória de formulações e de lutas. A busca de referências históricas de processo de formulação das políticas de saúde, e da vinculação da saúde com o contexto político mais geral do País, pode contribuir para um melhor entendimento do momento atual e do próprio significado do SUS.”

A partir da abolição da escravatura, em 1888, viu-se no Brasil um processo de substituição da mão-de-obra escrava por trabalhadores assalariados, que eram, em sua maior parte, de origem européia. Sendo assim, o Estado se viu obrigado a criar condições para incrementar a política de imigração (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005; ACURSIO, 2005).

Com isso, teve início uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias e controle de doenças, visando, principalmente, que não se prejudicasse a exportação no Rio de Janeiro, São Paulo e Santos. Em consequência, no ano de 1902, o então presidente Rodrigues Alves, lança o chamado “Programa de Saneamento da cidade do Rio de Janeiro e de São Paulo”, assim como o “Combate à Febre Amarela Urbana”. Ou seja, as regiões que não tinham importância econômica, eram desprovidas de políticas voltadas para a saúde de seus habitantes (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Em 1923, com a promulgação, pelo presidente Artur Bernardes, da Lei nº. 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves, iniciou-se o seguro social no Brasil (MERCADANTE, 2002). Com esta lei, nos períodos compreendidos entre 1923 e 1930, surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs.

Segundo CUNHA; CUNHA, 1998, as CAPs tinham as seguintes características:

“(…) Eram organizadas por empresas, de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas de representantes da empresa e dos empregados. Cabia ao setor público apenas a resolução de conflitos. No modelo

previdenciário dos anos 20, a assistência médica é vista como atribuição fundamental do sistema, o que levava, inclusive, à organização de serviços próprios de saúde”.

Segundo MERCADANTE, 2002, ao final de 1932, existiam 140 CAPs, com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Nessa época, as CAPs ofereciam aos seus segurados, além das prestações de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Porém, havia grandes diferenças entre os planos e benefícios, pois inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada órgão tinha seu próprio regulamento, que variava, parcialmente, de acordo com os anseios da classe trabalhadora e da quantidade de receita disponível.

Com o crescimento das CAPs, a partir da década de 1930, surge uma nova forma de organização previdenciária: os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A principal diferença seria na maior participação do componente estatal. Enquanto as CAPs privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os IAPs, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiavam a previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano (OLIVEIRA; SOUZA, 2002). Entretanto, somente empresas estratégicas para a economia nacional conseguiam fundar seus IAPs (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

BERTOLLI-FILHO, 1998, citado por RONCALLI, 2003, afirma que:

(...) “Não por acaso, o surgimento dos IAPs, coincide com uma nova fase da política brasileira, estabelecida com a revolução de 1930. Com

a ascensão de Getúlio Vargas e a queda das oligarquias do poder, tem-se início uma ampla reforma administrativa e política culminada com a nova Constituição de 1934 e a ditadura imposta por Vargas com o Estado Novo em 1937. Trata-se de uma fase de profunda centralização e conseqüentemente uma maior participação estatal nas políticas públicas que, em razão da característica do governo ditatorial, se corporificaram em medidas essencialmente populistas”.

É visível, nesta fase inicial da ação governamental na saúde no Brasil, uma dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica. As ações de caráter coletivo, como imunização, controle de epidemias e saneamento, se dão no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente. Já as ações de assistência à saúde a nível individual começaram a partir da estruturação da previdência social, vinculando a assistência médica ao princípio do seguro social e colocando-a no mesmo plano de benefícios como as aposentadorias, pensões por invalidez, etc. A partir desse modelo de prestação de serviços de saúde que se chegou ao quadro caótico que hoje temos na saúde (OLIVEIRA; SOUZA, 2002).

No campo da saúde pública, vários órgãos foram criados. Dentre eles, merece destaque a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, criado em 1942, em decorrência de acordo com os EUA. O SESP visava, principalmente, proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil na II Guerra Mundial. Inicialmente, limitou-se a atuar na Amazônia (produção de borracha), ao estado do Goiás e ao Vale do Rio Doce (minérios) (MERCADANTE, 2002). Criou-se também, em 1953, o Ministério da

Saúde, pois as ações na área de saúde pública se ampliaram, a ponto de exigir uma estrutura administrativa própria (ACURSIO, 2005).

As grandes disparidades normativas entre os vários IAPs contribuíram para que surgisse reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual. Mas também existiam vozes contrárias, que viam, na unificação dos IAPs, a perda de poder por parte dos trabalhadores e o risco de centralização e concentração do poder no Estado (MERCADANTE, 2002).

A partir desse cenário, originou-se uma solução intermediária. A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS – Lei nº. 3807 de 26/08/1960). Essa lei uniformizou as regras dos IAPs, mas manteve a organização institucional segmentada. Assim, a promulgação da LOPS resultou em um avanço significativo no sentido de viabilizar a futura unificação da previdência social. A vigência da LOPS, contudo, não corrigiu todas as distorções originárias da multiplicidade de institutos (MERCADANTE, 2002).

Conforme o sistema das IAPs crescia, tornava-se cada vez mais centralizado no Estado e ficava mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica. E, a partir do final da década de 50, a Medicina Previdenciária passa a ser cada vez mais importante para o Estado, ampliando sua atuação e assumindo sua predominância em meados dos anos 60. Com isso, se dá, em 1966, a unificação de todos os institutos de Aposentadorias e Pensões numa única instituição estatal: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (OLIVEIRA; SOUZA, 2002). Este fato marca também a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema, aumentando ainda mais a centralização das decisões (RONCALLI, 1999; GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Neste modelo, o Estado era o grande financiador do sistema, por meio da Previdência Social, e o setor privado era o principal prestador de serviços. Assim, o Estado iniciou a “privatização” do setor saúde, com credenciamentos e convênios, enquanto o governo diminuía ainda mais o investimento em sua própria rede de assistência à saúde (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Sobre essa época, OLIVEIRA; SOUZA, 1998, afirmam que o modelo de prestação de serviços de saúde pelo INPS privilegiava a forma conveniada, ou seja, o governo comprava os serviços de assistência médica às grandes corporações médicas privadas, principalmente hospitais e multinacionais fabricantes de medicamentos. Em curto prazo, tratava-se de um “bom negócio”. O Estado tinha renda garantida, uma vez que a contribuição previdenciária era obrigatória, e passou a ser o grande comprador de serviços de saúde às empresas médicas, expandindo o capital privado na área de saúde.

Este período apresentou também, o maior avanço em termos de extensão de cobertura, incorporando a população rural (mesmo que em regime diferenciado, tanto em benefícios quanto na forma de contribuição). A assistência médico-hospitalar dependia da disponibilidade de recursos financeiros. A cobertura do serviço de assistência à saúde seria total ou parcial, de acordo com a renda familiar do trabalhador. A assistência médico-hospitalar previdenciária ainda era responsabilidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MPAS) (MERCADANTE, 2002).

Posteriormente, o INPS foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Sendo que este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados (SOUZA, 2002).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes. Ou seja, nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias:

1. Os que podiam pagar pelos serviços,
2. Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e
3. Os que não tinham direito nenhum (OLIVEIRA; SOUZA, 2002).

No final da década de 80, o INAMPS adotou medidas que o aproximavam da universalidade de acesso ao serviço público de saúde. Dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (OLIVEIRA; SOUZA, 2002).

Destaca-se também nessa época, o movimento denominado “Reforma Sanitária Brasileira”, que teve início no final do período de regime militar. Segundo BLEICHER (2003):

“O movimento pela Reforma Sanitária defendia a criação de um novo modelo de saúde, cujo delineamento foi traçado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. Até então, as Conferências Nacionais de Saúde contavam apenas com a participação de técnicos e não provocavam grande impacto sobre o sistema de saúde. Contudo, com a 8ª Conferência foi diferente. Além de representantes do governo e profissionais de saúde, havia também representantes da população. E o que foi discutido nessa conferência foi a criação de um novo sistema.

As resoluções que de lá saíram foram incorporadas, na maior parte, pela Constituição, promulgada em 1988.”

Assim, após muitos embates teóricos e políticos decorrentes da chamada “Reforma Sanitária Brasileira”; no ano de 1988, decorrente da nova Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde. Sendo constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (BRASIL, 1998; ACURSIO, 2005).

Sendo “único”, o SUS tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, e é organizado de acordo com a mesma sistemática (ACURSIO, 2005)

Segundo ACURSIO, 2005 e KASPER, 2002, o SUS tem ainda as seguintes características:

1. Universalidade: deve atender a todos, sem distinção.
2. Integralidade: insere o paciente como um todo tanto no atendimento clínico quanto nos procedimentos coletivos,
3. Descentralização: sendo a municipalização parte desse processo,
4. Equidade: igualdade entre todos, oferecendo ações e serviços de acordo com as necessidades da população,
5. Participação popular e controle social: Os Conselhos Municipais de Saúde têm poderes deliberativos e consultivos

Além da Constituição Federal de 1988, há outras definições legais que garantem a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. As principais são: a Lei 8.080/90, a Lei 8.142/90, e as Normas Operacionais Básicas.

**2.1.1 - Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A Lei 8.080/90 trata:

- (a) da organização, da direção e da gestão do SUS;
- (b) das competências e atribuições das três esferas de governo;
- (c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;
- (d) da política de recursos humanos;
- (e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

**2.1.2 - Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**

A Lei 8.142/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

A Lei trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automática para os Municípios, Estado e Distrito

Federal. Para o recebimento destes recursos Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com:

- (a) Fundo de Saúde;
- (b) Conselho de Saúde;
- (c) Plano de Saúde;
- (d) Relatório de Gestão;
- (e) Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- (f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (BRASIL, 1990c).

### **2.1.3 - Normas Operacionais Básicas**

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

A edição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS/ 91, 93 e 96, veio consolidar o processo de descentralização, apontando uma reordenação do modelo de atenção à saúde, redefinindo:

- (a) Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- (b) Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS.

- (c) Os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas.
- (d) A prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- (e) Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASIL, 1991).

A NOB/93 instituiu o conceito de Comissões Intergestores Bipartides e Tripartides, além de prever mecanismos de transferências de recursos fundo a fundo com base em diferentes níveis de gestão que poderiam assumir os Estados, Municípios e o Distrito Federal em sua habilitação (BRASIL, 1993).

A NOB/96 estabeleceu a Programação Pactuada Integral (PPI); cria o Piso de Atenção Básica (PAB); prevê novas formas de gestão para estados e municípios, além de redefinir as atribuições de cada nível de governo para com a gestão do SUS e de dar atenção especial ao controle, avaliação e auditoria do sistema (BRASIL, 1996).

#### **2.1.4 - O financiamento do setor saúde e a Emenda Constitucional 29/2000**

As ações e serviços de saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos da União, próprios

e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social (BRASIL, 2003).

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2003).

A exemplo do que vinha ocorrendo com os mínimos exigidos para a educação, a Emenda estabeleceu percentuais mínimos das receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Isso resulta no aumento e maior estabilidade dos recursos destinados à área da saúde em todo o País. Para a União, a regra estabelecida vincula os recursos ao crescimento do PIB (BRASIL, 2003).

No ano de 2000 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos, inclusive as transferências constitucionais e legais. Nos exercícios seguintes, esse percentual deveria ser acrescido, anualmente, à razão de um quinto, até atingir, em 2004, o percentual mínimo de 12% para as receitas estaduais e de 15% para as receitas municipais (BRASIL, 2003).

Dadas as diferentes regras de crescimento das vinculações estabelecidas para as diversas esferas de governo, uma avaliação precisa do montante de recursos adicionais que a implementação da emenda trará ao sistema público de saúde depende da antecipação da evolução das receitas

públicas de estados e municípios, e do crescimento do PIB, no caso dos recursos da União (FAVERET, 2003).

## **2.2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA**

De acordo com as publicações do Ministério da Saúde, a atenção básica caracteriza-se “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006).

Segundo STARFIELD, 2002, a atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade em longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e

lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

A atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança (STARFIELD, 2002).

A autora ainda afirma que a atenção primária é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

Quanto ao contexto histórico da atenção primária, as primeiras citações indicam o início do século XX. Em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, foi divulgado um “texto oficial” (LORD DAWSON O PENN, 1920) tratando da organização do sistema de serviços de

saúde. Distinguiu três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram descritas as funções de cada um. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização: um sistema de organização de serviços planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Este arranjo teórico forneceu, posteriormente, a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países, os quais agora possuem níveis claramente definidos de atenção, cada um com um setor de atenção médica primária identificável e em funcionamento (STARFIELD, 2002).

Em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde decidiu unanimemente que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde Para Todos no Ano 2000”, esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária à saúde”. O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979 (STARFIELD, 2002). A atenção primária à saúde foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a

comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (WHO, 1978).

A atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção “integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, não sendo apenas uma coisa ‘a mais” (BASCH, 1990). A conferência Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Embora estes conceitos de atenção primária à saúde tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos impedimentos à sua aplicação (KAPRIO, 1979).

Segundo STARFIELD, 2002, o conceito de atenção primária à saúde, em sua ênfase sobre a “proximidade com as pessoas”, parece estranho em

países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser “relacionada às necessidades” não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles. A orientação para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados.

Entretanto, alguns países reorganizaram seus serviços de saúde para consolidar os aspectos médicos e de saúde da atenção primária. Por exemplo, os “médicos de família”, em Cuba, residem onde trabalham. São, portanto, membros da comunidade à qual servem e é em seu benefício que atuam como agentes de mudança, quando existem circunstâncias ambientais ou sociais que necessitam de melhoria (GILPIN, 1991). Esta integração dos serviços médicos convencionais com serviços sociais e ambientais se encaixa no modelo previsto em Alma Ata (STARFIELD, 2002).

De acordo com VUORI, 1984, muitas das metas específicas definidas em Alma Ata já haviam sido alcançadas em países industrializados no final do século passado. A maioria destes países pode ressaltar com orgulho seus programas de longa duração para a maior parte das atividades: fornecimento de alimentos, fornecimento de água potável, saúde materno-infantil, imunizações e controle de doenças endêmicas, tratamento básico de problemas de saúde e fornecimento de medicamentos essenciais. Quando a atenção primária em saúde é vista como serviços “acessíveis”, muitos destes

países podem, com justiça, assegurar que alcançaram as metas devido à disponibilidade de serviços de atenção médica. Apenas quando as nações encaram a atenção primária à saúde como uma estratégia para integrar todos os aspectos dos serviços de saúde é que ela se torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas. Esta visão requer que um sistema de atenção à saúde seja organizado para enfatizar a justiça e a equidade social, a auto-responsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde (VUORI, 1984; STARFIELD, 2002).

As mudanças necessárias para converter a atenção médica primária convencional nas nações industrializadas em uma atenção primária à saúde mais ampla, conforme definição elaborada em Alma Ata, estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Principais diferenças entre atenção médica convencional e primária.

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção de Saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos com outros profissionais
Consultório Individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Adaptado de VUORI ,1985, por STARFIELD ,2002.

Na análise da trajetória histórica da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil nos últimas décadas, FAUSTO, 2005, citado por IBAÑEZ et al., 2006, identifica três fases na ação governamental e produção de conhecimentos. A primeira, centrada no desenvolvimento de programas docente-assistencial e de extensão de cobertura e estudos pioneiros sobre medicina preventiva e análise

de programas orientados pelos princípios da medicina comunitária. Na segunda fase a perspectiva da ação se desloca para os sistemas locais de saúde e definição de princípios e estratégias para a reforma sanitária, e os estudos enfocam mais a democratização, universalização e descentralização no campo da saúde, com uma retração nos estudos da APS. A fase mais recente se caracteriza por dois momentos, com um foco inicial na descentralização das ações de saúde e proposição de programas seletivos inseridos na atenção primária e o posterior desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que passa a ter ênfase na atenção primária (IBAÑEZ, et al., 2006).

Segundo IBAÑEZ et al.,2006, a compreensão da atenção básica está permeada pelas dimensões econômica, políticas e culturais inerentes ao campo da saúde.

Segundo AROUCA, 1975, citado por IBAÑEZ, et al., 2006, no Brasil, uma das raízes da atenção primária em saúde está relacionada ao movimento da medicina preventiva, desencadeado com maior vigor a partir da reforma do ensino médico norte-americano, nos anos 40.

Partindo de uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs uma atenção em que o indivíduo sob assistência médica deveria ser considerado a partir das interfaces sociais, culturais de sua realidade. A atenção médica, em sua fase inicial, deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e famílias, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento. Esta concepção é fundamental para formar a base das práticas de atenção primária em saúde, conjugando duas questões

essenciais: a atenção que se faz em primeiro lugar e que se faz mais próxima do cotidiano, do ambiente sociocultural dos indivíduos e das famílias (IBAÑEZ, et al., 2006).

O conjunto de idéias formulado pela medicina preventiva influenciou de maneira importante uma série de medidas e propostas de atenção primária em saúde, principalmente a partir dos anos 60 (IBAÑEZ, et al., 2006).

Se os anos 60 foram marcados pela disseminação do ideário da medicina preventiva e das práticas de atenção primária oriundas principalmente do meio acadêmico, os anos 70 se destacaram pela institucionalização de programas nessa linha. É assim que a atenção primária ganha espaço na agenda governamental, tendo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das principais agências difusoras deste ideário, juntamente com outros organismos de cooperação internacional, culminando com a Conferência de Alma-Ata em 1979, em que a APS foi considerada a principal estratégia para se atingir o objetivo de “Saúde para todos no ano 2000” (UNICEF, 1979).

Os programas de extensão de cobertura foram os principais mecanismos de veiculação da medicina comunitária e, nessa perspectiva, a atenção primária era interpretada como um conjunto de ações elementares que todos os serviços de saúde, até os mais simples, deveriam estar capacitados para prover. No centro destas ações estava a atenção médica, e a execução das práticas de promoção da saúde era fundamentalmente promovida por pessoas vinculadas às próprias comunidades, treinadas pelos profissionais de saúde (IBAÑEZ, et al., 2006).

Nesta primeira década do século XXI, o Ministério da Saúde tem adotado a saúde da família como estratégia prioritária para organização da

atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Segue, portanto, os seguintes fundamentos:

- (a) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- (b) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- (c) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- (d) Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- (e) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- (f) Estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006)

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da

criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a **saúde bucal** (grifo nosso) e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestoras Bipartides (BRASIL, 2006).

### **2.3 - A ODONTOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE**

A odontologia inseriu-se na assistência pública, quando, em 1912, aconteceu a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, por Baltazar Vieira de Melo, em São Paulo (CARVALHO e LOUREIRO, 1997; COSTA, et al, 2006). A partir desse marco, nota-se que o atendimento escolar no Brasil, até 1952, mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (WERNECK, 1994; COSTA, et al, 2006).

Desde então, a odontologia vem ampliando cada vez mais sua atuação no serviço público de saúde brasileiro. Mas a implantação das práticas odontológicas, com base em programas, no serviço estatal de saúde teve início em 1952 (NARVAI, 2002). Sua estruturação começou a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares (na maioria das vezes, com Sistema Incremental), preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde

Pública (FSESP), e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde (RONCALLI et al., 1999).

A partir da década de 60, e principalmente após a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a assistência odontológica teve um grande aumento no serviço público de saúde. Tal fato culminou, já no início dos anos oitenta, com a aprovação do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PROAD) pelo Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Lamentavelmente, tal expansão não deve, porém, ser entendida como sinônimo de melhores condições de saúde bucal (NARVAI, 2002).

Com um grande número de doenças acumuladas e com o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, surge a proposta do sistema produtivista, com o objetivo de resolver essa demanda. Contudo, esse sistema apresentou baixa resolutividade, além de um alto custo, embora houvesse ampliação da produtividade. Na tentativa de se reduzirem gastos, houve uma fragmentação das tarefas (influenciada pelo taylorismo), traduzida na odontologia simplificada. O reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade de serviços para controlá-las deu origem ao sistema preventivista, cuja atenção era voltada para os mais jovens. Da aplicação da simplificação na população mais jovem, ainda livre de cárie, surge a odontologia integral, que usa a lógica do modelo preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens e, portanto, excludente, e a lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada

idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (NARVAI, 2002; COSTA, et al., 2006).

Segundo COSTA et al., 2006, a lógica do sistema incremental passa a prever a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens, constituindo-se, portanto, no momento ideal para intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como consequência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (PINTO, 1993). A justificativa para a aplicação desse modelo e para dar continuidade à prática odontológica em escolares partiu da seguinte afirmação: prevenindo a cárie na infância, as pessoas estarão protegidas na vida adulta (SHEIHAM, 1992 apud COSTA, 2006). A tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo do sistema incremental americano de atenção às minorias, de forma acrítica – sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois países, principalmente porque os problemas eram gerais e não focais como nos Estados Unidos – resultou que este sistema não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava, exclusivamente, para a população-alvo e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer, daí seu caráter excludente (NARVAI, 2002). Mais que isso, a odontologia parece ter seguido uma rota enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra, distinta e não paralela,

tendo como conseqüência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica de um sistema de exclusão (PINTO, 1993).

Nos anos 1990, o espaço escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar (CARVALHO; LOUREIRO, 1997; COSTA, 2006).

Segundo RONCALLI et al., 1999, “(...) os modelos assistenciais em saúde geral e de saúde bucal em particular, de abrangência municipal, passaram a ter uma importância maior a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o crescente incremento da municipalização das ações de saúde (...) porém, o fato é que, não se pode dizer que hoje se tenha uma fórmula para um modelo assistencial em saúde bucal”. Ou seja, os municípios devem planejar seus modelos assistenciais e ações em odontologia de acordo com a realidade encontrada em cada um deles.

CORDÓN, 1997, afirma que

“(...) não basta mais democratizar os recursos e eleger ações prioritárias, isto é apenas pré-requisito para a adoção de uma nova ordem gerencial. Seguramente é necessária uma reforma administrativa em nível local e a busca de inovações e parcerias com a sociedade civil com ações que podem contribuir para o processo de transformação do

Estado e consolidar uma estabilidade econômica que diminua a exclusão.”

O mesmo autor apresenta também as três ações fundamentais como medidas de uma prática de odontologia em saúde coletiva ao inserir-se no SUS: 1) As ações de colaboração e atuação com relação à organização, capacitação e politização social; 2) As ações de promoção e manutenção de saúde e prevenção coletivas; e 3) As ações reabilitadoras do dano biossocial causado pelo sistema social.

AERTS et al., 2004, realizaram um trabalho sobre o papel do Cirurgião-Dentista no SUS e, ao citarem SHEIHAM; MOYSÉS, 2000, afirmam que os profissionais (neste caso, os profissionais de odontologia), têm a responsabilidade de advogarem políticas públicas saudáveis e de auxiliarem as pessoas a se capacitarem na busca de sua qualidade de vida e de coletividade.

Afirmam ainda que os serviços de saúde podem ser um componente importante na melhora das condições de saúde da população. Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2004), o qual apresentava as diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS.

## 3 – Proposições

**3 - PROPOSIÇÕES**

1. Conhecer a realidade dos municípios do que compõem a DIR-X do Estado de São Paulo (regional de Bauru) no que diz respeito aos aspectos relacionados à saúde pública (geral e bucal), além das estratégias adotadas pelas Secretarias da Saúde para que se obtenham melhorias na saúde bucal da população.

2. Conhecer o perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios que compõem a DIR-X do Estado de São Paulo, e suas dificuldades para exercer tal função.

## 4 – Material e Métodos

#### **4 - MATERIAL E MÉTODOS**

O Estado de São Paulo é dividido em vinte e quatro Diretorias Regionais de Saúde (DIR). A região de Bauru corresponde a DIR-X, e é composta por 38 municípios: Agudos, Arealva, Avai, Balbinos, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Boracéia, Borebi, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Dois Córregos, Duartina, Getulina, Guaiçara, Jacanga, Igarçu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Lencóis Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Mineiros do Tietê, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Pongai, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, Torrinha e Uru. O presente estudo abrangeu todos os municípios da DIR-X citados acima.

A região de Bauru se localiza geograficamente, na região central do estado de São Paulo, conforme mostram as figuras 1 e 2.

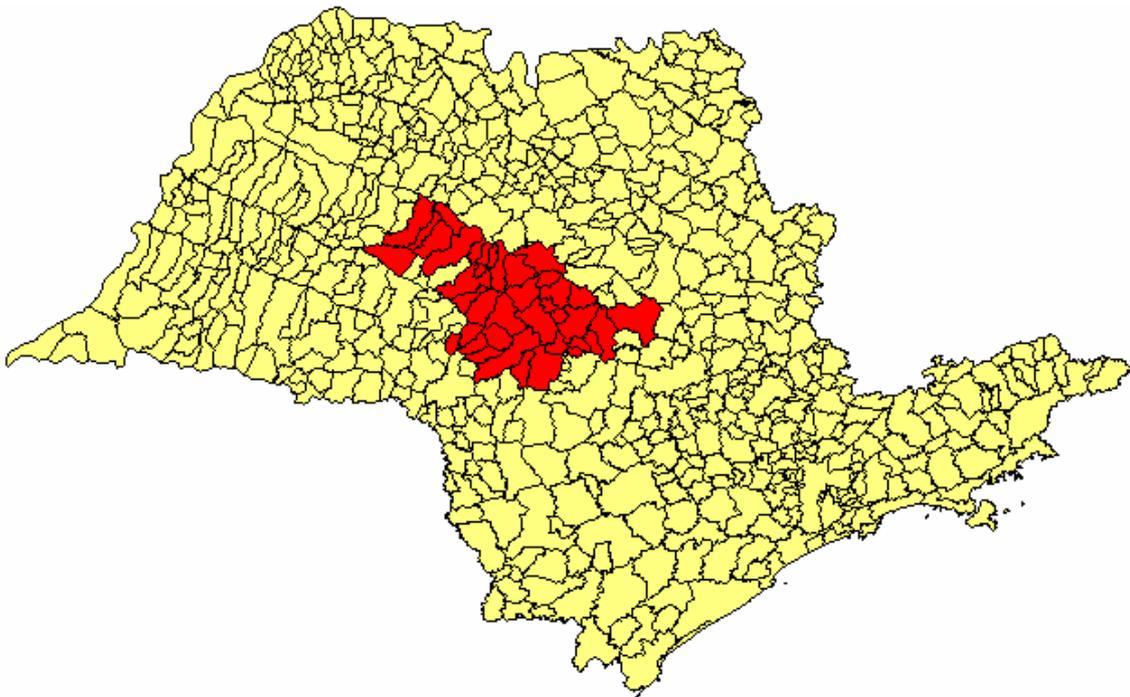


Figura 1 - Localização da região de Bauru no estado de São Paulo, 2006.

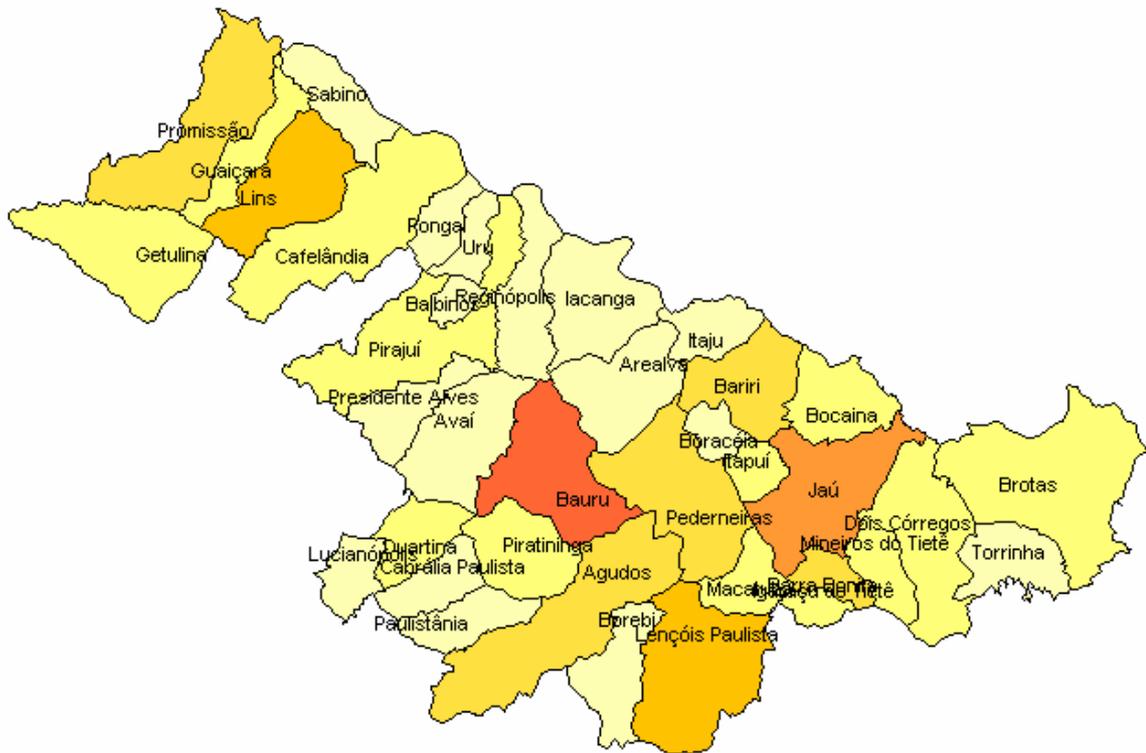


Figura 2 - Municípios pertencentes à DIR-X (regional Bauru), no ano de 2006.

#### 4.1 - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Odontologia de Bauru em 28/09/2005, sob o Proc. nº. 119/2005, e aprovado em Reunião realizada no dia 26/10/2005 (anexo I).

#### 4.2 - CONTATO COM OS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL

Inicialmente, foi realizado um primeiro contato com os Coordenadores de Saúde Bucal (DIR-X / SP) através de ligações telefônicas. Fez-se uma sucinta

explicação sobre a pesquisa, seus objetivos e metodologia; e agendou-se a visita do pesquisador ao município contatado.

### **4.3 - ENTREVISTA COM OS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL**

As visitas aos coordenadores municipais de saúde bucal foram realizadas pelo próprio autor da pesquisa no período de julho a dezembro de 2006. As entrevistas aconteceram nas próprias Unidades Básicas de Saúde, ou na Secretaria Municipal de Saúde, sendo que a escolha do local foi feita pelos sujeitos da pesquisa, de acordo com a disponibilidade de salas ou consultórios.

Após a apresentação da Carta de Informação ao Sujeito da Pesquisa (anexo II) e da assinatura, pelo Coordenador de Saúde Bucal, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III), iniciou-se a entrevista com questões relativas às condições de saúde bucal da população e da política pública de saúde do município.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 1 hora, e foram divididas em duas partes: a primeira parte diz respeito às questões relacionadas às informações gerais dos municípios e os serviços de atenção básica à saúde oferecidos. Algumas questões relacionadas às informações gerais do município também foram coletadas de outras fontes: tamanho populacional no site do IBGE ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)); valores do PIB, IDH-M e quantidade de analfabetos no site do SEADE ([www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)), informações sobre a situação do PSF nos municípios no site do Departamento de atenção básica do Ministério da Saúde (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>); e as informações sobre o percentual das receitas municipais aplicados em saúde

no site do SIOPS ([siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br)). As questões abordadas se encontram no anexo IV.

Na segunda parte, as questões eram referentes ao perfil do Coordenador de Saúde Bucal dos Municípios, suas dificuldades para exercer o cargo e sugestões para possíveis atuações das Universidades e do poder público em geral. As questões presentes na entrevista se encontram no anexo V.

#### **4.4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Os dados obtidos foram tabulados utilizando o software Excel, e os resultados avaliados por meio de análise estatística descritiva, com uso de freqüências absolutas e relativas mostradas em gráficos e tabelas.

## 5 – Resultados

## **5 - RESULTADOS**

Realizou-se a pesquisa nos 38 municípios do estado de São Paulo, pertencentes à DIR-X – Regional de Bauru. Os municípios visitados foram: Agudos, Arealva, Avai, Balbinos, Bariri, Barra Bonita, Bauru, Bocaina, Boracéia, Borebi, Brotas, Cabrália Paulista, Cafelândia, Dois Córregos, Duartina, Getulina, Guaiçara, Jacanga, Igarapu do Tietê, Itaju, Itapuí, Jaú, Lencóis Paulista, Lins, Lucianópolis, Macatuba, Mineiros do Tietê, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Pongai, Presidente Alves, Promissão, Reginópolis, Sabino, Torrinha e Uru.

Observou-se que em 4 municípios não havia nenhum profissional considerado Coordenador de Saúde Bucal. Neste caso, a pesquisa foi realizada com o Secretário Municipal de Saúde (em 2 municípios), ou com um cirurgião-dentista que trabalha no serviço público de saúde (nos outros 2 municípios), e que se disponibilizaram a participar do estudo. Nestes casos, especificamente, não foram consideradas as questões referentes ao perfil do coordenador de saúde bucal do município.

O primeiro resultado observado foi a diferença na economia das cidades pesquisadas. Há, além da discrepância no tamanho populacional, variações nos valores do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, e nos níveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), como pode ser verificado nas tabelas 2, 3 e 4.

Tabela 2 – Tamanho estimado da população dos municípios estudados, 2005.

<b>Municípios</b>	<b>População</b>
Balbinos	1.371
Uru	1.438
Paulistânia	1.939
Lucianópolis	2.029
Borebi	2.265
Itaju	2.813
Pongaí	3.763
Boracéia	3.914
Presidente Alves	4.200
Avaí	4.566
Reginópolis	4.722
Cabralia Paulista	5.153
Sabino	5.189
Arealva	7.465
Iacanga	8.730
Torrinha	9.673
Getulina	10.526
Bocaina	10.813
Guaíçara	10.993
Piratininga	11.165
Itapuí	11.198
Mineiros do Tietê	12.627
Duartina	12.837
Cafelândia	16.129
Macatuba	17.183
Pirajuí	20.888
Brotas	21.695
Igaraçu do Tietê	23.707
Dois Córregos	24.830
Bariri	30.531
Promissão	33.062
Agudos	33.926
Barra Bonita	38.398
Pederneiras	39.420
Lençóis Paulista	61.432
Lins	70.554
Jaú	123.374
Bauru	350.492

Fonte: IBGE

Tabela 3 - Classificação dos Municípios estudados, de acordo com o PIB per capita (em Reais) para o ano de 2003.

<b>Municípios</b>	<b>PIB per capita</b>
Uru	33.573
Itaju	33.281
Boracéia	21.078
Agudos	19.977
Brotas	18.698
Macatuba	15.963
Avaí	15.404
Bocaina	14.952
Iacanga	14.835
Promissão	14.414
Pongai	13.257
Lins	13.058
Cabralia Paulista	12.922
Paulistânia	12.922
Reginópolis	12.772
Lençóis Paulista	12.746
Lucianópolis	12.548
Bariri	11.495
Pederneiras	11.394
Cafelândia	11.211
Borebi	11.033
Arealva	10.997
Barra Bonita	10.917
Torrinha	10.840
Getulina	10.701
Dois Córregos	10.137
Itapuí	9.897
Balbinos	9.738
Guaíçara	9.594
Presidente Alves	9.069
Jaú	7.063
Sabino	7.049
Bauru	6.927
Mineiros do Tietê	6.844
Duartina	5.771
Pirajuí	5.537
Piratininga	4.943
Igaraçu do Tietê	4.362

Fonte: SEADE

Tabela 4 - Classificação dos Municípios conforme o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) no ano 2000.

<b>Municípios</b>	<b>IDH-M</b>
Lins	0,827
Bauru	0,825
Barra Bonita	0,820
Jaú	0,819
Brotas	0,817
Promissão	0,817
Lençóis Paulista	0,813
Torrinha	0,810
Bocaina	0,807
Itaju	0,807
Bariri	0,802
Piratininga	0,797
Pongai	0,794
Sabino	0,792
Arealva	0,790
Cafelândia	0,788
Mineiros do Tietê	0,788
Agudos	0,786
Dois Córregos	0,786
Boracéia	0,783
Pederneiras	0,780
Iacanga	0,779
Pirajuí	0,779
Guaíçara	0,778
Macatuba	0,777
Duartina	0,775
Itapuí	0,774
Paulistânia	0,774
Getulina	0,770
Igaraçu do Tietê	0,770
Presidente Alves	0,763
Reginópolis	0,763
Balbinos	0,761
Lucianópolis	0,754
Avaí	0,748
Borebi	0,746
Cabralia Paulista	0,743
Uru	0,739

Fonte: SEADE

Em relação quantidade estimada de analfabetos, observa-se também diferenças entre os municípios. Como mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Classificação dos municípios estudados, de acordo com a quantidade estimada de analfabetos na população acima dos 15 anos (por mil) no ano 2000.

<b>Municípios</b>	<b>Analfabetos</b>
Bauru	5,24
Jaú	7,42
Lins	7,52
Itaju	7,80
Lençóis Paulista	8,07
Barra Bonita	8,13
Agudos	8,61
Promissão	8,91
Torrinha	9,18
Guaíçara	9,24
Brotas	9,31
Arealva	9,55
Piratininga	9,66
Pirajuí	9,82
Bariri	10,01
Iacanga	10,02
Pederneiras	10,10
Duartina	10,78
Cafelândia	10,91
Balbinos	10,93
Itapuí	10,95
Macatuba	10,97
Dois Córregos	11,01
Pongaí	11,01
Cabralia Paulista	11,36
Boracéia	11,62
Bocaina	11,67
Presidente Alves	11,70
Sabino	11,88
Reginópolis	12,06
Avaí	12,20
Uru	12,39
Igaraçu do Tietê	12,60
Mineiros do Tietê	12,72
Getulina	12,91
Lucianópolis	13,48
Paulistânia	14,86
Borebi	15,42

Fonte: SEADE

Em todos os municípios estudados havia tratamento da água de abastecimento público, e esta atingia de 90,91 a 100% da população (de acordo com a cidade).

A adição de fluoretos na água de abastecimento público não ocorre em todos os municípios. Em três deles, segundo os Coordenadores de Saúde Bucal, havia fluoretos de forma natural na água. E, em apenas um município ainda não havia nenhuma forma de fluoretação das águas. Nos outros 34 municípios as águas são fluoretadas. Houve diferença, também, no tempo de fluoretação das águas, que variou de 1 a 27 anos.

Nesta primeira década do século XXI, o Ministério da Saúde tem adotado a saúde da família como estratégia prioritária para organização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Com isso, comparou-se também a situação dos municípios estudados quanto à instalação do Programa Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal. De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde referentes a dezembro de 2006, tinham sido implantadas 54 equipes de saúde da família (ESF) distribuídas em 20 dos 38 municípios estudados. Em 18 dos municípios estudados ainda não havia Equipes de Saúde da Família, e em 15 não havia agentes comunitários de saúde.

Dentre as 54 ESF implantadas, em 26 delas haviam equipes de saúde bucal (ESB), distribuídas em 15 municípios, sendo todas cadastradas como Modalidade I. A tabela 6 aponta os detalhes destes dados.

Tabela 6 - Situação dos municípios estudados em relação ao Programa Saúde da Família e as Equipes de Saúde Bucal no mês de Dezembro de 2006.

Municípios	Nº de ACS implantados	% de cobertura populacional ACS	Nº de ESF implantados	% de cobertura populacional da SF	Nº de ESB modalidade I implantadas	Nº de ESB modalidade II implantadas	% de cobertura populacional da SB
Agudos	18	30,51	3	30,51	3	0	61,02
Arealva	8	61,62	1	46,22	1	0	92,43
Avai	0	0	0	0	0	0	0
Balbinos	0	0	0	0	0	0	0
Bariri	12	22,6	2	22,6	1	0	22,6
Barra Bonita	8	11,98	0	0	0	0	0
Bauru	53	8,69	7	6,89	4	0	7,87
Bocaina	0	0	0	0	0	0	0
Boracéia	4	58,76	1	88,15	1	0	100
Borebi	5	100	1	100	1	0	100
Brotas	4	10,6	1	15,9	0	0	0
Cabralia Paulista	0	0	0	0	0	0	0
Cafelândia	15	53,43	3	64,12	3	0	100
Dois Córregos	33	76,42	3	41,68	1	0	27,79
Duartina	22	98,54	3	80,63	3	0	100
Getulina	5	27,31	1	32,78	1	0	65,55
Guaiçara	5	26,15	1	31,38	0	0	0
Iacanga	12	79,04	2	79,04	2	0	100
Igaraçu do Tietê	0	0	0	0	0	0	0
Itaju	7	100	1	100	0	0	0
Itapuí	24	100	3	92,43	2	0	100
Jaú	76	35,42	11	30,76	0	0	0
Lençóis Paulista	53	49,61	4	22,46	0	0	0
Lins	67	54,6	0	0	0	0	0
Lucianópolis	0	0	0	0	0	0	0
Macatuba	27	90,35	4	80,31	1	0	40,16
Mineiros do Tietê	6	27,32	1	27,32	1	0	54,64
Paulistânia	0	0	0	0	0	0	0
Pederneiras	0	0	0	0	0	0	0
Pirajuí	0	0	0	0	0	0	0
Piratininga	0	0	0	0	0	0	0
Pongaí	8	100	0	0	0	0	0
Presidente Alves	0	0	0	0	0	0	0
Promissão	28	47,35	1	10,15	1	0	20,29
Reginópolis	0	0	0	0	0	0	0
Sabino	0	0	0	0	0	0	0
Torrinha	0	0	0	0	0	0	0
Uru	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde

Quanto ao cumprimento dos valores mínimos aplicados em saúde pelos municípios, de acordo com a Emenda Constitucional nº. 29, nota-se que houve diferenças entre as cidades estudadas. Alguns municípios, em determinados anos, não conseguiram cumprir tal norma, conforme os dados da tabela 7.

Tabela 7 - Situação dos municípios estudados em relação ao cumprimento da EC nº 29 nos anos de 2000 a 2005.

MUNICÍPIOS	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% mínimo	% aplica- do										
Agudos	7,00	14,01	14,21	13,10	14,41	13,74	14,60	18,43	15,00	14,46	15,00	17,37
Arealva	7,00	10,24	11,19	11,63	12,14	15,19	13,10	15,02	15,00	15,49	15,00	15,46
Avai	7,00	10,10	11,08	12,58	12,06	15,01	13,04	16,10	15,00	18,42	15,00	18,56
Balbino	7,00	10,85	11,68	13,81	12,51	12,49	13,34	16,28	15,00	12,48	15,00	15,71
Bariri	7,00	5,19	8,60	13,18	10,20	14,93	11,80	20,48	15,00	20,29	15,00	19,43
Barra Bonita	7,00	8,75	10,00	10,88	11,25	14,33	12,50	19,74	15,00	21,42	15,00	20,95
Bauru	7,00	18,95	15,00	18,55	15,00	20,43	15,00	20,10	15,00	17,93	15,00	20,28
Bocaina	7,00	5,95	8,60	12,60	10,20	19,12	11,80	18,67	15,00	16,76	15,00	15,10
Boracéia	7,00	16,75	15,00	15,48	15,00	13,82	15,00	16,37	15,00	20,85	15,00	17,28
Borebi	7,00	13,94	14,15	14,92	14,36	18,67	14,58	17,00	15,00	15,99	15,00	15,59
Brotas	7,00	10,89	11,71	13,10	12,53	16,44	13,36	18,11	15,00	18,76	15,00	17,90
Cabralia Paulista	7,00	22,77	15,00	18,20	15,00	21,18	15,00	22,43	15,00	20,76	15,00	18,65
Cafelândia	7,00	13,31	13,65	12,52	13,99	14,46	14,32	14,91	15,00	13,04	15,00	15,04
Dois Córregos	7,00	11,54	12,23	15,94	12,92	16,96	13,62	18,46	15,00	20,70	15,00	18,44
Duartina	7,00	13,05	13,44	17,36	13,83	19,68	14,22	21,32	15,00	15,00	15,00	24,14
Getulina	7,00	10,58	11,46	10,90	12,35	11,75	13,23	13,56	15,00	15,28	15,00	14,98
Guaíçara	7,00	15,21	15,00	16,18	15,00	19,47	15,00	19,34	15,00	16,68	15,00	16,32
Iacanga	7,00	15,01	15,00	13,82	15,00	13,86	15,00	17,29	15,00	17,07	15,00	17,49
Igarapé do Tietê	7,00	8,51	9,81	10,24	11,11	11,96	12,40	13,59	15,00	17,17	15,00	20,13
Itaju	7,00	20,81	15,00	16,94	15,00	16,07	15,00	17,75	15,00	18,24	15,00	18,61
Itapui	7,00	17,60	15,00	19,07	15,00	17,66	15,00	14,30	15,00	21,43	15,00	21,01
Jáú	7,00	10,47	11,38	11,38	12,28	15,14	13,19	16,31	15,00	16,57	15,00	19,82
Lençóis Paulista	7,00	14,63	14,70	14,48	14,78	15,50	14,85	15,13	15,00	15,90	15,00	16,68
Lins	7,00	11,93	12,54	13,41	13,16	11,25	13,77	14,56	15,00	11,96	15,00	17,37
Lucianópolis	7,00	25,43	15,00	21,28	15,00	17,83	15,00	22,23	15,00	22,53	15,00	22,95
Macatuba	7,00	26,24	15,00	11,29	15,00	16,28	15,00	17,24	15,00	17,22	15,00	16,76
Mineiros do Tietê	7,00	11,59	12,27	14,42	12,95	16,43	13,64	18,23	15,00	19,06	15,00	20,18
Paulistânia	7,00	12,69	13,15	15,32	13,61	13,07	14,08	17,68	15,00	19,94	15,00	16,18
Pederneiras	7,00	18,03	15,00	18,35	15,00	18,09	15,00	17,20	15,00	18,20	15,00	17,01
Pirajuí	7,00	10,59	11,47	12,23	12,35	13,17	13,24	14,68	15,00	13,04	15,00	14,34
Piratininga	7,00	20,45	15,00	19,71	15,00	16,98	15,00	21,91	15,00	19,64	15,00	18,90
Pongai	7,00	13,57	13,86	12,26	14,14	16,07	14,43	17,97	15,00	15,15	15,00	16,98
Presidente Alves	7,00	9,55	10,64	10,72	11,73	12,60	12,82	12,07	15,00	15,34	15,00	15,56
Promissão	7,00	11,08	11,86	13,91	12,65	13,90	13,43	13,60	15,00	14,75	15,00	15,00
Reginópolis	7,00	22,73	15,00	21,46	15,00	19,50	15,00	25,16	15,00	20,51	15,00	20,58
Sabino	7,00	10,50	11,40	13,53	12,30	12,82	13,20	14,19	15,00	15,75	15,00	18,50
Torrinha	7,00	26,57	15,00	16,03	15,00	21,20	15,00	22,66	15,00	22,01	15,00	12,45
Uru	7,00	17,53	15,00	12,93	15,00	15,98	15,00	17,74	15,00	15,32	15,00	16,24

Fonte: SIOPS

Observou-se que, em média, o percentual da receita que os municípios aplicaram em saúde, a partir da publicação da Emenda Constitucional 29, aumentou, passando de 14,41% em 2000, para 17,74% em 2005. Tal fato pode ser melhor exemplificado na Figura 3.

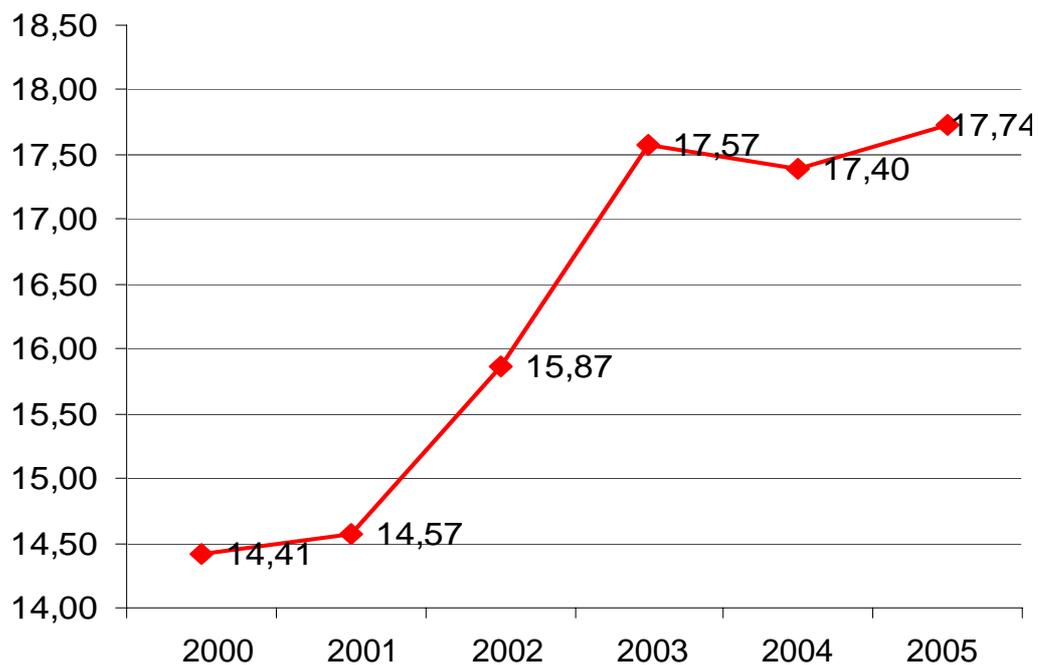


Figura 3 - Percentual gasto, no setor saúde, pelos municípios estudados, nos anos de 2000 a 2005 (Fonte: SIOPS).

O número de cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço público de saúde variou, obviamente, de acordo com o município e a quantidade de habitantes. Porém, a relação da quantidade de CDs pelo número de habitantes apresenta diferenças entre as cidades. Isso pode ser verificado na tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre o número de Cirurgiões-Dentistas que trabalham no serviço público de saúde, e a população dos municípios estudados, 2006.

Municípios	População	CDs	Hab/CD
Lucianópolis	2.029	3	676,3
Uru	1.438	2	719,0
Borebi	2.265	3	755,0
Itaju	2.813	3	937,6
Pongaí	3.763	4	940,7
Paulistânia	1.939	2	969,5
Cabralia Paulista	5.153	5	1030,6
Iacanga	8.730	8	1091,2
Sabino	5.189	4	1297,2
Balbinos	1.371	1	1371,0
Itapuí	11.198	8	1399,7
Arealva	7.465	5	1493,0
Bariri	30.531	20	1526,5
Agudos	33.926	22	1542,0
Macatuba	17.183	10	1718,3
Getulina	10.526	6	1754,3
Promissão	33.062	18	1836,8
Boracéia	3.914	2	1957,0
Cafelândia	16.129	8	2016,1
Presidente Alves	4.200	2	2100,0
Duartina	12.837	6	2139,5
Bocaina	10.813	5	2162,6
Guaíçara	10.993	5	2198,6
Piratininga	11.165	5	2233,0
Dois Córregos	24.830	11	2257,2
Avai	4.566	2	2283,0
Pederneiras	39.420	17	2318,8
Reginópolis	4.722	2	2361,0
Torrinha	9.673	4	2418,2
Lins	70.554	25	2822,2
Jaú	123.374	42	2937,5
Pirajuí	20.888	7	2984,0
Lençóis Paulista	61.432	20	3071,6
Mineiros do Tietê	12.627	4	3156,7
Brotas	21.695	6	3615,8
Barra Bonita	38.398	10	3839,8
Bauru	350.492	83	4222,8
Igaraçu do Tietê	23.707	5	4741,4

Entre esses municípios, 8 possuíam em seu quadro de profissionais Cirurgiões-Dentistas em regime de contratação temporária, sendo que estes eram trabalhadores do PSF. Todos os demais eram contratados e concursados.

Houve também discrepância entre alguns municípios, a respeito da proporção entre Cirurgiões-Dentistas e Auxiliares de Consultório Dentário (ACDs), onde em 3 cidades, os CDs trabalhavam sem o pessoal auxiliar, como mostra a tabela 9.

Tabela 9 - Relação entre CDs e ACDs nos municípios estudados, 2006.

<b>Municípios</b>	<b>CDs</b>	<b>ACDs</b>	<b>CDs/ACDs</b>
Avaí	2	2	1,00
Balbinos	1	1	1,00
Boracéia	2	2	1,00
Presidente Alves	2	2	1,00
Reginópolis	2	2	1,00
Bocaina	5	4	1,25
Igaraçu do Tietê	5	4	1,25
Piratininga	5	4	1,25
Agudos	22	17	1,29
Mineiros do Tietê	4	3	1,33
Pongaí	4	3	1,33
Bauru	83	59	1,40
Brotas	6	4	1,50
Itaju	3	2	1,50
Lucianópolis	3	2	1,50
Cafelândia	8	5	1,60
Arealva	5	3	1,67
Macatuba	10	6	1,67
Dois Córregos	11	6	1,83
Duartina	6	3	2,00
Iacanga	8	4	2,00
Torrinha	4	2	2,00
Uru	2	1	2,00
Lençóis Paulista	20	9	2,22
Pederneiras	17	7	2,43
Jaú	42	17	2,47
Bariri	20	8	2,50
Barra Bonita	10	4	2,50
Cabralia Paulista	5	2	2,50
Itapuí	8	3	2,67
Borebi	3	1	3,00
Lins	25	8	3,13
Getulina	6	1	6,00
Pirajuí	7	1	7,00
Promissão	18	1	18,00
Guaíçara	5	0	-
Paulistânia	2	0	-
Sabino	4	0	-

Em nenhum dos 38 municípios estudados havia a presença de técnicos de higiene dentária (THDs) em seus quadros de profissionais.

Pesquisou-se também a média salarial dos cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço público de saúde. Foram verificadas diferentes faixas salariais, que variavam de acordo com a realidade de cada município. Tomou-se como base, a carga horária de 20h/sem. Nos municípios onde os cirurgiões-dentistas trabalhavam em cargas horárias diferentes, fez-se a conversão para 20 h/sem. O salário variou de R\$ 700,00 a R\$ 2400,00. A figura 4 demonstra este fato.

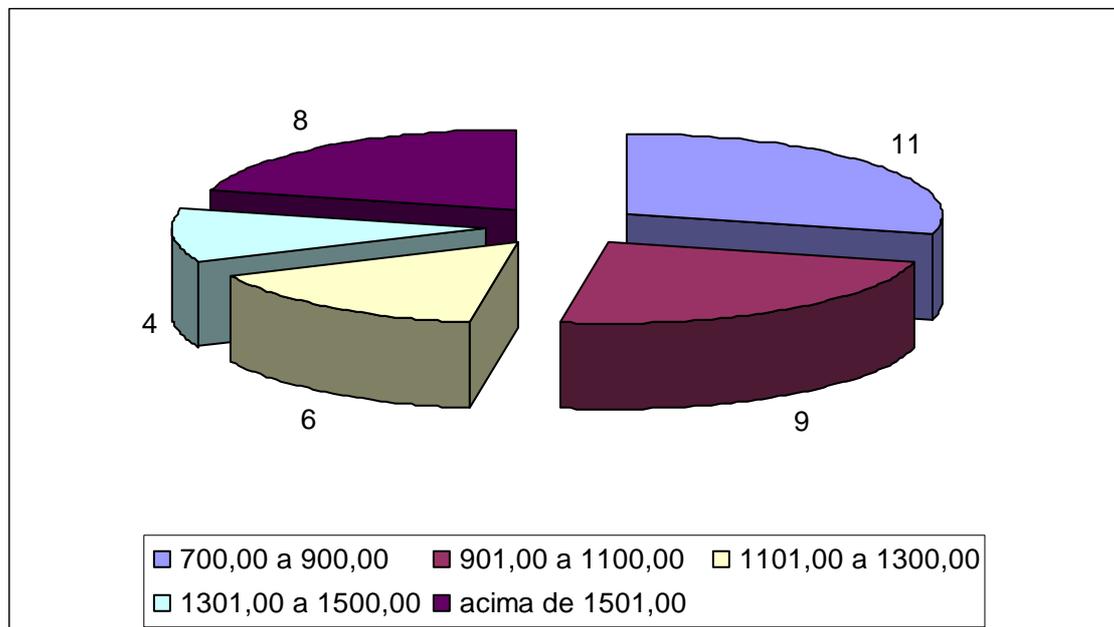


Figura 4 - Faixa salarial dos cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço público de saúde (20 h/sem), nos municípios estudados, 2006.

No que diz respeito à existência do cargo “Coordenador de Saúde Bucal”, levou-se em consideração a carga horária destinada à função, e a existência, ou não, de um salário e/ou gratificação para exercê-la. Nos municípios onde havia apenas a nomeação de um profissional para planejamento de ações, sem adicional em seu salário, ou tempo disponível,

considerou-se a não existência do cargo. A figura 5 mostra a situação dos municípios frente a isso:

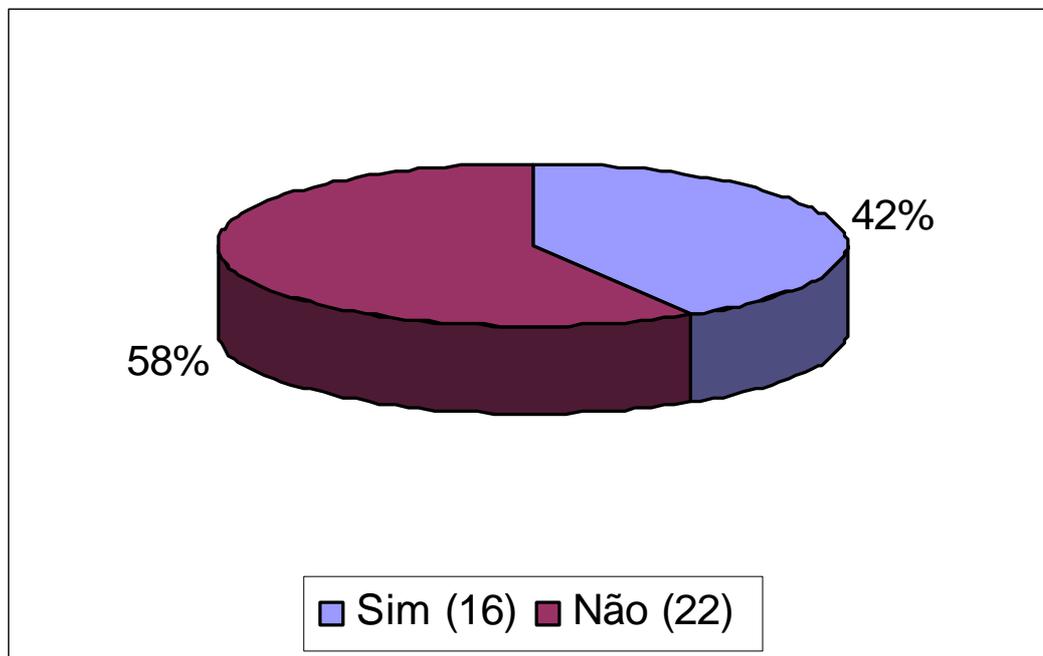


Figura 5 - Porcentagem dos municípios estudados que possuem o cargo de Coordenador de Saúde Bucal (2006).

Entre as 16 cidades que foram consideradas possuindo o cargo de Coordenador de Saúde Bucal, em 15 havia um salário ou gratificação para isso. E em uma cidade não havia incentivo financeiro, porém o Coordenador não realizava atendimentos clínicos. Em 18 cidades, havia a nomeação de um cirurgião-dentista da rede encarregado de exercer a função de coordenação, porém este não recebia adicional ao seu salário e nem dispunha de tempo para exercer a função. Neste caso, considerou-se, neste estudo, que a cidade não possuía o cargo de Coordenador de Saúde Bucal. Encontrou-se também, em 4 municípios, a constatação de que não havia nenhum dentista da rede considerado Coordenador de Saúde Bucal.

Na questão relacionada à realização de levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal nos municípios, todos os sujeitos da pesquisa afirmaram que é feito, geralmente, a cada dois anos. Em relação à doença cárie, o índice CPOD variou de 0,75 a 5,0, de acordo com o município.

Quanto ao oferecimento, pelo município, de atendimento odontológico especializado, verificou-se que em mais de 50% isso não é realizado, conforme demonstra a figura 6.

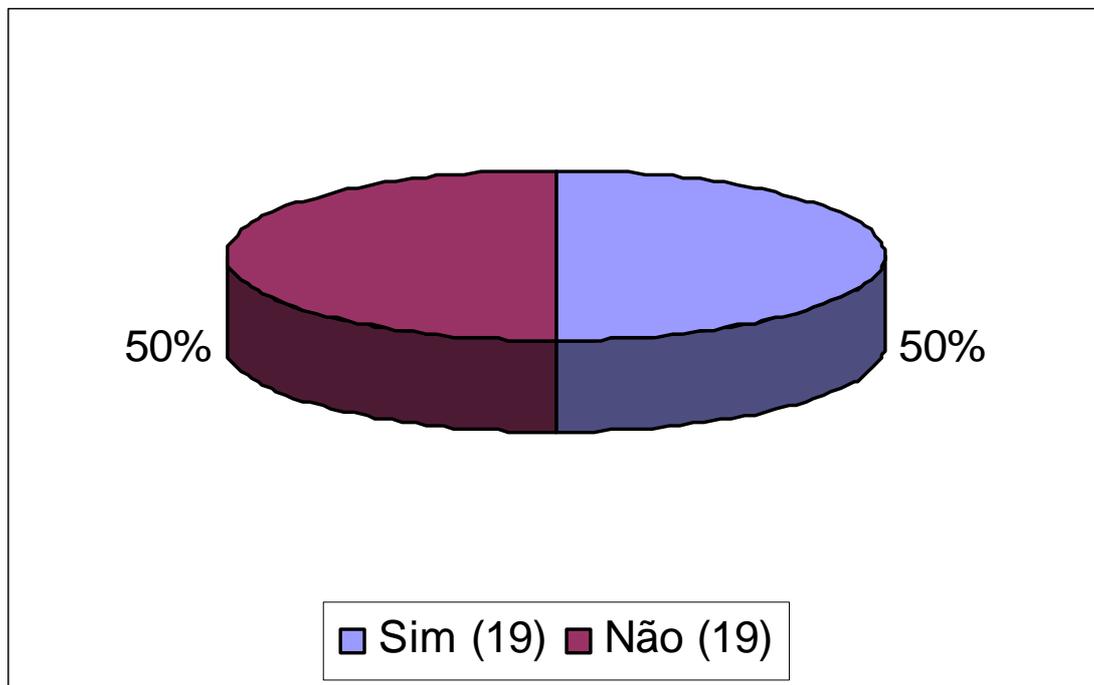


Figura 6 - Porcentagem dos municípios estudados que oferecem algum tipo de tratamento odontológico especializado (2006).

Entre as especialidades odontológicas, endodontia e prótese dentária foram as mais comuns, sendo oferecidas em 13 e 12 municípios respectivamente. A Tabela 10 confirma esse fato:

Tabela 10 - Especialidades odontológicas e a quantidade de municípios estudados que as oferece (2006).

<b>Especialidade</b>	<b>Municípios</b>
Endodontia	13
Prótese	12
Cirurgia	5
Periodontia	3
Pac. Especiais	2
Ortodontia	1

As cidades que não possuem atendimento odontológico especializado dependem, geralmente, da assistência em Faculdades ou Instituições de Ensino.

Em dois municípios (Jaú e Pederneiras), há presença do Centro de Especialidade Odontológica (CEO), e em outro (Bocaina) há um Centro Odontológico Municipal, que oferece tratamento especializado a população. Em mais 4 municípios (Agudos, Bariri, Bauru e Macatuba) o CEO se encontrava em fase de implantação no momento da pesquisa.

Analizou-se também, os procedimentos preventivos que cada município oferece à população. As campanhas de prevenção ao câncer bucal são realizadas em todos os municípios estudados, principalmente devido ao programa de prevenção que conta com a parceria do estado e dos municípios, e que ocorre concomitante a vacinação dos idosos contra a gripe. Nessa região atua também, com grande importância, o Hospital Amaral Carvalho de Jaú, que oferece capacitação aos cirurgiões-dentistas para diagnóstico e prevenção do câncer bucal. Outro programa preventivo verificado em todos os municípios, foi a escovação supervisionada de escolares (figura 7).

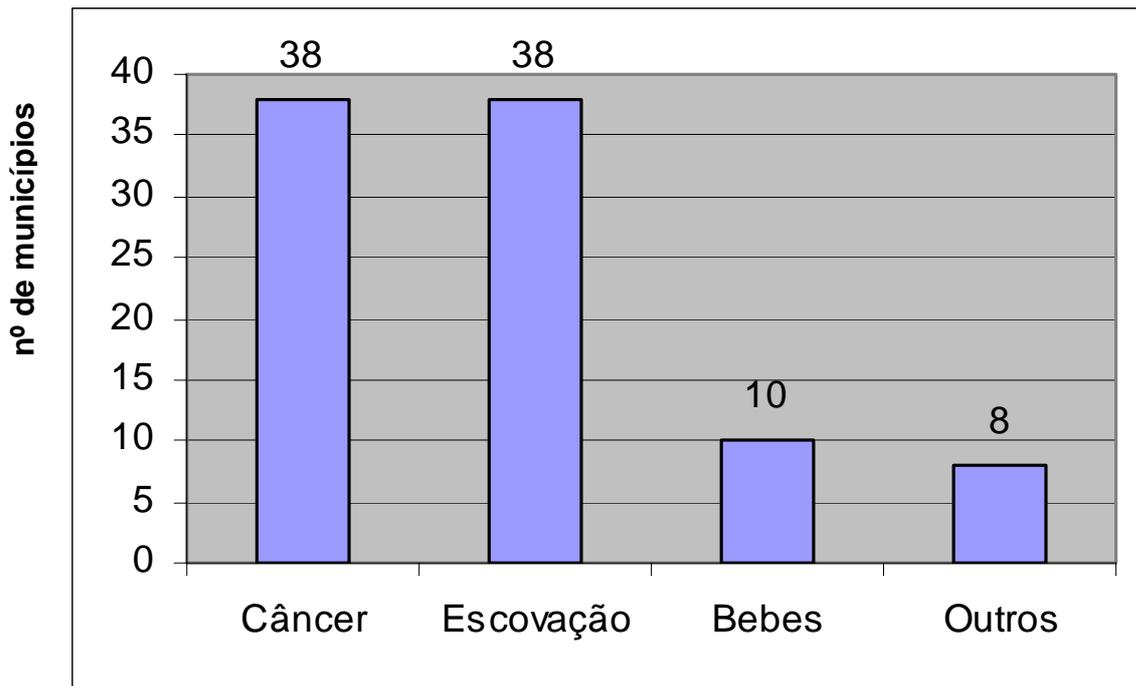


Figura 7 - Procedimentos preventivos em odontologia, e o número de cidades estudadas que oferece a sua população. (Câncer = câncer bucal, Escovação = escovação supervisionada em escolares, Bebês = prevenção em bebês), 2006.

Os programas preventivos classificados como “outros” foram aqueles desenvolvidos pelo município de acordo com sua necessidade. Dentre eles, em um município de pequeno porte, é desenvolvido, junto às escolas, uma matéria chamada Saúde Bucal, onde os alunos são orientados e avaliados quanto ao seu conhecimento frente à prevenção de doenças da boca. Há distribuição de notas e avaliação, como em qualquer outra disciplina.

Quanto ao programa preventivo de escovação supervisionada em escolares, observou-se que três municípios não realizam a aplicação tópica de flúor.

Outra questão abordada, diz respeito a quem realiza essa escovação supervisionada. E encontrou-se também diferenças entre os municípios, como mostra a figura 8.

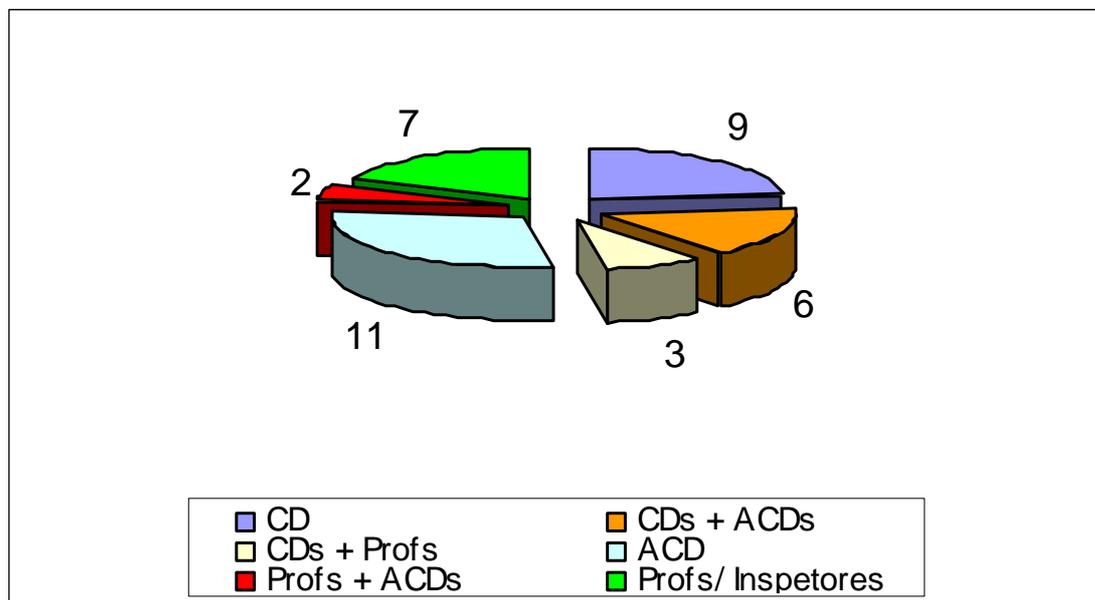


Figura 8 - Distribuição dos profissionais que realizam a escovação supervisionada em escolares nos municípios estudados (CD = Cirurgião Dentista, ACD = Auxiliar de Consultório Dentário, Profs = Professores), 2006.

Na segunda parte da entrevista, observou-se o perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal, e suas dificuldades para exercer o cargo, além de sugestões para melhor atuação dos governos federal e estadual, e universidades, na saúde bucal em seus municípios.

Nos municípios estudados notou-se um predomínio de Coordenadores de Saúde Bucal do gênero feminino, sendo 22 mulheres e 12 homens (ressalta-se que em 4 municípios não haviam Coordenadores de Saúde Bucal e, portanto, não foram incluídos nas questões referentes ao perfil do gestor). A

média de idade foi de 40,7 anos, variando de 27 a 58 anos. Todos são Cirurgiões-Dentistas, e o tempo de formado variou de 5 a 35 anos.

A figura 9 destaca a titulação dos Coordenadores.

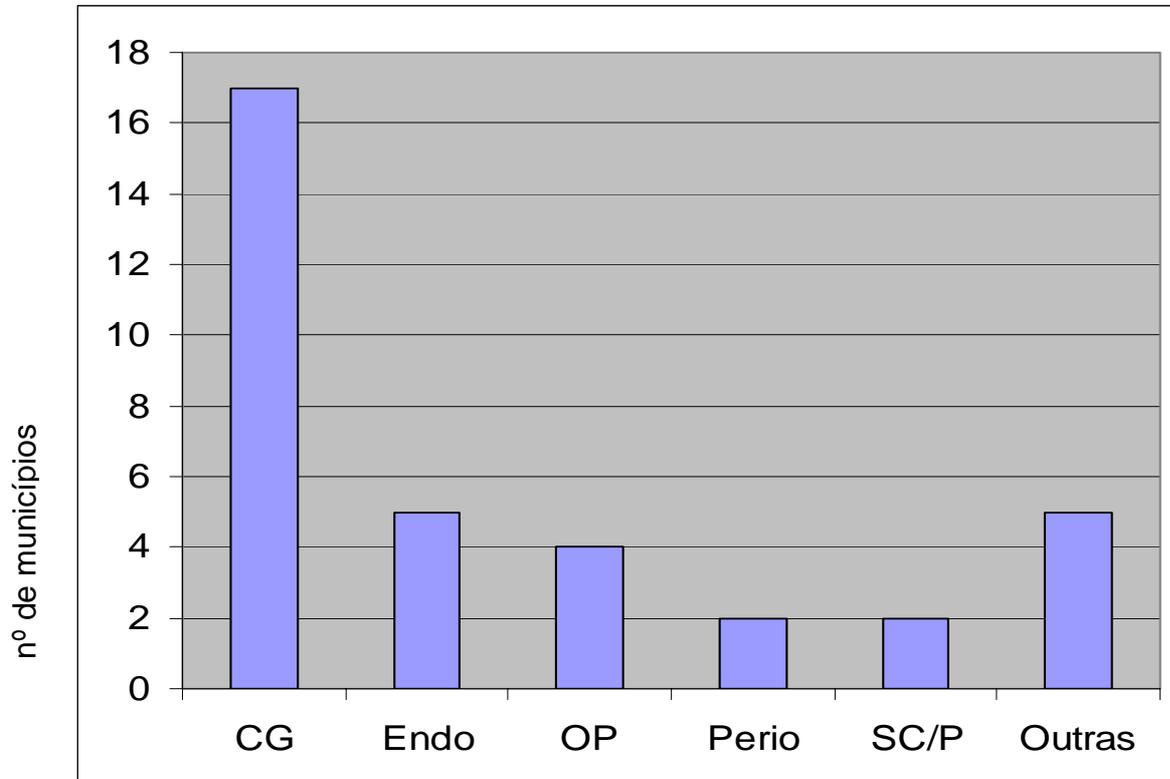


Figura 9 – Titulação dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estudados, 2006. (C. G. = Clínico Geral, Endo = Especialista em Endodontia, OP = Especialista em Odontopediatria, Perio = Especialista em Periodontia, SC/P = Especialista em Saúde Coletiva / Saúde Pública).

Dentre os 34 Coordenadores de Saúde Bucal entrevistados, 11 relataram que não haviam participado de nenhum curso voltado a saúde coletiva/pública, 15 haviam participado de cursos de pequena duração, 6 haviam cursado aperfeiçoamento em saúde coletiva, e 2 eram especialistas em saúde coletiva/pública.

Quanto a participação em cursos de gestão/administração em saúde, 10 coordenadores afirmaram já terem participado, e 24 ainda não haviam cursado.

Quanto ao tempo em que os atuais Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estão no cargo, houve uma variação de 1 a 23 anos. Sendo que essa variação pode ser observada na figura 10, onde se demonstra que a maioria está no cargo há menos de 4 anos. Nenhum deles havia exercido o cargo anteriormente.

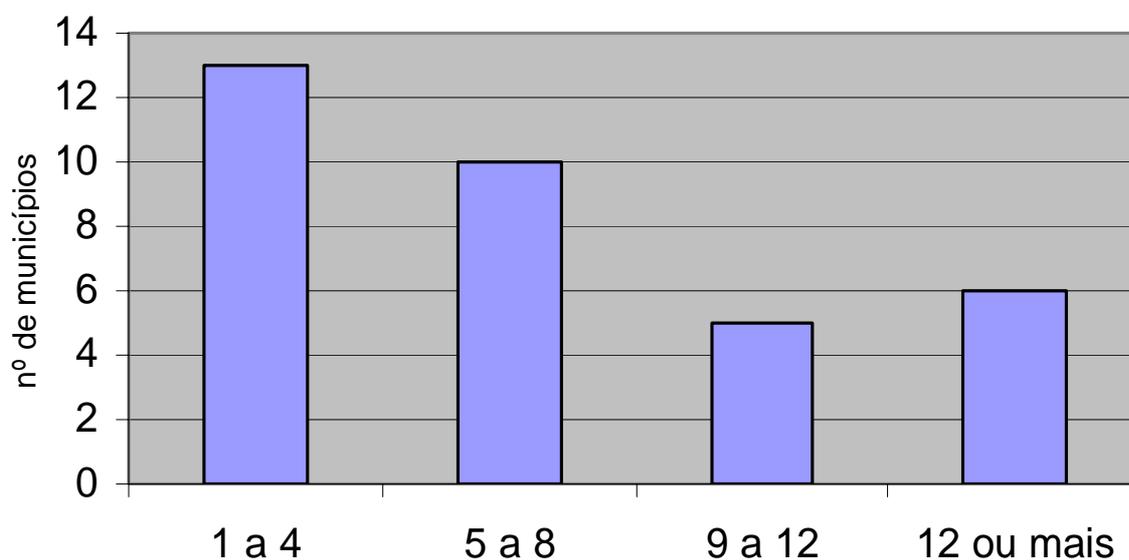


Figura 10 – Número de Municípios x Tempo (em anos) que os Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estudados estão no cargo, 2006.

Na questão relacionada às dificuldades encontradas para exercer o cargo em seus municípios, os Coordenadores de Saúde Bucal citaram várias dificuldades, de acordo com sua realidade. Com isso, observou-se que as resposta mais comuns dizem respeito à dificuldade de relacionamento com os cirurgiões-dentistas da equipe, a falta de recursos financeiros destinados a saúde bucal, e a inexistência do cargo propriamente dito, devido à ausência de

remuneração e/ou tempo disponível para exercê-lo. A Figura 11 indica as respostas mais citadas, onde no eixo x se apresenta as respostas (de acordo com a legenda), e no eixo y a quantidade de citação de cada uma.

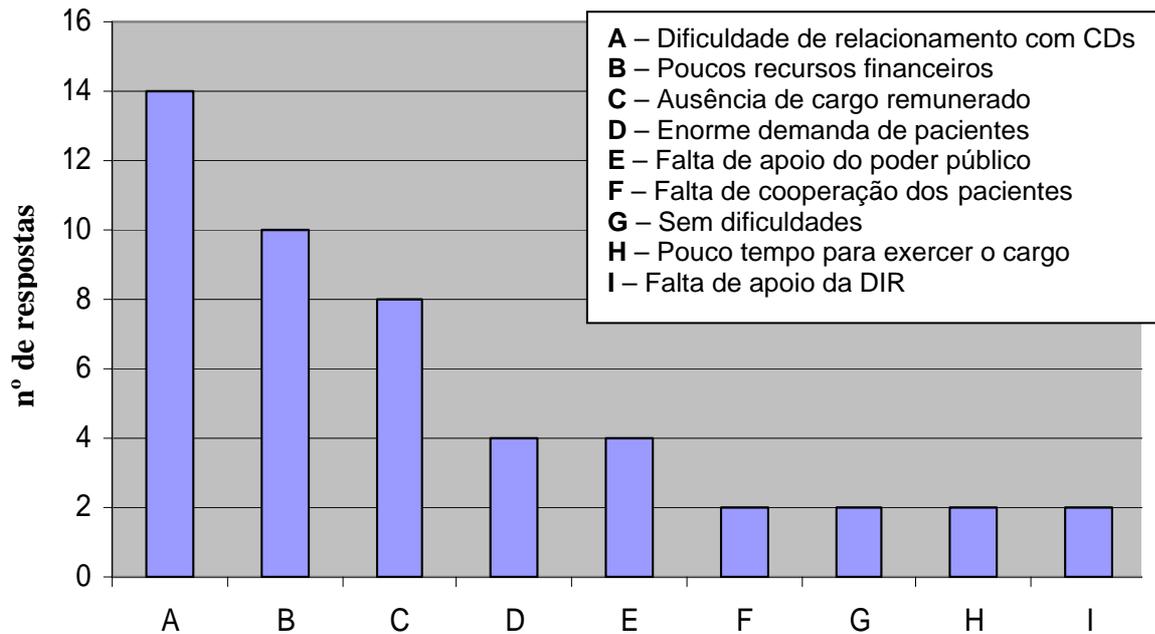


Figura 11 - Frequência das principais respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal em relação às maiores dificuldades encontradas para exercer o cargo.

Ainda sobre as maiores dificuldades encontradas para exercer a função, dois Coordenadores de Saúde Bucal relataram que não encontram nenhuma dificuldade no seu trabalho.

Apesar dos problemas citados pelos Coordenadores, 76,5% (26 Coordenadores) se dizem satisfeitos com as condições de trabalho oferecidas, principalmente por terem apoio do governo municipal para aquisição de materiais/instrumentais e organização da assistência odontológica.

Foi também questionado aos Coordenadores, se ocorre alguma atuação, de forma direta, das Universidades em seus respectivos municípios. Dos 38 municípios estudados, 50,0% (19 municípios), afirmaram não haver nenhum tipo de integração; 26,3% (10 municípios) relataram que há pouca integração, apenas em alguns casos de encaminhamentos para assistência odontológica especializada; e 23,7% (9 municípios) afirmam que há integração entre as Universidades e os seus municípios, porém, ao serem questionados sobre qual o tipo de integração, 8 relataram apenas o atendimento especializado dos pacientes, e apenas 1 município relatou parceria em programas e campanhas preventivas.

Quanto à abordagem sobre alguma possível sugestão para ações em parcerias das Universidades com os municípios, visando melhorar a saúde bucal da população, várias respostas foram citadas, como pode ser verificado na figura 12.

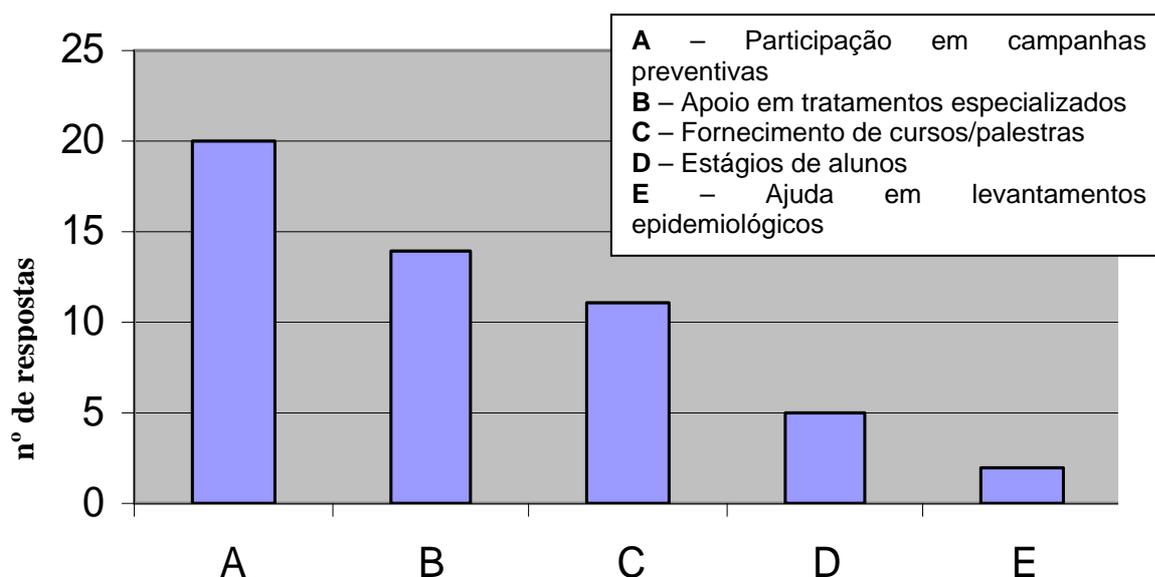


Figura 12 - Frequência das principais respostas dos Coordenadores de Saúde Bucal em relação à sugestão de parcerias com as Universidades.

Em relação a sugestões para melhorias na odontologia no serviço público, as respostas que mais se repetiram foram a necessidade de uma melhor assessoria da DIR no que diz respeito à organização do serviço odontológico, oferecimento de cursos e auxílio no preenchimento de planilhas (26,7% dos Coordenadores); e o aumento de verbas destinadas a saúde bucal (20%).

## 6 – Discussão

## **6 - DISCUSSÃO**

Atenção Básica é “(...) um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999). Com a implantação do Sistema Único de Saúde e a descentralização das políticas públicas de saúde, os municípios passaram a ter uma maior responsabilidade sobre a saúde de suas populações, tanto na atenção básica, quanto na assistencial. Ou seja, a saúde dos seus habitantes depende de diversos aspectos, entre eles a situação econômica do município, e a organização e planejamento de ações.

O que pode ser observado, pelos resultados obtidos no presente estudo, é que há discrepâncias significativas mesmo nos municípios pertencentes, não só ao mesmo estado, mas a mesma microrregião. Além das diferenças no tamanho populacional, verificou-se também condições distintas em relação às condições econômicas do município como visto nas tabelas 2, 3 e 4.

O nível educacional da população é uma importante característica no que diz respeito à obtenção de melhores índices da atenção básica, pois, como afirma BASTOS et. al (2003): “A falta de conhecimento a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores causais aliada à inexistência de meios e de modo de combatê-las formaram quadros muitas vezes alarmantes...” Assim, como visto na tabela 5, verificaram-se diferenças entre os municípios estudados. O gestor de saúde deve ter conhecimento sobre a realidade de seu município quanto às características da população, para um correto planejamento de estratégias a serem realizadas.

O acesso ao tratamento da água de abastecimento público apresentou variações, apresentando índices de 90,91 a 100% da população. Tais resultados demonstram a necessidade de se buscar a ampliação deste acesso para toda a população. Na área odontológica isso pode resultar em um menor número de pessoas que tenham contato direto com a água fluoretada.

Segundo os Coordenadores de Saúde Bucal, a fluoretação das águas de abastecimento público se encontra presente em 37 municípios estudados, sendo que apenas um ainda não havia iniciado a fluoretação. Porém, o tempo de fluoretação variou de 1 a 27 anos. Essa variação pode resultar em diferenças na epidemiologia da doença cárie nas cidades estudadas, sugerindo, com isso, novas investigações para pesquisas epidemiológicas.

Sabendo-se que o Ministério da Saúde tem adotado a saúde da família como principal estratégia para organização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2006), pesquisou-se também a situação dos municípios estudados em relação à quantidade de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal implantadas. Os resultados mostram, em geral, que há possibilidade de crescimento desta estratégia nas cidades pertencentes a DIR-X (Bauru). Verifica-se, conforme observado na tabela 6, que uma parcela significativa na população referida ainda não é assistida, principalmente no que diz respeito a saúde bucal. Além disso, tal fato sugere a possibilidade de novos postos de trabalho para cirurgiões-dentistas no serviço público de saúde.

Outra situação verificada nas equipes de saúde bucal é a inexistência de equipes classificadas como modalidade II. Neste caso, não há participação de técnicos de higiene dentária, o que provavelmente resulta em menor possibilidade de atuação das ESBs.

Quanto ao financiamento do setor saúde, o estudo demonstrou, através de dados do SEADE, que, após a promulgação da Emenda Constitucional nº. 29, no ano 2000, houve um aumento da porcentagem das receitas municipais que foram aplicadas em saúde (tabela 7 e figura 3). Deve-se ressaltar que cada ponto percentual a mais no orçamento do setor saúde pode equivaler a milhões de reais, de acordo com o município. Esse aumento ocorreu apesar das dificuldades que alguns municípios encontraram para cumprir os limites mínimos estabelecidos em determinados anos. Tal fato aponta para a importância da aprovação de sua regulamentação, que, no momento da pesquisa, se encontrava em trâmite no Congresso Nacional.

Um dos fatores mais importantes para que o Coordenador de Saúde Bucal possa atingir seus objetivos quanto à saúde da população, diz respeito aos profissionais que atuam em sua equipe. Ou seja, o gestor deve ter um bom conhecimento de Administração de Recursos Humanos (ARH).

Segundo CHIAVENATO (2002), “A ARH funciona em um contexto de organizações e de pessoas. Administrar pessoas significa lidar com pessoas que participam de organizações. Mais do que isto, significa administrar os demais recursos com as pessoas”. Assim, o Coordenador de Saúde Bucal deve buscar um bom relacionamento com os demais profissionais e auxiliares, a fim de formarem uma equipe coesa e que vise atingir objetivos pré-estabelecidos. Para isso, é necessário um número suficiente de trabalhadores na equipe, e que estes estejam motivados para enfrentarem os desafios que serviço público de saúde oferece.

A relação de dentistas por habitantes é freqüentemente citada segundo parâmetros de comparação internacional. Afirma-se, freqüentemente que a

relação 1/1500 CDs por habitante como sendo ideal. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde não estabelece nenhum valor como sendo desejável ou ideal, uma vez que a distribuição de profissionais é fortemente influenciada por fatores locais como fatores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos (WHO, 2000). Em relação ao número de Cirurgiões-Dentistas que trabalham no serviço público, verifica-se que não há uma uniformidade do número de habitantes para cada CD. Essa relação variou de 676,3 a 4741,4 hab/CD (tabela 8). Mesmo sabendo que tais resultados não são decisivos quanto a melhor assistência odontológica ao usuário do SUS no município, é fundamental que, para um melhor planejamento e execução do serviço odontológico, o gestor tenha em suas mãos um quadro de profissionais suficiente para atender a demanda.

Ainda no contexto de recursos humanos, a presença de pessoal auxiliar na equipe odontológica variou em alguns municípios, onde se verificou que em 3 cidades não havia nenhuma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) contratada. Em outro município, havia uma ACD e 18 Cirurgiões-Dentistas (tabela 9). Ou seja, nestes 4 municípios, o profissional trabalha praticamente sem o apoio do pessoal auxiliar, o que, possivelmente, resulta em menor produtividade da equipe.

Em relação à presença de Técnicos de Higiene Dentária (THD), o quadro é ainda mais preocupante, pois nenhum dos 38 municípios estudados, havia THDs em seu quadro de profissionais. Sabendo da escassez deste profissional no estado de São Paulo, deve-se haver uma busca para que ocorra um maior número de trabalhadores qualificados para exercerem tal função.

Pesquisou-se também, o salário-base dos cirurgiões-dentistas que trabalham no serviço público de saúde dos municípios estudados. Houve uma significativa diferença na remuneração destes profissionais de acordo com cada cidade (figura 4). Sabendo-se que baixos salários podem resultar em uma menor motivação por parte dos profissionais, tal fato pode dificultar a atuação dos Coordenadores de Saúde Bucal quanto a efetividade de sua equipe.

Segundo o relatório final da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), uma das propostas apresentadas seria: “Garantir que exista uma coordenação de saúde bucal, exercida por cirurgião-dentista, em cada Secretaria Estadual de Saúde, inclusive em suas instâncias regionais, e nas Secretarias Municipais de Saúde, assegurando recursos para o adequado desenvolvimento dessas ações”. Esta pesquisa demonstrou a necessidade de mudança no que diz respeito à existência ou não do cargo de Coordenador de Saúde Bucal no município. O que se verificou foi que em 58% dos municípios estudados não há uma gratificação salarial para isso, e nem mesmo tempo disponível para o profissional exercer essa função (figura 5). Destes, ocorreu ainda, em 4 municípios, a inexistência de um profissional encarregado da coordenação em saúde bucal. Ou seja, na maioria das cidades ocorre a nomeação, mas o cargo praticamente não existe, pois o profissional deve, muitas vezes, realizar atendimentos clínicos, fazer o preenchimento de planilhas, planejar ações preventivas, coordenar a assistência odontológica, controlar a compra de instrumentais/matérias, e comandar a equipe odontológica, sem a disposição de tempo hábil para tanto. Esta constatação deve ser amplamente discutida, pois pode dificultar o planejamento e organização dos serviços odontológicos municipais.

Quanto à realização de levantamentos epidemiológicos, os Coordenadores de Saúde Bucal afirmaram que estes são realizados geralmente a cada 2 anos. Porém, na realização da entrevista, alguns relataram que não há uma uniformidade no delineamento dos levantamentos epidemiológicos nos diferentes municípios. Tal fato dificulta a comparação dos índices CPOD encontrados nas cidades que participaram deste estudo.

Outra questão avaliada no presente estudo, foi o oferecimento, pelo município, de assistência odontológica especializada (figura 6). Verificou-se que 50% dos municípios ofereciam algum tipo de especialidade odontológica. Dessas especialidades, as mais comuns foram endodontia e prótese dentária, oferecidas em 13 e 12 municípios respectivamente. Para as especialidades em que não há tratamento em suas cidades, os pacientes que não podem pagar por tal serviço dependem da atuação de Faculdades ou outras Instituições de Ensino. Nos casos em que o paciente consegue vaga em tais Instituições, o município, geralmente, oferece o transporte do paciente para as cidades onde os tratamentos serão realizados.

Quanto aos procedimentos preventivos coletivos, todos os municípios oferecem a prevenção ao câncer bucal, principalmente devido ao “Programa de Prevenção ao Câncer Bucal” em uma parceria do estado de São Paulo com os municípios, e que ocorre concomitante a vacinação dos idosos contra a gripe. O hospital Amaral Carvalho, em Jaú, também é de grande importância, pois oferece aos profissionais uma capacitação ao diagnóstico de lesões bucais, além de realizar o “Programa Permanente de Combate ao Câncer Bucal”.

A prevenção à cárie dentária em escolares também é realizada em todos os 38 municípios estudados, tendo como característica a escovação

supervisionada dos alunos, e a orientação, através de palestras, sobre a higienização bucal. A aplicação tópica de flúor em forma de bochechos, ocorre em 35 municípios, e está suspensa em 3 deles. Segundo os Coordenadores de Saúde Bucal destes municípios, a suspensão se deve ao risco de aumento de fluorose às crianças.

No que diz respeito a quem realiza a escovação supervisionada nos alunos, houve uma grande diferença entre os municípios, como pôde ser observado na Figura 8. Segundo os dados obtidos no presente estudo, em 18 municípios o cirurgião-dentista atua diretamente na supervisão das escovações, seja sozinho ou em conjunto com as ACDs ou professores. Como não se trata de um procedimento complexo, tal atuação poderia ser realizada apenas pelo pessoal auxiliar ou professores (desde que treinados para isso), para que a equipe possa ter um melhor desempenho em suas funções.

Avaliou-se também neste estudo, o perfil profissional de cada Coordenador de Saúde Bucal. Dos municípios estudados, 22 coordenadores eram do gênero feminino, e apenas 12 do masculino (lembrando que em 4 cidades não havia Coordenador de Saúde Bucal). A idade variou bastante, entre 27 e 58 anos, com uma média de 40,7 anos. Com isso, o tempo de formado também variou, ficando entre 5 e 35 anos, com uma média de 17,4 anos. Essa diferença de perfil, principalmente na idade e tempo de profissão, provavelmente resulta em diferentes pontos de vista em relação aos problemas enfrentados pelos municípios em odontologia.

O Relatório Final da 3.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde Bucal propõe que “(...) os cargos de gerência ou coordenação de saúde bucal sejam ocupados por cirurgião-dentista com formação em saúde pública, gestão em

saúde e/ou odontologia coletiva (...). Como visto na Figura 9, a maior parte dos gestores em saúde bucal são clínicos gerais, e apenas 2 tem o título de especialista em Saúde Coletiva/Pública. Tal fato pode resultar em diferentes formas de interpretação das dificuldades encontradas em cada município. Apesar deste fato não indicar, necessariamente, uma melhor ou pior atuação do Coordenador frente aos problemas municipais, é baixo número de especialistas em saúde coletiva/pública no cargo.

Em relação a participação dos Coordenadores em cursos voltados a saúde coletiva/pública, 11 nunca haviam cursado, e 15 haviam realizado apenas cursos de pequena duração. Com isso, sugere-se uma maior integração entre instituições de ensino, a DIR-X e os municípios, para o maior oferecimento de cursos voltados à saúde coletiva e a gestão/administração pública.

Quanto as maiores dificuldades encontradas para exercer o cargo, a mais citada (por 14 sujeitos de pesquisa) é sobre a dificuldade de relacionamento profissional com os demais cirurgiões-dentistas da rede pública (figura 11). Segundo os Coordenadores de Saúde Bucal, este fato resulta de uma ausência de perfil de boa parte dos profissionais para trabalhar no serviço público de saúde.

A necessidade de se planejar e organizar as atividades em saúde bucal com poucos recursos financeiros foi a segunda resposta mais citada. Neste caso, algumas sugestões foram dadas pelos próprios Coordenadores de Saúde Bucal, entre elas, a existência de uma maior autonomia da Saúde Bucal frente às Secretarias Municipais de Saúde, maior conscientização dos governantes

municipais, e maior participação da classe odontológica na administração pública.

Outra dificuldade diz respeito à inexistência do cargo de Coordenador de Saúde Bucal propriamente dito, não havendo remuneração financeira e nem disponibilidade de tempo para exercer a função. Tal fato certamente prejudica a atuação do gestor, pois este dispõe de pouco tempo para cumprir as atividades exigidas pelo cargo.

Na questão sobre se havia alguma sugestão para uma possível integração dos municípios com as Faculdades de Odontologia, as respostas mais comuns citaram o interesse dos Coordenadores na concepção de campanhas de caráter preventivo em conjunto com as Universidades. Com isso, sugere-se às instituições de ensino em geral, a formação de equipes (com alunos de graduação, pós-graduação e professores) para uma maior atuação nesta área.

Quanto a resposta na qual os coordenadores solicitavam um maior apoio das faculdades no atendimento aos pacientes que necessitem de tratamento especializado, espera-se que com a inauguração dos Centros de Especialidade Odontológica em mais 4 municípios, essa demanda diminua, pois, neste caso, o que se observa é uma possível diminuição da oferta de atendimento especializado pelas Universidades, devido a redução do número de alunos nas faculdade privadas.

A Universidade, sendo uma referência em nível de conhecimento e pesquisa, poderia estabelecer parcerias com os municípios mais necessitados, não apenas em procedimentos especializados, mas também no auxílio ao planejamento e execução de políticas públicas em saúde bucal, aumentando,

assim, o conhecimento específico de seus alunos de graduação e pós-graduação, e colaborando para uma melhor condição de saúde bucal da população.

## 7 – Conclusões

## **7 - CONCLUSÕES**

De acordo com o presente estudo, conclui-se que:

1. Os municípios pertencentes à DIR-X (regional Bauru), possuem características diferentes quanto à organização da atenção básica a saúde, onde a cobertura populacional do PSF variou de 100% (em 2 municípios), até cidades que ainda não haviam implantado o programa.
2. É necessário que haja uma maior valorização do cargo de Coordenador de Saúde Bucal nos municípios, pois em 26 dos 38 municípios estudados, não havia remuneração para exercer o cargo, sendo que destes, em 4 não havia coordenação em saúde bucal.
3. O perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal são distintos entre si, onde apenas 8 possuíam formação em saúde coletiva/pública (sendo 2 especialistas e 6 haviam cursado aperfeiçoamento).
4. Os Coordenadores de Saúde Bucal apresentaram como suas principais dificuldades: os problemas de relacionamento com os demais cirurgiões-dentistas e a falta de recursos financeiros, além de sugerirem um maior apoio do setor público e das instituições de ensino para um melhor desenvolvimento de suas atividades.

Anexos

## Anexo 1

## Anexo II



# Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 – Bauru-SP – CEP 17012-901 – C.P. 73  
PABX (0XX14)3235-8000 – FAX (0XX14)3223-4679

### Carta de Informação aos Coordenadores de Saúde Bucal:

Devido as diferentes características e peculiaridades que cada município possui pretendemos, através desta pesquisa, conhecer a realidade das cidades de nossa região (DIR-X regional de Bauru), em relação à atenção básica em saúde bucal. Além disso, buscaremos conhecer melhor os Coordenadores de Saúde Bucal desses municípios, a fim de que seja possível elaborar propostas e/ou parcerias entre a Universidade e os municípios.

A pesquisa será dividida em duas fases. Na primeira, será realizada uma entrevista abordando as atuações do município quanto à atenção básica em saúde e aos tratamentos oferecidos à população. Num segundo momento, será aplicado um questionário com questões relacionadas ao perfil do Coordenador de Saúde Bucal, as dificuldades encontradas no cargo e suas propostas para melhorias do Sistema Público de Saúde. Estas entrevistas/questionário terão aproximadamente 1 hora de duração, que podem gerar dados e conhecimentos com os quais possivelmente resultarão em melhorias para a saúde de nossa comunidade.

Os autores assumem a responsabilidade de garantir esclarecimentos antes e durante a pesquisa, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o projeto.

Os sujeitos da pesquisa têm toda a liberdade para se recusar em participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum.

Todas as informações obtidas serão de caráter confidencial e usadas apenas e exclusivamente para pesquisa científica.

## Anexo III



**Universidade de São Paulo**

**Faculdade de Odontologia de Bauru**

Al. Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75 - Bauru-SP - CEP 17012-901 - C.P. 73  
PABX (0XX14)3235-8000 - FAX (0XX14)3223-4679

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a)

\_\_\_\_\_,  
portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica)

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Sujeito da Pesquisa**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Autor –  
Henrique Mendes Silva**

## Anexo IV

Entrevista aos Coordenadores de Saúde Bucal

- INFORMAÇÕES GERAIS:

Nome do Município:

Localização:

Número de Habitantes Total:

PIB:

IDH:

Quantidade Estimada de Analfabetos:

- SANEAMENTO BÁSICO

% da população com acesso à água tratada:

Há fluoretação da água de abastecimento? Desde quando?

- INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO:

Quantidade de Hospitais (Públicos e Privados):

Quantidade de Profissionais de Saúde contratados (Médicos, Dentistas, Auxiliares, etc.):

Qual o número total de cirurgiões dentistas que são contratados ou concursados pelo município?

Qual a carga horária destes CDs, e qual o seu salário base?

Há o cargo de Coordenador de Saúde Bucal? Há salário ou gratificação para o cargo?

Qual o número de THD, ACD contratadas ou concursadas pelo município?

- PACS:

Há presença do PACS na cidade?

-PSF:

Há Programa de Saúde da Família na cidade? Quantas Unidades?

Qual a abrangência do PSF?

Quantidade de Profissionais contratados no PSF:

Há presença de dentistas no PSF da cidade? Quantos?

Qual o salário base dos dentistas do PSF?

Quando houver, qual a modalidade de Saúde Bucal no PSF?

Como é feita a contratação da ESB pelo município? (Concurso, Constratação Temporária, CLT)

#### - FINANCIAMENTO

Qual o percentual das receitas do município aplicadas à Saúde?

- INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO:

Já foi realizado levantamento epidemiológico na cidade? Em qual ano?

Qual o índice CPOD encontrado?

Quais as especialidades odontológicas que o município oferece cobertura?

Há presença do CEO em seu município?

Qual a cobertura populacional atingida pelo serviço odontológico municipal?

Há programas preventivos em saúde bucal no município? Quais?

Há programas específicos para gestantes, idosos, diabéticos, pacientes especiais, etc.?

Como é realizada a assistência odontológica na cidade? Através de triagem?

Há presença de escovação supervisionada nas escolas? Em quais? Quem realiza essa escovação?

Há aplicação tópica de flúor nos escolares?

Há presença de outros programas voltados à Promoção de Saúde Bucal?

## Anexo V

Anexo 2 – Questionário a ser respondido pelo Coordenador de Saúde Bucal do Município:

Idade:

Sexo:

1. Possui diploma universitário?

( ) Sim, em odontologia. Em qual ano se formou?.....

( ) Sim, em outra área. Qual?.....Em qual ano se formou?.....

( ) Não

2. Qual a sua titulação:

( ) Até 2º Grau Completo

( ) Ensino Superior Incompleto

( ) Ensino Superior Completo

( ) Especialista na área de .....

( ) Mestrado na área de .....

( ) Doutorado na área de .....

( ) Pós Doutorado

3. Concluiu algum curso voltado á saúde coletiva (ou saúde pública)?

( ) Aperfeiçoamento. Quantas horas de duração?.....

( ) Atualização. Quantas horas de duração?.....

( ) Especialização. Quantas horas de duração?.....

( ) Outros. Quantas horas de duração?.....

4. Concluiu algum curso de Gestão/Administração em Saúde? Qual? Quantas horas de duração?

.....  
.....

5. Há quantos anos é coordenador de saúde bucal de sua cidade? Já havia sido anteriormente? Em quais anos?

.....  
.....  
.....

6. Quais as maiores dificuldades encontradas para exercer o cargo? (Enumerar da maior dificuldade para a menor)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Está satisfeito com as condições de trabalho oferecidas? ( ) Sim ( ) Não

Por que?

.....  
.....  
.....  
.....

8. Como você vê a participação das Universidades no que diz respeito à Saúde Bucal Coletiva no seu município? Há algum tipo de integração?

.....

.....

.....

.....

9. O que você diria como sugestão para as Universidades em relação a isso?

.....

.....

.....

.....

10. Possui alguma sugestão na área odontológica em Saúde Pública para possíveis melhorias nos municípios:

.....

.....

.....

.....

.....

## Referências

## REFERÊNCIAS

ACURSIO, F. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil: In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS**: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. Brasília, 2005.

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.131-138, 2004.

ARAÚJO, M. E. **A saúde bucal no Estado de São Paulo com a implantação do Sistema Único de Saúde**: uma análise. Dissertação (Mestrado em odontologia), Faculdade de Odontologia/Universidade de São Paulo, São Paulo.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: Contribuição para a compreensão da medicina preventiva. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BASCH, P. **Textbook of International Health**. New York: Oxford University Press, 1990.

BERTOLLI-FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BLEICHER, L. **Saúde para todos, já !**. Salvador : Étera, 2003. 110p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. 168p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, **Diário Oficial da União**. 1990; 19 set.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1990; 28 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/91**. Diário Oficial da União 1991.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/93**. Diário Oficial da União, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/96**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília, DF, 1998. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistências à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. Série Pactos pela Saúde.

CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de odontologia**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos**. 7. ed. São Paulo, Atlas, 2002.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 1997.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde: Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

FAUSTO, M.C.R. ; **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. **A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal**. Cadernos da ABOPREV II, Rio de Janeiro, 2005.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006.

KASPER, E. Gestão pública em odontologia: dificuldades e perspectivas. **Rev Fac Odontol**, Porto Alegre, v.43, n.2, p. 35-39, dez. 2002.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. cap 3, p. 237 – 312.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002. 120p.

OLIVEIRA, A. G. R. C. L., SOUZA, E. C. F. A Saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: **ODONTOLOGIA SOCIAL**: textos selecionados. Rio Grande do Norte: UFRN, 2002.

PINTO, V.G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000**: diagnósticos e caminhos a seguir. São Paulo. Ed. Santos, 1993.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v.2, p. 9-14, 1999.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA. A. C. **Odontologia em saúde coletiva**. Porto Alegre: ARTMED, 2003. cap 2, p. 28-49.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Centro de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento de Ações Integradas de Saúde**. Grupo de Atenção à Saúde Bucal. Informe, março de 1993.

SHEIHAM, A.; JOFFE, M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: JOHNSON, N. (Ed). Risk markers for oral diseases. Cambridge, 1992.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In BUISCH (org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Ed. Artes Médica, São Paulo. p. 23-36.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

UNICEF. BRASIL. Cuidados primários de saúde. Relatório sobre cuidados primários de saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil; 1979.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. Niterói, 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems WHO/EIP/OSD/00.2. Evidence and Information for Policy. Department of Organization of Health Services Delivery, WHO, GENEVA, 2000.

## ABSTRACT

### **Community and Oral Health Coordinators' profile of Bauru region (DIR-X) related to the primary health care system (SUS)**

In the last decades, Brazilian dentistry has faced a new epidemiologic profile regarding public oral health and, along with the SUS creation, had to deal with a new access model in the public health system. The end of centralization in the Health Government division turned the districts more independent; in this way, for dentistry, health actions are executed by a specialized team composed of surgeon-dentists and auxiliary personnel, guided by an Oral Health coordinator. The aim of this study was to know the reality of the districts that comprehend the DIR-X in the Sao Paulo State regarding to its oral and general public health issues, as well as the Oral Health Coordinators' profile, along with their difficulties to deal with it. Thirty-eight districts comprehending the Bauru region were visited. Data were obtained through interview and questionnaire applied by the Oral Health Coordinators in the studied districts. Results showed differences regarding the organization of the primary health care models, where 18 had not yet formed teams for family health care. Also, differences were seen in the surgeon-dentist/district ratio, preventive programs implemented, and the type of specialized dental treatment. Regarding to the coordinators' profile, 22 female and 22 male professionals were found, with a mean age of 40.7 years. Only 2 clinicians were specialists in public health. It was concluded that there are differences in the organization of the primary health care over the districts, and that Oral Health coordinators need more support from local and state governments to better develop their activities.

Keywords: Public Health. Public Health Dentistry.