

Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal

Organizadores:

Carlos Botazzo

Maria Aparecida de Oliveira

São Paulo
2008

© Instituto de Saúde

Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde – SES-SP

Rua Santo Antonio, 590 - Bela Vista - São Paulo - SP

Tel. 11 3293-2226

Impresso no Brasil

Projeto e Produção gráfica

Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda.

Tel. (11) 3628-2144 - Fax (11) 3628-2139

e-mail: paginaseletras@uol.com.br

Revisão

Sonia Maria Araújo da Silva

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Atenção básica no Sistema Único de Saúde : abordagem
interdisciplinar para os serviços de saúde bucal /
organizadores Carlos Botazzo, Maria Aparecida de Oliveira.
-- São Paulo : Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008.

ISBN 978-85-86508-72-1

Bibliografia.

1. Atenção básica à saúde 2. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Botazzo, Carlos. II. Oliveira, Maria Aparecida de.

08-07894

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Política de saúde : Atenção básica :
Bem-estar social 362.10981
 2. Brasil : Sistema Único de Saúde : Atenção básica :
Bem-estar social 362.10981
 3. Sistema Único de Saúde : Atenção básica : Brasil :
Bem-estar social 362.10981
-

*“Este livro foi publicado com apoio financeiro da OPAS,
nos termos da Carta Acordo BR/LOA/0600229.001”*

Prefácio

A dinâmica da pesquisa em saúde: o percurso do Observatório de Saúde Bucal Coletiva e suas contribuições ao campo da Saúde Coletiva

Introdução

O desenvolvimento de programas de saúde bucal encontrou forte razão tecnológica ao início dos anos 90, sobretudo a partir de dois eventos fulcrais: o marco teórico da Saúde Bucal Coletiva, desenvolvido em 1988, e a introdução, na atenção básica, dos procedimentos coletivos. Desde então, mesmo com a inclusão da saúde bucal no PSF, a atenção em saúde bucal e, sobretudo, a assistência odontológica, vem se ressentindo de inovações já que: 1) os modelos de atenção e assistência ainda permanecem restritos à faixa etária de 0-14 anos e a gestantes; 2) a assistência odontológica ao adulto é prestada, na generalidade, como pronto-atendimento, sendo por isso indutora de mutilações; e, 3) os estudos epidemiológicos e os indicadores em saúde bucal incidem sobre grupos restritos de patologias, usualmente a cárie dentária.

Faltam aos programas adotados no nível local:

- 1) inovar quanto ao acesso e à cobertura;
- 2) incorporar a assistência odontológica ao conjunto da população SUS;
- 3) realizar diagnóstico em saúde bucal como rotina;
- 4) estabelecer protocolos de referência e contra-referência;
- 5) inovar a clínica odontológica, propondo sistemática de atendimento adequado ao SUS.

No momento que o país experimenta o estabelecimento de uma Política de Saúde Bucal consistente e coerente com os princípios organizativos do SUS, o que implica considerar a relação com a sociedade civil organizada, são evidenciados novos desafios. A ocasião é propícia não apenas para superá-los, mas considera-se que esta superação deveria dar-se segundo dois movimentos: o primeiro tomaria a clínica odontológica por referência a ela mesma e aí verificaria as insuficiências das

suas práticas e das teorias que as sustentam, inclusive reposicionando-a na relação com as outras clínicas; o segundo promoveria a aproximação com a sociedade organizada, o que evidenciaria seu caráter político, incorporando nesta aproximação leituras consistentes da cultura e das redes intersubjetivas.

Deste modo, pensamos que esta publicização da clínica cumpriria o papel que a saúde bucal coletiva reclama desde há muito, pois se radicaria nesta *ausência* as explicações para os indicadores epidemiológicos das doenças bucais em adultos, com sua carga de agravos e mutilações de toda ordem. O “*Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a cidadania na saúde*” se estruturou com base nessas duas vertentes.

Histórico de um percurso na pesquisa em Saúde Bucal Coletiva

A formação do Observatório de Saúde Bucal Coletiva teve origem no Grupo de Estudos de Clínica Odontológica que, a partir de agosto de 2003, se reuniu no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SES-SP). Inicialmente o intuito destas reuniões era problematizar algumas relações entre a clínica odontológica e o Sistema Único de Saúde (SUS), vale também dizer, das relações entre odontologia e sociedade.

Há muito são apontados os limites e as insuficiências da clínica odontológica, cujo modelo é fortemente marcado por uma ideologia privatista e pela tecnificação da prática. São identificadas lacunas na graduação e não faltam estudos que demonstram as insuficiências na formação do cirurgião-dentista, na maior parte deles incidindo sobre a escassa ligação com os problemas bucais no nível da sociedade e o grande distanciamento entre o aparelho formador e o SUS. Por isso, foi possível afirmar - desde a década de 1990 e, antes, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - que a Odontologia era socialmente injusta e epidemiologicamente ineficaz.

O aprofundamento das discussões levadas a cabo pelo grupo de pesquisa permitiu perceber que havia grande espaço para articular os serviços públicos de saúde bucal e a pesquisa científica. Inicialmente foram considerados aspectos inerentes ao atendimento odontológico e a algumas peculiaridades da especialidade, vista por muitos como excessivamente “fria” e distanciada do sofrimento do paciente.

Percebeu-se depois que estas seriam manifestações estruturadas e inclusivas do “fazer odontológico” porque se acham imbricadas na sua própria história e gênese. Assim, suas “insuficiências” não decorreriam de falhas atemporais ou momentâneas, contornáveis com reformas curriculares (jamais realizadas) ou ajustes didático-pedagógicos focados. Considera-se aqui a Odontologia como específica forma de política, que se reproduz no setor público de forma acrítica. Do ponto de vista dos serviços públicos, o efeito perverso deste arranjo resultou na exclusão da maioria da população dos benefícios das suas tecnologias de cuidado. Sem dúvida, observam-se significativos e importantes avanços na redução e controle das doenças dentárias mais prevalentes, das quais a diminuição nos indicadores da cárie vem a ser o emblema, que, no entanto, deve ser

creditada à implementação de políticas públicas afirmativas, pois é sabido que nenhuma prática clínica pode, sozinha, alavancar esses resultados. É importante também destacar a expansão da cobertura até os 14 anos de idade. Se de uma parte localizamos este êxito, de outra parte devemos considerar que o acesso de adultos (1ª consulta), para o estado de São Paulo, não ultrapassa a barreira dos 15%, ao mesmo tempo em que subsistem práticas mutiladoras e se desconsideram doenças crônicas e degenerativas, além da necessidade de serviços de prótese bucal, entre outros igualmente relevantes.

Emergiram, então, algumas interrogações: seria possível ampliar o exercício da clínica, de modo a torná-la inclusiva? Seria possível aumentar a competência diagnóstico-terapêutica do cirurgião-dentista que atua na atenção básica? Seria possível formar equipes de saúde bucal, com pessoal auxiliar (THD e ACD) no exercício compatível de suas funções? Seria possível incrementar ou estimular as relações da equipe de saúde bucal com a sociedade local? E seria, finalmente, possível implementar formas democráticas de gestão ou investir na co-gestão de coletivos?

Estas interrogações é que nos conduziram à proposição do Observatório de Saúde Bucal Coletiva em fevereiro de 2004, quando se realizou, no Instituto de Saúde, o primeiro seminário “Pesquisa em Saúde bucal coletiva: integrando serviços”.

A partir destes seminários, com a presença do Secretário Municipal de Saúde de Embu; pesquisadores do Instituto de Saúde; professores e estudantes universitários da Faculdade de Odontologia da USP; coordenadores de saúde bucal e conselheiros locais de saúde dos municípios da extinta DIR-V foi possível discutir de uma forma mais ampla as dificuldades e possíveis soluções para integração dos serviços de forma a contemplar os princípios do SUS.

Com a abertura do Edital MCT/SCTIE/MS/CNPq 038/2004, seleção pública de proposta sobre saúde bucal do Ministério da Saúde, verificamos a possibilidade de estruturarmos um projeto com fomento do CNPq que poderia, com os recursos advindo deste, dar-nos a capacidade e fôlego financeiro para analisarmos de forma mais ampla a situação que se desenhava. Com esta perspectiva elaboramos um projeto baseado nas problemáticas que já vínhamos observando e conseqüentemente responder a esta demanda de forma a dar resolutividade aos problemas identificados.

Entre as metas do projeto estavam: a produção científica e tecnológica sobre a situação de saúde bucal e a análise do desempenho de programas e serviços da região da Direção Regional de Saúde V – DIR V, Osasco -, gerando subsídios para a elaboração de políticas públicas, propiciando aumento da competência diagnóstico-terapêutica do cirurgião-dentista, procedendo a coleta de dados e análise das ações de média e alta complexidade, análise das ações de natureza coletiva e fortalecimento do sistema de co-gestão, dentro dos princípios que regem o SUS, além de prestar assessoria na área de saúde coletiva.

Foram realizados até fevereiro de 2008 um total de dezessete Seminários, sempre tendo como pauta as problemáticas descritas. Nesses espaços coletivos,

reunimos pesquisadores de outros centros de pesquisa, gestores das três instâncias de governo, conselheiros representantes dos usuários e estudantes de graduação e pós-graduação.

No transcurso da pesquisa - mescla de pesquisa-ação e pesquisa participativa - observamos o engajamento de alguns municípios e sujeitos neste processo, ao mesmo tempo em que mudanças políticas advinham do processo de articulações referentes ao período que precedia as eleições para as prefeituras municipais.

Pudemos verificar, devido ao rumo que se tomava nas previsões de urnas, que os Seminários, no recorte com que inicialmente foram concebidos, começavam a se esvaziar, movimento este especificamente dos representantes locais. Este fato nos alertou para uma análise além das problemáticas da clínica, apontando para uma necessidade também de verificarmos como se davam os processos políticos de escolha dos representantes locais (prefeitos) e como este fato influenciava e repercutia nos serviços.

Objetivos da Pesquisa

Como objetivo geral para este projeto de pesquisa escolhemos: desenvolver tecnologias de produção de cuidado em saúde bucal, experimentando as possibilidades de uma clínica odontológica ampliada, inclusiva de procedimentos de média e alta complexidade, e implantando sistemática de coleta e organização de informações em saúde no território disponibilizados na rede internacional de computadores, em práticas de co-gestão.

E como objetivos específicos tivemos:

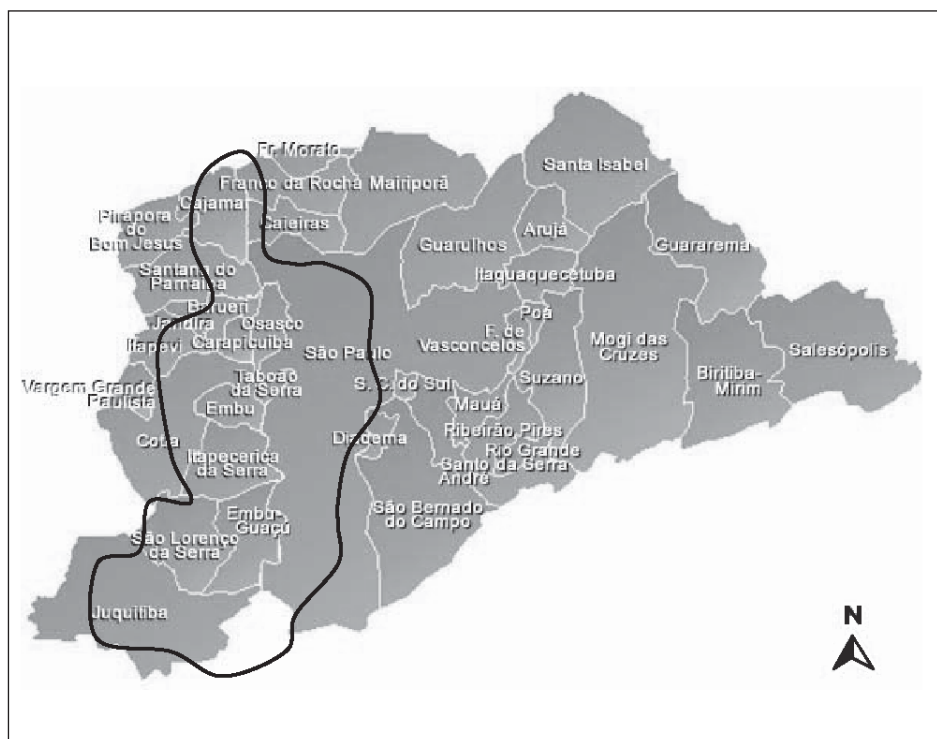
- Inovar a clínica odontológica, propiciando o desenvolvimento de competência diagnóstico-terapêutica do cirurgião-dentista em novas abordagens clínicas;
- Inovar o trabalho do pessoal auxiliar, especialmente o THD, observando a extensão das suas atribuições de origem;
- Conhecer as práticas de média e alta complexidade na região no que toca à assistência odontológica;
- Estabelecer protocolos de referência e contra-referência tanto para as UBS quanto para as USF;
- Inovar a promoção da saúde, avaliando o potencial de mobilização social e política das práticas educativas em saúde bucal, como expressão de ações coletivas em saúde, no que toca à participação do usuário e a capacidade dos conselhos de saúde na formulação e implementação de políticas de saúde;
- Propor metodologia de capacitação para a equipe de saúde bucal, tanto na atenção básica quanto na clínica de especialidades;
- Propor metodologia de avaliação de sistemas e serviços, com particular realce para o impacto das medidas adotadas;

- Organizar a informação em saúde no nível regional e disponibilizá-la em sítio próprio na rede internacional de computadores.

O Campo de Pesquisa ...

Em 1995, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/ SP) propõe um novo modelo de gestão organizando entre outras coisas os 645 municípios do estado em Direções Regionais de Saúde (DIR) num total de 24 DIR. Sendo responsabilidade das DIR coordenar as atividades da SES/SP no âmbito regional e promover a articulação intersectorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

Os municípios localizados a oeste da região metropolitana da cidade de São Paulo formavam até dezembro de 2006 a Direção Regional de Saúde V (DIR-V) extinta pelo Decreto DOE nº 51.433 de 26 de dezembro de 2006. Decreto esse que extinguiu algumas instâncias regionais e subdividia novamente o estado em novos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Os 15 municípios que formavam a antiga DIR-V foram incorporados, juntamente com os outros 24 municípios da região metropolitana de São Paulo, a um único departamento de saúde: o DRS-I. Nos mapas abaixo, observamos a localização dos Departamentos Regionais de Saúde e dos municípios da região metropolitana de São Paulo:



Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, 2007



Fonte: SES/SP

A Pesquisa-Ação como metodologia para a pesquisa na saúde

Escolhemos a Pesquisa-Ação como técnica de investigação para pesquisa científica porque este método, ao aproximar o grupo de pesquisadores e os sujeitos da pesquisa, possibilita a intercomunicação e relacionamento entre o pólo investigador e o pólo investigado (THIOLLENT, 1981). Esse encontro de sujeitos num espaço sócio e politicamente determinado proporciona a identificação de problemas **que** afetam e **como** tais problemas afetam os diferentes sujeitos e a proposição de soluções construídas numa perspectiva coletiva.

Foram sujeitos, nesse percurso, o grupo de estudos de clínica odontológica, conselheiros representantes dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde (cirurgiões-dentistas, ACD e THD) de 15 municípios da região de Osasco.

Os recursos pedagógicos utilizados durante a investigação foram: oficinas, mesas de debate, seminários, reuniões, plenárias que possibilitaram o encontro desses sujeitos. Realizamos, também, visitas aos secretários de saúde, aos conselhos municipais de saúde e aos serviços de saúde da região. O que nos possibilitou fazer uma série de observações a respeito da organização dos serviços de saúde, do processo de trabalho nas unidades de saúde, da situação e localização dos equipamentos de saúde, e da dinâmica do poder local e da relação entre os diferentes sujeitos de pesquisa em cada município da região.

Resultados

Em nosso percurso, dentre outros produtos e resultados, destacamos os seguintes:

- 1) Criação de **sítio eletrônico** (www.isaude.sp.gov.br/observatorio/index.htm) na rede internacional de computadores com o objetivo de divulgar e publicizar para a sociedade as atividades realizadas e disponibilizar para consulta acadêmica: as referências teórico-metodológicas; a produção científica do grupo de pesquisa e um conjunto de textos e apresentações produzidos por colaboradores.
- 2) Organização do **I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região** que contou com a presença de aproximadamente 70 conselheiros representantes dos usuários da região e que teve como objetivo: a) estimular a auto - organização dos conselheiros usuários da DIR-V; b) fortalecer o movimento popular de saúde da região; c) estimular a troca de experiências entre os Conselhos Municipais de Saúde (CMS); e d) propor a formação de um Comitê Regional de Saúde. Como resultados deste encontro temos: a Carta de Osasco (disponível no site) e a formação do Comitê Regional de Saúde.
- 3) Organização do **Curso de Formação em Clínica Ampliada em Odonto-Estomatologia para Cirurgiões-Dentistas do SUS** que teve 136 horas de formação de 20 cirurgiões-dentistas da região na lógica da educação permanente com o objetivo desenvolver novas tecnologias de produção de cuidado em saúde bucal, experimentando as possibilidades de uma clínica odontológica ampliada, que incluía procedimentos de média complexidade, com redefinição do processo de trabalho.
- 4) Participação em **eventos científicos** de relevância para o campo da Saúde Coletiva organizando oficinas temáticas sobre o tema da subjetividade, prática odontológica e ampliação da clínica. E apresentamos via publicação de **artigos científicos** em periódicos de relevância, para a comunidade científica, os trabalhos decorrentes do processo de investigação em campo.
- 5) Organização de dezessete **Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva** realizados ora no Instituto de Saúde ora em municípios da região e com ampla participação de pesquisadores de outros centros de pesquisa, gestores das três instâncias de governo, conselheiros representantes dos usuários e estudantes de graduação e pós-graduação. Nesse seminários, abordamos temas que buscavam contemplar temáticas de interesse de todos os sujeitos da pesquisa.

A presente coletânea, fruto das Sessões dos Seminários de Pesquisa, notadamente a 11^a, 12^a, 13^a, 14^a e 15^a sessões, reflete coletivamente o conjunto das atividades que realizamos mas reflete, acima de tudo, as tantas contribuições de colaboradores convidados e a qualidade do debate que eles suscitaram.

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) - agência do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) – pelo financiamento concedido via edital MCT/SCTIE/MS/CNPq 038/2004 do Ministério da Saúde e ao Instituto de Saúde – Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – pelo apoio institucional.

Nosso muito obrigado aos gestores locais, conselheiros usuários e trabalhadores da saúde: sujeitos desta e nesta pesquisa. E aos autores colaboradores desta coletânea.

Esperamos que este material possa fomentar, nos diversos espaços sejam eles universidades, serviços ou conselhos de saúde, a construção crítica de conhecimento e uma reflexão sobre a organização dos serviços de saúde, as dinâmicas do poder local e a organização da prática clínica no SUS e seus reflexos na produção do cuidado em saúde bucal e no exercício da cidadania.

Boa leitura!

São Paulo, agosto de 2008

Carlos Botazzo

Rebeca Silva de Barros

Luiz Vicente Souza Martino

Maria Aparecida de Oliveira

Fabiana Schneider Pires

Apresentação

Pesquisa como uma pedagogia gorda

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza

Prefaciар a coletânea *“Atenção Básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal”* significa grande satisfação e, ao mesmo tempo, um desafio acadêmico. Satisfação por me sentir prestigiada pelo convite, pelo mérito da atribuição que, ao mesmo tempo, faz-me sentir implicada na obra. Desafio, porque exige aproximar-me do esforço de sua construção, em que a elaboração de um texto é insuficiente para apreendê-la e traduzi-la naquilo que foi experiência e produção coletivas.

Esta coletânea é um dos produtos do projeto *“Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde”*, do Instituto de Saúde de São Paulo (IS/SP) que concorreu ao Edital MS/CNPq 038/2004 e que, por meio do financiamento obtido, engendrou ações que foram além e aquém dos objetivos propostos: *“recolher e organizar informações em saúde bucal, propiciar condições para a melhoria da competência diagnóstica do cirurgião-dentista no SUS, avaliar ações coletivas e as modalidades de participação popular e analisar aspectos referentes aos procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal.”* A referência institucional ao MS/CNPq é para registrar a importância da iniciativa de incentivar a produção de conhecimento, dando cumprimento à função pública de uma política estatal, mesmo que ainda incipiente.

O grupo propositor, sob coordenação do professor Carlos Botazzo, instalado no Instituto de Saúde de São Paulo, teve a capacidade de agregar pesquisadores e alunos desta instituição propositora, sujeitos daquelas instituições objeto-sujeito referidas no projeto inicial, além de enredar laços e nós que foram tecendo a si e a outros nós – nós da rede e nós sujeitos – os atores de um processo produtivo do qual esta coletânea é apenas parte do retrato-efeito da teia tecida, que ainda se tece nos efeitos que produziu e estão

sendo ainda produzidos: teia-pesquisadores, teia-docentes, teia-pesquisados, teia-cursos, teia-projetos, teia-publicações, teia-eventos, teias... Não param de enredar nós e laços, como as gramíneas que se proliferam e se espraiam nos solos, lembrando a imagem rizomática do pensamento deleuziano.

Falar da coletânea como retrato-efeito desse processo produtivo, da teia tecida pelas forças que engendraram a pesquisa, é se afastar um pouco dessas forças e dos movimentos, e se ater à forma-livro composta dos vários textos aqui sistematizados. Antes de fazê-lo, ocupo-me ainda de algumas forças-formas de sua produção – os seminários como um *modo de fazer* do projeto. Destaco este modo de fazer específico, porque tiveram outros, como registrou o relatório final. Os seminários, a meu ver, foram dispositivos de troca e reflexão sobre o feito-fazendo, mas, também expressam certo jeito de produção coletiva – provavelmente, da ordem de certa *pedagogia gorda* que assim tento denominar a partir do que Michel Serres se referiu ao ato de Aprender como “*tornar-se gordo dos outros e de si*” (SERRES, 1993: 187). Esta idéia tem me ocorrido também como sensação, cada vez mais, quando participo de empreitadas em que a livre capacidade de produção e troca de conhecimentos se dão em clima mais de solidariedade do que competição. Coisa pouco comum na vida acadêmica de nossas instituições contemporâneas, mas, que tenho tido o privilégio e o prazer de experimentar em alguns encontros recentes com grupos muito especiais, como por exemplo, esse do projeto do Instituto de Saúde/SP. Faz-se importante adjetivar a característica *solidária* desta produção coletiva, para ressaltar a natureza ética e política desta aposta acadêmica!

Os textos desta coletânea, em sua maioria, são elaborações específicas das exposições orais durante os seminários. Desse modo, lendo-os como esses momentos de *pedagogia gorda*, cada texto tem um pouco de parceria construída durante as exposições e os debates. Alguns textos, quando se cruzam, expressam esse diálogo sem, contudo, deixarem de revelar a singularidade de seus autores.

Recebi os textos ainda sem a sistematização sumária de sua organização final na coletânea, o que me deixou também livre para lê-los em uma ordenação própria. Esta experiência, creio, pode ser reproduzida por outros leitores que receberão a coletânea ordenada pela editoria. Ressalto esse detalhe para valorizar a importância de cada texto, isoladamente, e no contexto da coletânea a partir do diálogo indireto entre os autores, que referi no parágrafo anterior. Optei por não citar cada autor e privilegiei indicar conteúdos que se entrelaçam, idéias fortes que arrebatam a leitura e aspectos que se comunicam como diálogo profícuo, dando-me a impressão que estou na platéia de um grande e único Seminário. Um acontecimento que se desdobra em textos, que no seu conjunto de efeitos fez emergir mais a função autor e menos as identidades dos autores.

A função autor constitui-se como uma “*característica do modo de existência, de circulação e de funcionamento de alguns discursos no interior de uma sociedade*”. (FOUCAULT, 1992:46) Desse modo, a função autor se inscreve naquilo que se tornou a escrita e se perde na autoria de quem a escreveu, porque o acontecimento daquela em seu conteúdo superou a identidade do autor, mesmo que através de seu nome reconheçamos e recortemos os textos que lhe atribuímos. Esta função, mais conferida aos textos literários, tem sido descartada na comunidade científica, o que torna também outro desafio adotá-la nesta oportunidade.

Comecei a leitura da coletânea pelas referências à saúde bucal no sistema de saúde, nas relações entre as várias esferas de gestão e de atenção no SUS, mais precisamente entre os serviços da atenção básica e os demais. Fica evidente a necessidade de constituição de redes assistenciais no SUS, que congregue serviços e agregue práticas, antigas e inovadoras, para alcançar as finalidades de redes integrais de atenção. Na descrição da organização do SUS no estado de São Paulo, o registro da expansão de serviços e ações destaca a inserção no Pacto pela Saúde 2006 e Política Nacional de Saúde Bucal, desafios importantes para esse momento atual do contexto histórico do SUS. Os serviços de saúde bucal no seu sentido ampliado – de assistência e de promoção – solicitam enlaces de redes necessárias e de linhas de cuidado para sua organização no sistema de saúde.

Outros registros tornam mais vivas as experiências da trajetória percorrida no estado de São Paulo, como a do programa de DST/AIDS e o projeto do Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica. Iniciativas de atenção e de gestão, respectivamente, que expressam a inseparabilidade dessas funções. Reflexões sobre informação em saúde como componente de sistemas que traduzam e dêem uso às informações produzidas nos serviços enriquecem e reforçam também tal inseparabilidade entre gestão e atenção, reivindicando a qualificação permanente das ações e dos serviços de saúde.

O tema da informação ganha peso como reflexão teórica à luz do resgate da produção acadêmica – certa localização do *estado da arte* - e do questionamento e defesa do uso de indicadores, com destaque para o CPO. Este recebeu tratamento especial para justificar seu uso e suas potencialidades, mas, sobretudo, sua relação histórica com a produção do conhecimento odontológico, nas vertentes da clínica e da epidemiologia, esta tanto na sua versão coletiva (populacional) quanto na tentativa de seu enquadramento individual (clínico). Outro destaque foi dado para o diálogo produtor de certa *in*-comunicação que se dá na concepção de diagnóstico da cárie, porque, entre outros atributos, a pretensa universalidade do uso do CPO se esbarra com os objetivos do planejamento de ações de saúde para o SUS e os do planejamento de procedimentos clínico-cirúrgicos para um paciente. Aqui, individual e

coletivo se cruzam em extrema polarização, reforçando a dicotomia emprestada do pensamento cartesiano que a odontologia repercutiu em seus modos de fazer tanto aqui (na saúde pública) como acolá (no mercado). Os autores mostram, com elegância e consistência conceitual, traços dessa *in*-comunicação, que faz parte das vicissitudes do terreno da produção odontológica, o qual foi delimitado criticamente pelos mesmos. Resulta que a informação e a comunicação são temas explorados também como necessidade social e humana, exigindo da Odontologia e da Saúde Bucal, recuo de suas necessidades próprias (corporativas ou não) para dialogar com as da sociedade e as das pessoas.

Nas fronteiras da produção do saber-fazer-saber, emerge a complexidade tecnológica da atenção básica a partir da reflexão sobre relatos de casos. Esses são ilustrativos de como o lugar da atenção básica é expressão fundamental da produção do processo saúde-doença e do cuidado em saúde. A reflexão dos casos à luz do processo de trabalho é reveladora da potência que carrega o mundo do trabalho para atos de transformação de práticas e de sujeitos. O olhar sobre o cuidado em saúde na atenção básica visualiza e reforça a necessária ativação das várias redes – de serviços, de trocas de saberes e de práticas, de comunicação entre profissionais, profissionais e usuários, usuários e usuários, profissionais e familiares de usuários, serviços, gestores, formadores, formandos, trabalhadores, enfim, entre todos os sujeitos implicados na produção de saúde.

A formação em saúde como imperativo para mudanças de sujeitos e práticas. Esta antiga afirmação para solucionar a mudança de práticas nos serviços de saúde se inverte na medida em que mudanças de projetos pedagógicos não se encerram em composição de conteúdos, mas, implicam em produção de métodos, conceitos, idéias, práticas, valores, cultura, sujeitos. Não apenas mudar o lugar da formação, de dentro para fora da Universidade, mas, adentrar o mundo do trabalho como vivência prática e pedagógica, experiência cognitiva e postura ético-política. A entrada no mundo do trabalho também não é neutra, porque nesse mundo disputam os vários projetos para a saúde, que tem expressão mais evidente no interesse público e no interesse de mercado.

Tal disputa é concreta no dia-a-dia das pessoas, assumindo desde as formas discretas e as mais evidentes. Quando evidentes, há de se exigir que os sujeitos implicados sejam atores e se posicionem por qual projeto de SUS estão vinculadas suas escolhas e sua ação política. Nas formas discretas e insidiosas, como a propaganda midiática antiSUS, a má gestão dos serviços, por exemplo, há que se buscar auto-reflexão e análise de grupos e sujeitos de como somos produzidos, do que estamos produzindo e, ao mesmo tempo, como nos sujeitamos à cultura dominante. A sociedade é exigida, portanto, não a assumir o controle da política, mas a produzir os protagonistas da política.

As anotações aqui apontadas emergiram da e na leitura dos textos desta coletânea que produziu em mim a sensação de estar em grande seminário, num diálogo com todos e cada autor. Aproveito para cumprimentar autores e organizadores com meus sinceros agradecimentos!

Ao fim da leitura e desta elaboração, sinto-me também enlaçando um novo nó dessa rede do “Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde”: uma teia-leitor. Convido, então, os demais leitores para que se enlacen e produzam novas teias-leitor, como exercício e deleite pedagógicos de *engordar-se dos outros e de si*.

Natal/RN, julho de 2008.

Referências Bibliográficas

FOUCAULT, Michel (1992) *O que é um autor?* (tradução de Antônio Fernandes Cascais) 3ª ed. Portugal: Vega. Passagens.

SERRES, Michel (1993) *Filosofia mestiça*. Le tiers-instruit. (tradução Maria Ignez Duque Estrada). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Sumário

Prefácio	III
Apresentação	XI
Capítulo 1 Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira <i>Carlos Botazzo</i>	1
Capítulo 2 A complexidade tecnológica da Atenção Básica: um estudo de caso sobre a assistência às pessoas portadoras de lesões de pele crônicas <i>Anna Maria Chiesa, Lislaine Aparecida Fracolli e Tatiane Aparecida Venâncio Barboza</i>	13
Capítulo 3 A Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) <i>Antonio Dercy Silveira Filho</i>	31
Capítulo 4 Atenção Básica: Pensando Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo <i>Rosa Maria Barros dos Santos, Silvia Fedato Barbosa, Tania Izabel Bighetti e Tânia Regina Tura Mendonça</i>	51
Capítulo 5 Pensando saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) <i>Raquel Zaicaner e Alexandra Cristina Pitol de Lara Basso</i>	77
Capítulo 6 A Política Estadual de Informação de Saúde: um debate necessário <i>Michel Naffah Filho e Mônica A. M. Cecilio</i>	85
Capítulo 7 Informação para a gestão: o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo (SisMasus) <i>Luíza S. Heimann, Iracema E. N. Castro, Jucilene L. Rocha, Adriana G. Pacheco, Jorge Kayano, Virginia Junqueira, Roberta Boaretto, Olinda C. Luiz, Emílio Telesi Júnior, Lauro C. Ibanhes, Carlos T. Cortizo, Fábio S. Santos e Daniel O. Dantas</i>	93

Capítulo 8	
Informação em saúde e cidadania	
<i>Samuel Jorge Moysés</i>	103
Capítulo 9	
Construção e significado dos indicadores de saúde	
<i>José Leopoldo Ferreira Antunes</i>	113
Capítulo 10	
Os Indicadores de Saúde estariam indicando o que se propõem a indicar?	
O caso do CPO-D	
<i>Angelo Giuseppe Roncalli</i>	123
Capítulo 11	
Programa Estadual de DST/Aids: o relato de uma experiência em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde	
<i>Catalina Riera Costa</i>	145
Capítulo 12	
Controle social do Sistema Único de Saúde: alguns pontos para reflexão	
<i>Virginia Junqueira</i>	155
Capítulo 13	
A emergência e o protagonismo dos sujeitos	
<i>Rosilda Mendes</i>	165
Capítulo 14	
Operatória Dentária	
<i>Antonio Carlos Pereira</i>	173
Capítulo 15	
Internato em Saúde Coletiva A disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG	
<i>Marcos Azeredo Furquim Werneck</i>	181
Capítulo 16	
Reforma Curricular da Odontologia	
<i>Antonio Cesar Perri Carvalho</i>	195
Capítulo 17	
Cárie, Epidemiologia e Sociedade	
<i>Sérgio Fernando Torres de Freitas</i>	203
Capítulo 18	
A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas	
<i>Carlos Botazzo</i>	219
Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde	
<i>Relatório Científico</i>	239
Sobre os autores	291

Capítulo 1

Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira*

Carlos Botazzo

Como afirmei num artigo recentemente publicado (BOTAZZO, 2006), alguns conceitos ao longo do tempo tornam-se problemáticos, isto é, ao invés de propiciarem escalas de problematizações da realidade tornam-se eles mesmos um problema teórico e prático. É que qualquer conceito ou elaboração teórica deve antes de mais nada funcionar como “ferramenta”, seja para a produção de novos conceitos ou idéias seja para a operacionalização de políticas, e com este de Atenção Básica vem parecendo ter tomado o mesmo destino.

Nestes últimos meses, no âmbito do projeto de avaliação e monitoramento da Atenção Básica, prevista no PROESF, Fase III, que o Instituto de Saúde coordenou em São Paulo, essa questão foi colocada em muitos momentos, e os gestores estaduais e técnicos nas coordenadorias de saúde são enfáticos quando declaram que é preciso aprofundar o entendimento de tal categoria, e com isto indicam ou ao menos tentam vincular alguns problemas práticos com a teoria que hoje sustenta ou deveria sustentar a organização e a oferta de serviços de saúde.

Admitir extensamente tal hipótese equivaleria dizer que as pessoas fazem mais ou menos o que têm que fazer porque entenderam mais ou menos o que era para ser feito. A despeito de que nos soe inverossímil é, todavia, conveniente não abandonarmos por completo essa perspectiva.

Não que não haja uma definição do se está falando. Ao contrário, Atenção Básica é palavra-chave no Sistema Único de Saúde e contam-se às dezenas

* Texto preparado para a 11ª Sessão dos “Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, Integrando Serviços”, do Observatório de Saúde Bucal Coletiva, apresentado em 22 de setembro de 2006.

artigos e textos técnicos dedicados a elucidar o conteúdo teórico-prático do seu enunciado.

Por outro lado, contam-se aos milhares as publicações internacionais sobre cuidados primários ou atenção básica, e igualmente sobre promoção da saúde ou políticas saudáveis, e no entanto resulta ao pesquisador ou ao leitor interessado a impressão de que não se estaria tratando das mesmas coisas lá e cá. Mas este seria, como em outros casos que concernem à saúde pública, um problema brasileiro, porque a expressão Atenção Básica só existe em nosso país, o que torna difícil comparar perspectivas e análises feitas em outros países.

Como as interfaces entre termos análogos são imediatas, e falamos nas estratégias de promoção da saúde ou de cuidados primários, iniciarei retomando alguns enunciados clássicos e sempre referências obrigatórias quando se tratam dos serviços públicos de saúde. Acrescentarei algumas considerações sobre os pressupostos políticos e ideológicos que marcaram o percurso da Reforma Sanitária brasileira, sobretudo os que conduziram a crítica à concepção do adoecimento humano como fenômeno natural, e concluirei com breves comentários ao conceito de Atenção Básica em uso no Brasil.

Lembro que o movimento da Reforma Sanitária ele todo se estruturou tendo como base a idéia da determinação social (relação estrutura-sujeito; sujeito-história; estrutura-devir). Esta pode ser considerada como uma categoria forte do ponto de vista heurístico, enquanto as derivações opostas do mesmo ponto de vista (hábitos ou comportamentos individuais e práticas de risco) seriam fracas, isto é, teriam menor capacidade explicativa e de generalização. Como desafio teórico-político adicional, ponho a seguinte questão: teriam os brasileiros sucumbido às fórmulas neoliberais no que concerne ao processo saúde-doença e a correlata organização dos serviços?

Cuidados primários de saúde

Cuidados primários dizem respeito aos principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. Incluem educação, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas, alimentação adequada, saneamento, provisão de água potável, cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais (OMS, 1978).

Esta enunciação clássica de cuidados primários transita com grande facilidade no campo da saúde em todo o mundo e ainda hoje a Conferência de Alma-Ata, a despeito de que se tenha realizado no longínquo século XX e num país desaparecido, é o evento internacional mais lembrado pelos trabalhadores

da saúde, gestores, estudantes etc em seu trabalho cotidiano, e citação obrigatória em artigos e outros textos sanitários.

Como acontece freqüentemente nesses casos, os pressupostos nos quais o documento se assenta, bem como suas considerações finais, são elididas no comentário erudito e depois não fazem parte do senso comum, de tal modo que o conceito se resume a uma frase e a argumentação política que cerca a Declaração de Alma-Ata passa despercebida.

De fato, a Conferência enfatizou a saúde como um direito humano fundamental e a mais importante meta social mundial, que os governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, que existem desigualdades chocantes e inaceitáveis na situação de saúde entre nações e internamente nos países, que o nível de saúde de todos os povos do mundo deve ser tal que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva, que os cuidados primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias, que esta oferta deve-se dar mediante plena participação social e a um custo que a comunidade possa suportar, que são parte integrante tanto do sistema de saúde do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico da comunidade, que a promoção e a proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial e, por último mas não esgotando o assunto, que com a extensão de tais cuidados poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Para tanto, a Conferência concitou à ação internacional e nacional urgente e eficaz para que os cuidados primários de saúde fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos “de acordo com a letra e o espírito desta Declaração”.

Estas palavras conservam o vigor e a atualidade transcorridos 28 anos, completados agora em 12 de setembro de 2006, e nos conduzem a refletir sobre as relações entre saúde e política porque, na singeleza de sua formulação, os cuidados primários escondem a complexidade de que se revestem e que os tornam recorrentemente objeto de discussões e controvérsias, mesmo em países com políticas de saúde estruturadas, como é o caso brasileiro.

Devíamos pensar se a despolitização da saúde que vivenciamos de modo agudo nestes últimos anos, despolitização que se dá como medicalização e tecnificação do SUS, não seria reflexo da manutenção das desigualdades sociais, políticas e econômicas em nossa sociedade, pois a despeito dos formidáveis avanços que verificamos em nosso sistema público de saúde, esbarramos o

tempo todo com a insuficiência de recursos e problemas gerenciais e administrativos de monta, além das opções estratégicas que foram adotadas na última década. A própria OMS reconhece que os cuidados primários não tiveram o desenvolvimento mundial esperado. O relatório do Secretário Geral, divulgado por ocasião dos 25 anos de Alma-Ata, reconhece que em muitos Estados-membros a implementação dos cuidados primários é incompleta ou não atinge os resultados esperados, que os problemas podem ser atribuídos à ausência de diretivas práticas, a lacunas no nível da direção e à falta de engajamento político, a recursos insuficientes ou aos propósitos irrealistas suscitados por tal modelo de cuidados. O fato, continua o relatório, que os cuidados primários de saúde não atinjam a população alvo, isto é, as populações pobres e grupos desfavorecidos, se explica igualmente por um certo número de outros fatores políticos e sócio-econômicos complexos (OMS, 2003). Ou seja, com George Bush ou sem ele, a saúde pública continua a ser perpassada pelos conflitos políticos, econômicos e ideológicos, e a bascular entre Reforma e Revolução.

Promoção da saúde

Na esteira da Declaração de Alma-Ata, a OMS promoveu algumas conferências internacionais com vistas a discutir estratégias que poderiam favorecer ou propiciar a operacionalização dos cuidados primários. Destas conferências, merece destaque especial a primeira, realizada em Ottawa em 1986, pois nela se toma originalmente a promoção da saúde como eixo e na Carta promulgada se definem cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. As conferências subseqüentes - Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991 e Jacarta, 1997 - discutiram os três primeiros campos, e os relatórios produzidos permitem inferir as mudanças conceituais e políticas que aos poucos foram sendo introduzidos no arcabouço dos cuidados primários (BUSS, 2000).

Promoção da saúde tem sua história inequivocamente vinculada a Hugh Leavell e Gurney Clark, respectivamente da Harvard School of Public Health e da Columbia School of Public Health. Eles assumem uma definição formulada por Winslow em 1920, o qual dizia que “saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência”, e simplesmente substituem o verbo “desenvolver” por “promover”, e então propõem o que para eles seria a definição de medicina preventiva, ficando assim o enunciado: “saúde pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência” (LEAVELL & CLARK, 1976).

Não há tempo nesta apresentação para comentar os significados e as conseqüências deste enxerto lingüístico, bastando por ora assinalar que existem diferenças práticas notáveis entre a ação de desenvolver e a de promover. Porém, realizada a transmutação, logo adiante apresentam o enunciado decorrente com o qual firmarão toda a sua famosa obra e os não menos famosos níveis de prevenção: os objetivos finais de toda atividade médica, odontológica e de saúde pública, dirão eles, “seja ela exercida no consultório, na clínica, no laboratório ou na comunidade, são a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o prolongamento da vida”. Toda essa atividade, finalmente, será cercada pelo conceito nuclear de história natural de qualquer doença no homem, e esta naturalização justamente é que marca o caráter reacionário da obra, posteriormente denunciado pelo movimento da Reforma Sanitária. A ele se contrapõe o da determinação social.

Apesar de reputado como reacionário, tal conceito não foi completamente abandonado pelos profissionais de saúde. Seria honesto admitir que a obra de Leavell & Clark não é exatamente e nem completamente reacionária; ao contrário, marca um inequívoco avanço para as práticas de saúde dos americanos, se levamos em conta as características do sistema nacional de saúde ianque, e busca comprometer os praticantes privados do seu país com a situação e as necessidades de saúde da população. Menos que reacionária, é antes ingênua. Transparece no texto a correspondência entre “natural” e “lógico”, e então é como se estivessem dizendo: “é lógico que uma doença dada qualquer, se deixada ao seu livre curso, assumirá tais características previsíveis que poderão conduzir a certo número de eventos, até chegar a um dado desfecho também ele previsível”. Eles se baseiam no conhecimento clínico e na fisiopatologia experimental e só assim podem dizer da “lógica” com que evoluirá determinada patologia, como que uma certa racionalidade se acercasse das doenças.

Em certo sentido, nada muito diferente das considerações de Canguilhem (1988), para quem a doença tem curso previsível e o patológico não se opõe ao normal mas é, antes, sujeito a leis gerais. Além disto, Leavell & Clark pensam a doença como multicausada e em processo, atribuem grande influência aos fatores que interagem na pré-patogênese das doenças - grosseiramente sócio-econômico-culturais-políticos -, afirmam estar aí no tratamento destes fatores o xis da questão e a realização acabada da medicina preventiva, e são esses objetos que concernem à promoção. Junto com a proteção específica, constitui um primeiro nível, dito de prevenção primária.

Alguns críticos insistem em que a fragilidade deste modelo é que ele serviria apenas para as doenças transmissíveis mas não para as crônicas e degenerativas, crítica que me parece imprópria. No texto mesmo são fornecidos abundantes exemplos de aplicação dos três níveis de prevenção

para doenças crônicas. O caso é que os autores arrolam dentre os tais fatores quase que a vida social do homem por inteiro – trabalho, educação, renda, salubridade, habitabilidade, sociabilidade – justo esses fatores que não se deixam dominar por qualquer política e que pudemos identificar acima no caso dos embaraços dos cuidados primários, não bastasse a experiência que todos nós temos com eles, pois esses tais fatores são presentes no cotidiano da saúde aqui e agora. Outra vez uma concepção ingênua.

Chamemos esses fatores, mais o homem junto, de determinantes sociais do processo saúde–doença, a prata da casa da Saúde Coletiva. Como campo de práticas de saúde e de investigação, a Saúde Coletiva não pode grande coisa com esses determinantes, é verdade, mas concorda que é neles que se funda a saúde no homem. E, se tomados na esfera da determinação, Saúde Coletiva e Cuidados Primários de Saúde não se excluem nem se opõem, antes são condição de possibilidade um para o outro.

Deixemos Leavell & Clark em paz. A promoção da saúde só será específico objeto de interesse dos formuladores de políticas muito tempo depois, quando já o Consenso de Washington ganhava força e dimensão internacionais. Com a Conferência de Ottawa sobre promoção da saúde se inicia a viragem sutil que toma as práticas dos sujeitos como referência central para a formulação de políticas de saúde, e não mais a “sociedade”. Agora a promoção é enunciada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, isto é, o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde tanto em nível individual quanto coletivo (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

Valia que se debruçasse melhor sobre este e os demais relatórios para que não se cometam erros de interpretação grosseiros. Mas o caso é que de então para cá emergem, ganham força e prestígio propostas e dispositivos focados nos “sujeitos”, cujos significados são bem traduzidos pelo binômio: os profissionais da saúde devem ser mais humanos; os pacientes mais responsáveis. Foi fundamental para essa virada a redescoberta do Relatório Lalonde e a introdução das suas principais categorias e justificativas na discussão contemporânea sobre políticas de saúde. Marc Lalonde era Ministro da Saúde do Canadá quando, em 1974, preocupado com a situação de saúde dos canadenses e com os crescentes gastos com serviços de cura e reabilitação, propôs novas estratégias para o enfrentamento dos problemas do sistema nacional de saúde daquele país. Mais falado do que lido, o texto é a expressão das responsabilidades de um homem de Estado. Ele se debruça sobre os determinantes da saúde e os distribui em 4 categorias: a biologia humana; o ambiente; os estilos de vida; e a organização da assistência. É por meio da análise

de tais determinantes que Lalonde dará ênfase à promoção da saúde e proporá a reorganização do sistema público canadense com ênfase no médico de família.

Nesta altura Alma-Ata não havia ocorrido, os Estados Unidos ainda se contorciam com os resultados da Guerra do Vietnã e no Brasil a ditadura militar corria solta e se preparava para a distensão lenta, gradual e segura, Cecília Donnangelo preparava os originais do Saúde e Sociedade e, junto com pequeno grupo de sanitaristas, iniciava a crítica à política nacional de saúde. Nem aqui nem no resto do mundo se teve maiores cuidados ou preocupações com as preocupações dos canadenses. No entanto, o relatório veio a cumprir seu papel histórico no Brasil, quase duas décadas depois de nascido, porque ele, e de um certo modo, expressava o ponto de vista do Estado acerca do processo saúde-doença e, ao retirar os conflitos sociais da arena, fornecia ao governo brasileiro um modelo político e tecnologicamente viável, justo no momento em que o Brasil desregulamentava sua economia e se abria por completo à reengenharia neo-liberal.

Esta tese é, sem dúvida, sujeita a controvérsias, mas desde já quero fazer o registro e aguardar seu posterior desenvolvimento. Para os propósitos atuais, não deixa de ter significado a preocupação introdutória de Lalonde com os canadenses, lá onde ele diz que é mais fácil convencer uma pessoa a pagar uma consulta ao médico que moderar seus hábitos insidiosos, e se queixa do estilo de vida dos seus concidadãos que, livres, têm por costume escolher o próprio veneno (LALONDE, 1974).

Nada mais eloqüente para a criminalização do paciente. Ou, como diz Buck (1985), na conclusão da crítica devastadora que faz ao relatório, a “ênfase excessiva na responsabilidade individual para a saúde tem por efeito incrementar o sentido de alienação entre pessoas que já sofrem por sua posição marginal na sociedade. Isto, literalmente, é ajuntar ao insulto a injúria”.

Atenção básica

A atenção básica significa alguma coisa situada entre a promoção da saúde e a reabilitação, inclusive, se tomamos os níveis de prevenção de Leavell e Clark como referência. Assim, iria desde prover condições ambientais, nutricionais e educacionais adequados e exames preventivos às pessoas e grupos sociais, até a cura e a reabilitação dos acometidos.

O Ministério da Saúde brasileiro, pesando a realidade nacional e os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, considerando que Atenção Primária, mesmo amplamente aceita em todo o mundo, pode se prestar a reduções ou que seja pouco efetiva na resolução dos problemas de saúde da

população, e ainda que há necessidade de construir identidade institucional própria, propôs outra denominação e formulou o seguinte enunciado:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através 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, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social.” (MS, 2006).

O Ministério da Saúde desde 2003 apresentou diversas elaborações do conceito, até chegar à atual, com a particularidade de que o SUS se organizava antes e há mais de uma década, caso não de todo raro onde milhares de pessoas praticam determinada coisa sem que dela se tenha elaborado o conceito. Ajunta-se depois, no desdobramento do enunciado, que tal atenção se desenvolve na rede básica de serviços de saúde, à qual compete, para além da promoção e da proteção específica, identificar e tratar ou então prover o nível ótimo de atendimento que o caso requer, encaminhando para serviços especializados (INSTITUTO DE SAÚDE, 2006).

Deixarei aos meus colegas de mesa a tarefa de comentar mais extensamente este conceito, e seguramente o Prof. Eugênio Vilaça e o Jorge Kayano saberão aproveitar a oportunidade e nos enriquecerão com suas contribuições. Por prudência, no entanto, tomarei para mim caminho menos espinhoso e finalizarei estas notas.

O Observatório de Saúde Bucal Coletiva propiciou condições extremamente favoráveis para a prática de certa escuta institucional, constituídas nas reuniões técnicas e políticas com equipes e coordenadores municipais de saúde bucal, gestores locais e regionais e usuários, e também propiciou tal escuta o PROESF III, coordenado pelo Instituto de Saúde, e que trata exatamente de avaliar e monitorar a atenção básica no SUS. São nesses espaços que emergiram duas ou três observações que julgo relevantes neste contexto.

De início, e como ponto de partida para esta reflexão, toma-se Atenção Básica como um conceito-ferramenta. Neste preciso sentido, é sua capacidade

operativa que deve ser realçada. Desde quando, na última década, se começou a falar em AB, esta definição não foi aceita com tranqüilidade, estando sujeita a controvérsias. Mas antes deveria ser lembrada a distinção conceitual e prática entre atenção à saúde e assistência à saúde, sendo que esta última se dirige aos indivíduos em suas necessidades clínicas, enquanto atenção, já englobando a dimensão clínica, dirá respeito à prevenção de agravos (BOTAZZO et al, 1988; NARVAI, 1992).

Uso o termo prevenção singelamente, do latim *prævenio*, *prævenire* (preceder, tomar a dianteira, antecipar ou frustrar), e aqui se radicam as possibilidades práticas da educação e da promoção da saúde, da proteção específica, do diagnóstico precoce, do tratamento e da limitação do dano e da reabilitação, em escalas ou níveis crescentes. Sem dúvida, é melhor não adoecer; porém, se adoecemos, a intervenção precoce ou ainda que feita numa altura qualquer do processo, tem a possibilidade de evitar a piora do quadro e limitar o dano. Neste sentido, e ainda que tenham se equivocado no geral, resgato os três níveis de prevenção e os cinco níveis de aplicação de Leavell & Clark, mesmo porque têm o mérito de não isolar a prevenção numa ponta do processo mas, ao contrário, tornam a prevenção uma prática universal posto que sempre é possível evitar maiores danos em qualquer altura de uma doença.

Dever-se-ia remover do conceito do MS a colocação “que devem resolver a maioria dos problemas de saúde da população (de maior frequência e relevância)”, pois é resultado esperado, ou produto, e assim não deveria fazer parte do enunciado geral. Por absurdo, a ninguém ocorreria montar operações de tal envergadura “para não resolver”. Além disso, se o enunciado explicita uma “maioria de problemas” deveria igualmente explicitar “a minoria” deles que não vem a ser objeto desta atenção. Ainda quanto a esta inclusão – isto é, a de um resultado dentro do enunciado geral – é preciso esclarecer do ponto de vista de qual Sujeito se está considerando frequência e relevância, se do Gestor ou se do Paciente, pois há diferenças significativas entre ambos esses sujeitos e podem não coincidir as necessidades de um e do outro, ou o quê seja frequência e relevância para um e outro.

Mas só é possível pensar desta forma se aceitamos um sistema de saúde com acesso universal e atendimento integral e equânime. O que complica numa atenção assim pensada é imediatamente qualificá-la como básica, termo que entre nós tem significado “nivelar por baixo” e também basilar, um primeiro nível ou estágio, a base sobre a qual algo se assenta. É como se alguém se perguntasse: e haveria SUS depois da Atenção Básica? Continuariam o acesso universal, o atendimento integral e a equidade presentes e efetivos neste outro lugar construído além da base, isto é, o prédio todo, lá onde se encontram as ações de média e alta complexidade?

O caso é que o enunciado de Atenção Básica se resolveria pela crítica à primeira parte da enunciação, quando exatamente se afirma tratar-se de um conjunto de ações de saúde. Não há para quê nem quais seriam suas finalidades sociais, nenhuma transcendência. São ações de saúde voltadas para problemas de saúde, e, assim, limítrofes na sua apreensão medicalizada. E medicalizadas ficam a promoção da saúde tanto quanto são naturalmente medicalizados os esquemas de proteção específica e o diagnóstico precoce. Os cuidados primários, ao contrário, são definidos como articulados ou necessários às condições econômicas e sociais, e já sabemos o quanto custa mover as estruturas colocadas neste nível de determinação. Daí decorreria seu fracasso ou seu êxito parcial. Atenção Básica, por sua vez, protege-se das injunções políticas e ideológicas da saúde pública, como diria Donnangelo (1983), o que quer dizer proteger-se dos conflitos da vida social genérica, porque, na forma de ações de saúde, deixa do lado de fora o que não é conveniente ao sistema.

Não há como escapar a esses conflitos porque, queiramos ou não, os conflitos sociais, que vêm a ser o doente com sua doença e tudo aquilo de que ele é o portador e o denunciante, transpassam a porta de entrada do sistema – qualquer porta – e no seu interior mesmo promovem o desarranjo da sua ordem, e não há trabalhador da saúde que não sofra a pressão do entorno onde se localiza sua unidade de trabalho (BOTAZZO, 1999).

Parece que foi deste modo que conseguimos conciliar tendências, o que apenas mantém em certa artificialidade o conceito de Atenção Básica. O Sistema Único de Saúde foi concebido em toda sua generosidade, visto no âmago de um Estado democrático e inclusor, como parte de um projeto nacional e de sociedade cuja meta fundamental era a superação das desigualdades sociais, justo no momento em que o mundo se encaminhava para o outro lado. Entre 1985 e 1988, enquanto cuidávamos de redemocratizar o país e construir uma nova constituição, prosperava a doutrina Reagan-Thatcher e já davam os primeiros frutos as políticas neo-liberais e a imposição do Estado-Mínimo.

E hoje, num momento da nossa história em que não há projeto de Nação nem de Sociedade, mas predominam as regras do Mercado, e quando as práticas republicanas sucumbem ao mais vulgar patrimonialismo, devemos nos indagar sobre o futuro do SUS. Como afirma Mendes (1996),

“o SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988 (...) nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje”.

A Conferência de Alma-Ata explicitou a necessidade de prover o adequado financiamento dos cuidados primários e não deixou de considerar

que os custos sociais para promover a boa saúde poderiam ser sustentados por meio de esforços gerais, nacionais e internacionais, com uma nova ordem mundial baseada na paz e na cooperação entre os povos. Foi além, ao considerar que por meio do desarmamento se gerariam recursos vultosos para promover o desenvolvimento e o bem estar da sociedade.

O Brasil não apresenta gastos militares significativos nem se acha em estado de beligerância com seus vizinhos, de modo que a alguns ocorreria pensar que a nós este raciocínio não se aplica. No entanto, se os gastos militares dos países centrais aumentam incessantemente, aumentam sem parar os gastos brasileiros com a dívida pública. Hoje, gasta-se quase o dobro com o pagamento de juros em relação ao que é consumido pelos serviços de saúde, com a transferência de bilhões de dólares anualmente ao sistema financeiro e aos especuladores internacionais.

É do couro que sai a correia, são os pobres que sustentam os ricos, são os países periféricos que sustentam os países centrais, pela transferência dos seus excedentes agrícolas e de parte considerável da poupança nacional. Enquanto por aqui não há guerra, ajudamos a sustentar guerras alheias; enquanto mantemos nossa seguridade social estropiada, garantimos a seguridade social dos países mais ao norte.

Por enquanto, por aqui não há guerra....

Referências Bibliográficas

BOTAZZO C, MANFREDINI MA, NARVAI PC & FRAZÃO P. Saúde bucal coletiva. São Paulo, Instituto de Saúde, 1988 (mimeo);

BOTAZZO, C. Unidade básica de saúde. A porta do sistema revisitada. Bauru: Edusc, 1999.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade. Notas para a pesquisa e contribuição ao debate. Ciência e Saúde Coletiva, v.11, n.1, 7-17, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006.

BUCK, C. Beyond Lalonde: creating health. Canadian Journal of Public Health 76, Supplement 1, may/june, 1985 (publicado no PAHO Epidemiological Bulletin com permissão da autora)

BUSS, P. M. . Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.5.

CANGUILHEM G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1988.

DONNANGELO MCF. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – A década de 70. In: Buss PM (Org.). Abrasco. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Volume 2. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1983, p. 17-35.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada, Ottawa, 1974.

LEAVELL HR. & CLARK EG. Medicina preventiva. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil; 1976.

KUHN Th. A estrutura da revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1992.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde.. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.

MINAYO MCS, HARTZ ZMA E BUSS PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva, (5)1, 2000, 7-18.

NARVAI, P. C. Saúde bucal: assistência ou atenção? FSP/USP, 1992 (mimeo).

OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

OMS. Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires: vingt-cinquième anniversaire. Rapport du Secrétariat. Geneve, A56/27, 2003.

SÃO PAULO. Projeto para avaliação e monitoramento do SUS por meio da Atenção Básica. Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, 2006 (mimeo).

Capítulo 2

A complexidade tecnológica da Atenção Básica: um estudo de caso sobre a assistência às pessoas portadoras de lesões de pele crônicas

Anna Maria Chiesa

Lislaine Aparecida Fracoli

Tatiane Aparecida Venâncio Barboza

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado alguns desafios para garantir a implantação de seus princípios e diretrizes na prática, pois necessita concretizar operacionalmente um modelo técnico – assistencial que altere a produção dos serviços e goze de legitimidade social. O desafio de garantir uma abrangência universal e pública da saúde necessita de novos modelos de gestão capazes de superar o modelo neoliberal e médico-hegemônico, baseado na medicina de grupo.

Dentre esses desafios, centraremos a discussão no tocante à reorganização da Atenção Básica, entendida esta como fundamental nesse processo de implantação do SUS. A reorganização da Atenção Básica não é um desafio unicamente brasileiro, e autores de todas as partes do mundo têm estudado aspectos financeiros, legais, organizacionais e tecnológicos relativos à Atenção Básica à saúde, nos diferentes contextos sociais e de políticas de saúde.

Após realizar um estudo comparando as estruturas de saúde de diferentes países e o impacto observado nos níveis de saúde de suas populações, Starfield (2004) aponta que as melhores condições de saúde foram obtidas nos países que fortaleceram a Atenção Básica nos seus sistemas de saúde. Essa mesma autora destaca que o problema decorrente da priorização da especialização é que, por maior que seja o investimento durante o episódio doentio, este é centrado no aspecto curativo de determinado problema, distanciado das ações de prevenção e promoção da saúde, que extrapolam aquela determinada doença. Starfield (2004) argumenta que a obtenção da efetividade e equidade do sistema de saúde requer uma atenção básica fortemente estruturada e que a finalidade precípua desse nível de atenção é atender aos problemas prevalentes em uma dada comunidade, através de serviços que ofereçam ações de caráter preventivo,

de cura e reabilitação, voltados para maximizar a saúde e o bem-estar de uma população, adscrita territorialmente.

Starfield (2004) reconhece a Atenção Básica com base na Charter for General Practice/ Family Medicine in Europe (1994), um consenso europeu que aponta como sendo características da Atenção Básica - ser:

- 1) “Geral: não é restrita à faixas etárias ou tipos de problemas ou condições;
- 2) Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura;
- 3) Integrada: curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades;
- 4) Continuada: longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida;
- 5) Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar;
- 6) Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- 7) Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;
- 8) Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto da família e da rede social;
- 9) Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local; consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde;
- 10) Coordenadora: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe;
- 11) Confidencial;
- 12) Defensora: defensora do paciente em questões de saúde, sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.” (STARFIELD, p. 53)

A mesma autora, ainda elenca quatro elementos estruturais dos sistemas de serviços de saúde como indicadores de qualidade da atenção básica, quais sejam:

- Acessibilidade: localização geográfica, horário de funcionamento, acolhimento da demanda espontânea e percepção de conveniência da oferta dos serviços pela população atendida.
- Variedade de serviços: organização das ações com vistas a atender o maior número possível dos problemas existentes na realidade local;
- Adscrição da população: processo de definição do território e das famílias a serem atendidos e percepção da população de pertencimento à unidade.

- Continuidade: conectividade entre as ações oferecidas, mecanismos de efetivação e registro da referência e contra-referência.

Tendo em vista tais características, a atenção básica merece um olhar diferenciado da visão hospitalar e pressupõe saberes e tecnologias específicos para atuação. Segundo Cunha (2005), um dos limites do olhar hospitalar em relação à Atenção Básica se inscreve na relação de poder entre profissional de saúde e “paciente”, pois na Atenção Básica as relações de aproximação com o profissional de saúde não se dão em situação de isolamento e perda de autonomia, mas em situação de concorrência da intervenção terapêutica com as “*intervenções da vida*” (p. 26). Na atenção básica o diagnóstico e a conduta são apenas uma parte do projeto terapêutico. Neste nível é imprescindível a capacidade de diálogo “*o que implica disposição e técnica para escuta, em aceitação do outro e de seus saberes*” (p. 27).

Outro aspecto que merece ser destacado como componente da Atenção Básica é a oportunidade de ampliar ações para fortalecer os potenciais de saúde da população, evidenciando a necessidade de desenvolver novas tecnologias de atenção apropriadas para a dimensão da Promoção da Saúde (CHIESA, BATISTA 2004).

No Brasil a estratégia Programa Saúde da Família (PSF) tem sido considerada como uma forma de reorganização da Atenção Básica. Em 1994, quando o Ministério da Saúde propôs a estratégia PSF, esta tinha como objetivo reorganizar a prática assistencial de saúde sob novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. O PSF pressupunha que a atenção à saúde deveria estar centrada na família, a qual deveria ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Entendia-se que a adoção desses pressupostos na prática das equipes de família possibilitaria uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a identificação de necessidades de saúde que pedem intervenções que vão além de práticas curativas. Dessa forma, o PSF vem se configurando em uma forma de organização do trabalho na Atenção Básica que produz e ao mesmo tempo captura demandas por novas tecnologias em saúde. Na medida em que o profissional de saúde do PSF incorpora os princípios e bases teóricas da Atenção Básica, no dia a dia do seu trabalho, ele passa a entender que seu trabalho prescinde de ações que estejam direcionadas às necessidades de saúde aos usuários dos serviços e não apenas à burocracia institucional.

A Questão das tecnologias para a Atenção Básica: em foco o trabalho em saúde

Merhy & Onocko (1997) consideram que os profissionais de saúde vão sendo “desenhados” para construir uma “ação tecnológica” em direção a uma coisa “a priori”, dada pelas expressões de interesses e pela satisfação de

necessidades, entendendo-se que as necessidades são historicamente construídas. Ao analisar o modo como o processo de “desenhar” o profissional de saúde ocorre, este autor destaca três questões: uma relativa **ao trabalho vivo e trabalho morto**; outra sobre **a noção de tecnologia** e por último a questão relativa **à produção, consumo e necessidade de serviços** de saúde.

As questões da **produção, consumo e necessidades** são consideradas complexas pois, ao se produzir um “bem de saúde”, este (bem de saúde) tem um “valor de troca” mas também tem um “valor de uso” para o trabalhador da saúde, dado pela utilidade privada do mesmo. Esse “bem de saúde” ao ter um uso particular (para o sujeito do trabalho) pode ser “desenhado” do jeito que interessar a esse sujeito e em busca de funcionalidades para ele. Merhy & Onocko (1997) apontam que no caso da produção/consumo, no processo de trabalho em saúde, existe a construção de um espaço intercessor entre o usuário e o trabalhador/ produtor do ato (bem de saúde), no qual o “trabalho morto” e o usuário vêm instituindo necessidades e “modos” capturados de agir. Neste espaço intercessor se conforma um encontro e uma negociação em ato das necessidades de saúde.

Na questão relativa ao **“trabalho vivo” e “trabalho morto”** Merhy & Onocko (1997) destacam o conceito de que o “trabalho vivo” é um trabalho criador e o “trabalho morto” já está instituído, e muitas vezes é ofertado ao trabalhador como um conjunto de situações que definem um universo tecnológico (instrumentos e saberes). Mostra assim, que a idéia de tecnologia está vinculada não só a equipamentos, mas a um certo saber-fazer e a um ir fazendo, que inclusive dão sentido ao que será (ou não) a “razão” instrumental de um dado equipamento.

Com base nesta assertiva, chama-nos a atenção à forma como a **tecnologia em saúde** incorpora o conjunto de trabalho morto e se apresenta como um elemento fundamental do mesmo. Segundo Merhy (1998) este trabalho morto “captura” o trabalho vivo em ato de tal forma, que este (trabalho vivo) pode não conseguir exercer nenhuma ação autônoma, ficando submisso pela lógica do trabalho morto. E embora o “trabalho morto” (tecnologias, instrumentos e saberes) possa capturar essa “autonomia” do trabalhador em produzir esse bem de saúde, o fará de um modo limitado, pois o trabalhador de saúde tem uma certa “autonomia” instituinte do seu trabalho.

O profissional de saúde, ao produzir um bem para troca, ou seja, ao produzir “algo” para ser “trocado” no mercado por algum outro bem que tenha para ele (trabalhador) um valor de uso, se submete à presença do intermediário “mercado”, o qual tem estabelecido alguns valores (quase sempre monetários) de troca, que permitem comparar e conformar diferentes modalidades concretas de trabalho em saúde. Assim, o trabalhador, ao produzir seu produto final e submetê-lo para troca no mercado, busca ver suas necessidades satisfeitas. Esse trabalhador não

terá tanta “autonomia” no ato de produção pois, deverá orientar esta para uma certa dose de normatização em torno do que está sendo desejado, ou seja, conforme o contrato social que “define” quem ele é, o que ele deve produzir e para quem. (FRACOLLI, 1999)

Dessa forma o trabalho vivo, em ato, acaba sendo comandado pelo universo tecnológico (contido no trabalho morto) e também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades mas, mesmo assim, pode exercer variações, possibilitadas por esses espaços intercessores.

Retomando a questão da tecnologia em saúde, Gonçalves (1994), ao falar da organização tecnológica do trabalho em saúde e em concordância com Merhy (1998), conceitua tecnologia como sendo saberes, equipamentos e suas formas de articulação, que correspondem à arquitetura técnica dos processos de trabalho e às conexões socialmente determinadas que ligam seus agentes à dinâmica da reprodução social. Abordada dessa forma, a tecnologia só tem sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho. E corroborando com isso, existem saberes e conhecimentos (científicos ou culturais) que podem se transformar em momentos do processo de trabalho, à medida que possam corresponder aos requerimentos técnicos e sociais dos mesmos. Assim, a tecnologia do processo de trabalho em saúde pode se constituir em um saber e seus desdobramentos em técnicas, materiais e não materiais, que ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe também um sentido social.

As tecnologias em saúde sempre estiveram articuladas a uma determinada concepção do processo saúde-doença. Para Egrý (1996) o entendimento de que o processo saúde-doença é uma resposta “dinâmica que os grupos sociais manifestam de forma diferenciada, de acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais, resposta esta dada pelas características de riscos e potencialidades, que são reflexos do processo biológico de desgaste. Em nossa sociedade a qualidade de vida dos grupos sociais é diferente pois diferente é sua exposição aos processos de risco e o acesso a processos benéficos ou potencialidades de saúde.” Assim, através da dialética da produção-consumo, é possível entender os diferenciais de saúde entre os grupos sociais e dentro de cada grupo. Este texto pretende, então, abrir uma reflexão sobre os processos de trabalho instalados no PSF, tomando como objeto de análise a (re)construção das práticas do cuidado de enfermagem às pessoas com lesões de pele, numa equipe de saúde da família.

O contexto e os sujeitos envolvidos na (re)construção do cuidado

A Unidade Básica de Saúde (UBS), em foco, pertence ao Distrito Administrativo de Raposo Tavares, município de São Paulo, e no início de 2004 encontrava-se em processo recente de reorganização da assistência, devido à

implantação de equipes de PSF no seu interior. A partir do processo de cadastramento das famílias e da maior vinculação da população das equipes de saúde com a população, foi possível identificar uma demanda, até então desconhecida na UBS, de pessoas portadoras de lesões de pele crônicas.

O processo de cadastramento das famílias no território permitiu, inclusive, identificar diversos problemas, queixas, sofrimentos não contemplados pelos programas tradicionais. As “feridas” passaram a ser um aspecto NOVO para a assistência de enfermagem na equipe de saúde da família desta UBS, aspecto este quase que totalmente descoberto pelos programas oficiais de saúde. Esta UBS apresentava como peculiaridade estar envolvida com os programas de ensino teórico e prático da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). A parceria entre a UBS e a EEUSP fez com que a última disponibilizasse uma enfermeira do quadro de servidores da EEUSP, com uma carga horária de 20 horas semanais, para atuar na UBS e auxiliar a equipe de saúde da família nas questões teóricas e práticas do seu trabalho. Tal arranjo favoreceu enormemente a construção de um ambiente de ensino e pesquisa que qualifica a prática do serviço em saúde. A partir das demandas originadas do trabalho das equipes de saúde da família, identificou-se a necessidade de se rever a intervenção de enfermagem às famílias, com vistas a superar a falta de capacitação dos profissionais para lidarem com os problemas que se tornam visíveis, na perspectiva da Atenção Básica. Uma lacuna identificada relacionava-se principalmente com a necessidade de se instrumentalizar os familiares, responsáveis pelo cuidado das pessoas com lesões de pele no âmbito do domicílio, e a necessidade de atualização das enfermeiras para assistir pessoas com lesões de pele, não apenas numa perspectiva clínica, mas buscando também superar a atenção estritamente biológica.

Essa questão motivou a implementação do projeto “Processo de reconstrução das práticas do cuidado de enfermagem às pessoas com lesões de pele na UBS” (Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva - ENS, 2003), onde o usuário do serviço, que portava algum tipo de lesão de pele, passou a ser assistido pela equipe de saúde da família da UBS juntamente com a enfermeira da EEUSP e uma aluna de graduação em enfermagem. (BARBOZA, 2007)

Dentre as situações de assistência vivenciadas para a reconstrução do cuidado, selecionaram-se duas para exemplificar a análise das dimensões tecnológicas da assistência de enfermagem na atenção básica no âmbito da Saúde Coletiva proposta para este capítulo.

Os casos selecionados foram tomados como unidades significativas, sendo suficientes para fundamentar um julgamento, permitindo fazer comparações aproximativas, generalizações a situações similares ou autorizar inferências em relação ao contexto da situação analisada.

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório, ordenado e crítico, de uma experiência ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

O método escolhido para o desenho da **situação emblemática** foi o “fluxograma analisador” proposto por Merhy & Onocko (1997), que se constitui num instrumento que permite a análise do processo de trabalho, na medida em que interroga os *para que*; os *quê* e os *como* desse processos; identifica linhas de fugas e instituintes, e ao mesmo tempo, revela a maneira de governar esse processo de trabalho. Segundo Merhy & Onocko (1997), os *como* dos processos de trabalho revelam qualitativamente o modo de operar o cotidiano da construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos; os *quê* revelam os produtos deste modo de trabalhar, permitindo que se identifiquem também os resultados obtidos; os *para quê* revelam os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e a realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços, sendo um momento favorável para se interrogar os princípios éticos-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

A representação gráfica da trajetória dos processos de trabalho, que se conseguiu com os fluxogramas, nos permite antecipar os momentos iniciais de análise, uma vez que o próprio fluxograma, devido à sua extensão e configuração, é, em si, um “ruído”, evidenciando as descontinuidades nas relações entre os níveis de assistência, a descrição de movimentos unidirecionais no sistema e a frequência dos trajetos realizados desnecessariamente, que resultaram no prolongamento do seguimento clínico e no adiamento da resolução dos problemas nos dois casos apresentados.

Todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde” que perseguem a “produção do cuidado”, e esta produção, a partir dos interesses impostos pelos vários atores em ação, permite a realização de distintos resultados, que podem estar comprometidos mais ou menos com os interesses dos usuários e com os processos autonomizantes.

Relatos dos casos disparadores da análise do processo de trabalho na Atenção Básica

Sr. G., 83 anos, passou a morar com a filha após alta de internação no pronto-socorro por ter sofrido dois episódios de queda seguidos de quadros de confusão mental. No PS, aguardou por avaliação durante alguns dias na maca do pronto-socorro e acabou contraindo pneumonia, ficando então 22 dias internado em condições precárias. Devido à falta de cuidados o Sr. G. desenvolveu extensas

úlceras de pressão com áreas de necrose nos calcâneos e na região sacra e após a melhora dos sintomas da pneumonia recebeu alta.

Assim que o Sr. G. saiu do hospital, a família solicitou a visita da enfermeira, pois não sabia lidar com as lesões. Em uma dessas visitas, a estudante de enfermagem acompanhou e ofereceu apoio para realização dos curativos. Durante as visitas domiciliares (VDs) a estudante ia acompanhada da enfermeira da Universidade, sob a orientação de uma professora do departamento. Solicitou-se à família a aquisição dos materiais de curativo que seriam utilizados. O neto que morava no apartamento ao lado foi o principal cuidador, sendo que tinha condições financeiras favoráveis, pois possuía uma mecânica e poderia comprar os materiais indicados, já que a UBS somente dispunha de soro fisiológico e gaze.

A partir de então as visitas tornaram-se praticamente diárias. A assistência não se restringiu ao curativo, sendo realizado o exame físico, pois o Sr. G. tinha o estado geral comprometido, apresentando hipertensão, imobilidade quase total, dificuldade para se alimentar e fazia uso de *uroopen*, apresentando diurese escurecida com odor forte. Foi oferecido apoio à família que estava com dificuldades para lidar com a situação. O neto estava sobrecarregado e saía varias vezes do trabalho para cuidar do avô, sendo que a filha praticamente não se envolvia, mantendo-se distante.

Através do contato diário foi possível intervir junto à família, sobretudo por meio das seguintes ações: demonstração das técnicas para mobilização e higiene, estímulo para melhorar a comunicação, envolvimento do familiar mais disponível para assumir o cuidado direto e identificação de condições de risco no ambiente.

As orientações ao neto incluíram o reforço ao seu direito de apresentar queixa em relação à falta de cuidado de enfermagem para a ouvidoria do PS, baseado na Lei dos Direitos dos Usuários.

A despeito do aprimoramento dos cuidados, a atenção não estava sendo efetiva em relação à melhoria do quadro clínico e solicitou-se à médica da equipe que fizesse um encaminhamento, pois seria necessário desbridamento cirúrgico na região dos calcâneos. O HU não recebeu o paciente, pois, segundo a família, foi dito que o PS B é que deveria se comprometer. A família, por outro lado, não queria que ele voltasse a esse hospital. Enfim, por intermédio de uma agente comunitária de saúde da UBS que tinha contatos em um outro hospital público, Sr. G. foi operado no HGT, para onde foi locomovido com dificuldade, sendo que a cirurgia foi auxiliada pelo neto, pois não havia assistentes no momento.

Após o retorno de Sr. G. para casa, as VDs realizadas pela enfermeira da EEUSP e pela estudante continuaram com o objetivo de prestar os devidos

cuidados. A enfermeira da unidade nem sempre podia estar presente, pois os curativos demoravam cerca de duas horas para serem realizados. Algumas auxiliares de enfermagem da unidade passaram a acompanhar as visitas, já que os curativos precisavam ser feitos por duas ou três pessoas. Ao realizarem as visitas essas auxiliares começaram a se interessar pelo material que não conheciam e a levar esse interesse para os demais trabalhadores de enfermagem da unidade.

Apesar da melhora das lesões, o Sr G. estava muito debilitado e foi novamente internado, dessa vez no HU, aonde veio a falecer dois meses depois de iniciada esta intervenção.

Depois de sua morte, a família procurou a enfermeira para doar o material que sobrou para a unidade. Em contato com esse material, os auxiliares de enfermagem se mostraram cada vez mais interessados, propiciando a abertura para a discussão do cuidado voltado aos usuários com lesões de pele.(BARBOZA, 2007)

O segundo caso, Sra D., 75 anos, mora nos fundos com uma filha solteira e na casa da frente mora a outra filha com a família, sendo que as duas irmãs apresentam problemas de relacionamento e não se falam. Estava tentando receber o dinheiro da Previdência Social e a filha que mora com ela estava desempregada, mas começou a trabalhar em um escritório. Sra D tem artrose nos joelhos que se apresentam deformados, varizes há mais de 15 anos e desenvolveu úlceras algumas vezes, sendo que a última surgiu há aproximadamente nove meses em Membro Inferior Esquerdo (MIE) na região de terço inferior medial e nos 1º e 2º dedos. Segundo a mesma, o ortopedista não quer intervir no joelho por causa das varizes e o médico vascular não quer operar as varizes por causa da lesão na perna. Ressalta-se que as informações fornecidas por ele para o cuidado da lesão estavam incorretas pois, o médico vascular havia orientado que esfregasse o leito da ferida com gaze para retirar o esfacelo, sendo que as condutas estabelecidas aumentaram o tamanho da lesão.

Uma das auxiliares responsáveis pela área, ao saber da nossa experiência com o Sr. G., solicitou a avaliação da enfermeira da EEUSP e da estudante e em conjunto com outra enfermeira, recém-contratada da unidade, passaram a realizar os curativos, utilizando os materiais doados. A dificuldade encontrada para iniciar o tratamento centrou-se na identificação do cuidador principal, pois havia condutas opostas entre as duas filhas. Segundo as auxiliares de enfermagem responsáveis pela área, a filha que morava com Sra. D. não deixava a irmã entrar em casa ou falar com a mãe. Esta colocava que já tinha as devidas orientações e que não necessitava de ajuda para mudanças. Seu posicionamento demonstrava que a família deveria se conformar com o problema pelo seu caráter crônico e não se dispunha a investir em tentar resolver ou melhorar a situação da mãe. Foi necessário estabelecer várias conversas em que se discutiam as vantagens dos

novos materiais e de novas técnicas, bem como a dificuldade de se adquirir os novos materiais de curativo, e com isso, a filha foi compreendendo e passou a participar ativamente do cuidado.

A lesão em MIE evoluía lentamente para melhor – o pequeno ponto de necrose não se formava mais, o volume de esfacelo diminuía, a secreção tornava-se menos fétida e a lesão se tornava mais rasa, passando do estágio III (que atingia tecido subcutâneo) para estágio II (derme e epiderme). Entretanto, a lesão do segundo dedo estava piorando, com edema, acúmulo de secreção, hiperemia e dor intensa. Solicitou-se ao médico da equipe que fizesse um novo encaminhamento para outro médico vascular com pedido de urgência, que foi marcado para trinta dias. Na consulta ele solicitou um raio X e um doppler, para o qual não havia previsão de vaga e não receitou nenhum medicamento a despeito dos sinais de inflamação e infecção no dedo. Sra D realizou o Raio X e voltou em 15 dias para o médico avaliar. Segundo a filha, o médico diagnosticou osteomielite, mas disse que somente poderia indicar um medicamento para o dedo após o resultado do doppler. Diante disso, contactou-se novamente o médico da UBS que receitou um antibiótico, sendo que após 10 dias de tratamento não houve melhora. Sugeriu-se então, que o médico solicitasse outro raio X para nova avaliação do dedo. A família foi orientada a procurar um pronto-socorro o mais rapidamente possível, pois marcar consulta demoraria muito e o dedo estava piorando rapidamente. Foi orientada também a exigir que alguém avaliasse o raio X no mesmo momento, o que nem sempre acontece. A família conseguiu levar Sra D. para o HU, o raio X foi realizado mas os atendentes da recepção diziam que não havia médico para avaliá-lo. A filha então discutiu com os atendentes e conseguiu a avaliação e prescrição de outro antibiótico. Sete dias depois da realização do raio X, deu-se continuidade ao atendimento pela UBS, quando foi avaliado que o dedo apresentou discreta melhora, sendo que as outras lesões evoluíam bem. Sra D. conseguiu realizar o Doppler e após melhora completa, teve alta.

Considerações sobre os processos relatados

A assistência ao Sr. G., ou seja, o início do processo de trabalho neste caso se dá a partir da assistência recebida em uma unidade de pronto-atendimento, que evidencia problemas na estruturação desse serviço, desde a atenção ao aspecto biológico e familiar, quanto à articulação com as unidades de referência e contra-referência. Esse fato reforça a idéia que não existe uma única porta de entrada no sistema de saúde e sim de que os serviços precisam estar articulados em rede, para dar prosseguimento a partir de qualquer momento de entrada, sempre visando à articulação, complementaridade com vistas à integralidade da assistência.

O processo de avaliação clínica realizada para confirmação de um trauma teve duração de quinze dias, aproximadamente. Essa demora se deu por dificuldades em se realizar um exame de imagem complementar, e, durante esse período não foram contempladas as necessidades básicas de higiene e conforto, ocasionando problemas secundários. Estas últimas são responsabilidade específica do serviço de enfermagem da instituição.

Considerando a complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, a qualidade da assistência é conseguida somente quando o profissional de saúde está claramente preocupado com a defesa possível da vida do usuário, o controle dos riscos de adoecer ou agravar seu problema, buscando desenvolver ações que permitam um maior grau de autonomia do usuário.

No caso apresentado, apesar do idoso estar sempre acompanhado, não houve o envolvimento do familiar no cuidado durante a permanência no Pronto-Socorro, ou seja, diante da perda de autonomia desse usuário, não se buscou alternativas para suprir essa necessidade. Não nos cabe o julgamento da situação, mas é preciso ressaltar que a assistência de enfermagem realizada com maior autonomia e de forma sistematizada pode garantir os cuidados necessários, independentemente do esclarecimento do diagnóstico clínico. A presença obrigatória, pela Lei 10.714/03 (BRASIL, 2003), do acompanhante durante a permanência dos idosos em unidades de saúde, que poderia ser aproveitada para realizar uma prática educativa, orientando o familiar quanto aos cuidados e necessidades do idoso, muitas vezes é vista de forma errônea pelos profissionais. Ao invés de incluir os familiares de forma ativa e respeitosa no cuidado, acabam suportando a presença por ser um direito adquirido, ou envolvendo-os numa prática de trabalho alienado, como substituição da mão de obra. O usuário recebeu alta da unidade com feridas graves, a família não foi orientada quanto ao cuidado no domicílio, não houve comunicação entre a unidade de Pronto-Atendimento e a UBS próxima da residência, apesar de pertencerem à mesma região de abrangência, cabendo somente à família dar continuidade a esse cuidado. Além da qualidade da assistência de enfermagem prejudicada, que já foi mencionada, destaca-se a falta de comunicação dos serviços, mesmo em uma região administrativa delimitada. O comprometimento da integralidade é identificado, levando a um prejuízo do custo-benefício das ações disponibilizadas.

A partir da iniciativa da família de procurar auxílio na Unidade de Saúde da Família próxima à residência da filha é que se inicia o processo de trabalho no âmbito da Atenção Básica. Por se tratar de uma unidade de PSF, há a potencialidade de se realizar ações de saúde, tanto curativas como preventivas, além dos muros da unidade básica de saúde, o que favorece maior envolvimento das equipes com a população atendida, além de ampliar também o objeto de

atuação da área da saúde, não se limitando mais somente à dimensão biológica, mas incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde.

Esse caso gerou uma demanda que evidenciou a responsabilidade dos profissionais das equipes de saúde da família a responderem por lesões de pele crônicas, que exigiam um maior preparo técnico. Apesar da existência de um manual disponível no âmbito central da Secretaria Municipal de Saúde, que recomendava as ações referentes a essa assistência, os equipamentos de saúde da região, mais especificamente a UBS em questão, não desenvolvia suas ações baseadas nesse material existente. (SÃO PAULO, 2003).

Tal fato evidenciou a falta da sistematização da assistência de enfermagem para estes pacientes, a necessidade de um processo de atualização e capacitação permanente entre os profissionais e dificuldades na incorporação dos conhecimentos e habilidades dos profissionais para desenvolver uma assistência efetiva. Identificou-se, também, a falta de insumos adequados, a dificuldade dos profissionais em assistir essas famílias, muitas vezes solicitando encaminhamentos para atenção secundária sem necessidade e a existência de uma sala de curativos, funcionando de forma precária e desatualizada.

Tanto o caso do Sr. G. quanto o da Sra. D. evidenciam que, na atenção básica, as principais tecnologias que temos que usar para realizar as ações estão muito mais em nossos conhecimentos de como trabalhar a relação de cidadania entre o usuário e o serviço e as atividades de grupo de gestão, do que em tecnologias duras e/ou leve duras, que consistem em equipamentos, espaços físicos, entre outros, apesar de serem necessários, mas secundariamente. Ou seja, são necessárias tecnologias leves, muito mais centradas em nossas sabedorias, experiências, atitudes compromissos, responsabilidades, entre outros.

A participação da Universidade de São Paulo fez diferença nesse processo de trabalho, uma vez que importantes questões teóricas puderam ser discutidas, retomadas e reavaliadas com os profissionais e com as famílias envolvidas, gerando um ambiente de estudo e aprimoramento permanente das ações. No caso da Sra. D. encontramos muita dificuldade de adesão ao tratamento estabelecido, apesar das condutas serem estabelecidas juntamente com a família e de ser visível a melhoria da lesão. Foi necessário atentar mais para as relações familiares, a fim de entender o que de fato influenciava no tratamento, para intervir posteriormente. O fato de ser um problema crônico, sem resolutividade há anos, apesar de muitos tratamentos e promessas, favoreceu a resistência inicial ao cuidado estabelecido pelos profissionais da UBS, muito diferente dos anteriormente estabelecidos.

Os produtos utilizados, desconhecidos pela família até então, geravam opiniões diferentes entre as duas filhas; uma acreditava ser melhor seguir as

condutas uma vez que, se em tantos anos nada de fato foi efetivo, dessa vez seria diferente. Já a outra, que além de filha era a cuidadora, discordava da irmã, acreditando que se nem os tratamentos médicos resolveram, não seria esse novo modo de tratar a lesão que resolveria o problema.

Foi necessário então uma intervenção no âmbito familiar, em que, além de se falar sobre o tratamento realizado, foram abordadas questões de relacionamento familiar e dificuldade de entendimento entre eles. Novamente, as condutas foram aceitas e reiniciou-se o tratamento.

A abordagem de família no cenário do PSF deve ser realizada segundo os critérios: família/indivíduo; família/domicílio; família/indivíduo/domicílio; família/comunidade; família/risco social; e família/família; dentre os quais, alguns se aplicam à abordagem de família realizada por este estudo.

Na abordagem família/indivíduo, o foco real de atenção é o indivíduo, a família tem papéis a desempenhar, tem deveres e responsabilidades com o indivíduo em foco e para isso necessita de orientação de treinamento. Essa orientação deve considerar a expectativa de deveres, as condições reais de capacidade de cuidado da família, de forma multidimensional, mas acabam sendo esquecidas por parte dos profissionais, além de serem objeto de juízos de valor.

A família/domicílio compreende a estrutura material da família, e as condições de cuidado do ambiente são o foco de atenção, uma vez que o domicílio é a base para a apreensão de lançamento de dados estatísticos e epidemiológicos do processo saúde/doença, da caracterização das famílias que têm condições e daquelas que necessitam de ajuda, daquelas que requerem vigilância de saúde ou de outras que estão em situação de risco sócio-ambiental.

O caso da Sra. D. demandou uma ação de mudança importante no domicílio. Havia um cachorro que dormia dentro da residência, tendo acesso inclusive à cama da paciente, que se recusava a deixar a lesão ocluída e os pêlos do animal ficavam aderidos no leito da ferida.

Foi necessário conversar com a filha, que era a dona do animal, e explicar a importância de mantê-lo fora da casa, pelo menos até que a Sra. D. concordasse em ocluir a ferida. O fato favoreceu a concordância da paciente em ocluir a lesão e impedir o acesso do animal à sua cama, que propiciou a diminuição da contaminação do local, o que favoreceu o sucesso da intervenção.

Dado o foco do PSF que inclui a família como objeto das práticas em saúde, é fundamental que se busque a instrumentalização profissional para atuar nessa dimensão relacional. A família é considerada em seu ser e viver, conseqüentes à sua inserção no contexto social, de acordo com o conceito de família/família, que requer ainda a definição do real-funcional e simbólico dos seus recursos

afetivos, emocionais e espirituais, da capacidade de cuidar e cuidar-se, da sua história de fracasso *versus* sucesso para atender as demandas requisitadas, em suas diferentes fases e momentos, além de sua capacidade de julgar e fazer escolhas.

A forma como se realizou a abordagem das famílias, através do envolvimento e participação, favoreceram em ambos os casos o sucesso das intervenções, pois na medida em que se intervém utilizando o conceito de *empowerment* junto a essa família, sobretudo acerca dos seus direitos, e a incentiva a ter voz ativa para participar das decisões, sem impor condutas já estabelecidas, temos como consequência uma melhor adesão ao tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a Unidade de Saúde da Família é considerada como a porta de entrada e deve estar integrada a uma rede de serviços que engloba os diferentes níveis de complexidade da assistência, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos pacientes. Entretanto, os dois casos descritos nesse estudo evidenciam as dificuldades em se estabelecer um sistema de referência e contra-referência eficiente.

Houve muita dificuldade em se encaminhar um paciente da Atenção Básica para um serviço de nível secundário, no caso do Sr. G., o que, num primeiro momento foi alcançado somente por intermédio de relações particulares de amizade e influência, em um serviço alheio ao território, no qual não houve o compromisso da continuidade.

Num segundo momento, após ter-se utilizado, na mesma referência de *empowerment*, de diálogo junto a essa família quanto aos seus direitos, a conquista de uma vaga no hospital de referência da região foi conseguida mais facilmente, o que também aconteceu com a Sra. D. diante da necessidade de se realizar um exame complementar.

O *empowerment* relaciona-se com as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor, com a pobreza estritamente ligada à falta de acesso a oportunidades para participação e crescimento individual.

Para a promoção da saúde, é de fundamental importância considerar as dimensões do *empowerment*, tais como auto-estima, auto-eficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio, a fim de contribuir para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas intenções que promove, conferindo “poder” ao sujeito social envolvido.

Em relação aos profissionais de saúde da UBS, o conceito de *empowerment* também se aplica, isso porque, uma vez envolvido na rotina do processo de trabalho, o profissional tende a se alienar das razões pelas quais executa as tarefas, sendo necessário lançar mão de estratégias para autonomizar e direcionar esses profissionais.

Observou-se que, diante das novas demandas surgidas na UBS, os profissionais tendiam a se distanciar da responsabilidade do cuidado, por medo do desconhecido talvez, encaminhando o paciente para outro serviço sempre que possível. Mas, através da atuação da Universidade junto à rotina de trabalho dessa unidade foi possível estabelecer uma relação de parceria e comprometimento, auxiliando esses profissionais nessas novas questões.

Foram envolvidas todas as categorias, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, na busca ativa dos casos de lesões de pele crônicas da região, para que deixassem de ser desconhecidos e possibilitasse construir uma estratégia de intervenção. Em todo o processo, conhecimento e a opinião de todos foram considerados, assim como as dificuldades e resistência de se operacionalizar o trabalho. Num primeiro momento houve a dificuldade em vislumbrar como a UBS iria “dar respaldo” aos funcionários para responder a essa nova demanda, alegando-se que seria uma outra frente de trabalho.

Na medida em que, principalmente os auxiliares de enfermagem, adquiriam conhecimento técnico e maior domínio dos casos, das condutas, e, principalmente, sentiam-se respaldados com o auxílio da EEUSP, a assistência às lesões de pele na unidade avançou muito em qualidade e objetividade. No andamento do Projeto, foi possível implementar as mudanças cabíveis e de forma consensual, de modo que essa impressão de “nova demanda” não existe mais.

Anteriormente ao Projeto de Reconstrução das Práticas do Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Lesões de Pele Crônicas, o registro efetuado na sala de curativos era voltado somente para a quantidade de material utilizado, para fins de provimento do estoque. Atualmente, os registros incluem dados mais gerais do paciente, da lesão, dos procedimentos e da evolução observada pelos profissionais. Esses dados indicam que o Projeto contribuiu para comprometer os trabalhadores nessa instância.

Considerando advocacy a defesa ou representação do cliente e dos seus interesses com as instituições políticas e sociais e a sociedade em geral, objetivando sempre a negociação dos direitos das pessoas ou grupos excluídos, ou diminuídos em poder, esse conceito foi aplicado na busca de conseguir os materiais necessários a uma assistência adequada.

Todo o processo de elaboração da lista com os produtos para curativos necessários à população atendida pela UBS, a insistência junto à subprefeitura do Butantã e a posterior conquista de compra pela Secretaria Municipal de Saúde em 2007, fazem parte da aplicação desse conceito.

Podemos dizer ainda, que todo esse “processo de reconstrução das práticas do cuidado de enfermagem às pessoas com lesões de pele”, realizado na UBS,

teve sua efetividade, por trabalhar com as três principais dimensões necessárias a um projeto de intervenção, a estrutural, a particular e a singular.

A partir disso, questões como o uso das tecnologias duras e leve-duras na atenção básica, como materiais de primeira linha para a realização de curativos, exames mais complexos como um doppler ou um RX e até mesmo uma intervenção cirúrgica num setor em nível de atenção secundária, mostrou, durante todo o desenvolvimento das ações de intervenção, não bastar por si só, evidenciando que, para garantir o sucesso de uma intervenção, é necessário uma articulação dessas tecnologias com as chamadas tecnologias leves, compostas pelo estabelecimento de uma relação de cidadania com o usuário, a partir de suas necessidades de saúde.

Nos dois casos a intervenção no âmbito familiar se mostrou importante para garantir a adesão ao tratamento, a família foi incluída no cuidado de forma participativa, considerando suas potencialidades e limitações, recuperando sempre que necessário, a finalidade da assistência prestada. No campo da Promoção da Saúde, conceitos como *empowerment*, *advocacy*, mostraram-se eficientes para a conquista de um processo de atenção emancipatório, identificando o usuário como portador de direitos.

Como resultados da aplicação desses conceitos, encontram-se exemplos desde a conscientização da família para conquista de vaga em hospital de referência para realização de exame complementar enquanto direito adquirido, até a responsabilização do poder público pela aquisição dos materiais necessários a uma assistência adequada às lesões de pele dos usuários da UBS.

No que diz respeito à educação em saúde, a forma como o trabalho de instrumentalização dos profissionais para lidarem com as lesões de pele crônicas foi realizado, tendo sempre como foco a autonomia desses profissionais, favoreceu as mudanças na dimensão estrutural do serviço. É importante ressaltar que o processo de reestruturação da assistência de enfermagem aos usuários portadores de lesões de pele crônica da UBS não se limitou às intervenções descritas acima. Até a conquista dos materiais solicitados à Secretaria de Saúde, que se deu em março de 2007, o aperfeiçoamento das ações de enfermagem aos usuários e suas famílias quanto às lesões de pele foi sendo incorporado à dinâmica do processo de trabalho da unidade, mostrando que a instrumentalização dos profissionais é o melhor caminho para que as mudanças, tanto no estrutural, quanto no âmbito das políticas de saúde aconteçam.

Referências Bibliográficas

- BARBOZA, TAV. *Dimensões tecnológicas presentes no processo de reestruturação das práticas de enfermagem no PSF: estudo de caso à luz da Promoção da Saúde*. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.
- BRASIL. *Lei no. 10714 de 11/10/2003 dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. DOU, Brasília. 03/10/2003. Seção I, p1. 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, 2000. Brasília. *Anais...* Brasília: 2000.
- CHIESA, AM. & BATISTA, KBC. Desafio da implantação do Programa de Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 28, n. 1, p.42-48, 2004.
- CUNHA, GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: HUCITEC, 2005. 211 p.
- EGRY, EY. *Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996. 144p.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. Documento pedagógico para estudo de caso: Processo de Reconstrução das Práticas de Enfermagem para pessoas portadoras de lesões de pele crônicas. Disponibilizado em maio de 2003.
- FRACOLLI, LA. *Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização da rede básica de saúde em Marília*. 1999. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.
- GONÇALVES, RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994. 277 p.
- MERHY, EE & ONOCKO, R. (orgs) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. 320p.
- MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, CO. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xaman, 1998.
- SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. *Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas*. São Paulo, 2002. 38 p.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 725 p.

Capítulo 3

A Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

Antonio Dercy Silveira Filho

A saúde bucal na Atenção Básica: uma introdução à visão da esfera Federal

Este capítulo visa a uma reflexão acerca da inserção da saúde bucal, tanto como prática em saúde quanto como um setor que se organiza na sociedade brasileira, dentro do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não há como se pensar em organização e realização de ações de saúde numa concepção macro-política, na formulação estratégica de setores ou de áreas específicas, como é o caso da saúde bucal, sem antes estabelecer pontos de consenso acerca do conceito de saúde em que se firma esta construção. Por este capítulo tratar da concepção que marca a construção da Atenção Básica (AB) à saúde no SUS na perspectiva da sua gestão, o entendimento que se utiliza, em teoria, mas que deveria imediatamente traduzir-se e refletir na prática dos gestores, profissionais, técnicos e cidadãos, origina-se do conceito ampliado em saúde, ou seja, que diz que a saúde é determinada também socialmente e não é apenas ausência de doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É preciso que se reafirme então, que tanto o marco conceitual da Promoção da Saúde quanto da Atenção Básica originam-se da mesma compreensão de que saúde é determinada por vários fatores, que incluem os modos de viver em sociedade, a maior ou menor exposição a fatores de risco e as capacidades individuais e coletivas de proteger-se desses riscos. Assim, também o acesso a serviços de saúde é também fator determinante no processo saúde-doença dos cidadãos, como propõe DAHLGREN E WHITEHEAD (1992) no Diagrama de Determinantes da Saúde e Doença.



Outra dimensão importante na construção do conceito de saúde é que saúde e doença não são antagônicas, mas estabelecem um contínuo interagir, como propõe CAMPOS (2000).

“É preciso conceber um contínuo entre saúde e doença, em que o fenômeno doença é apenas uma parte (e não restrita a fatores biológicos), além de ser apenas um episódio da vida de um indivíduo no qual a variável contínua passa a ser condições de saúde. É importante compreender que os indivíduos não são saudáveis ou doentes, mas apresentam diferentes graus de saúde ou doença nas suas condições de vida. E, que estes níveis de condição de saúde podem variar dependendo da quantidade, da combinação, da importância e do significado de fatores que o determinam (que é singular) e, ainda, das condições dos indivíduos de enfrentá-los.”

Ou seja, a “saúde é um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente” (MINAYO, 2004).

Faz-se necessário também que se afirme outro aspecto da concepção de saúde que fundamenta a construção da Atenção Básica, é que esta também segue o que expressa a Constituição Brasileira, em seu Capítulo II - *Dos Direitos Sociais*, reafirmada posteriormente na Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080, 1990) para a construção do SUS, ou seja, “a saúde como direito de todos e dever do Estado”. Este não é apenas um jargão socialista, mas é sim, uma importante dimensão conceitual a ser trabalhada, tanto na formulação das políticas de saúde quanto nas práticas dos profissionais, pois deveria servir de base ao pensamento estratégico para todo setor saúde.

A concepção de saúde como um direito de cidadania extrapola, em muito, outra concepção [de base capitalista] e que ainda é senso comum - a de saúde como um bem de consumo. Trava-se aqui, talvez, um dos maiores embates do setor, em especial na construção do SUS, onde ocorrem as maiores disputas,

sejam no campo das idéias, do financiamento, do uso dos recursos, e porque não, também no campo da formação dos profissionais. É importante que se lembre que a construção do SUS pauta-se num ideário de igualdade social, que representa ainda um pensamento contra-hegemônico, numa sociedade que se desenvolve a partir de modelo social-econômico de base capitalista (NORONHA 2001, PAIM, 2000).

Neste sentido, para exemplificar, com as possibilidades e disponibilidades de financiamento e o apoio de muitos dos governantes, as gestões que, ainda hoje, apresentam serviços públicos de Atenção Básica precários, inadequados, inoperantes, ineficientes e ineficazes, não são obras do acaso ou do mero descaso; fazem sim, parte de um projeto político que não coincide com a premissa expressa na Constituição Brasileira. Mesmo que de forma velada, fazem defesa da concepção de saúde como um bem de consumo, para poucos, e que serve para retroalimentar toda a cadeia produtiva do complexo médico-industrial e médico-financeiro (VIANNA, 2002).

Propõe-se então, que a concepção de saúde como um direito seja trabalhada pelos gestores, profissionais, equipes e comunidades, como uma dimensão conceitual que fundamente o pensamento e a organização de todas as ações e práticas em saúde na Atenção Básica. E, se “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (LOS 8.080 - Art. 2º, 1990), é a saúde bucal, também, um dos direitos fundamentais que provêm a referida dignidade humana? É sobre este marco que se fundamentam as políticas da saúde bucal no Brasil? E mais, o sistema de saúde brasileiro, na saúde bucal, já está organizado e pronto para oferecer respostas adequadas a este fundamento, especialmente de acordo com o princípio da igualdade e integralidade? Estas são apenas algumas indagações que deveriam mobilizar os atores que se propõem a construir e consolidar estratégias, ações e práticas de saúde bucal no setor na construção do SUS.

Quando se pensa em sistemas de saúde, seja qualquer que se desenhe, definem-se ações e práticas, que se constituem como uma forma de atenção à saúde, uma maneira de organizar e de prestar cuidados, que interferirão direta ou indiretamente nos processos saúde-doença das pessoas e coletivos.

Dentre os primeiros desafios, se refere, então, à definição do rol destas ações que a compõem e do público a que se destina esta atenção. Muitas questões interferem diretamente nesta definição. Destacam-se três, para uma reflexão inicial.

A primeira trata da produção dos atos em saúde em si à forma como profissionais de saúde lidam com a execução dessas ações, como se distribuem ou

se compartilham saberes e poderes, o “trabalho vivo” (MEHY, 2002), numa relação que pode ser unilateral profissional-paciente, ou multilateral profissional-usuário-família-comunidade. A segunda trata da ideologia que fundamenta o modo da formação dos profissionais de saúde, que garante a sustentação do “modus operandi” dessas práticas e as perpetua. Ambas, no caso brasileiro, fortemente determinadas pela biomedicina (CAMARGO JÚNIOR, 1997). A terceira, a maneira como a sociedade se organiza e cria expectativas frente à distribuição dos bens e consumo, ações e práticas, aqui definidas e relacionadas diretamente como bens de consumo, fortemente sustentadas e constantemente pressionadas pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-odontológicos (VIANNA, 2002).

Dado a estes desafios, e há outros, temos hoje no Brasil, na atenção à saúde, e em especial na saúde bucal, não um único sistema de saúde, mas um sistema de saúde híbrido, que se define a partir da capacidade de consumo de cada brasileiro. Destaca-se o aspecto da não unicidade deste sistema apenas na atenção à saúde, porque está claro, que determinadas ações, como das vigilâncias epidemiológica e sanitária, ou de fiscalização e auditoria, são serviços unicamente de responsabilidade do setor público. Na atenção à saúde, portanto, para os que têm capacidade de compra, um maior poder de aquisição de bens e consumo, as ações e práticas são consumidas por desembolso direto ou indireto (planos, consórcios e/ou convênios de saúde). Resta então às classes menos favorecidas a atenção à saúde organizada pelo poder público, sem desembolso direto, o SUS. Mas esta será mesmo uma verdade? Estudos demonstram que esta é uma premissa relativa, pois o maior grau de complexidade da assistência prestada – complexidade aqui compreendida como os serviços de saúde que compõem o topo da pirâmide hierárquica proposta no desenho do SUS, como hospitais, serviços e medicação de alto custo – tem demonstrado que tanto estes leitos quanto as medicações, ambos são amplamente utilizados por pessoas das diferentes classes sociais, inclusive das mais favorecidas.

Isto tornaria então o espaço da Atenção Básica, o da consulta médica básica, o da clínica odontológica básica, um espaço de maior disputa do complexo médico-financeiro? Ampliar o acesso destas ações dentro do SUS representa interferir diretamente no mercado de compra e venda desses “bens de consumo”? Estas são questões que parecem subverter a lógica da saúde como um direito de cidadania.

A saúde bucal na gestão em saúde: um pouco do pensamento e da história

Inicialmente, propõe-se uma reflexão acerca de algumas das grandes contradições da saúde bucal como um setor que integra a saúde no Brasil. Contradições estas, resultantes dos processos políticos e das ações e práticas,

consolidadas pela história do modelo de acesso e implantação das práticas de saúde bucal, e que ainda são vigentes. Tem-se: (1) profissionais no mercado em número suficiente, porém, há uma enorme parcela da população sem acesso aos tratamentos odontológicos; (2) há o declínio da doença cárie em crianças de até 12 anos e um grande número de necessidades clínicas na população acima dessas faixas etárias, o que continua representando gerações de desdentados; (3) os altos custos do tratamento privado, em contraposição à perda de poder aquisitivo da população; (4) enormes contradições epidemiológicas em saúde bucal e pouca tradição do trabalho pautado na epidemiologia na saúde bucal; (5) a formação acadêmica voltada para a especialização, e a pouca absorção destes profissionais pelo mercado do trabalho especializado.

Estas contradições são resultantes do modelo adotado na formação dos profissionais, na formulação das políticas, estratégias, ações e práticas no setor, o modelo da biomedicina, fortemente centrado na doença e no paciente (o indivíduo doente). Este modelo preocupa-se prioritariamente, em realizar o diagnóstico da patologia e na proposição de um tratamento que prevê a cura (CAMARGO JÚNIOR, 1997).

Para BOTAZZO (2003), a biomedicina e o regime capitalista constituem-se nas bases do sistema de crenças que a Odontologia se desenvolveu no Brasil, marcando a história do setor no século XX, onde: os conteúdos humanísticos não são necessários ao bom desempenho profissional; o ensino deve concentrar esforços para desenvolver habilidades manuais dos profissionais; a odontologia tem caráter privado; e, é marcada por procedimentos cirúrgico-reparadores que culminam numa prática mutiladora.

Como movimentos organizacionais importantes do setor, destacam-se: (1) o surgimento de Odontologia Sanitária em meados dos anos 60; (2) a implantação dos Centros Sociais Urbanos (CSU) que em 1964 traziam consultórios odontológicos dentro de escolas públicas; (3) o surgimento do Sistema Incremental, em 1968, que previa uma atenção específica para escolares, de maneira organizada, a partir do incremento e acúmulo de doença e que trouxe os conceitos de “geração saudável”, de “geração perdida”, de cárie zero, entre outros; e por fim, (4) o surgimento da odontologia simplificada, em 1977, como um modo de organização tipicamente pautada no modelo fordista de produção (NARVAI, 2002).

Pode-se perceber que as formulações guardam estreita coerência com o desenho da “rede de atenção” que se propõe prestar; com a maneira como ela deverá se organizar para a oferta de uma determinada atenção; e, na maneira como esta “rede de atenção” se comunica internamente, mas também como interage e/ou se integra junto aos outros setores, definindo-se assim, todo um sistema de atenção à saúde.

Diz-se, portanto, que a existência de consultórios odontológicos dentro de escolas foi extremamente coerente como proposta, em meados da década de sessenta, quando a progressão da cárie em crianças era, até então, vertiginosa, e a prática em saúde que se compreendia como efetiva para interrupção da história natural da doença (conceito tipicamente oriundo da biomedicina) eram a ênfase nos atos clínicos individuais, [ou quando já numa visão avançada] a remoção mecânica da placa bacteriana por meio da escovação supervisionada e a transmissão de informações em saúde bucal por meio da realização de palestras, nas quais se resume, na maioria das vezes [e inadvertidamente] praticamente toda a ação de educação em saúde.

Numa reflexão sobre os fundamentos de algumas destas práticas, a biomedicina está sempre presente, até mesmo, da saúde bucal coletiva, como: (1) na prática de manutenção individual a cada seis meses, posto que, uma vez doentes, independentemente de suas capacidades de proteção, as pessoas serão sempre vistas como as mais susceptíveis a adoecer; (2) na escovação supervisionada, pois apesar de que o ato escovar devesse ser um hábito que todos adquirissem desde a tenra idade, que devia fazer parte da cultura de todos, como a relação profissional/paciente se estabelece de forma desigual na distribuição de saberes e poderes, os pacientes devem sempre se comportar como sujeitos passivos da ação; (3) na realização de palestras para transmissão de informações, onde quem sabe mais, fala (os profissionais) e o outro ouve e deve simplesmente obedecer (os pacientes), pois o que importa é interromper a história natural do agente etiológico, a história de vida das pessoas, das famílias e das comunidades por onde transitam este agente etiológico, e as capacidades individuais e coletivas de exposição e/ou de defesa a estes agentes, pouco importam. Em todos estes casos, e há seguramente outros exemplos, é a doença que está no centro e foco das atenções, mesmo que equivocadamente, as chamemos de ações de promoção da saúde.

Soma-se a isso, o fato dos profissionais de saúde bucal construir isoladamente suas práticas, mesmo em se tratando de ações da saúde coletiva, o que acabou por consolidar um outro núcleo de conhecimento, a Saúde Bucal Coletiva, que evidencia este distanciamento entre as práticas em saúde. Existem práticas que são para o corpo, e as que são para a boca. É como se ações de saúde bucal não se refletissem sobre os demais segmentos do corpo (físico, mental, social e espiritual) e tampouco a boca se beneficiasse das ações de saúde geral, seja da clínica, na prevenção das doenças, ou na promoção da saúde.

Esta construção e apropriação de conhecimentos específicos em saúde bucal, agravada pela atitude centralizadora dos profissionais, no que se refere a esses conhecimentos, cada vez mais os distanciaram dos outros profissionais da saúde e cristalizaram práticas restritas à saúde da boca, seja no campo da clínica e até mesmo na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Como

marcador desse isolamento, infere-se (e seriam necessárias pesquisas nesse campo) que o desinteresse pela saúde bucal, pelos outros profissionais da área e também de alguns dos gestores em saúde, que - no balanço das relações custo-benefício e político - acabam por não atribuir o verdadeiro sentido e valor que a saúde bucal tem à vida humana, muitas vezes relegando-a ao plano do desnecessário, do não prioritário. Este fato já se constitui num outro paradigma da saúde bucal no Brasil, pois, em algumas comunidades, transcende aos profissionais e aos gestores da saúde e reproduz-se como um senso.

Porém, lembrando BOTAZZO (2003), “nenhuma formação ideológica ou sistema de crenças mantém-se sem que existam práticas que reafirmem ou retroalimentem essas crenças” (BOTAZZO, 2003 p.18) e apostando que seja possível mudar todo um sistema de crenças é que o SUS tem sido construído, em especial, na formulação da Atenção Básica.

O SUS propõe como seus principais princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a hierarquização, a descentralização e o controle social. Na formulação da Atenção Básica na consolidação do SUS, documentos oficiais do Ministério da Saúde referiam uma “mudança de modelo assistencial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), amplamente divulgada, porém, pouco trabalhada no campo teórico-prático. A partir de 2003, os documentos buscam delinear mais detalhadamente o campo de atuação da Atenção Básica, que:

“constitui o primeiro nível de Atenção à Saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da Atenção à Saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas de prevenção e enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A Atenção Básica é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. O trabalho é realizado por equipes que assumem responsabilidade pela saúde da população de territórios delimitados. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando prevenir e solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. Deve considerar o usuário em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, assim como a redução dos danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com SUS, seu primeiro contato realizado pelas especialidades básicas da saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Observa-se, portanto, a proximidade de que o modelo de atenção seja baseado na promoção à saúde, e que se organize: (1) de forma universal, equânime, humanizada e integral; (2) mediante responsabilização territorial e no cuidado longitudinal às famílias e comunidade; (3) no desenvolvimento de práticas e ações realizadas em equipe, de maneira interdisciplinar; (4) efetivada por meio de ações individuais e coletivas adequadas à realidade local e familiar; e, (5) com a incorporação de tecnologias leves e revisão das tecnologias duras (MERHY, 2002).

Destaca-se que o modelo da Promoção da Saúde busca a visão integral do ser, não dissociando corpo e mente; preocupa-se em realizar o diagnóstico integral, observando os aspectos biológicos, sociais, ambientais, relacionais, culturais e pactua as mudanças necessárias em todos estes aspectos para o restabelecimento da saúde, através do cuidado e do acompanhamento; e pretende realizar uma abordagem comunitária, coletiva, por que não, da família como uma célula importante da comunidade.

Propõe-se a reflexão sobre dois dos princípios do SUS, com a intenção de aguçar o debate acerca das práticas em saúde bucal até então cristalizadas na organização da atenção e no exercício dos profissionais da área e que são oriundas do paradigma da biomedicina.

A universalidade refere o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, conforme necessidade, dado o princípio da hierarquização. Está se respeitando a universalidade quando se organiza a atenção clínica em saúde bucal para assistência apenas das crianças? E ainda, esta clínica é mesmo para todas as crianças ou apenas para as que estão na faixa etária de 6 a 12 anos matriculadas e freqüentando a escola? Esta atenção envolve a todas as escolas ou apenas as escolas públicas? E esta atenção é mesmo para todas as crianças que estão na escola pública ou apenas para aquelas que preferencialmente ainda não tiveram experiência de cárie? [a busca da “geração saudável”].

Parece claro que se negligencia o princípio da universalidade quando se propõe esta forma de organização da assistência à clínica na Saúde Bucal. Portanto, organizar a assistência de forma a atender todas as pessoas, em todas as faixas etárias, em toda a sua necessidade de acordo com a capacidade operacional da equipe de saúde, é valer-se do princípio da universalidade expresso no SUS.

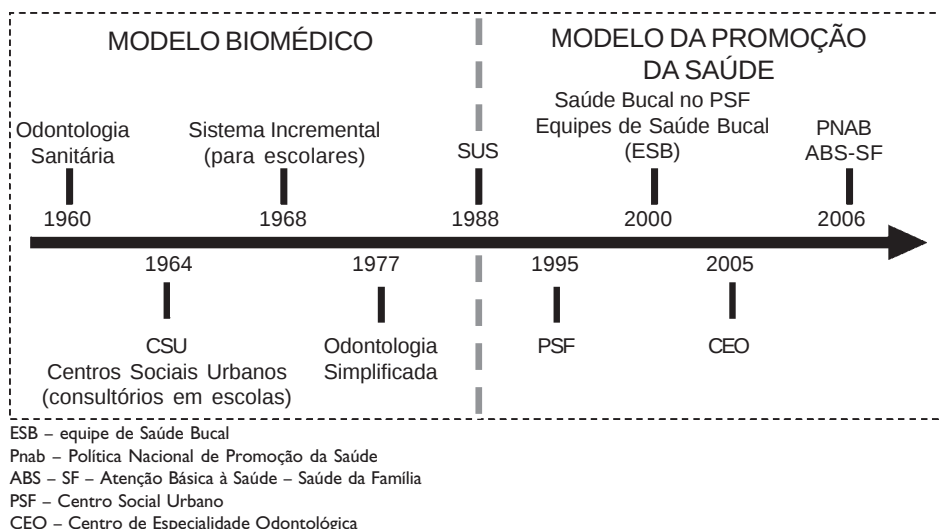
Outro princípio amplamente debatido é a integralidade. Vários sentidos e dimensões de aplicabilidade no SUS têm-lhe sido atribuído (PINHEIRO, 2001, 2003, 2004). Apenas como um esforço didático e de síntese, propõe-se que se compreenda sua aplicabilidade na Atenção Básica sob duas dimensões: na atenção à saúde (na definição do rol de ações e práticas) e na organização da oferta de serviços (em como estabelecer o acesso a estas ações e práticas).

Na primeira dimensão, na atenção à saúde, destacam-se como principais sentidos: (1) entender o corpo humano como um todo (boca, cabeça, membros), e com isto, o fortalecimento de uma clínica generalista, que na medida do possível, não fragmente o ser humano em partes, posto que o ser humano, em seu todo, é muito mais que a soma de suas partes; (2) ver o humano como um ser integral, cuja doença e a dor se expressam através do corpo, mas que refletem também seus credos, seus medos e ansiedades, ou seja, corpo-mente- espiritualidade como indissociáveis, e com isso: (a) um novo significado para o conceito de somatizar – que descaracteriza os sofrimentos reais atribuídos a não presença de agentes etiológicos ou metabólicos (conceito de base biomédica), e dessa maneira, desqualifica-a, descarta-a para definição do plano de tratamento, ou simplesmente a taxa como um distúrbio de origem mental - e, (b) a valorização de outros saberes para compor o rol de ações e práticas em saúde, como as práticas integrativas e complementares (lian gong, tai chi chuan, acupuntura, homeopatia, ficoterapia, medicina antroposófica e outras); e, (3) compreender o ser humano como um ser social que vive sempre em sociedade, cuja base em nossa cultura é a família, e que por isso a saúde da família como uma estratégia, posto que a família é geralmente sua fonte primária de cuidados, mas também de sérios conflitos, e portanto, a família interfere diretamente nos processos de saúde-doença dos indivíduos, bem como, o trabalho (ou a falta dele), a inserção (inclusão ou exclusão) e as características da comunidade em que se vive, além dos riscos próprios desse ambiente, também a capacidade das pessoas em lidarem e de se protegerem destes riscos – daí a formulação de conceitos relativamente novos que deveriam pautar as ações e práticas, como a vulnerabilidade, a proteção, o cuidado em saúde, entre outros.

Na segunda dimensão, na organização da oferta de serviços, destacam-se como principais sentidos: (1) organizá-la como um conjunto articulado e contínuo de serviços que realizam ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde, em que a proposição do cuidado longitudinal (ao longo do tempo) em saúde ganha força; (2) o rol de ações e práticas que os serviços desenvolvem, devem incluir algumas de caráter individual e outras de cunho coletivo; e, (3) a oferta de serviços se dá por meio de níveis de assistência, articulados entre si, de acordo com necessidades dos indivíduos, e dessa maneira, garantindo-se também o princípio da hierarquização expresso no SUS.

Apenas com esse breve e sucinto destaque a dois dos principais princípios ordenadores do SUS, pode-se perceber o quanto é desafiador para os profissionais de saúde a empreitada da tal “mudança do modelo assistencial”, em especial, na Saúde Bucal.

Como uma linha histórica do desenvolvimento do pensamento na Saúde Bucal destaca-se como marcos importantes:



A Atenção Básica e a Saúde Bucal no Pacto pela Saúde - Pacto em defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006b)

O ano de 2006 marcou a gestão do SUS, com a proposição de um novo pacto tripartite (entre governos federal, estadual e municipal) para o seu desenvolvimento. O momento propiciou o ambiente para a revisão de 27 portarias do Ministério da Saúde que estavam em vigor na regulamentação da Atenção Básica, que foram substituídas pela implantação pioneira no Brasil, da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), regulamentada pela PT/GM nº 648; complementada pela PT/GM nº 649, que define recursos para estruturação de unidades básicas de saúde em municípios com PRÓ-SAÚDE e Residência de Medicina de Família e Comunidade; e, pela PT/GM nº 650 que define valores do piso de atenção básica (PAB) fixo e variável; todas editadas em 28 de março de 2006.

Dentre os principais desafios para a Atenção Básica (AB) oriundos desta regulamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), numa organização didática, propõem-se, os relacionados: à organização do SUS; à compreensão da Atenção Básica – Saúde da Família (AB/SF); às práticas em saúde na AB/SF; às perspectivas de impacto sociopolítico.

Como desafios à organização do SUS, aponta-se: (1) a AB constituir-se efetivamente como o primeiro nível hierárquico da atenção da saúde no sistema, devendo ser organizada, e de responsabilidade, em todos os municípios do país, não mais havendo condições de habilitação para municípios e estados neste nível

de atenção à saúde; (2) a AB ser ordenadora de redes de atenção à saúde do SUS, ou seja, as redes serem organizadas a partir de uma ampla base de serviços de AB; (3) a consolidação e qualificação da estratégia de Saúde da Família (SF) como organizadora da AB, posto que a define claramente como contempladora dos pontos essenciais à qualidade da atenção (STARFIELD 2002) em qualquer que seja o porte ou região de localização do município que a adotar, ou seja, descarta claramente qualquer traço de transitoriedade que poderia originar-se do fato de ter sido chamada até então de programa, propondo-se inclusive a consolidar a institucionalização de uma política que auxilie os gestores a superar a visão da SF como um programa; (4) a otimização da utilização dos recursos disponíveis com inserção da AB/SF nas redes de serviços, propondo a superação de todos os traços de duplicação dessas redes (onde esteja implantada a AB tradicional no mesmo território da AB/SF), em todos os municípios do país; (5) a priorização dos investimentos, inclusive com ampliação do financiamento pelos três níveis de gestão do sistema, governos federal, estadual e municipal; (5) a implementação dos instrumentos de gestão disponíveis (Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), Programação Pactuada Integrada (PPI), Pacto da ABS); (6) a interferência na formação, capacitação e contratação, e quando necessária ampliação, do quadro de profissionais de saúde de nível técnico e superior; e, (7) ampliação de ações, seja no campo da gestão e financiamento, seja na organização da atenção à saúde, que visem a superação das diferenças regionais do país, na busca da equidade.

Como desafios relacionados à compreensão da AB/SF, destacam-se: (1) a AB caracterizar-se pela realização de um conjunto de ações, promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; (2) a AB desenvolver-se individual e coletivamente, por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas; (3) a AB ser organizada com foco na família e na comunidade, onde a saúde da família (SF) deve ter caráter substitutivo em relação à rede tradicional; (4) a responsabilização de todos os gestores e trabalhadores municipais na reorganização da AB /SF, visando a superação de possíveis atitudes clientelistas e/ou corporativas; (5) consolidar-se efetivamente por meio de um processo de territorialização com adscrição da clientela, que proporcionará maior efetividade ao planejamento e programação; (6) a construção de vínculos de co-responsabilidade entre profissionais e famílias assistidas; (7) a efetivação da intersetorialidade no desenvolvimento das ações; (8) a valorização dos diversos saberes e práticas, com a recuperação e valorização dos saberes originários da cultura local; e, (9) o estímulo à participação social.

Como desafios relacionados às práticas em saúde na AB/SF: (1) a garantia de acesso universal e contínuo; (2) caracterizar-se como a principal “porta de entrada” do sistema de saúde, consolidando-se como o acesso de permanente atenção aos cidadãos, à longitudinalidade; (3) atuar de forma proativa em relação

à comunidade adstrita; (4) desempenhar o papel de coordenação do acesso à rede SUS visando a integralidade da atenção à saúde; (5) concretizar a integralidade da atenção nas ações e práticas, especialmente, por meio da integração da oferta de ações programáticas e respostas à demanda espontânea; (6) ser resolutiva; (7) a realização do trabalho interdisciplinar e em equipe; (8) fundamentar seu trabalho no planejamento com base no diagnóstico situacional realizado integrado à comunidade; (9) a construção de vínculo e responsabilização com base em territórios definidos; (10) a implantação de políticas de valorização profissional; (11) a ampliação do acompanhamento e avaliação para a melhoria contínua dessas ações e práticas; e (11) o estímulo à participação popular e ao controle social.

Como desafios aos profissionais da AB/SF, propõe-se: (1) que estes sejam especialistas nos problemas mais comuns e frequentes na comunidade; (2) pratiquem a saúde baseada em evidências, utilizando-se dos conhecimentos mais atualizados das ciências; (3) desenvolvam ações que geralmente são de baixa densidade tecnológica, porém são de alta complexidade na prática em saúde, pois para além da assistência, buscam atuar sobre os determinantes das doenças, através das ações de prevenção e promoção da saúde.

Como relação às perspectivas de impacto sociopolítico a AB/SF, aponta: (1) serem capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade; (2) realizar vigilância em saúde; (3) humanizar ações e práticas de saúde por meio da busca ativa e da ação proativa das equipes; (4) racionalizar acesso aos serviços de média e alta complexidade, buscando-os apenas quando necessário à continuidade da assistência; (5) ampliar ações de promoção à saúde, incluindo ações intersetoriais; (6) identificar e fortalecer redes de proteção social, governamentais ou não; (7) aumentar a satisfação da comunidade com a clínica e a atenção em saúde prestada, havendo maior e melhor resolubilidade, integralidade e continuidade na atenção; (8) ampliar a qualificação da AB/SF por meio de utilização de ferramentas de gestão, a exemplo do planejamento, da implantação de sistemas de gestão por resultados, como com o uso da ferramenta de Programação para Gestão por Resultados (Prograb) e da Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ); (9) efetivar a avaliação e acompanhamento permanente da AB/SF; (10) avançar nos processos de formação, capacitação, educação permanente, e de regulamentação do trabalho em saúde (na regularização dos vínculos e fortalecimentos das modalidades de contratação para o setor).

A Saúde Bucal ganha destaque nos últimos anos, não apenas nos textos que referem a AB/SF, como a Pnab (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006a), mas também se formulou toda uma política específica para o setor, que visa, basicamente, ao fortalecimento dos serviços de saúde bucal na AB/SF e a implantação e fortalecimento de ações de promoção da saúde, como a

fluoretação maciça da rede de abastecimento de água, e do fortalecimento da rede de atenção à saúde, também nos níveis secundário e terciário, por meio de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), descritos na Política Nacional de Saúde Bucal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a) e no Projeto Brasil Sorridente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Detendo-se na prática das equipes de saúde na AB/SF, para a consolidação de um novo modelo de atenção, destacam-se aqui apenas dois elementos de superação com a finalidade de ampliar debate a este respeito, ambos diretamente relacionados à fragmentação da atenção na saúde bucal, oriunda do modelo biomédico que pautou seu desenvolvimento: a dicotomia entre ações de prevenção/promoção e as ações de cura; e a dicotomia entre ações coletivas e individuais. Estas ações geralmente são organizadas, ofertadas e desenvolvidas para grupos específicos ou demandas distintas (programadas ou espontâneas), em que se consideram situações como, viverem em ambientes escolares, terem ou não experiência anterior de cárie, entre outras. Ações que geralmente são desenvolvidas de maneira dissociada, estabelecendo-se públicos distintos e distantes, e ainda, onde os indivíduos estão desvinculados de suas famílias e comunidades.

Propõe-se então para a construção de um novo modelo de atenção na saúde bucal na AB/SF a superação de um primeiro desafio, a mudança da própria lógica do pensamento e do ideário que pautam a construção e consolidação das ações e práticas em saúde, sejam de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção dessa saúde, bem como na oferta, no acesso e na organização dessas ações e práticas por meio dos serviços de saúde.

Neste sentido, uma importante transformação talvez seja da própria atitude dos profissionais de saúde, que deverão buscar sempre a melhor informação disponível sobre o que se propõem fazer, e revisar constantemente suas ações e práticas, questionando seus enfoques, maneiras de acesso e abordagem, em especial, sobre qual a ótica foram construídas (se biomédica ou de promoção à saúde). Não está se dizendo que toda prática construída a partir do modelo biomédico seja desnecessária, não é isto. Diz-se, porém, que ela dá conta (ou deveria dar) de apenas uma das dimensões que afetam a integralidade do ser humano, e que, como trabalhadores em saúde da AB/SF, devem-se também ocupar das demais dimensões que integram a vida das pessoas.

Para tal, talvez a maior desafio para se constituir um novo paradigma para a mudança do modelo assistencial esteja na incorporação da dimensão do “cuidado” à prática em saúde, em especial na saúde bucal.

Primeiro é importante destacar que a biomedicina tem como objeto a cura, porque parte do princípio de que “saúde é ausência de doença” (CAMARGO JÚNIOR, 1997). Neste capítulo, já se falou que a escolha da Atenção Básica é pautar-se sobre o conceito ampliado de saúde-doença (também

denominado - determinação social da saúde-doença), ou seja, parte de outro marco conceitual. Depois, no entendimento de que não há pessoa que viva a saúde ou a doença de maneira absoluta, ou seja, “o completo bem-estar físico, mental e social” é uma utopia proposta pela OMS nos anos 60 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001) – uma bela utopia, que trouxe como desafio ao setor saúde, transitar como uma área social – mas que trouxe, porém, aos trabalhadores da saúde, também, a angústia de que sempre há mais a se fazer, e a ansiedade de que não se dispõe de todos os conhecimentos possíveis para o que deveria ser feito, e por isto, o que se faça (por mais que seja) se parece sempre pouco, incompleto. É a constante busca de “pacientes plenamente curados”.

Na saúde bucal se tem exemplos típicos dessa racionalidade que pauta algumas práticas, como a busca de se obter toda uma geração completamente livre de cárie (e ansiedade daí derivada).

Outro exemplo pode ser a manutenção periódica para todas as pessoas a cada seis meses, que desconsidera completamente os contextos individual e coletivo, cultural e social, em que vive cada uma das pessoas que passam pela clínica odontológica. Isto porque parte-se do princípio, de que apenas profissionais de odontologia detêm os conhecimentos que possam garantir de que a “cura” ou a saúde de cada uma das bocas se mantenham. O indivíduo, por mais que os profissionais tenham o discurso da educação em saúde (e o apliquem), é visto e percebido, sempre como um sujeito passivo da ação, incapaz de reproduzir os conhecimentos transmitidos ao longo de sua vida, sozinho, ou seja, um “paciente”, nunca um cidadão. Será mesmo que se acredita no tratamento restaurador definitivo realizado [se acredita que ele chegou então à cura]? E se acredita mesmo na educação em saúde prestada? Na escovação supervisionada como uma prática capaz de operar verdadeiramente uma mudança de hábito, de atitude no cidadão? Ou as próprias ações estarão [no fundo] desacreditadas e para preservar-se (como trabalhador) é melhor que se garanta uma revisão a cada seis meses?

Não se tem, com este capítulo, a pretensão de esclarecer estes questionamentos, tampouco esgotar tantos outros que emergem das ações e práticas desenvolvidas na saúde bucal, que geralmente estão fortemente impregnadas pelo paradigma da biomedicina, mesmo em se tratando da promoção da saúde. A intenção é aguçar a capacidade questionadora de quem pratica a saúde bucal sob a ótica da “cura”, e propor uma reflexão para uma nova abordagem que busque o “cuidado em saúde”.

A atenção na saúde bucal e o cuidado em saúde

Cuidar é ter atenção, precaução, cautela, preocupação, inquietação, é agir pensado, meditado, calculado, imaginado, previsto, é desenvolver, ao longo do

tempo, a capacidade de perceber sinais verbais e não verbais da comunicação no processo saúde-doença, e que são fundamentais à vida e essência das pessoas.

Para BOFF (2002)

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo (....) o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado de outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (....) é um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (....) é o sentimento que torna pessoas, coisas e situações importantes para nós (....) Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano.” (BOFF, 2002, p.33, p.92, p.100, p.101)..

É sobre esta perspectiva que se propõe que sejam construídas as ações e práticas em saúde na AB/SF, buscando integrar diversos aspectos da atenção à vida que interferem positiva ou negativamente na saúde bucal, tais como: clínicos assistenciais; de promoção e prevenção; de fomento à qualidade de vida; de aporte à rede social; e, de defesa da cidadania.

Para tal, uma importante ferramenta reside no planejamento estratégico, elaborado com base nos conhecimentos do território e da epidemiologia, com a participação popular por meio do controle social, visando não apenas à vigilância à saúde, mas ao “cuidado em saúde”, que deverá ser constantemente revisto e atualizado, retroalimentado por metodologias de acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Todas as ações e práticas devem ser construídas a partir das necessidades dos usuários, dentro do conceito de humanização da atenção (CAMPOS, 1991, MERHY 2002) onde a escuta ativa é fundamental a todos os profissionais.

A atenção deve se fundamentar, não com enfoque no indivíduo doente ou saudável, mas numa abordagem integral a todos os cidadãos, com seus diferentes níveis e condições ao controle dos processos saúde-doença, em que a família – seu principal aporte no cuidado, porém, também sua principal fonte geradora de conflitos e de desequilíbrio destes processos – estará incluída e participe desde o estabelecimento do plano terapêutico, a também, acompanhando e monitorando, cuidando para que se tenha sucesso.

Deve-se buscar a inclusão, em alguma medida, de toda a população da área adstrita, sendo fundamental que o acesso e a oferta à atenção se organizem por meio do acompanhamento longitudinal das famílias, e sempre que se faça necessário, se garanta o acesso dos indivíduos-família às ações e práticas

(prevenção, promoção, reabilitação, recuperação, manutenção da saúde), seja pela atenção programada ou de atenção às necessidades eventuais.

Diz-se que o espaço da AB/SF acontece, então, nos domicílios, nos demais espaços coletivos da comunidade, como nas escolas, creches, empresas, associações, grupos de ajuda, e outros; e, na própria Unidade Básica de Saúde.

O rol de ações que devem ser ofertadas integra: ações de promoção à saúde, de prevenção de doenças, de epidemiologia, de controle das patologias bucais e levantamentos de dados, de planejamento estratégico e de assistência clínica restauradora.

Outra característica é o trabalho interdisciplinar em equipe, o que exige uma profunda revisão no modo em que os profissionais da Saúde Bucal realizam suas atividades. A inserção dos serviços de saúde numa rede social de aporte comunitário mais amplo, com o estabelecimento de parcerias governamentais ou não, são também fundamentais.

Para melhor compreensão do desafio, sugere-se como um exercício em como uma equipe de saúde bucal na AB/SF deveria pensar uma abordagem a um paciente com doença periodontal.

Dentro do modelo biomédico, as questões principais, geralmente restritas a prática individual do dentista seriam: qual patologia está causando os sintomas? O paciente tem sangramento de gengiva? O paciente sente dor quando bebe gelado (tem raízes expostas)? Qual o tamanho das bolsas periodontais?

Pensando numa nova prática, num novo modelo de atenção à saúde, dentro da ótica da promoção da saúde, sabe-se que a doença periodontal é determinada por diversos fatores (biomédicos, sociais e culturais), como: a precariedade da higiene bucal, estresse no trabalho, o uso abusivo do álcool, o uso do cigarro, o estresse causado pelos conflitos com filhos adolescentes ou com a companheira, alimentação pouco saudável, o sedentarismo, entre outros. A pergunta fundamental a uma equipe de saúde bucal na AB/SF será – se sabemos que a doença periodontal origina-se da desarmonia entre vários fatores, qual deles devemos combater?

Outras questões se seguirão, tais como: realizando a atividade curativa, a clínica eu cumpro o meu papel? “Ensinando” o paciente a higienizar a cavidade oral, eu cumpro o meu papel? Qual a importância e o significado da doença periodontal dentro do contexto da saúde geral do paciente, e que valor ele dá para esta patologia? Qual o significado da doença periodontal para a família do usuário, e qual a sua capacidade de resposta e controle desta patologia? Qual o meu principal aliado na família para auxiliar nos cuidados contínuos que este

cidadão necessita? Que recursos e qual a real disponibilidade para o exercício deste cuidado no seio familiar? O que significa a doença periodontal na comunidade em que sou responsável? Quem são meus parceiros nesta empreitada? Quem são os mais suscetíveis à doença periodontal em minha comunidade? Dentre os suscetíveis, quais aqueles em que a Doença Periodontal apresenta-se com maior gravidade? Porém, quais aqueles em que a doença periodontal representa um risco potencial de agravamento (complicações) de outras doenças associadas? Como eu vou organizar meu trabalho em equipe interdisciplinar para o controle da doença periodontal na comunidade? Que ferramentas eu disponho para me auxiliar neste trabalho? – entre outras.

Vê-se que são enfoques de abordagem distintamente diferentes e que representam uma profunda mudança de atitude dos profissionais de saúde.

Para finalizar, dentre vários aspectos que estão em questão quando atenção na saúde bucal na AB/SF se propõe à construção de um novo modelo de atenção destacam-se: (1) a construção de um modo de operar, em que as equipes de saúde avancem na perspectiva do cuidado em saúde, superando a busca da cura e a dicotomia entre ações de prevenção e de reabilitação, de maneira a romper com o ciclo – acúmulo de doença, cura inicial, acúmulo de doença, cura em manutenção, acúmulo de doença, cura em manutenção, e assim por diante; (2) mudar a abordagem e compreensão sobre as pessoas, mudando não apenas a denominação de “pacientes” para “usuários”, mas que isto reflita efetivamente que as pessoas deixam de ser objetos passivos das ações de saúde (pacientes), mas que efetivamente sejam sujeitos capazes de opinar, interferir, dar continuidade aos planos terapêuticos por meio do próprio cuidado, e/ou do cuidado familiar e comunitário; (3) planejar e executar ações interdisciplinares, integradas às famílias e grupos prioritários à atenção, por meio do trabalho conjunto da equipe de saúde, superando a dissociação entre a boca e o restante do corpo; (4) avançar na aplicação da epidemiologia clínica e social no planejamento e execução de ações, com intuito de ampliar a aplicação do princípio da equidade; (5) romper com as práticas clínicas eminentemente mutiladoras, posto que os serviços de AB/SF deverão integrar uma rede de atenção à saúde de maneira a contemplar os demais níveis de atenção à saúde, com a garantia de fluxos e acesso às especialidades como endodontia, periodontia, próteses e outras, quando necessário; (6) ampliar ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação, com vistas ao melhor desempenho da equipe tanto no planejamento quanto no cuidado dos indivíduos-família na comunidade, avançando em sistemas que sejam os mais integrados possíveis; e, (7) avançar na abordagem dos usuários-família-comunidade, superando o enfoque estrito às doenças bucais.

Referências Bibliográficas¹

BOTAZZO C. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC, organizador. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo a saúde*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 17-27.

CAMARGO JÚNIOR KR de. A Biomedicina. *Physis* 1997; 7(1): 45-68.

CAMPOS GE de S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec; 1991.

CAMPOS GE de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.

MERHY EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-112.

MINAYO MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos Pela Saúde; 2006. Brasília (DF); 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília (DF); 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z – garantindo saúde nos municípios*. Brasília (DF); 2005 p.35-36.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento Apoio à Descentralização. *Diretrizes operacionais: Pactos Pela Vida. Em Defesa do SUS e de Gestão*. Série Pactos Pela Saúde 2006. Brasília (DF); 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Brasil Sorridente: a saúde bucal levada a sério*. Brasília (DF); 2004. Disponível em URL:<http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578> [2004 nov 12]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* [online]. Brasília (DF) 2004. Disponível em <URL:<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf> [2004 nov 12]

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da saúde: declaração de Alma-Ata, carta de Otawa, declaração*

¹ Utilizou-se o sistema de citação autor e ano, segundo as regras apresentadas no Guia de Apresentação de Teses da Universidade de São Paulo, 2006.

de Adelaide, declaração de Sindsvall, declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede dos Megapaíses, declaração do México. Brasília (DF); 2001.

NARVAI PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002.

NORONHA JC, SOARES LT. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciênc. Saúde coletiva* 2001; 6(2): 445-450.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO N de, *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

PINHEIRO R, MATTOS RA de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003.

PINHEIRO R, MATTOS RA de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, UERJ, IMS, Abrasco; 2004.

Pinheiro R, Mattos RA de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2001.

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

VIANNA CM de M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis* 2002; 12(2): 375-390.

Capítulo 4

Atenção Básica: Pensando Saúde Bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Rosa Maria Barros dos Santos

Silvia Fedato Barbosa

Tania Izabel Bighetti

Tânia Regina Tura Mendonça

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das políticas sociais mais bem sucedidas no Brasil. Tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo e ocasionou grande ampliação das ações de saúde, tanto na atenção básica, quanto em procedimentos de alto custo, isso baseado nos seus princípios éticos da universalidade, integralidade e equidade. Porém, o SUS enfrenta o encarecimento da assistência à saúde em função da cobertura da população antes considerada “excluída”, aumento da população dependente, envelhecimento e ocorrência de doenças crônicas e incorporação de novas tecnologias e terapêuticas.

Segundo projeções da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2006, o Estado de São Paulo nos seus 248.809 km² contava com 40.442.795 habitantes, apresentando o terceiro melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em comparação com os demais estados brasileiros (IDH=0,820). Mas dentro do estado existem variações desse índice, com valores de 0,645 (Itapirapuã Paulista) a 0,919 (São Caetano do Sul). Entre os seus 645 municípios, apenas 72 têm mais de cem mil habitantes, 51 têm entre cinquenta e cem mil habitantes. Oitenta por cento dos municípios do estado têm até cinquenta mil habitantes (286 com até 10 mil e 236 com 10 a 50 mil habitantes). O Produto Interno Bruto (PIB) do estado representa 31,8% do PIB nacional.

Para organizar e acompanhar a implantação do SUS no Estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde, criada pelo Decreto nº 28 de 1/3/1892, passou por vários processos de estruturação que acompanharam as mudanças ocorridas nas políticas de saúde no Brasil.

A última reestruturação foi oficializada pelo Decreto nº 51.433, de 28/12/2006, organizando-a nas seguintes instâncias: Conselho Estadual de Saúde (CES); Coordenadoria Geral de Administração (CGA); Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH); Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS); Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS); Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD); Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (CCTIE); Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS); Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), além de seis institutos, um hospital, três fundações, quatro centros de referência e uma superintendência.

Com esse decreto, a organização administrativa da saúde passou das 24 Direções Regionais de Saúde (DIR) para 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS): Região Metropolitana (DRS I), Araçatuba (DRS II), Araraquara (DRS III), Baixada Santista (DRS IV), Barretos (DRS V), Bauru (DRS VI), Campinas (DRS VII), Franca (DRS VIII), Marília (DRS IX), Piracicaba (DRS X), Presidente Prudente (DRS XI), Registro (DRS XII), Ribeirão Preto (DRS XIII), São João da Boa Vista (DRS XIV), São José do Rio Preto (DRS XV), Sorocaba (DRS XVI) e Taubaté (DRS XVII).

Antes do “Pacto pela Saúde 2006” estabelecido por meio da Portaria 699/GM de 30/3/2006 o estado tinha 477 municípios na gestão da atenção básica e 168 na gestão plena do sistema de saúde.

O Estado de São Paulo detinha, em 2005, 22% da população brasileira e, em relação às ações de assistência no SUS, em 2005, quando comparado com o Brasil:

- foi responsável por 28% das internações de cirurgias oncológicas e 49% das internações de transplantes;
- possuía 30% dos leitos de UTI;
- teve 27% dos gastos de terapia renal substitutiva, 29% de quimioterapia e 28% de radioterapia;
- teve 33% dos gastos de ressonância magnética e 37% de tomografia computadorizada;
- teve 46% dos gastos de medicamentos excepcionais e 30% de procedimentos especializados ambulatoriais.

Com o processo de municipalização de todas as unidades básicas de saúde e seus profissionais (12 mil no total, dos quais 1.600 são cirurgiões-dentistas e 275 são auxiliares de consultório dentário), a atenção primária (inclusive bucal) passou a ser parte da gestão municipal, havendo uma mudança no papel do gestor estadual. Isto permitiu à Secretaria de Estado da Saúde desenvolver o seu papel de articulador, assessor, incentivador e promotor da

equidade na atenção primária e manter seu papel na prestação de serviços secundários e de maior complexidade (referência).

Assim, as ações da Área Técnica de Saúde Bucal que fazia parte do Grupo Técnico Normativo de Avaliação e Controle (GTNAC) ficaram pulverizadas nas seguintes instâncias: CRH, CGA, CRS e CPS. Na CRH, a ação relacionada à Saúde Bucal é a assistência nas ações de formação de pessoal de nível médio. Na CGA, o Sistema Integrado de Informações Físico-financeiras (SIA-Físico) é responsável pelo cadastro de equipamentos e materiais odontológicos. Na CRS, a Saúde Bucal faz parte do grupo da Atenção Básica/Programa Saúde Família (PSF), sendo responsável pela qualificação das Equipes de Saúde Bucal - ESB, habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), além de acompanhar, junto ao Setor de Finanças, os Termos Aditivos (TA) específicos em Saúde Bucal. Na CPS, as ações de Saúde Bucal no Estado de São Paulo, devem ser planejadas e avaliadas considerando-se o papel do Estado estabelecido no Pacto pela Saúde, sendo que esse processo acaba limitado pela fragmentação da área nas diversas coordenadorias.

Ações de Saúde Bucal no SUS-SP

As ações da Saúde Bucal, no que diz respeito ao novo papel do gestor estadual na articulação, assessoria, incentivo e promoção da equidade na atenção primária, consideram as linhas do cuidado nos ciclos de vida e o pressuposto da Lei 8.080 de 19/09/1990 relativo ao dever de garantir a saúde, através de formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No que diz respeito às linhas do cuidado, pode-se destacar o acompanhamento e o incentivo aos programas e projetos relacionados, que incluam as seguintes ações:

- na saúde da gestante: ações educativas que visem o cuidado com sua cavidade bucal e estímulo ao aleitamento materno;
- na saúde da criança: ações que articulem aspectos relativos à nutrição e ao aleitamento materno e cuidados com a higiene bucal; redução da prevalência de cárie dentária na faixa etária de 0 a 5 anos de idade, com atuação preventiva em creches e encaminhamento para as unidades básicas de saúde das que demandem assistência, além de busca ativa através de agentes comunitários de saúde;
- na saúde do escolar: ações preventivas nas escolas, com identificação de grupos de risco e encaminhamento para as unidades básicas de

saúde de acordo com a prioridade da necessidade acumulada, além de incentivo a trabalhos em grupos com pais e professores;

- na saúde do adolescente: ações preventivas e assistenciais que favoreçam a importância do sorriso para inclusão no mercado de trabalho e nas relações interpessoais;
- na saúde do adulto e do idoso: ações assistenciais relacionadas às doenças mais prevalentes (doença periodontal, cárie radicular e câncer bucal), além de atuação preventiva e voltada à auto-estima das pessoas que necessitam procedimentos de reabilitação.

O Pacto pela Saúde: a Saúde Bucal no SUS-SP

O “Pacto pela Saúde 2006” está dividido em três componentes: “Pacto pela Vida”, “Pacto em Defesa do SUS” e “Pacto de Gestão”. O “Pacto pela Vida” definiu prioridades, estando a saúde bucal inserida em três: saúde do idoso, promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica/Primária. Em relação ao “Pacto em Defesa do SUS”, a Saúde Bucal deve ser entendida como direito e estar inserida na elaboração da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. No que diz respeito ao “Pacto de Gestão”, devem ser consideradas as proposições contidas no documento “Política Nacional de Saúde Bucal”. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal deve ser norteadora da Política Estadual de Saúde Bucal, a ser pactuada em nível de Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Em relação à regionalização, o objetivo é a melhora do acesso a serviços de saúde, incluindo neles a Saúde Bucal, a fim de desenvolver sistemas eficientes e efetivos, que reduzam desigualdades e garantam a integralidade das ações e serviços.

Os estados devem formular políticas para áreas prioritárias; coordenar, acompanhar e avaliar a implementação dos pactos; apoiar técnica e financeiramente a Atenção Básica, garantindo a estrutura física para sua realização. É o caso do “Projeto Promoção e Qualidade de Vida – Fluoretação das águas de águas de abastecimento público – 2004” com repasse financeiro para municípios de forma a atingir 100% de cobertura da população urbana com acesso à água fluoretada, considerando os municípios que ainda não possuem o sistema (São Paulo 2004a).

Existe amplo conhecimento sobre os benefícios da fluoretação das águas de abastecimento público, o que torna este método o mais seguro, universal, eficaz e econômico para a redução da cárie dentária. Apesar da obrigatoriedade da fluoretação das águas estar prevista na Lei nº 6.050 (de 24/5/1974), e regulamentada pelo Decreto nº 76872/1975, havia no Estado de São Paulo, em 2004, 117 municípios com até 20.000 habitantes que não tinham implantado

essa medida, o que levava a uma heterogeneidade nos valores do Índice CPO-D (índice que mede a experiência de cárie dentária através dos componentes “C” – cariado, “P” – perdido/extraído por cárie e “O” – obturado/restaurado) aos 12 anos de idade. Enquanto a média para o estado era de 2,5, nesses municípios esse valor variava entre 2,5 a 7,1.

O projeto teve as seguintes etapas:

- levantamento dos órgãos operadores e número de poços (tendo em vista a inexistência de informações relativas ao número de poços por município, foi estabelecida inicialmente uma proporcionalidade em função do número de habitantes, a ser revista a partir de um diagnóstico posterior realizado pelos setores de Vigilância Sanitária Municipal supervisionados pelo PROÁGUA – Programa de Vigilância Sanitária da Qualidade da Água para Consumo Humano - estabelecido no Estado de São Paulo pela RSS-45 de 31/1/1992);
- parâmetro para cálculo de material de consumo e equipamentos: 20.000 habitantes;
- cálculo do número de bombas dosadoras e material de consumo (3 anos) por município;
- reunião com representantes para apresentação do projeto;
- elaboração do termo aditivo;
- implantação;
- avaliação e monitoramento.

A distribuição desses municípios segundo DRS, bem como a situação da implantação do projeto (informações da CRS de maio de 2005) estão apresentadas no Quadro I.

Essa situação (em torno de 75% dos municípios que já receberam os recursos financeiros e ainda não efetivaram a implantação) implicou na necessidade de avaliação do grau de dificuldade enfrentada pelos municípios e numa readequação do projeto, contemplando as necessidades locais. Entre as dificuldades podem ser citadas: relação entre o número de equipamentos previstos no projeto e número de poços existentes; existência de responsável técnico capacitado, em nível municipal ou regional, que dê suporte para a implantação e supervisione o trabalho do técnico da estação de tratamento na utilização do produto fluorado dentro dos parâmetros aceitáveis para o Estado de São Paulo (entre 0,6 e 0,8 mg/l, ideal 0,7 mg/l); entre outras.

Uma das iniciativas foi, a partir de um inquérito elaborado em parceria com o PROÁGUA, a identificação do número de poços e abrangência da

Quadro 1: Distribuição dos municípios do Projeto Promoção e Qualidade de Vida – Fluoretação das águas de abastecimento público – 2004, segundo DRS no Estado de São Paulo.

DRS	Região	Nº municípios funcionamento	Nº de de municípios em funcionamento	% de municípios em
3	Araçatuba	8	4	50,0
4	Araraquara	10	2	20,0
5	Barretos	8	-	-
6	Bauru	8	4	50,0
7	Campinas	2	-	-
8	Franca	8	1	12,5
9	Marília	8	1	12,5
10	Piracicaba	8	2	25,0
11	Presidente Prudente	11	2	18,2
13	Ribeirão Preto	10	1	10,0
15	São José do Rio Preto	33	11	33,3
17	Taubaté	3	-	-
Total		117	28	23,9

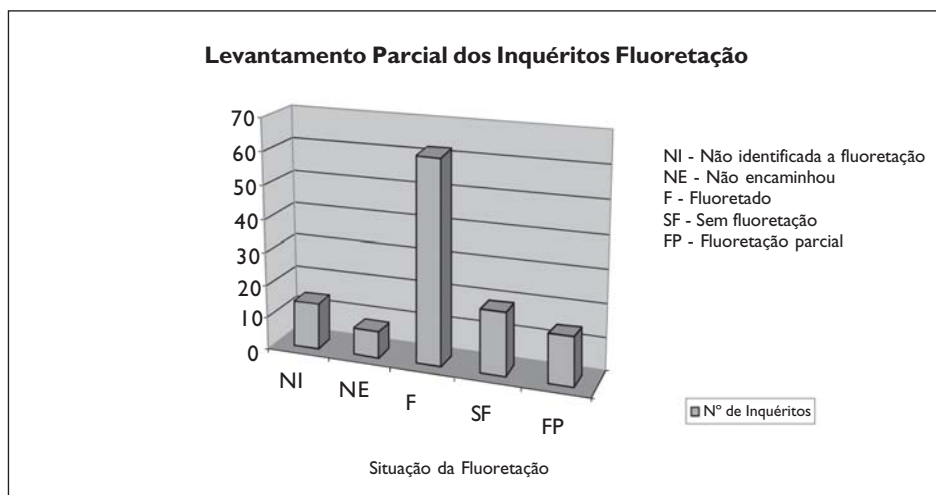
população coberta pelos mesmos e das dificuldades encontradas em cada município envolvido. Com a organização das informações coletadas será possível estabelecer as necessidades de ampliação de investimentos ou de capacitação dos técnicos para a implantação, de forma a se concluir o processo e atingir o percentual de amostras dentro dos padrões até o final de 2007.

A situação em relação às respostas enviadas pelos municípios para esse inquérito até março de 2007 está apresentada no Gráfico 1.

Observa-se que aproximadamente 60% dos municípios que responderam aos inquéritos já estão fazendo a fluoretação, mas o processo de análise está em fase de conclusão. Até 7/12/2006, 24 municípios ainda não haviam enviado suas respostas.

À medida que os municípios fazem a implantação dos sistemas, faz-se necessário o monitoramento dos teores de flúor, de forma a mantê-los dentro dos parâmetros aceitáveis para o Estado de São Paulo. A situação geral das amostras coletadas e o percentual de amostras adequadas (informações do Centro de Vigilância Sanitária (CVS) de janeiro de 2006) estão apresentados no Quadro 2.

Gráfico I: Levantamento parcial dos inquéritos da fluoretação.
PROÁGUA/CPS/CRS, 2007.



Quadro 2: Situação geral das amostras coletadas.

Situação geral das amostras	Nº de municípios	%
Fora dos padrões	37	31,9
Sem coleta	28	24,1
Sem informação	8	6,9
Adequadas	43	37,1

Essa situação de 62,9% das amostras estarem fora dos padrões, ou não terem sido feitas as coletas ou mesmo não se ter informações, apontam a necessidade de identificação das dificuldades encontradas pelos municípios, para que seja gradativamente atingida maior proporção das amostras dentro dos padrões adequados. Esse aspecto também está abordado no inquérito acima citado.

A estimativa de custo para implantação de cada sistema está apresentada no Quadro 3.

Uma proposta de avaliação da implantação desse projeto foi elaborada pela CPS (SÃO PAULO, 2006^b) e contempla indicadores propostos (número de municípios que implantaram o sistema e número de amostra dentro dos padrões) com metas estabelecidas para o período de 2007 a 2010.

Quadro 3: Estimativa de custo para implantação do sistema.

Itens	Custo
Estrutura física	Já existente
Equipamentos	4.400,00
Instalação	1.000,00
Material de consumo	1.332,00
Recursos humanos	Já existentes
Fluorímetro	4200,00
Eletrodos	2.200,00
Total	13.132,00

Fonte: Projeto Promoção e Qualidade de vida – Fluoretação das águas de abastecimento público – 2004.

O custo total do projeto está apresentado no Quadro 4.

Quadro 4: Custo total do projeto.

	Nº municípios	População	Investimento	Material de consumo	Total
Total	117	1.726.604	1.956.668,00	362.586,84	2.319.254,84

Fonte: Projeto Promoção e Qualidade de vida – Fluoretação das águas de abastecimento público – 2004.

Outro exemplo de apoio técnico e financeiro para a Atenção Básica é o Projeto Sorria São Paulo desenvolvido em 2006. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, entendendo a atenção primária, considerada hoje como atenção básica, como a principal porta de entrada da rede de serviços integrados, e como eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial, na perspectiva da equidade, buscou fazer repasses financeiros no sentido de estimular os municípios do estado com menor Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) – Grupo 5, associado ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios da segunda menor categoria do IPRS – Grupo 4. Com base nesse critério foram identificados 203 municípios que poderão ampliar centros odontológicos nas regiões mais carentes do Estado.

O custo total do projeto foi de R\$ 7.207.200,00. Cada município recebeu os incentivos da seguinte forma:

- equipamentos: R\$ 10.000,00;
- custeio: R\$ 26.400,00 no ano de 2006.

Os municípios que manifestaram interesse em participar do projeto, tinham como atribuição a disponibilização de profissionais para atendimento à população e a cobertura dos gastos que excedam os valores repassados durante o ano e, durante a elaboração do termo aditivo, discriminaram como seria utilizada a verba relativa ao custeio (por exemplo: material de consumo, manutenção da unidade odontológica e prestação de serviços, entre outros). Como a liberação da verba para a implantação do projeto se deu em outubro de 2006, ainda faz-se necessário acompanhar o processo de implantação desse programa. Os indicadores propostos pela CPS (SÃO PAULO, 2006^b) para essa avaliação são: cobertura de primeira consulta odontológica, média de procedimentos básicos individuais, cobertura de ação coletiva de escovação supervisionada, com metas estabelecidas para o período de 2007 a 2010.

A distribuição desses municípios segundo DRS está apresentada no Quadro 5.

No que diz respeito ao planejamento, foi incluído um indicador de Saúde Bucal (proporção de primeira consulta odontológica) no “Projeto de

Quadro 5: Distribuição dos municípios do Projeto Sorria São Paulo, segundo DRS, no Estado de São Paulo.

DRS	Região	Nº de municípios
1	Metropolitana	9
3	Araçatuba	13
4	Araraquara	6
5	Barretos	5
6	Bauru	26
7	Campinas	7
8	Franca	10
9	Marília	23
10	Piracicaba	5
11	Presidente Prudente	16
12	Registro	12
13	Ribeirão Preto	5
14	São João da Boa Vista	6
15	São José do Rio Preto	13
16	Sorocaba	31
17	Taubaté	19
Total		203

Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo” (São Paulo 2006b) desenvolvido no âmbito do Comitê Gestor do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Fase III (Proesf – III) e coordenado pelo Instituto de Saúde.

Em relação à gestão do trabalho, a qualificação dos gestores e técnicos da Saúde Bucal deve ser considerada, pois ainda tem sido pontual a aprovação de projetos na área. A necessidade de investimentos em projetos que envolvam a Saúde Bucal nos Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo (Oeste Paulista, Noroeste Paulista, Baixada Santista, Vale do Paraíba, Grande São Paulo, Sudoeste Paulista, Nordeste Paulista e Leste Paulista), ou em casos que envolvam uma necessidade estadual, viabilização de recursos financeiros através de outros mecanismos, é uma realidade.

Em 2006, apenas o Pólo Oeste Paulista desenvolveu um projeto de capacitação permanente envolvendo Saúde Bucal. Em 2005, foram quatro projetos pelos pólos de capacitação envolvendo saúde bucal (um do Leste Paulista e três da Grande São Paulo) e 2004, 49 projetos pelos pólos, sendo que específicos para a saúde bucal, apenas seis e em um único pólo (Vale do Paraíba).

Em relação à regulação, devem ser considerados no pacto entre estados os protocolos clínicos e de regulação em Saúde Bucal elaborados em nível nacional, com a cooperação das experiências estaduais, onde representantes da Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo foram convidados a participar da coordenação e organização nos anos de 2005/2006.

A avaliação das ações de Saúde Bucal nos estabelecimentos deve ser realizada pelo nível estadual por meio de dados e indicadores, além de elaborar normas complementares para avaliação tecnológica em saúde, avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde. Conforme já apontado, indicadores e quadro de metas para o período de 2007-2010 estão sendo propostos pela CPS (SÃO PAULO, 2006^b).

O Quadro 6 apresenta as metas propostas para o Estado de São Paulo no Pacto da Atenção Básica de 2003 e a situação no ano de 2005 e o Quadro 7 apresenta as metas propostas para o Estado de São Paulo no Pacto da Atenção Básica – 2006.

Os indicadores do Pacto de 2006, associados aos outros contemplados na resolução substitutiva da RSS-39 de 16/3/1999, em fase de publicação pela SES-SP e elaborada por conta da Portaria SAS 95 de 14/02/2006, devem ser utilizados no processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de Saúde Bucal no Estado de São Paulo no período de 2007 a 2010 (SÃO PAULO, 2006^b).

Quadro 6: Pacto da Atenção Básica de 2003: indicadores, metas e situação em 2005 para o Estado de São Paulo.

Indicador	Meta	2005
Índice CPO-D (12 anos)	2,5	2,5
Cobertura de PC (0 a 14 anos)	30%	28,76%
Acesso à 1ª consulta odontológica	15%	10,42%
Flúor na água de abastecimento	75%	79,3%

Quadro 7: Pacto da Atenção Básica – 2006: metas para o Estado de São Paulo.

Indicador	Meta
Índice CPO-D (12 anos)	1,5
Cobertura de 1ª consulta odontológica programática	11%
Cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada	3%
Média dos procedimentos odontológicos básicos individuais	1
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	7,6%
Flúor na água de abastecimento	80%

Indicadores epidemiológicos no Estado de São Paulo

A condução de levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem sido uma prática no Estado de São Paulo desde 1998, sendo que as experiências subsidiaram o Ministério da Saúde na elaboração do Projeto SB Brasil concluído em 2003. Dentro desse projeto, o Estado de São Paulo foi o primeiro no Brasil a concluir a pesquisa no ano de 2002. As informações obtidas nessas pesquisas permitiram o conhecimento da situação de saúde bucal de bebês (18 a 36 meses de idade), crianças (5 e 12 anos de idade), adolescentes (15 a 19 anos de idade), adultos (35 a 44 anos de idade) e idosos (65 a 74 anos de idade) em relação a agravos como: cárie dentária, má oclusão, doenças periodontais, lesões em tecidos moles, bem como do uso e necessidade de próteses.

Além disso, a condução desses levantamentos permitiu a capacitação dos profissionais dos municípios que fizeram parte da amostra. A OMS recomenda que esses levantamentos sejam realizados a cada cinco anos. Como o último levantamento estadual foi realizado em 2002, para que o Estado de

São Paulo continuasse seguindo as recomendações, deveria realizar outro em 2007, ou pelo menos em 2008, quando completará dez anos da pesquisa que subsidiou a do Ministério da Saúde.

Por outro lado, tendo em vista metas de Saúde Bucal da OMS para o ano 2010, o Ministério da Saúde tem como objetivo realizar um novo levantamento nesse ano, onde o Estado de São Paulo vai fazer parte da amostra. Além disso, a análise de resultados desses estudos realizados em nível estadual tem indicado que o padrão de agravos em algumas faixas etárias (adultos e idosos) não apresenta modificações em curto período de tempo.

A coleta de informações do Pacto da Atenção Básica no Estado de São Paulo (índice CPO-D aos 12 anos é um dos indicadores) tem apontado dificuldades de vários municípios que não participaram das amostras dos levantamentos realizados em 1998 e 2002 na coleta de dados de acordo com as recomendações da OMS. Além disso, as informações consideradas exploratórias em relação à fluorose dentária apontam dificuldades no diagnóstico desse agravo, o que exige um processo de treinamento específico para os profissionais que reproduzem os treinamentos nas antigas DIR.

A CPS em 2006 fez um levantamento das informações mais atualizadas dos 645 municípios, no que diz respeito ao ano de fluoretação das águas de abastecimento público (informações coletadas nas vigilâncias sanitárias (Visa) municipais) e ao ano do último levantamento epidemiológico realizado e valor do índice CPO-D aos 12 anos de idade. Esses dados estão sendo tabulados. Informações preliminares relativas a 536 municípios apontam a seguinte variação do valor do CPO-D, por porte de município (Quadro 8):

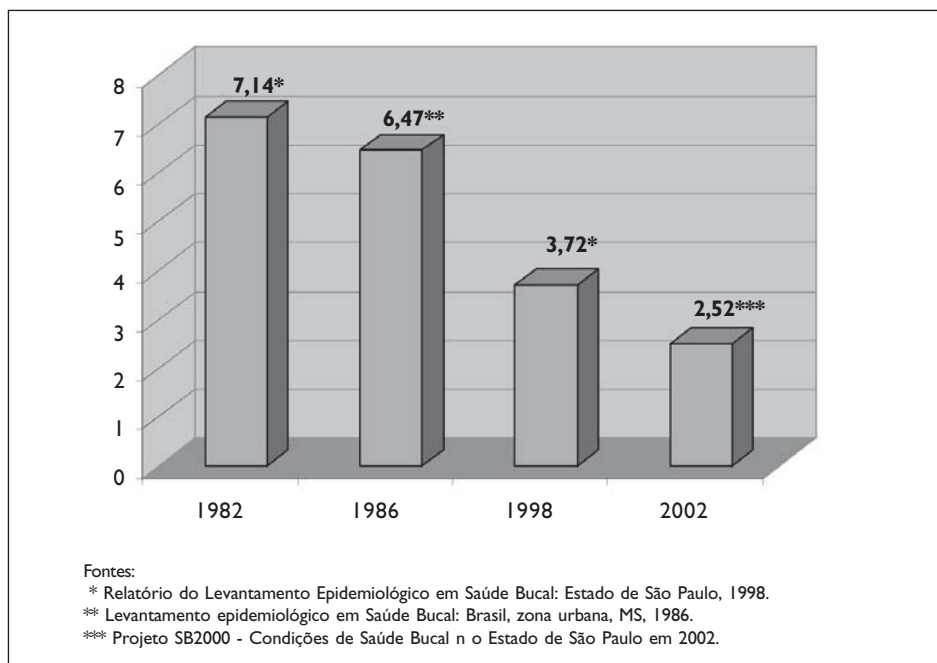
Enquanto não se concretiza o processo de autorização para planejamento de um novo levantamento, têm sido utilizadas as informações dos últimos estudos.

Quadro 8: Variação do valor do índice CPO-D aos 12 anos de idade, segundo porte de município (municípios que informaram até março de 2007), no Estado de São Paulo.

Porte de município	Nº municípios	Nº de de municípios (informações)	% de municípios (informações)	Variação do CPO-D (12 anos)
Até 10.000 habitantes	286	234	81,8	0,07 a 7,30
De 10.000 a 50.000 habitantes	236	186	78,8	0,94 a 14,27
De 50.000 a 100.000 habitantes	51	46	90,0	0,90 a 5,55
Mais de 100.000 habitantes	72	60	83,3	0,88 a 4,72
Total	645	536	83,1	0,07 a 14,27

O Estado de São Paulo, assim como o Brasil e vários países, vêm passando por um processo de mudança no perfil epidemiológico da cárie dentária em escolares. O Gráfico 2 mostra a redução do índice CPO-D no Estado de São Paulo no período de 1982 a 2002.

Gráfico 2: Prevalência de cárie dentária em escolares aos 12 anos de idade. Estado de São Paulo, 1982, 1986, 1998 e 2002.



Porém, esses valores são médios, mas tem-se observado nesse grupo populacional um fenômeno denominado polarização, que significa a concentração do ataque de cárie e conseqüentemente das necessidades de tratamento (75 a 80%) em uma pequena parcela do grupo (25%). Isso determina que as ações de saúde bucal comecem a ser desenvolvidas e seus resultados avaliados, considerando-se cada vez mais o princípio da equidade. No Estado de São Paulo foi elaborado em 2000 (após o levantamento epidemiológico de 1998) o documento “Recomendações para o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS-SP em função do risco de cárie dentária” (SÃO PAULO, 2000), que estabeleceu mecanismos de utilização de produtos fluorados em função de necessidades individuais. Com essas recomendações, gradativamente os municípios têm incorporado práticas de classificação dos

indivíduos em grupos de risco e torna-se necessária a inclusão de mecanismos de avaliação da utilização desses critérios e a repercussão observada nos indicadores epidemiológicos.

Para adolescentes, adultos e principalmente idosos a situação é menos alentadora, em consequência da alta prevalência da cárie dentária na população infantil no passado e ao precário acesso a serviços de saúde. A Tabela I mostra, com dados de 2002, a evolução da prevalência de cárie dentária com o avanço da idade no Estado de São Paulo.

Tabela I: Índice CPO-D nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Estado de São Paulo, 2002.

Faixa etária	N	Índice CPO-D
15-19 anos	5.195	6,43
35-44 anos	5.705	20,32
65-74 anos	3.772	28,18

Fonte: Projeto SB 2000 - Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002.

Conforme dados obtidos no estudo acima citado, nos grupos de 35-44 e 65-74 anos de idade, o componente do Índice CPO-D de maior proporção é o “P”, que representa os dentes extraídos (55% e 93% respectivamente), indicando uma proporção de desdentados de 11% e 64 % nessas faixas etárias, remetendo à necessidade de avaliação do uso e necessidade de próteses. Em média, 57% dos adultos examinados necessitam algum tipo de prótese (fixa ou removível) e para os idosos, esse percentual é de 52%, sendo que 29% se referem à prótese total na arcada inferior.

Em relação à idade de 5 anos, 47% das crianças do Estado de São Paulo encontram-se livres de cárie, evidenciando também uma melhora na situação da população infantil, porém, o componente do Índice *ceo-d* (índice que mede o ataque de cárie em dentes decíduos, através média dos dentes (d): cariados – c, perdidos/extraídos por cárie – e, e restaurados/obturados – o) de maior proporção é o cariado (73%).

No que diz respeito às alterações em tecidos moles, a maior proporção (12%) foi observada nas pessoas de 65 a 74 anos de idade.

Os dados apontam a necessidade de reorganização da atenção básica, com ênfase na utilização de critérios de risco de doenças bucais para orientar o planejamento das ações, as quais vêm sendo estimuladas aos municípios e

incluídas numa proposta de resolução substitutiva da RSS-39 de 163/1999 em função da Portaria SAS nº 95 de 14/2/2006, que está em fase de análise pela CPS e CRS para posterior publicação.

Programa de Saúde da Família (PSF)

Embora no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) tenha começado seu processo de implantação a partir de 1994, com base nas experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, no Estado de São Paulo, a primeira iniciativa de ações relacionadas à Saúde da Família se deu no ano de 1996, por meio de um contrato de co-gestão entre a SES-SP e a Casa de Saúde Santa Marcelina, com contratação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Em relação à Saúde Bucal, em 1998 através de contrato de co-gestão entre a SES-SP e a Fundação Zerbini e do aditamento do contrato com a Casa de Saúde Santa Marcelina, foram feitas as contratações das primeiras equipes de saúde bucal.

Através do Decreto nº 44.544 de 16/12/1999, foi instituído no Estado de São Paulo o então denominado “Projeto Qualis/PSF” que incluiu todos os programas desenvolvidos ou em desenvolvimento no Estado.

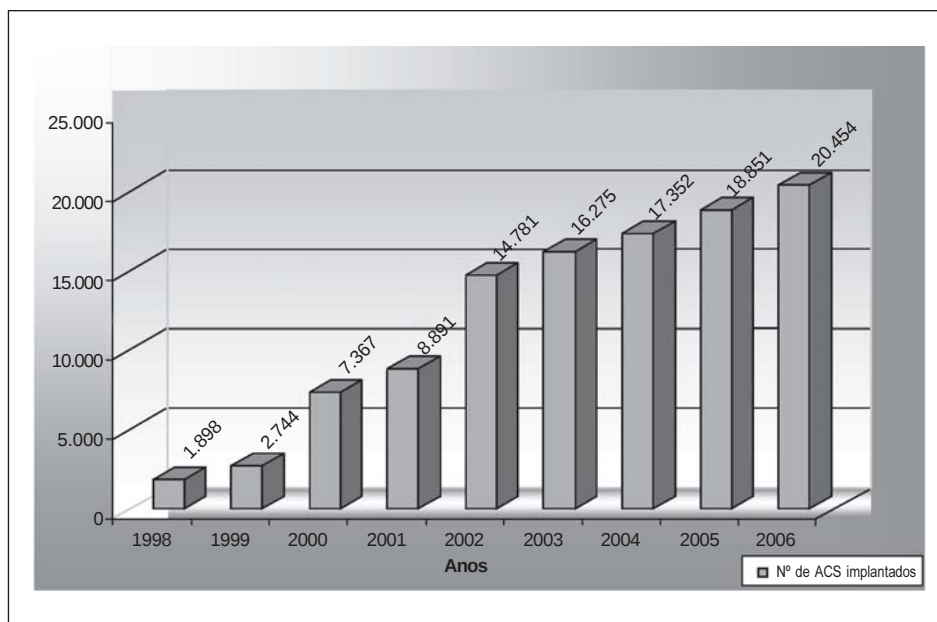
No ano 2000, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo iniciou a implantação do “Projeto Qualis Interior”, em áreas prioritárias (municípios com menores IDH, com populações remanescentes de quilombos e assentamentos rurais), buscando equidade através de incentivos financeiros para municípios nestas condições, desde que optassem pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Este recurso viria a complementar o valor repassado pelo Ministério da Saúde para custeio das equipes, mediante o cumprimento das diretrizes do então denominado PSF (Vallim et al. 2006). Até 2005, foram implantadas no Estado de São Paulo 2.699 equipes de saúde da família, sendo que este projeto responde por 101 municípios com 243 equipes que representam 9% do total. O total de investimento é de R\$ 25.000.000,00/ano que corresponde a 5% do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo do estado. Dos 101 municípios, 57 (8.8% do total do estado) apresentam equipes de saúde bucal. A distribuição desses municípios segundo as DRS está apresentada no Quadro 9.

Em relação à evolução do PACS, PSF e ESB no Estado de São Paulo no período de 1998 a 2006, tem se observado um aumento proporcional no Estado, tanto no número de equipes quanto na cobertura. Quando se analisa a distribuição por DRS (Gráfico 10), observa-se a predominância de PACS em todos. Esta evolução está apresentada nos gráficos a seguir.

Quadro 9: Municípios do Estado de São Paulo com Projeto Qualis Interior, 2005.

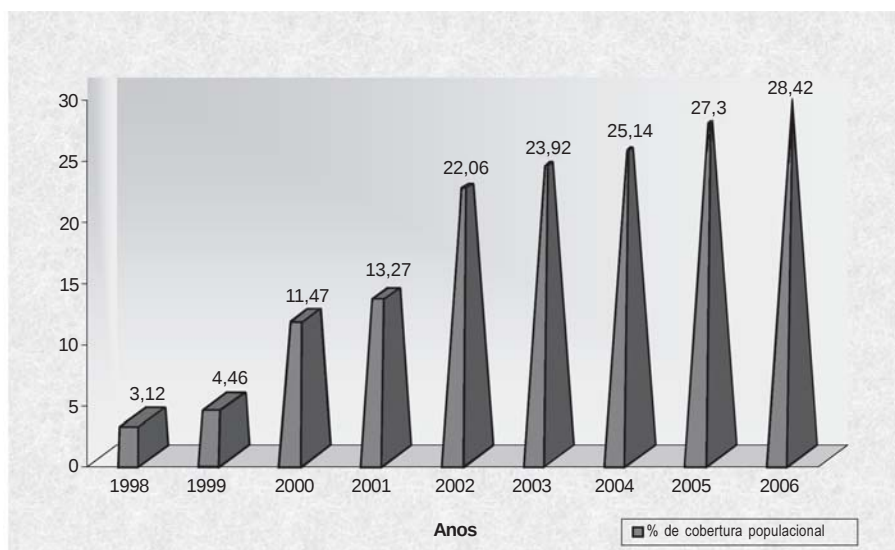
DRS	Região	Total	Qualis	%	ESB	%
2	Araçatuba	40	8	20,0	5	62,5
3	Araraquara	25	1	4,0	-	-
5	Barretos	19	1	5,3	1	100,0
6	Bauru	69	3	4,3	1	33,3
8	Franca	22	1	4,5	1	100,0
10	Piracicaba	28	1	3,6	-	-
11	Presidente Prudente	45	34	75,6	23	67,6
12	Registro	15	15	100,0	4	26,7
13	Ribeirão Preto	25	1	4,0	-	-
16	Sorocaba	45	19	42,2	11	57,9
17	Taubaté	39	14	35,9	10	71,4
Total		411	101	24,6	57	56,4

Gráfico 3: Número de ACS implantados no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



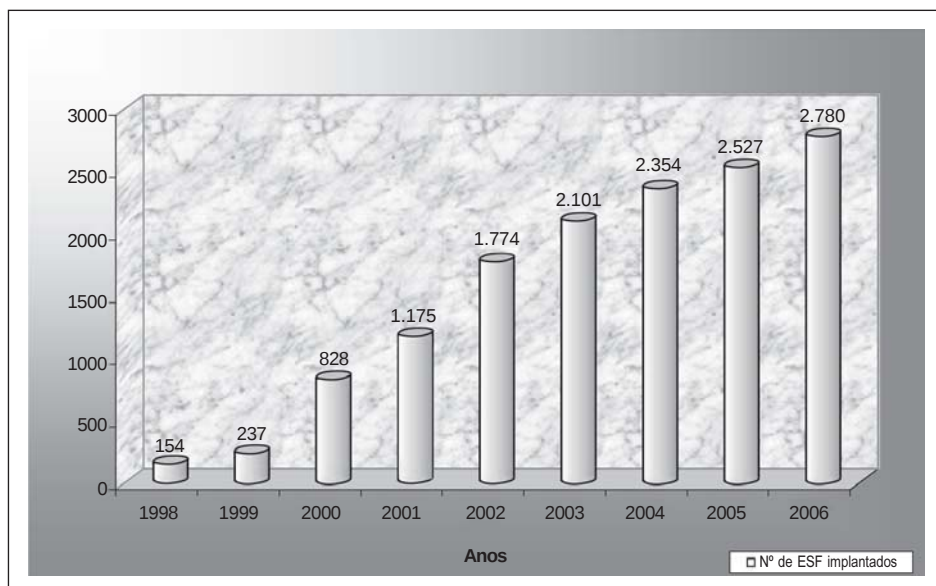
Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 4: Percentual de cobertura populacional de ACS no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



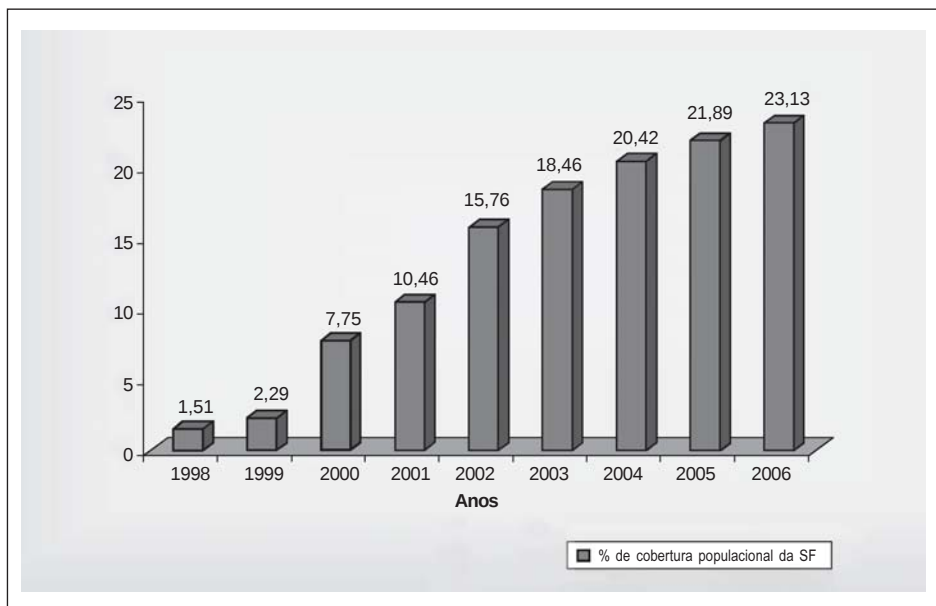
Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 5: Número de ESF implantados no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



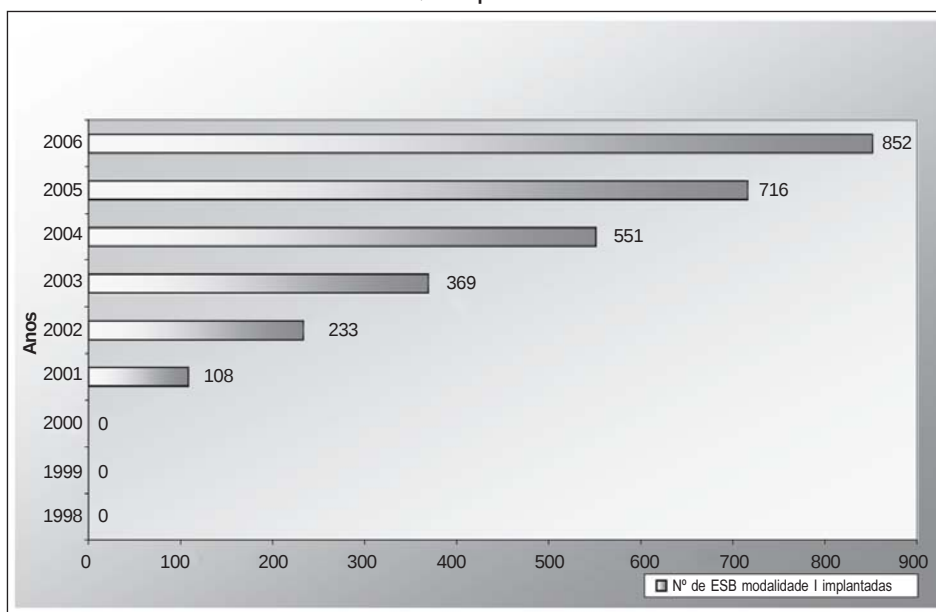
Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 6: Percentual de cobertura populacional de SF no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



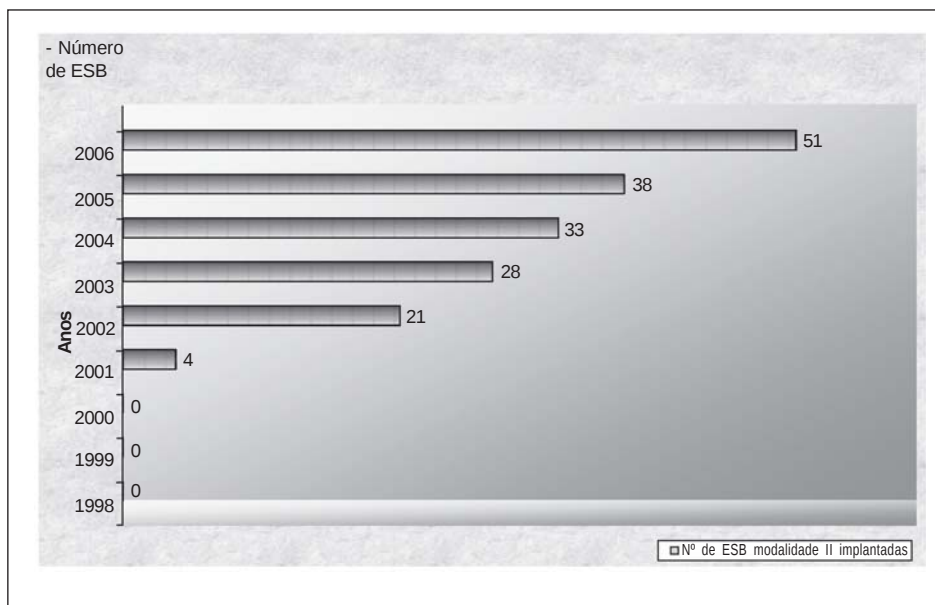
Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 7: Número de ESB (mod. I) implantados no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



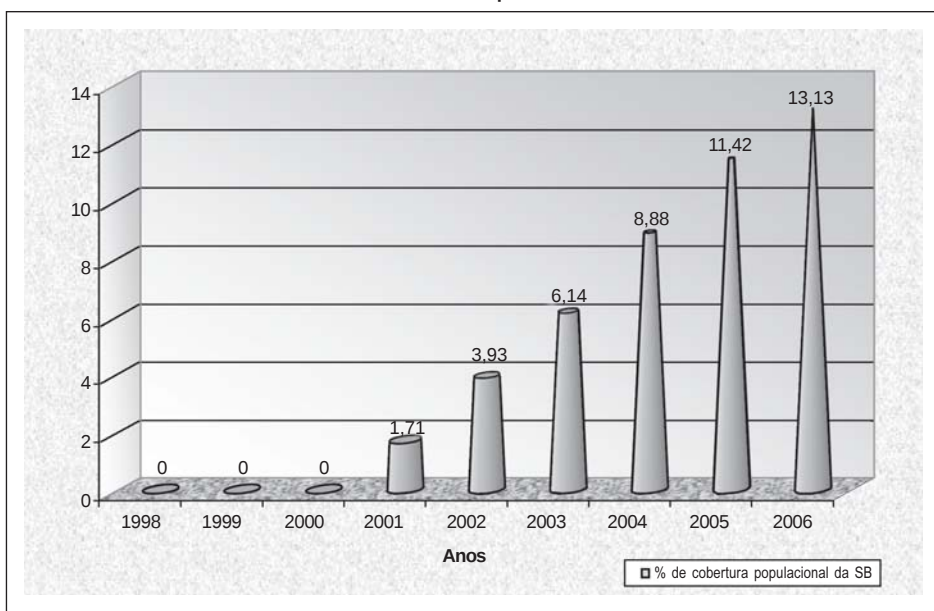
Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 8: Número de ESB (mod. II) implantados no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



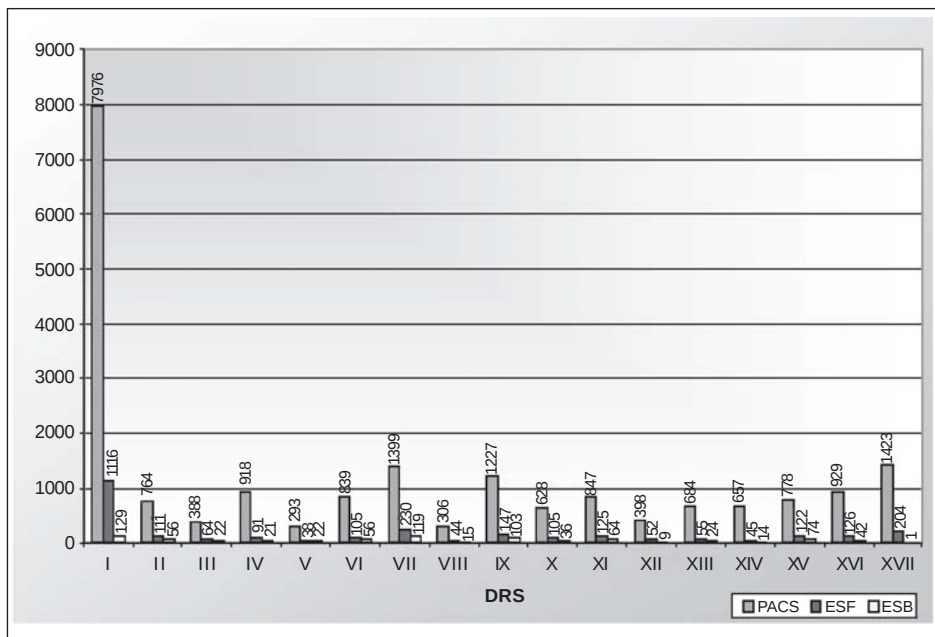
Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 9: Percentual de cobertura populacional de ESB no PSF no Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2006.



Fonte: DAB/MS (2007)

Gráfico 10: Número de ACS, ESF e ESB no Estado de São Paulo, segundo DRS, no período de 1998 a 2006.



Fonte: DAB/MS (2007)

Espaços de discussão da Gestão da Saúde Bucal no SUS-SP

Encontro Paulista de Técnicos e Administradores do Serviço Público Odontológico (Epatespo) e Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva (Coposc)

O Encontro Paulista de Técnicos e Administradores do Serviço Público Odontológico (Epatespo) é um espaço de discussão das políticas públicas de saúde bucal que acontece no Estado de São Paulo, sempre com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde e uma Secretaria Municipal de Saúde, desde 1989. Em linhas gerais, os principais aspectos discutidos em cada evento foram:

- I Epatespo - Piracicaba (1989): municipalização e novo modelo assistencial em saúde bucal;
- II Epatespo - Guarujá (1994): impasses e perspectivas da universalização da saúde bucal;
- III Epatespo - Franca (1996): desafios de município, universidade e sociedade na construção do modelo de atenção em saúde bucal foram abordados;

- IV Epatespo - São José do Rio Preto (1998): reafirmação da importância do SUS como estratégia para a universalização;
- V Epatespo - Cubatão (2000): educação e saúde como bases para a qualidade de vida;
- VI Epatespo - Sorocaba (2002): estratégias no caminho da universalização das ações de saúde bucal foi o tema central;
- VII Epatespo - Marília (2004): aperfeiçoamento do SUS frente às exigências da sociedade;
- VIII Epatespo - Peruíbe (2006): a saúde bucal como um desafio para o SUS.

Além disso, a partir do segundo encontro (Guarujá), decidiu-se pela realização dos nossos Congressos Paulistas de Odontologia em Saúde Coletiva onde espaço foi aberto e vem sendo, com muita qualidade, explorado por professores, alunos e pesquisadores da área.

A próxima versão dos eventos deverá acontecer em 2008, no município de Santo André.

Comitê Estadual de Monitoramento e Avaliação da Saúde Bucal no Estado de São Paulo

A RSS-12 de 3/02/2006, alterada pela RSS-53 de 11/05/2006, criou o Comitê Estadual de Monitoramento e Avaliação da Saúde Bucal no Estado de São Paulo:

No ano de 2006 foram realizadas reuniões nos dias: 29/05; 3/07; 7/08; 2/10 e 4/12, conforme cronograma estabelecido previamente.

O Comitê conta com as representações das seguintes instâncias: CPS, responsável pela coordenação; CRS, CVS, PRÓAGUA, Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (Cosems), Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP)

Embora no edital de criação tenham sido atribuídas ao Comitê quatro competências, seus membros as desmembraram em seis, apresentadas a seguir:

1. acompanhar, monitorar e avaliar os programas, ações e atividades relacionadas à Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde de São Paulo (SUS-SP);
2. acompanhar, monitorar e avaliar o programa estadual de fluoretação das águas de abastecimento público;

3. elaborar relatório anual referente à situação epidemiológica no SUS-SP;
4. elaborar relatório anual referente às ações de saúde bucal no âmbito do SUS-SP, com base nos indicadores utilizados no processo de avaliação e monitoramento;
5. propor uma agenda de pesquisa a universidades e institutos de pesquisa, baseada em problemas identificados no processo de avaliação e monitoramento, definindo prioridades, facilitando o fomento e a difusão e incorporação tecnológica do conhecimento produzido;
6. propor normas, programas, projetos ou planos para a Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios voltadas ao desenvolvimento da Saúde Bucal no SUS-SP.

A partir de um diagnóstico realizado pela CPS com representantes da Saúde Bucal/Atenção Básica das Direções Regionais de Saúde (DIR), os membros do comitê estabeleceram suas prioridades e criaram uma agenda de trabalho que envolveu, além das reuniões bimestrais com todos os componentes, reuniões de subgrupos de trabalho. Os subgrupos criados e suas respectivas reuniões foram: Atenção Básica/PSF, com representantes da CPS, CRS, COSEMS e ABRASCO (28/08 e 6/11); Sistema de Informações/Indicadores, com representantes da CPS, CRS, COSEMS e ABRASCO (não se reuniram devido ao afastamento do membro da ABRASCO); Referência para câncer bucal, com representantes da CPS, CRS, CRO e APCD (28/08 e 6/11); e Monitoramento do flúor, com representantes da CPS, CRS, PROAGUA e CRO (15/09, 31/10 e 13/11).

Comitê de Saúde Bucal da DIR V - Osasco

Embora a partir de 2007 a antiga DIR V tenha sido incorporada ao DRS I, esse comitê permanece com suas atividades.

Trata-se de um órgão que era vinculado tecnicamente ao Diretor Técnico de Departamento de Saúde da DIR V – Osasco, que iniciou sua construção a partir de reuniões esporádicas (antes de 1998) dos coordenadores municipais com a coordenação de saúde bucal da antiga DIR. Em 12 de novembro de 1999, foi oficialmente formalizado, por meio de portaria técnica.

Tem como objetivos: fortalecer a implantação e implementação das diretrizes políticas de saúde bucal nos municípios; promover a integração dos municípios entre si e com a DIR V e a coordenação estadual; buscar incentivos financeiros para subsidiar ações de saúde bucal e divulgar resultados das ações de saúde bucal.

Suas atribuições são: acompanhar e assessorar tecnicamente a execução e a avaliação das ações de saúde bucal implementadas pelos municípios;

promover meios que permitam divulgação de propostas e resultados atingidos para os secretários municipais de saúde; incentivar a divulgação de resultados atingidos pela equipe de saúde bucal aos conselhos municipais de saúde e à população em geral; incentivar a capacitação técnica-científica de todos os profissionais envolvidos na área de saúde bucal; promover discussões ampliadas através de fóruns periódicos e incentivar a execução e divulgação de trabalhos científicos e sociais empreendidos na região da antiga DIR V.

Envolve os seguintes municípios: Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Itapevi, Jandira, Juquitiba, Pirapora do Bom Jesus, Osasco, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista.

Tem um regimento interno e reúne-se mensalmente em sessão ordinária ou extraordinariamente quando convocado, tendo realizado as seguintes ações: projeto de cesta básica de insumos para procedimentos coletivos de saúde bucal para a SES-SP; elaboração de diagnóstico de saúde bucal da DIR V; definição de indicadores a serem utilizados pelos municípios; promoção de duas oficinas de planejamento em saúde bucal; articulação de fluxo de encaminhamento de material biopsiado para laboratório de patologia da Universidade de São Paulo (USP); assessoria aos municípios nas campanhas de prevenção do câncer bucal; promoção do curso de semiologia aos dentistas da rede, definindo encaminhamentos possíveis (Hospital do Pirajussara/IAVC); definição de protocolo com recomendações no uso racional do flúor; desenvolvimento de trabalhos de pesquisa sobre o heterocontrole do flúor na água de abastecimento e sobre a destinação de resíduos sólidos do amálgama; apresentação de resultados do SB Brasil na região; promoção do I Fórum de Saúde Bucal Coletiva em parceria com Associação Brasileira de odontologia (ABO); promoção da integração dos municípios que compõe a antiga DIR V; organização da 1ª Plenária Regional de Saúde Bucal; representação da região na III Conferência Estadual e Nacional de Saúde Bucal; elaboração do Plano Diretor Regional de Saúde Bucal e incentivo à capacitação técnica-científica de todos os profissionais envolvidos com a saúde bucal com a realização de diversos cursos.:

Comitê Metropolitano de Saúde Bucal DIR XIX – Baixada Santista

Atualmente, a antiga DIR XIX foi transformada no DRS II. Por meio de uma portaria, foi criado, em 10 de maio de 2006 o Comitê Metropolitano de Saúde Bucal da DIR XIX – Baixada Santista.

Esse comitê tem os seguintes objetivos: fortalecer a implantação e implementação das diretrizes de política de Saúde Bucal nos municípios; promover a integração dos municípios da região da DIRXIX - Baixada Santista-entre si, com a antiga DIR e com a Coordenadoria de Planejamento de Saúde/

Saúde Bucal da SES; buscar incentivos ou recursos financeiros para subsidiar as ações de saúde bucal empreendidas pelos municípios; divulgar resultados das ações de saúde bucal para os municípios e população assistida, com a participação da antiga DIR e da coordenação estadual.

Tem as seguintes atribuições: acompanhar e assessorar tecnicamente a execução e avaliação das ações de saúde bucal implementadas pelos municípios; promover meios que permitam a divulgação de propostas do referido grupo de trabalho e resultados atingidos para os secretários municipais de saúde; incentivar a divulgação de resultados atingidos pela equipe de saúde bucal dos municípios para os conselhos municipais de saúde, demais serviços e população em geral; incentivar a capacitação técnica-científica de todos os profissionais envolvidos na área de saúde bucal; promover discussões ampliadas através de fóruns periódicos e incentivar a execução e divulgação de trabalhos científicos e sociais empreendidos na região da antiga DIR.

Situação atual

O quadro da Saúde Bucal no que diz respeito a indicadores epidemiológicos, indicadores do Pacto da Atenção Básica, capacidade instalada (recursos humanos e equipamentos) e investimentos no Estado de São Paulo aponta dois eixos prioritários:

- reorganização da atenção básica, devido à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), com ênfase na utilização de critérios de risco de doenças bucais para orientar o planejamento das ações além do monitoramento e avaliação da fluoretação;
- levantamento epidemiológico estadual que contemple as desigualdades observadas entre DRS e municípios.

Além disso, outros aspectos apontados no diagnóstico efetuado pela CPS com os representantes da saúde bucal nos DRS devem ser considerados como:

- criação de uma rede formal de referência e contra-referência para diagnóstico, tratamento e reabilitação do câncer bucal, com articulação compartilhada entre representantes da saúde bucal da CPS com a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP);
- conhecimento e monitoramento do parâmetro flúor, no que diz respeito à presença de poços isolados ou interligados, nos 528 municípios que já possuem água fluoretada, com base na experiência adquirida a partir dos inquéritos relativos aos 117 municípios que participam dos incentivos à fluoretação;

- fortalecimento e incentivos às ações dos representantes da saúde bucal nos DRS;
- incentivo à criação de comitês regionais de saúde bucal;
- formulação de uma “Política Estadual de Saúde” que contemple uma “Política Estadual de Saúde Bucal” norteadas pela “Política Nacional de Saúde Bucal” de forma a envolver, quando necessário, recursos financeiros estaduais com as seguintes finalidades:
- capacitações para representantes da saúde bucal nos DRS, cirurgiões-dentistas da Atenção Básica, dos CEO, das unidades gerenciadas pela SES-SP e das demais secretarias estaduais via Pólos de Educação Permanente;
- estímulo à formação dos recursos humanos componentes da Equipe de Saúde Bucal, reorganização do processo de trabalho;
- estabelecimento de um sistema de informações estadual que contemple a saúde bucal;
- revisão dos critérios e definição de duração do “Programa Sorria São Paulo”;
- aumento do número de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família;
- manutenção da periodicidade de 2 anos do Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico e Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva.

Tanto na Saúde Bucal, como em outras áreas, são necessários muitos investimentos e ampliação dos atendimentos, mesmo no Estado de São Paulo. Os gestores devem reforçar seus compromissos na construção do sistema, respeitando as agendas políticas federal, estaduais e municipais, desde que não contrariem os princípios do SUS. O Estado de São Paulo tem dado atenção em saúde bucal e mantém suas prioridades: colaborar para a equidade do acesso, auxiliar os municípios nas capacitações e treinamentos de recursos humanos, avaliar a evolução da área e auxiliar na realização de levantamentos epidemiológicos, criar novos modelos e estratégias para a área (com garantia de recursos estaduais) e investir em atenção referencial na medida de suas possibilidades.

Bibliografia consultada

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Ciência, Tecnologia Insumos Estratégicos. Instituto de Saúde. *Projeto Sistema de monitoramento e avaliação do SUS a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo*. São Paulo; 2006a [Projeto em fase de elaboração].

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Projeto Promoção e qualidade de vida – Fluoretação das águas de abastecimento público - 2004*. São Paulo; 2004a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. *Saúde Bucal – Planejamento das ações no Estado de São Paulo – 2007 a 2010*. São Paulo; 2006^b [Projeto em fase de elaboração].

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. *Projeto Curso de qualificação e habilitação profissional em saúde bucal..* São Paulo; 2005. [Em fase final de elaboração e aprovação].

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *A Política de Saúde do Estado de São Paulo. 2003 a 2006*. São Paulo; 2004b. [Disponível em www.saude.sp.gov.br].

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Avaliação da aplicação das “Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária” (RSS 164, de 21.12.2000)” e das propostas da “Organização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica: uma proposta para o SUS SP” nos procedimentos coletivos e ações assistenciais (na rede básica do SUS/SP*. São Paulo; 2000. [Disponível em www.saude.sp.gov.br].

SOARES MC. *Panorama da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2003*. São Paulo; 2005. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 2005].

VALLIM S, VIEIRA AML. A estratégia Saúde da Família – Qualis – em 101 municípios do Estado de São Paulo. In: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento da Saúde. *Planejamento de saúde: conhecimento e ações*. São Paulo; 2006c. p. 189-205.

Capítulo 5

Pensando saúde bucal nas esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

Raquel Zaicaner

Alexandra Cristina Pitol de Lara Basso

O município de Santana de Parnaíba está situado na região oeste da capital. É delimitado a oeste pelo município de Araçariguama, a noroeste pelo município de Pirapora do Bom Jesus, a nordeste pelo município de Cajamar, a leste pelo município de São Paulo, a sul pelo município de Barueri e a sudoeste pelo município de Itapevi. Apresenta perímetro com extensão total de 80,05 km e área territorial total de 176 km². Seu relevo é acidentado, com clima temperado e sua densidade demográfica é de 424,56 hab/km². Apresenta um ambiente bastante rico e diversificado, com inúmeras paisagens naturais, vegetação significativa e muitos rios, córregos e ribeirões.

Área Geográfica

Mapa I: SANTANA DE PARNAÍBA E MUNICÍPIOS VIZINHOS



A renda média do município é de 7,0 salários mínimos, sendo o setor da Fazendinha o de menor renda, com 2,9 salários mínimos, excluída a renda de Alphaville que é de mais de 20 salários mínimos. Em 2000, o rendimento médio das pessoas responsáveis pelos domicílios foi de R\$ 2.583,57 (dois mil quinhentos e oitenta e três reais e cinquenta e sete centavos)

Quadro I: Dados demográficos de Santana de Parnaíba

Demografia	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Caracterização do Território				
População	2005	98.665	19.130.455	39.949.487
Taxa de urbanização (em %)	2005	100,00	95,06	93,65
Taxa geométrica crescim. anual da população – 200/2005 (em % a.a.)	2005	5,82	1,39	1,72
Área (em Km ²)	2005	176	8.051	248.600
Taxas				
Mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	2004	2,69	14,37	14,25
Mortalidade geral (por mil habitantes)	2003	3,41	5,93	6,18
Mortalidade por agressões (por cem mil habitantes)	2003	40,86	48,33	35,78

Fonte: SEADE

Neste quadro, observa-se ser a taxa de crescimento populacional muito superior à da Região e do Estado. Chama a atenção o coeficiente de mortalidade infantil do município; segundo menor do estado e o menor dentro da região da DIR V – Osasco.

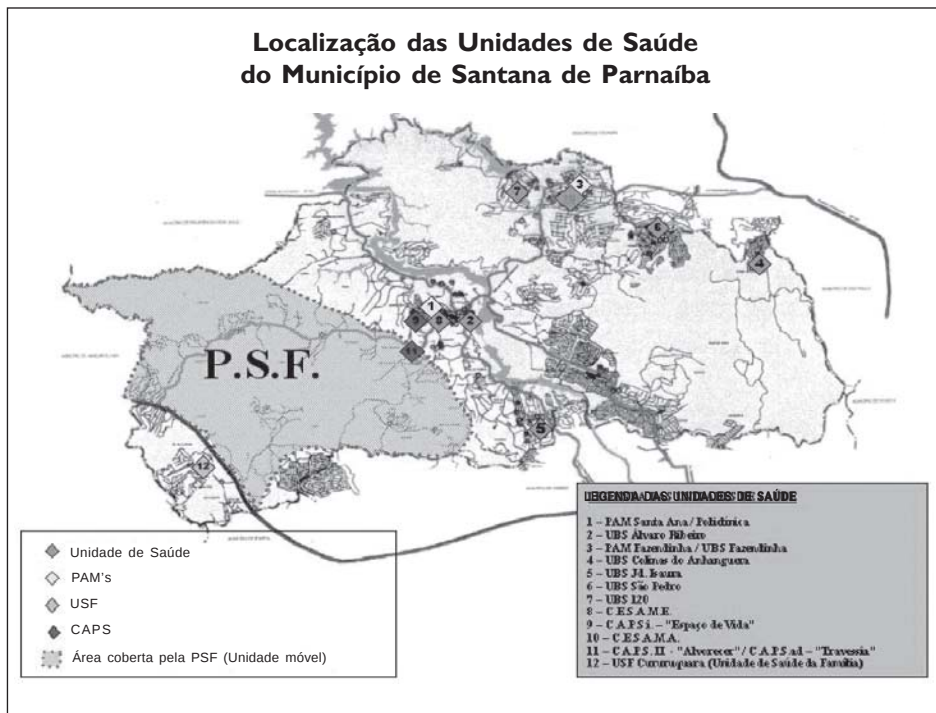
O município apresentou em 2002 um PIB *per capita* de R\$ 8.584,84 (oito mil quinhentos e oitenta e quatro reais e oitenta e quatro centavos).

Caracterização da rede

O município conta com diversos serviços de saúde distribuídos pelo território municipal, conforme o mapa que se segue.

a) Na atenção básica

O município conta com 06 Unidades Básicas de Saúde (UBs), 02 Pronto - Atendimento, 01 Unidade de Saúde da Família, 01 equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e Serviço de Vigilância à Saúde.



b) Na média complexidade

Contamos com 01 Policlínica, 01 Centro de Fisioterapia, Setor de Cadastro da Saúde, Farmácia de Manipulação, Centro de Especialidade em Saúde Mental, Centro de Especialidade de Saúde Mental e Adolescência, **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** infantil, CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas, Centro de Especialidades Odontológicas e Laboratório de Prótese Dentária.

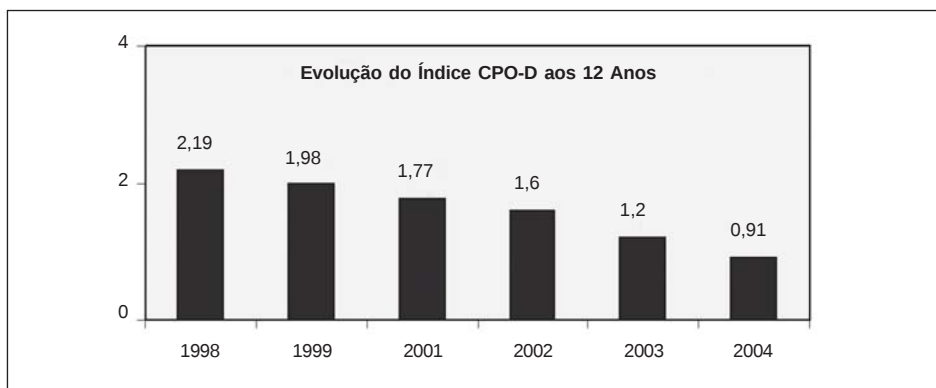
Apesar das diversas especialidades clínicas, exames complementares e procedimentos especializados não realizados dentro do próprio município necessitam do apoio regional para seu adequado encaminhamento.

Caracterização da rede de saúde bucal

Santana de Parnaíba conta com 32 cirurgiões-dentistas distribuídos em três segmentos:

- Preventivo: através do Programa Coletivo de Saúde Bucal – Prevenindo e Educando: atua em todas as 54 unidades escolares municipais, com ações preventivas/educativas e distribuição de insumos para 18.000 escolares de 0-12 anos.

Observamos no gráfico abaixo o declínio do Índice **dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D)** aos 12 anos:



- Ambulatorial na Atenção Básica: presente em todas as UBS's, Equipes PSF e Centro de Saúde Mental e Adolescente (Cesama) oferece tratamento completo em procedimentos básicos, sem restrição de faixa etária. No ano de 2005 foram realizados 71.372 procedimentos odontológicos.

	2003	2004	2005
População	86.247	93.845	98.665
Tx acesso 1ª cons	12,31%	12,91%	13,23%



Apesar da estrutura implantada, a necessidade acumulada da população levou a uma grande procura por serviços odontológicos, gerando filas de espera para tratamento e, conseqüentemente, insatisfação do usuário.

Com o objetivo de otimizar os recursos já existentes, reduzir a espera para tratamento odontológico, aumentar o acesso e oferecer

uma nova gama de serviços de maneira organizada, foram adotadas uma série de novas práticas na condução dos programas e ações ofertados:

- ✓ Incorporação do Auxiliar de consultório dentário em todas as UBS's, PSF e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).
- ✓ Aumento do nº de pacientes agendados em 20%
- ✓ Absorção de toda a procura do dia dos pacientes em urgência odontológica, por parte dos cirurgiões-dentistas.
- ✓ Criação dos mutirões de atendimento.

As iniciativas se mostraram acertadas, pois os pacientes dos mutirões receberam atendimento completo e foram atendidos 1000 pacientes da lista de espera, além do que, o aumento do agendamento teve repercussão no aumento dos tratamentos completados e totais de procedimentos, como pode ser observado na tabela abaixo:

Procedimentos odontológicos realizados nos anos de 2004 e 2005 e incremento

Tipo de Tratamento	2004	2005	Incremento (%)
Tratamento Iniciado (TI)	12.117	13.049	7,13
Tratamento Completado (TC)	3.370	4.932	31,67
Total de Procedimento	58.247	75.542	21,57

Fonte: SMS Santana de Parnaíba

- **Especializado:** com a estrutura de atenção básica implantada, foi possível organizar as especialidades odontológicas já oferecidas pelo município desde 1997, como: prótese total e parcial confeccionadas em laboratório próprio, cirurgia oral menor, pacientes especiais e semio-logia. No ano de 2005, às especialidades já existentes, foram acresci-dos periodontia, endodontia e distúrbios de **articulação têmporo-mandibular (ATM)**, alojado no espaço organizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).



A Redução destas especialidades, desde sua inauguração se deu como se segue:

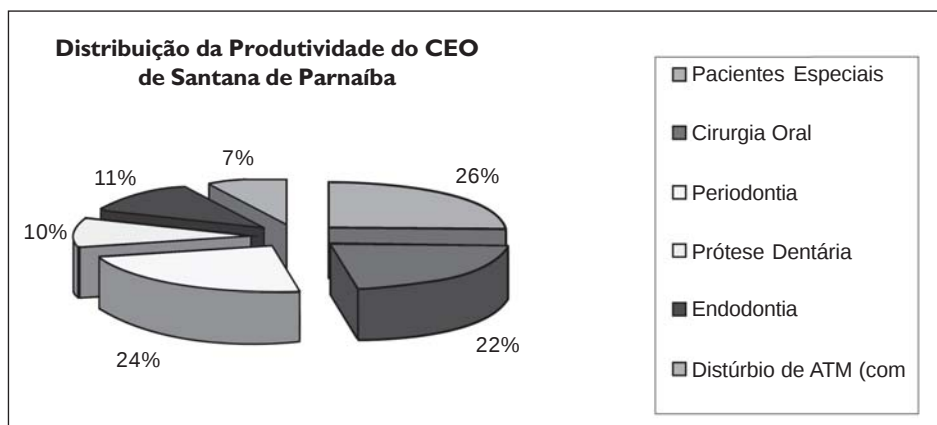
Ambulatório de Especialidades	2005 (dez/ago) Procedimentos	2006 (jan/dez) Procedimentos
Pacientes Especiais	1.018	1.778
Cirurgia Oral	758	1.555
Periodontia	720	1.667
Prótese Dentária	180	780
Endodontia	323	797
Distúrbio de ATM (com Placa de Mordida)	338	510

Fonte: SMS Santana de Parnaíba

Possibilidades de interação com outros serviços:

- ☐ Atendimento ao bebê na 1ª infância, junto à equipe de pediatria
- ☐ Acompanhamento interdisciplinar (neurologia, otorrinolaringologia, acupuntura, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia) da dor orofacial e distúrbios de ATM

- ☐ Trabalho integrado no atendimento do paciente especial com a rede de saúde mental (CAPSi, CAPS ad, CAPS Adulto, Cesame)
- ☐ Atendimento especializado ao adolescente (Cesama)
- ☐ Trabalho conjunto com a Vigilância Epidemiológica: atendimento dos HIV +, hepatite, tuberculose, hanseníase, entre outros.
- ☐ Abordagem diferenciada do PSF.



Fonte: SMS Santana de Parnaíba

Dificuldades:

O maior desafio na prestação de serviços é o gerenciamento de Recursos Humanos. Soma-se a isto o conflito existente entre aplicação do quadro de profissionais x Lei de Responsabilidade Fiscal. Os municípios tendem a gastar mais do que 15% de seu orçamento próprio com saúde. A expansão de serviços exige a ampliação destes gastos, o que compromete o orçamento municipal para outras áreas. Em estruturas de administração centralizada a garantia do abastecimento continuado de insumos dentro de uma lista padronizada pode se tornar uma grande dificuldade.

Desafios:

A ampliação do acesso ao tratamento em odontologia, em especial quando não restrito a uma faixa etária, embasado nas dificuldades já citadas.

Aqui, no município, defendemos como nossos grandes desafios:

- Ampliação do acesso à primeira consulta;

- Ampliação dos tratamentos completados;
- Diminuição da fila de espera;
- Reestruturação dos consultórios odontológicos.

Para fazer frente a estes desafios, pretendemos abrir mão das seguintes estratégias:

- Implantação de clínicas modulares ou trabalho a quatro mãos;
- Realização de mutirões de atendimento para identificação das reais necessidades;
- Implantação do acolhimento em odontologia.

Para concluir, é necessário repensarmos o financiamento das ações em atenção básica e a modernização de processos gerenciais de forma a fazermos frente às necessidades.

O desenvolvimento de novas tecnologias nesta área pode contribuir para a diminuição da distância existente entre necessidades e possibilidades de ação em saúde bucal na esfera do município.

Capítulo 6

A Política Estadual de Informação de Saúde: um debate necessário

Michel Naffah Filho
Mônica A. M. Cecilio

Apresentação

As áreas de tecnologia da informação e informática em saúde têm assumido papel cada vez mais relevante em nível mundial, pois diferentes países têm avançado nas suas políticas de saúde, com base em um sistema de informação abrangente e de qualidade, tendo sempre como meta a melhoria das ações e serviços de saúde.

Também o Brasil tem compartilhado da mesma preocupação, pois o Ministério da Saúde estabeleceu como um de seus objetivos prioritários a definição de uma política nacional de informação e informática em saúde, entendendo-a como essencial para alcançar uma maior equidade, qualidade e transparência dos serviços de saúde.

De forma semelhante, também no Estado de São Paulo as áreas de tecnologia da informação e informação em saúde tem sido objeto de preocupação por parte dos diferentes gestores. Neste sentido, e considerando a importância do tema, este documento aborda a questão, buscando trazer subsídios para ampliar a discussão.

São apresentados aspectos teóricos, focando o tema informação em saúde e relatadas particularidades de alguns projetos de países que são apontados como referência no assunto. Também é relatado o enfoque dado à questão na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - como era em passado recente, a situação atual e algumas idéias para a construção de um sistema de informação adequado que possa trabalhar e disseminar dados e informações de saúde relevantes e de qualidade, que possibilitem aos diferentes gestores diagnósticos de saúde que apontem prioridades e orientem investimentos.

Introdução

Tendo como base a definição adotada na Europa (eHealth Code of Ethics – Health Informatics Europe 2000), de que informação sanitária é aquela que pode ser útil para a manutenção da saúde, para prevenir ou controlar enfermidades e também para a tomada de decisões relacionadas com a saúde ou a assistência sanitária, podemos constatar que existem diferentes aspectos relacionados à informação em saúde, pois seus diferentes usuários – cidadãos, pacientes, profissionais e gestores - apresentam necessidades bem distintas.

As áreas de informação e informática em saúde têm assumido papel cada vez mais relevante em nível mundial, sendo bastante positivas as experiências de alguns países, particularmente aqueles com sistemas públicos de saúde, que priorizaram a gestão da informação como estratégia para avançar nas suas políticas de saúde. Neste sentido, podem ser citadas as experiências da Inglaterra, Canadá, Espanha e Austrália.

Embora com enfoques diversos, as diferentes experiências trazem em comum a ênfase para o registro eletrônico centrado no paciente, a Internet e a telemedicina e a utilização de protocolos clínicos como o alicerce para uma política adequada na área de informação de saúde.

Apesar das dificuldades inerentes à implantação e dos custos envolvidos, todos os estudos confluem ao apontar as vantagens dos registros eletrônicos em saúde, pois com a identificação unívoca do paciente seriam evitadas a perda de dados de saúde e também a duplicidade de exames e procedimentos terapêuticos, com a conseqüente redução dos custos envolvidos com a assistência à saúde.

A Internet, por sua vez, tem revolucionado o modo de acesso das pessoas a informações e serviços de saúde, sendo crescente o número de instituições públicas, sociedades científicas, empresas e associações de pacientes que vêm utilizando este novo meio de comunicação para disponibilizar produtos, serviços e informações referentes ao setor saúde. É bastante diversificada a oferta de informações, produtos e serviços de saúde oferecidos na Internet, podendo ser citados, dentre outros: informações sobre doenças, revistas e livros eletrônicos, educação sanitária, prestação de serviços interativos, alertas sanitários e aplicações de telemedicina.

A utilização de protocolos clínicos tem se mostrado um agente promotor da equidade em saúde, uma vez que permite a utilização da melhor evidência científica disponível na definição de roteiros diagnósticos e/ou terapêuticos, além de servir como instrumento de regulação da demanda de exames e procedimentos.

Um dos principais objetivos de um sistema de informação é garantir dados e informações de qualidade para que os diferentes gestores do sistema de saúde

possam executar as ações adequadas de planejamento de serviços e atividades em saúde, tendo sempre como objetivo uma melhoria da saúde do cidadão. Neste sentido, a existência de um sistema de informações eficiente possibilita que os principais postulados da saúde pública possam ser buscados: conhecer as condições de saúde da população e avaliar mudanças em seu perfil, planejar e implementar novos programas e informar à sociedade os fatores de risco que ameaçam a saúde.

Um aspecto sempre bastante ressaltado é a necessidade de que um sistema deve disponibilizar informações de saúde, e não apenas dados, estando aqui entendido o dado como uma expressão isolada e estática da informação que, ao contrário, é obtida através de complexo processo de correção, agregação, organização e análise.

Os dados e as informações disponibilizadas pelo sistema de informação em saúde devem ser suficientes e adequados para as diferentes ações de diagnóstico, análise situacional, programação, estabelecimento de prioridades, avaliação e monitoramento.

Conforme citado anteriormente, vários países apresentam avanços consideráveis em seus sistemas de informação em saúde, sendo sempre citado como modelo o aplicado pelo Reino Unido, através do Nacional Health Service. Neste sentido, e tendo como foco a missão de “proporcionar à população do país o melhor sistema de saúde do mundo”, a Inglaterra definiu a área da informação em saúde como estratégia, resultando daí o documento “Information for Health” – An Information Strategy for de Modern NHS 1998-2005, do Nacional Health Service do Reino Unido como referência para estudo e debate do tema.

Este documento discute as principais premissas e aponta os objetivos estratégicos de um sistema de informação, a seguir resumidos:

- Garantir o acesso dos profissionais a dados clínicos de seus pacientes;
- Garantir o acesso dos profissionais a fontes, guias e protocolos baseados nas melhores evidências científicas;
- Facilitar aos pacientes acesso a seus dados clínicos e também a serviços on-line relacionados à saúde;
- Possibilitar aos pacientes acesso a fontes de informação que facilitem cuidados de saúde;
- Garantir a qualidade dos dados do sistema;
- Avaliar as práticas de saúde e garantir informação para o planejamento de novos serviços e atividades;
- Possibilitar a hospitalização virtual em circunstâncias especiais.

A informação em saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Uma breve análise histórica nos remete a julho de 1977, quando foi criado o Centro de Informações de Saúde (CIS), ligado diretamente ao Gabinete do Secretário, que se compunha basicamente de duas grandes áreas técnicas: Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) e Centro de Monitoramento da Produção. Este último tinha como uma de suas principais atribuições o acompanhamento da produção mensal das unidades de saúde ligadas à SES-SP, composta basicamente por uma rede de Centros de Saúde, enquanto que ao CVE cabia o acompanhamento das doenças de notificação compulsória e demais atividades ligadas à vigilância epidemiológica. Havia dentro do CIS também um “braço” da Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo (Prodesp), que executava o acompanhamento da distribuição de materiais e medicamentos na SES através do Sistema Informativo de Materiais e Medicamentos (SIMM). Ligados ao CVE, mais dois sistemas eram gerenciados pela Prodesp – tuberculose e hanseníase.

Em 1986 uma mudança de estrutura desvincula o Centro de Vigilância Epidemiológica do Centro de Informações e a partir do ano seguinte inicia-se o processo de informatização do CIS (aquisição dos primeiros micro-computadores e automação de alguns processos de coleta de dados, embora ainda em relação às unidades próprias do Estado).

Nos anos seguintes o processo de informatização cresceu, chegando a um momento em que o CIS passou a contar com uma estrutura maior de equipamentos e processamento de dados, tendo sido criado um CPD, com equipe própria de analistas e programadores, que além de cuidar do desenvolvimento de sistemas específicos foi responsável também pelo desenho da proposta de informatização da SES e acompanhamento de sua instalação.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na SES-SP trouxe para a área de informações a atribuição de gerenciamento e processamento de contas hospitalares e ambulatoriais, e a partir de então observa-se uma mudança importante na forma de tratamento de dados, uma vez que as grandes bases geradas são provenientes de sistemas de pagamento.

Outras mudanças foram ocorrendo ao longo do tempo: o CIS deixou de contar com um CPD, as questões específicas de informática passaram a ser tratadas por uma outra estrutura (Secretaria Executiva de Informática) e o Centro de Informações passa a ser vinculado à Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), criada em janeiro de 1995.

Em 1997 observa-se nova mudança de perfil desta área de informações, uma vez que o processamento de contas passa a ser de responsabilidade da

área de Avaliação e Controle (Grupo Técnico Normativo de Auditoria e Controle -GTNAC). O CIS passa a ser usuário dos Bancos de Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais/ Sistema de Informações Hospitalares (SIA/SIH) e outros, mas tem ainda a atribuição de consolidar e divulgar informações na secretaria. Como uma das formas de disseminação de informações, desenvolveu e passou a ser responsável pelo portal da SES-SP, que continha uma área específica para divulgação de dados e informações em saúde (indicadores básicos, produção, demografia, mortalidade, dentre outros).

Posteriormente novas reestruturações foram ocorrendo dentro da própria secretaria e também na CPS, que fizeram com que a área de informações em saúde deixasse de existir na prática enquanto estrutura única responsável pela disseminação de dados em saúde e pelo portal da SES.

Mais recentemente, em janeiro de 2005, ocorreu uma nova reestruturação na Coordenadoria de Planejamento de Saúde, tendo sido definida como parte da sua estrutura o Grupo de Informações de Saúde – CIS, com as seguintes áreas: Centro de Monitoramento da Produção, Centro de Disseminação de Informações e Centro de Informática. Dentre as principais atividades atribuídas ao Grupo de Informações de Saúde podem ser destacadas: fornecer subsídios para a política estadual de informações de saúde; gerenciar os bancos de dados e sistemas de produção de serviços e cadastro das unidades de saúde; produzir informações, indicadores e análises de saúde e garantir aos gestores, profissionais de saúde e cidadãos o acesso adequado a estas informações.

Em termos práticos, no entanto, observa-se uma realidade bem diferente. Optou-se por uma prática de total descentralização da política de informação em saúde, estando o gerenciamento das diferentes bases de dados de interesse da saúde a cargo de outras coordenadorias da SES-SP, assim como a responsabilidade de disseminar dados e produzir as informações de saúde necessárias, principalmente aquelas de interesse aos diferentes gestores do SUS no Estado. O Grupo de Informações de Saúde restringiu sua ação à tarefa de trabalhar somente com os aspectos referentes à tecnologia da informação e comunicação, sem qualquer atribuição no que diz respeito à informação de saúde enquanto consolidação de dados, produção de informações e análises relevantes da situação de saúde.

A realidade atual mostra que a estratégia adotada não foi a mais adequada, pois os mecanismos de gestão referentes à informação em saúde ficaram sem coordenação e com ações bastante pulverizadas entre as diferentes instâncias da SES-SP. A necessária integração entre as áreas da tecnologia da informação e informação em saúde não se desenvolveu da maneira desejada, de modo que na prática não se conseguiu definir um sistema de informações minimamente estruturado.

Também como resultado desta estratégia, pouco avançou o debate para a elaboração de uma política estadual de informações de saúde. As responsabilidades foram diluídas e o resultado mais visível é que no Portal da SES-SP não estão disponibilizados quaisquer informações ou dados de saúde, mesmo aqueles mais básicos, como os referentes às informações demográficas, de mortalidade, nascidos vivos e de produção de serviços do SUS.

Neste cenário confuso, em que a área de informações em saúde encontra-se totalmente desestruturada, poucos são os estudos consistentes referentes às condições de saúde e doença, feitos com o objetivo de identificar mudanças no perfil epidemiológico da população e propiciar a prática de novos programas e ações de saúde. Na sua grande maioria, as análises elaboradas têm como fonte a produção de serviços do SUS, estando o foco principal voltado para a dimensão financeira da questão, em detrimento de estudos com enfoque epidemiológico. Tal fato contribui para que as ações de planejamento sejam pontuais ou fragmentadas, o Plano Estadual de Saúde seja pouco estruturado, sem objetivos e metas definidos e a Programação Pactuada Integrada (PPI) mostre-se fragmentada, descolada da realidade e não tenha sido de fato implantada.

Diante do exposto, necessário se faz reverter este panorama apontado, buscando a construção de um novo modelo para o sistema de informações de saúde do Estado. Apesar de se ter claro que gerar, buscar, consolidar e disponibilizar informações é tarefa fundamental que permeia todas as instâncias, centrais e regionais da SES-SP, entende-se como fundamental a existência de uma estrutura em nível central que coordene a Política Estadual de Informação de Saúde.

Esta instância deve ser suficientemente estruturada e seus técnicos devidamente capacitados, de forma a organizar e manter um sistema de informações abrangente, que além de disponibilizar informações úteis para cidadãos e pacientes, tenha como objetivo principal prover informação sanitária (e não somente dados) de qualidade para os gestores dos diferentes níveis da estrutura estadual do Sistema Único de Saúde.

Este sistema de informações, com enfoque prioritariamente epidemiológico, deve estar capacitado para instrumentalizar ações de diagnóstico situacional, definição de prioridades e melhor organização das ações e serviços de prevenção e atenção à saúde no Estado de São Paulo.

Neste sentido, podem ser apontadas como principais ações a serem desenvolvidas as referentes à definição das bases de dados de interesse, a organização e disponibilização dos dados primários, a produção de informação sanitária estratégica e, conforme já apontado em documento técnico específico, a coordenação do Portal Sanitário da SES-SP.

A proposta apresentada para o Portal da SES-SP define um site com forma e conteúdo que espelhe a Secretaria de Estado da Saúde como um todo, além de disponibilizar informações e serviços on line para os diferentes usuários do portal - cidadãos, gestores e profissionais de saúde.

A tarefa de organizar e disponibilizar os principais dados de interesse tanto de profissionais, como dos gestores de saúde, talvez seja a mais premente. Neste sentido, a SES-SP concebeu em 2005, via Coordenadoria de Planejamento de Saúde, o Projeto Data Warehouse (DW – Saúde), que consiste numa plataforma que contém todos os dados centralizados e organizados, originados das diferentes bases de dados do SUS, e cujo objetivo final é disponibilizar de forma integrada as informações disponíveis, utilizando para isto ferramenta própria, adquirida pela SES-SP.

Problemas operacionais ocorreram e o Projeto DW está sendo reavaliado atualmente, mas entende-se como de grande importância a sua viabilização. De qualquer forma, soluções alternativas com menor impacto, porém de maior facilidade de implantação, podem ser buscadas, como a utilização do aplicativo TABNet, disponibilizado pelo Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datusus).

Para finalizar, outra área a ser enfocada é aquela que diz respeito à elaboração de análises e estudos técnicos específicos. Neste sentido podem ser apontados, dentre outros, estudos específicos que avaliem mudanças no perfil epidemiológico da população, análises de tendências de mortalidade, estudos sobre setores específicos da atenção à saúde, diagnósticos regionais de saúde e estudos referentes à avaliação da incorporação da tecnologia em saúde. Informações mais consistentes sobre morbidade e acesso a serviços e ações de saúde poderiam ser obtidas através de inquéritos populacionais específicos, feitos em parceria com outras instituições com experiência na área.

Considerações finais

Este documento, ao reafirmar o papel estratégico representado pelo sistema de informações nas políticas públicas de saúde, apresentou aspectos teóricos da questão e experiências de outros países, assim como pontuou idéias para que a discussão do tema seja priorizada. Por não representarem o foco principal da discussão, os aspectos referentes à tecnologia da informação não foram aqui aprofundados, mas são fundamentais para a área, particularmente o registro eletrônico das informações em saúde e o desenvolvimento representado pela internet.

A definição de uma política estadual de informações de saúde envolve inúmeros atores e instâncias, que necessariamente precisam somar esforços no sentido de construir um sistema que garanta dados e informações de saúde

consistentes e de qualidade. Deve ser buscado um sistema que contemple cidadãos e pacientes com informações que facilitem cuidados de saúde, disponibilize para os profissionais guias e protocolos baseados na melhor evidência científica disponível e garanta aos gestores informações suficientes para diagnósticos qualificados, definição de prioridades e avaliação dos programas e ações implementados.

Existe uma máxima dentro da Saúde Pública do país que afirma que “informação boa é aquela que existe”. Premente se faz refutar esta idéia e qualificar a discussão, buscando construir um sistema de informações abrangente e de qualidade, que possa ser utilizado como estratégico para a política estadual de saúde.

Bibliografia

COHN A., Westphal MF, Elias PE. *Informação e decisão política em saúde*. Revista de Saúde Pública 2005;39(1):114-21

GARDE J.G. *Gestión sanitaria y tecnologías de la información*. Servicio de Medicina Preventiva de la Calidad. Hospital de Navarra. Espanha; 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – Proposta Versão 2.0*. Brasília; março de 2004

NATIONAL HEALTH SERVICE. *Information for Health – an information strategy for the modern NHS 1998-2005. A national strategy for local implementation*. Disponível em URL: <http://www.imt4nhs.exec.nhs.uk/strategy/index.htm>. Reino Unido; setembro de 1998

Capítulo 7

Informação para a gestão: o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Atenção Básica no Estado de São Paulo (SisMasus)

Luiza S. Heimann, Iracema E. N. Castro, Jucilene L. Rocha, Adriana G. Pacheco, Jorge Kayano, Virginia Junqueira, Roberta Boaretto, Olinda C. Luiz, Emílio Telesi Júnior, Lauro C. Ibanhes, Carlos T. Cortizo, Fábio S. Santos e Daniel O. Dantas

A informação para a gestão em saúde vem adquirindo relevância a partir da necessidade de se buscar maior eficácia, eficiência e transparência das políticas públicas que permitam mudanças na relação Estado e sociedade. Este texto trata de um trabalho de informação para a gestão dos SUS no estado de São Paulo.

A Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo constituiu um grupo de gestão colegiada formado pelas coordenadorias de Saúde, direções regionais de Saúde, representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Câmara Técnica de Atenção Básica da Bipartite, sob a coordenação do Instituto de Saúde para a construção do Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS a partir da Atenção Básica (SisMasus). A atenção básica (AB) envolve ações dotadas de grande complexidade, pois agrega conhecimentos e práticas oriundos de diferentes áreas. Apesar de complexas, essas ações incorporam tecnologias que envolvem menor gasto financeiro direto.

Apesar do processo de municipalização da saúde ter se iniciado pela atenção básica há quase duas décadas, em São Paulo o gestor do SUS passou a priorizar a assistência de média e alta complexidade e, gradativamente, afastou-se da AB. A concepção do Sistema de Monitoramento e Avaliação do SUS (SisMasus) a partir da Atenção Básica foi norteada pelos princípios da universalidade, da integralidade e equidade tendo como perspectiva a redução das desigualdades no acesso aos serviços e melhoria da situação de saúde. Com base nas ações priorizadas nos Pactos pela Vida foi criada uma matriz composta por indicadores selecionados como eventos sentinelas que dimensionam os

problemas de saúde na população. Com base no Pacto de Gestão também foram criadas matrizes com indicadores relativos às funções gestoras do sistema de saúde, objetivando avaliar o planejamento; programação; regulação; descentralização; regionalização; financiamento; gestão do trabalho e educação em saúde. O Pacto de Gestão enfatiza que para o exercício das funções gestoras priorizadas, a produção e uso da informação se tornam estratégica para a tomada de decisão por meio da avaliação e monitoramento.

Para a reflexão sobre os conceitos de Avaliação e Monitoramento, a referência utilizada foi o texto “Subsídios para organizar avaliações da ação governamental” – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, TD 776 (GARCIA, 2001). Vale lembrar que, devido à inexistência de uma cultura de avaliação no serviço público – em todas as esferas de governo – a implantação de mecanismos de análise como instrumento essencial de governo encontra-se ainda em processo de formação. Assim, quando se parte da idéia de que a própria avaliação não é uma cultura incorporada, percebe-se que a instauração de um sistema de monitoramento, que faz parte da avaliação, impõe desafios ainda maiores.

Avaliação

“Avaliar deriva de valia que significa valor. Portanto, avaliação corresponde ao ato de determinar o valor de alguma coisa. A todo o momento o ser humano avalia os elementos da realidade que o cerca. A avaliação é uma operação mental que integra o seu próprio pensamento – as avaliações que faz orientam ou reorientam sua conduta” (SILVA, 1992, In GARCIA, 2001). Seja individual ou socialmente, de uma perspectiva privada, pública ou estatal, avaliar significa determinar o valor, a importância de alguma coisa. Avaliar sempre será, então, exercer julgamento sobre ações, comportamentos, atitudes ou realizações humanas, não importa se produzidas individual, grupal ou institucionalmente.

“No ambiente governamental a avaliação interessará como um instrumento de gestão do setor público apenas se ela se encaixar nos processos reais de tomada de decisão, isto é, nos processos que estão inseridos na realidade das políticas e instituições e são sempre afetados pela escassez das informações necessárias. Nestas, forças múltiplas, além da informação, influenciam a tomada de decisão e a oportunidade da informação é crucial” (Conforme Rist, 1993, citado por Capitani, 1993, pág. 6, In GARCIA, 2001). A avaliação será um elemento fundamental na condução de políticas, programas e projetos se, juntamente a outras fontes de informação da mesma natureza – como análise de contexto, pesquisa socioeconômica por problemas, execução orçamentária e contabilidade pública –, integrar-se no processo decisório. Para isso, é necessário que seja consistente com os processos de produção institucionais, com a cultura organizacional, com a dinâmica de tomada de decisões própria

de cada instituição e que se insira com naturalidade no ciclo de criação e internalização de conhecimento da organização (GARCIA, 2001).

Avaliação é uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou de um padrão comparativo previamente definidos. Pode-se considerá-la, também, como um mecanismo para constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos.

No âmbito específico do Setor Saúde, “as atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção – apesar de insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis – são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, à medida que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao propor uma metodologia de avaliação dos sistemas de saúde, vários autores ressaltam a sua vinculação com os modelos assistenciais vigentes. Essa metodologia expressa também funções do Estado no setor, bem como a variabilidade de definições, de conceitos e de categorias utilizadas na análise dos sistemas de saúde (JUNQUEIRA, 2004; FIOCRUZ, 2003).

No relatório sobre a situação mundial de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2000, a definição de sistemas de saúde abrange todas as atividades cujo propósito essencial é promover, restaurar ou manter a saúde. Para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (2003), o objetivo central de um sistema de saúde deve ser melhorar a saúde da população. Cabe ainda ressaltar a observação de Navarro sobre o equívoco de se vincular de forma acrítica o nível de saúde de uma população aos serviços médicos e à limitação de gastos nos sistemas de atenção à saúde, deixando em plano secundário os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos na distribuição dos agravos e mortes (NAVARRO, 2000).

A avaliação de um sistema de saúde depende da clareza dos princípios, objetivos e metas desses próprios sistemas, além da seleção das dimensões que poderiam ser objeto da avaliação. A atenção básica não está imune a esse movimento. Nesse processo, uma das dificuldades é definir o “produto” da operação de um serviço de saúde. Para Starfield (2002) “na atenção primária, muitos dos problemas dos pacientes são tão pouco compreendidos que a natureza de seu curso ou progressão é desconhecida. Diferentemente da área hospitalar, em que uma admissão pode ter um ponto de entrada e de saída mais claros e os resultados podem ser mais facilmente descritos, no ambiente ambulatorial é difícil definir e até medir o produto.”

Desde o final dos anos 1980 e início dos 1990, com o advento das reformas dos sistemas de saúde em muitos países, surgiram estudos avaliativos dirigidos ao desempenho global da rede de atenção primária, e não restritos aos aspectos assistenciais de serviços isolados. Entre eles, pode-se citar Murrey e Jolley (1999), na Austrália; Conill (2002), no Brasil; Koppel et al (2003), na Estônia; Villalbi et al (2003), na Espanha. Em recente revisão das evidências sobre a contribuição da atenção primária para os sistemas de saúde e para a saúde populacional, ficou evidente que ela ajuda a prevenir doenças e mortes e que está diretamente associada a uma distribuição mais equânime da saúde na população.

Uma questão que deve ser abordada na avaliação em atenção básica é a natureza e o desenho da própria avaliação a ser desenvolvida, as categorias avaliativas a serem consideradas e as metodologias mais adequadas para isso. Para Bodestein (2002), “(...) é no nível municipal que ocorre o processo de implementação da política de Atenção Básica, gerando efeitos de difícil avaliação, dada a diversidade de contextos locais”. A autora enfatiza a importância de avaliar “processos e resultados intermediários voltados para o desempenho institucional, que pode ser traduzido em vontade política e compromisso público, capacidade de gestão e maior controle e participação social, mais do que exatamente efeitos ou impactos mais diretos sobre a oferta de serviços.”

Monitoramento

O monitoramento é um processo sistemático e contínuo que, ao produzir informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas. O monitoramento da gestão pública responde ao seguinte princípio elementar: não se pode conduzir com eficácia se o dirigente não conhece de maneira contínua e a mais objetiva possível os sinais vitais do processo que lidera e da situação na qual intervém. “Um sistema de informações casuístico, parcial, assistemático, atrasado, inseguro, disperso e sobrecarregado de dados primários irrelevantes, é um aparato sensorial defeituoso que limita severamente a capacidade de uma organização para sintonizar-se com os processos concretos, identificar os problemas atuais e potenciais, avaliar os resultados da ação e corrigir oportunamente os desvios com respeito aos objetivos traçados” (MATUS, 1994, pág. 2 In GARCIA, 2001).

Quem não monitora os problemas que deve resolver e o resultado das ações com as quais pretende enfrentá-los não sabe como as medidas adotadas se desenrolam nem que mudanças elas provocaram. Enfim, não é possível avaliar a eficácia das intervenções. Para monitorar, é necessário tornar o problema preciso, demarcá-lo e medi-lo com rigor, conhecer suas principais determinações e desenhar soluções específicas capazes de eliminar ou minimizar

as causas fundamentais que o geram. Ao implementar ações, deverão ser produzidos indicadores pertinentes (úteis para quem responde por sua execução) e, portanto, passíveis de serem trabalhados (analisados e avaliados). Assim, eles poderão informar quem tem o dever de coordenar essas ações e o poder de corrigi-las, caso necessário.

O monitoramento é, assim, um requisito imprescindível para que o exercício da avaliação possa ser um instrumento de gestão. Quem monitora, avalia. Quem avalia, confirma ou corrige, exercendo o poder de dirigir consciente. Para fazer um monitoramento, no entanto, é preciso que haja produção sistemática e automatizada de informações relevantes, precisas e sintéticas. Esses dados devem ser oportunos para lidar com cada processo particular, com as peculiaridades que lhe são próprias. E eles somente poderão existir se a ação tiver sido desenhada e programada de forma que englobe a produção de informações apropriadas e em um ritmo adequado à tomada de decisões.

O objetivo essencial de um sistema de monitoramento é verificar o nível de cumprimento de determinados compromissos assumidos pelo gestor, sejam eles públicos ou institucionais. Por isso, os processos avaliativos podem ser incorporados e encarados como mecanismos de avaliação de desempenho de gestão. Para obter uma avaliação de desempenho é necessário deixar explícito – de forma precisa – a que se refere a avaliação e quais aspectos desse desempenho são relevantes. Uma possível definição de desempenho “é o resgate do compromisso de execução de uma programação formalmente estabelecida como desejável e factível, a partir de parâmetros confiáveis surgidos da aplicação do conhecimento técnico-científico sobre a experiência prática” (GARCIA, 2001).

Com o processo de municipalização da saúde iniciado pela atenção básica há quase duas décadas, o nível estadual de gestão do SUS passou a priorizar a assistência de média e alta complexidade e, gradativamente, afastou-se da AB, realizando-a de forma mais lenta no que diz respeito às ações de vigilância.

A necessidade da retomada da importância do gestor estadual em relação às questões da atenção básica, porém, se evidencia a partir da NOB/96, e da criação do Piso da Atenção Básica (PAB) em 1998. Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Pacto da Atenção Básica, em uma tentativa de avaliar e acompanhar metas estabelecidas pelas três esferas de gestão do SUS, a partir de indicadores de saúde, predominantemente de resultados. Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), com o apoio do MS, realizou dois eventos fundamentais para que a discussão em torno das responsabilidades estaduais com a atenção básica emergisse. Como resultado desses eventos, foram publicados os documentos “Carta de Aracaju” e “Consensos sobre a Atenção Básica”. Nesse mesmo ano, formou-se um grupo tripartite para desenvolver uma proposta de avaliação da AB, o que culminou

em um documento publicado, mas sem a aprovação da tripartite. Em 2004, foi assinado o Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial para a Expansão da Estratégia Saúde da Família em municípios com mais de 100.000 habitantes (Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde Família -Proesf). Um dos componentes do acordo destinava recursos para os Estados instituírem e institucionalizarem o monitoramento e a avaliação da atenção básica no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Esses movimentos, aliados à compreensão pelos gestores municipais e estaduais de que o Estado tem um papel a desempenhar na atenção básica e de que é justamente ela que estrutura o sistema de saúde, fizeram com que os Estados fossem responsabilizados pelo apoio técnico, financiamento, avaliação, monitoramento, pactuações e regulação da AB.

Na maioria dos Estados, há atualmente equipes técnicas das SES que precisam ser capacitadas para exercer o seu papel de gestor da atenção básica e obter instrumentos que melhorem sua habilidade de gestão. Por isso, é necessário um sistema de monitoramento pensado e construído a partir da AB, com flexibilidade suficiente para comportar diferenças regionais. Esse sistema de monitoramento deve:

1. induzir a formação de consensos, princípios, formas de organização, processos e resultados esperados na AB;
2. ser um instrumento de gestão estadual;
3. gerar padronização para comparações entre municípios, regiões e macrorregiões;
4. permitir a identificação de iniquidades regionais e no Estado (haverá, a partir da regulamentação das “Diretrizes para a Operacionalização dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, recursos adicionais no valor de 5% do PAB fixo para compensação entre regiões. O sistema precisa sinalizar as diferenças para instrumentalizar a Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
5. evidenciar as diferenças de qualidade e resolubilidade de serviços na AB;
6. realçar as diferenças de oferta de serviços para o referenciamento;
7. indicar a necessidade de ajustes na organização da AB nos municípios;
8. retroalimentar os planos municipais, regionais e estaduais de saúde;
9. subsidiar a discussão política de saúde nos níveis regionais e central.

Assim, o objetivo do sistema de monitoramento e avaliação do SUS a partir da atenção básica no Estado de São Paulo é aprimorar a capacidade de

gestão dos níveis central e regional da SES, com base na identificação das iniquidades regionais em saúde a partir da AB.

O sistema foi composto utilizando ferramentas disponíveis gratuitamente, e tecnologia amplamente documentada. É um sistema escrito em linguagem PHP (Hypertext Preprocessor - Pré-processador de Hipertexto), acessando bancos de dados PostgreSQL, rodando sobre o servidor web Apache, sistema operacional Linux. O objetivo básico do sistema é disponibilizar indicadores de saúde do Estado de São Paulo em diferentes níveis de agregação, cujas fontes de dados são os sistemas informatizados do SUS, da SES/SP e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade). Atualmente os níveis de desagregação são três: estadual, por Departamento Regional de Saúde (DRS) e município. Os dados são apresentados para municípios, regiões e estado, permitindo análise por série temporal, por comparação a parâmetros nacionais ou por meio de brechas redutíveis.

A série histórica dos indicadores é apresentada no formato de gráficos e tabelas com o objetivo de monitorar e avaliar tendências e cenários ao longo do tempo e orientar a tomada de decisão.

A análise por parâmetros serve para aprimorar a execução das ações de saúde nas instâncias regionais e municipais, locais privilegiados do planejamento. Seu uso contribui para a abordagem crítica e analítica dos sistemas gerenciais do SUS. O parâmetro permite estabelecer comparações, descrever e inferir condições e identificar fatores que possam explicar os diferentes níveis, padrões e tendências observadas, subsidiando a atuação e tomada de decisão do gestor público.

O método de análise por brechas redutíveis parte do pressuposto de que municípios com condições socioeconômicas semelhantes dispõem de recursos para atingir o melhor resultado do indicador encontrado no seu grupo, possibilitando a redução de desigualdades. O índice selecionado para agrupamento dos municípios e regiões por condições de vida, no SisMasus, foi o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS (Fundação Seade).

O SisMasus é uma tecnologia de gestão que oferece informações sistematizadas para avaliação do SUS por meio da disponibilização de diferentes métodos de análise. Para tanto o sistema de monitoramento oferece:

1. Visão sobre a dimensão das desigualdades em saúde, apontando a necessidade de redirecionamento das ações do SUS para que essas diferenças possam ser reduzidas.
2. Subsídios para reorientar a regionalização da atenção, compreendendo o acesso aos diferentes níveis do sistema e a constituição de referências e contra-referências.
3. Possibilidade do planejamento e da programação das ações e dos serviços de saúde a partir do perfil epidemiológico (art. 35 da lei

8.080), visando sempre a melhoria da qualidade da atenção e redução das desigualdades.

Para incorporação do SisMasus pelas equipes dos Departamentos Regionais de Saúde da SES foram realizadas oficinas de trabalho, visitas técnicas e assessorias aos gestores regionais. A avaliação do uso dessa tecnologia apontou para dificuldades relacionadas ao relacionamento entre os níveis de gestão do SUS no estado de São Paulo, assim como no processo de planejamento. Também foram reveladas potencialidades ao agregar as áreas técnicas das regionais para discussão dos dados provenientes dos diferentes sistemas de informação e possibilitar ao gestor regional maior conhecimento da situação dos municípios sob sua responsabilidade.

O aplicativo suporta basicamente duas formas de carga de dados. Pode baixar arquivos DBF de formato conhecido, salvando-os no banco para o cálculo dos indicadores ou em formato que pode ser importado diretamente da página do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datusus), apresentando-os de forma gráfica e através de cores associadas a algum significado, que permite melhor entendimento e interpretação dos dados.

O trabalho com o sistema gerou, nas equipes técnicas regionais, uma preocupação em melhorar a qualidade da produção dos dados para alimentação dos sistemas de informação, evitando as disparidades eventualmente verificadas entre os dados do sistema nacional e as bases de dados regionais e locais. O uso do sistema facilitou a formação de grupos capacitados para elaborar diagnóstico da situação de saúde a partir das necessidades identificadas na AB, contribuindo para superar o planejamento fragmentado e baseado exclusivamente na lógica do financiamento.

O sistema está disponível no site <http://www.isaude.sp.gov.br/sismasus>.

Referências Bibliográficas

- BRAGA, J. C. & GÓES DE PAULA, S. 1986. Saúde e previdência. Estudos de política social. São Paulo : Hucitec.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação. Brasília, 2004.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 401-12, 2002.
- CARTA de Aracaju disponível em 28/08/2006 em http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?cod_Servico=1710.
- CONSENSOS sobre Atenção Básica disponível em 28/08/2006 em http://www.conass.com.br/admin/arquivos/construcao_de_consensus.pdf.
- CONILL, E. M. Complementando a discussão sobre a Atenção Básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Ciência. Saúde coletiva*. 7(3), 2002.
- DONABEDIAN, A., 1980a. The definition of quality: A conceptual exploration. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol I, pp.3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- DONABEDIAN, A., 1980b. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- FIOCRUZ. Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS). Relatório Final obtido no sítio www.proadess.cict.fiocruz.br, 2003.
- GARCIA, R. C. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Texto para Discussão No 776, IPEA, Brasília, 2001.
- GROISMAN, S, MORAES NM, CHAGAS, LD. A evolução da atenção à saúde no Brasil. O contexto da Saúde Bucal. *Cadernos da ABOPEV II*. Rio de Janeiro, 2005.
- JUNQUEIRA, V. Construção de parâmetros alternativos para avaliação da gestão local de saúde. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
- KOPPEL, A., MEIESAAR K., VALTONEN, H., MESA, A., LEMBER, M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Soc. Sci. Med.* 52(12): 2461-6, 2003.

- LEVCOWITZ E., LIMA L.D., MACHADO C.V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(2): 269-291, 2002.
- MENDES, E.V. Distrito Sanitário. 4ªed. São Paulo, Hucitec, 1999.
- MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; ISC, 2001.167 p.T. II.
- MERHY, E. E. & BUENO, W.S. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? São Paulo. Mimeo, 1997. 17 p.
- MURRAY, C. e JOLLEY, G. Initiative in primary health care: evaluation of a South Australian program. *Aust Health Rev.* 22(3): 155-61, 1999.
- NARVAI PC. Odontologia e Saúde Coletiva. São Paulo. Hucitec, 1994. 113 p.
- NAVARRO, V. Assessment of the World Health Report 2000. *The Lancet* (356) 1598-1601, november, 2000.
- OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services.* Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.
- STARFIELD B, SHI, L., MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 83(3): 457-502, 2005.
- VILLALBI, J. R., PASARIN M., MONTANER, I., CABEZAS, C., STARFIELD, B. Evaluation of primary health care. *Atencion Primaria.* 31(6): 382-5, 2003.

Capítulo 8

Informação em saúde e cidadania

Samuel Jorge Moysés

O tema relativo à “Informação em Saúde e Indicadores em Saúde” é convergente com a discussão sobre cidadania. Neste texto, problematiza-se o papel ocupado pela informação em saúde na vida cotidiana das pessoas. Parte-se de uma ampliação conceitual sobre como se constituem as unidades informacionais em circulação permanente, em um mundo em que tais informações expressam, simultaneamente, nossa contemporaneidade, mas também nossa desigualdade planetária.

Como se dá de fato o acesso à circulação, à produção, à ressignificação das informações, em um mundo onde informação é poder? A informação é recurso de poder pela vinculação do desenvolvimento societário com a capacidade humana em gerar e aplicar conhecimentos. A informação possibilita o exercício da cidadania, na medida em que possibilita às pessoas compreenderem as transformações que estão alterando o panorama mundial, oferecendo os meios de ação individual e coletiva de auto-ajustamento (ROCHA, 2000). Para isso, no entanto, é necessário garantir o acesso à educação e à informação.

No caso da saúde coletiva, primeiro é importante afirmar que a informação (em si) representa um passo fundamental para o estabelecimento de uma política de saúde consistente e coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (JACOBI, 2002). Com isto, prefigura-se que a produção social de informações sanitárias constitui ato técnico-científico e componente de uma política cultural (da cultura sanitária), caso se inclua a relação com a sociedade civil como segmento representacional. Segundo, trata-se de interrogar a produção da informação na relação entre sujeitos, no processo de construção de indicadores de saúde.

O pressuposto é que “cada um dos operadores em rede no território pode ser tomado como *unidade informacional*, isto é, cada um deles produz e a um só tempo consome informações, geradas de modo ininterrupto no interior do sistema e derivadas de suas múltiplas intervenções” (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA, 2006). São as cidades, os equipamentos e as equipes de saúde, os prestadores, os gestores locais e regionais, os conselheiros, os usuários, a população, enfim, todos os sujeitos em situação – incluindo parlamentares, executivos, religiosos, magistrados, proprietários - e a situação ela mesma. Os indicadores, de outra parte, revelam-se como arranjos ou dispositivos frequentemente matematizados, expressando específicas correlações entre fenômenos observados, de saúde e vida, em geral recortadas a partir do ponto de vista de agentes estatais.

Contudo, dentro dos canais de participação cidadã e das redes intersubjetivas que se formam, a própria informação em saúde é ultrapassada pelo agenciamento de interesses diversos, muitas vezes contraditórios. Interessaria, por exemplo, a um prefeito ou secretário de saúde divulgar, em ano eleitoral, uma informação em saúde (rigorosamente produzida por um técnico em epidemiologia), que expresse um aumento na mortalidade infantil ou materna, no município? A relação que se estabelece é, também, do âmbito político e perpassa a sociedade e a cultura. Obviamente, com a cultura prevalecente em uma determinada época, num determinado contexto ou bloco histórico.

Há, então, outras duas questões decorrentes: 1º) Gozariam todos os cidadãos, no território sanitário, do mesmo privilégio da informação produzida? 2º) Teriam acesso facilitado aos lugares onde a informação é produzida, circula ou se deposita?

A tentativa de responder a essas duas questões exige pensar essas unidades informacionais e esses operadores, que somos todos nós, produtores das relações e das informações cotidianas, com um pressuposto ampliado. Sem estabelecer qualquer hierarquia prévia, é melhor pensar tais relações, a partir do dado cru; então, do dado para sua respectiva “filtragem” em informação que deriva da interpretação crítica, da valoração que damos ao dado; então, deste agregado informacional avançamos para o mundo do conhecimento, ou seja, como utilizar a informação para reduzir a carga de doença, de morte, de miséria humana, e nesse sentido pensar mesmo a importância, a relevância que tem a informação e o conhecimento científico; finalmente, chegamos ao momento da experiência, porque é quando a concretude da vida se revela, no mundo do trabalho em saúde, com a nossa equipe, com a população que atendemos, no jogo de experiências vitais que se estabelece no dia-a-dia.

Do ponto de vista da pressão das necessidades em saúde, a realidade se apresenta como é. Daí a importância conceitual do dado em si. Muitas vezes

sem o recurso do método científico, o dado é um elemento concreto que fala por si mesmo. Por exemplo, no depoimento de um médico atuante na estratégia de saúde da família, o dado bruto das relações cotidianas é expresso assim:

“Olha, há uma mudança de sintomatologia, a gente não consegue mais estabelecer direito a fronteira entre os problemas da vida e a patologia classicamente definida nos nossos livros-texto, nos nossos manuais de patologia, nos nossos perfis nosográficos, epidemiológicos. O arsenal bioterapêutico da medicina não dá mais conta disso”.

Ele continua:

“Bom, como é que eu faço com questões como as que eu vivo em meu território operativo, como incesto, abusos sexuais, violência entre vizinhos, gravidez precoce das nossas adolescentes, crianças com pânico e síndrome de confinamento”?

Como instituir um sistema de informação que dê conta disso, e que gere conhecimento útil e produza uma experiência coletiva para o SUS, que o torne mais resolutivo? Estamos todo tempo atribuindo valores, interpretando, fazendo a apropriação crítica mediatizada e com distanciamento crítico desta realidade imediata. Contudo, uma coisa é tentar diagnosticar, propor intervenções terapêuticas, registrar o dado, interpretar a informação, quando se trata de patologias melhor delimitadas dentro do campo que convencionamos chamar “campo biomédico”. Outra coisa é atuar dentro daquilo que poderíamos chamar “campo cultural” da saúde e das intersubjetividades que se instituem continuamente, para além modelo biomédico convencional. As informações, portanto, e o conhecimento gerado a partir delas, e a experiência que advém desse conhecimento, sofrem todas essas interinfluências.

Aqui, é importante indicar que a informação relevante não deriva de uma relação tipo sujeito-objeto, mas sim a partir do interior de uma relação intersubjetiva. Há que se fazer, portanto, a distinção entre ciência instrumental e consciência crítica, já que na relação entre sujeitos, a objetividade da informação não se confunde meramente com uma epistemologia positivista (AMATUZZI, 2006). A subjetividade é o âmago mais profundo da experiência que deriva destas unidades informacionais, já que pensamento, sentimento e decisão estão indissociavelmente ligados. A subjetividade exige não a produção de evidências científicas sobre ela, mas aproximar-se de forma experiencial dela, só depois surgindo um discurso expressivo.

Neste sentido, a informação torna-se mobilizadora e não instrumentalizadora para o cuidado em saúde, já que, na perspectiva do campo cultural da saúde, não se quer apenas trabalhar como indicadores estatísticos ou algoritmos econômico-sanitários invariantes. Esta é outra dificuldade, já que muitos sistemas

de informação em saúde foram originalmente criados com forte foco na questão do financiamento, da compra e/ou faturamento de serviços.

Por outro lado, uma dificuldade conceitual adicional deriva do fato que uma das melhores maneiras de desinformar cidadãos é congestioná-los com certas informações, pelo excesso. Vive-se um mundo do excesso, que pode levar à entropia máxima. O risco é mergulhar em um “tsunami” entrópico da informação. Como então atribuir valores, significados, e gerar uma rede de conhecimentos, ou uma inteligência coletiva (LÉVY, 2002) que se enraíze nas experiências cotidianas pra melhorar a vida? Nessa dualidade, somos cada vez mais invadidos em tempo real pela informação que chega e atropela, e as agendas pessoais e coletivas parecem se dispersar em uma vida cada vez mais fragmentária, espelho da “poeira informacional”.

As informações utilizadas nos processos produtivos, na tomada de decisões, na geração de novas tecnologias são rigorosamente controladas. Entretanto, as informações que geram dispersão, confusão, distração, divertimento, lazer ou veiculam um *modus vivendi*, ideologias desmobilizadoras e concepções fantasiadas do mundo são democraticamente divulgadas (SÁNCHEZ GAMBOA, 1997). Em um projeto de pulverização total, em que o acesso à informação pode se tornar cada vez mais um ato individual solitário, como produzir informação significativa na esfera coletiva e solidária?

Castells (1996) lembra que há, frequentemente, uma oposição bipolar: o *net* coletivo e o *self* individual. O *net* possibilita novas estruturas organizacionais baseadas no uso sutil da mídia de comunicação em rede; o *self* simboliza atividades mediante as quais o indivíduo tenta reafirmar sua identidade, sob condições de mudança estrutural e de instabilidade. Nesse sentido, o processo de construção da própria identidade é uma força dinâmica na formação da sociedade.

O problema da identidade, no entanto, não é um conflito apenas do indivíduo. Para Castells (2000), o Estado-nação também perde seu poder – embora não sua influência –, como efeito da globalização. O resultado desse fenômeno é a crise das democracias liberais, pois as instituições democráticas tradicionais estão sendo destituídas de significado e legitimidade: elas perdem sua identidade. Para garantir sua movimentação contínua, ante essa realidade permeada de descontinuidade, o ser humano lança mão de mecanismos para superar barreiras e desafios. Quando esses esquemas tornam-se inoperantes, outros se interpõem. Esse processo está associado ao ciclo informacional e de assimilação do conhecimento. Somos seres em busca da reconstrução permanente da nossa identidade, do eu no mundo e do mundo em nós. Então, a reafirmação da identidade é uma questão que aparece muito fortemente hoje, com essas possibilidades informacionais abertas.

Toffler e Toffler (1995) advogavam que a sociedade da informação, a sociedade do conhecimento, seria a terceira onda. A grande revolução pós-industrial que a humanidade iria viver, trazendo novos estilos de família, de trabalho, de estudo, uma nova economia, mas também novos conflitos políticos, e uma ressignificação no plano individual muito importante. Uma nova forma de consciência humana iria emergir disso tudo. Só que a maioria da população, mesmo nos países mais adiantados, não tem a educação emancipatória e libertadora, a educação que Paulo Freire defendia (FREIRE; FREIRE, 2001). Então, não há educação suficiente para fazer dessa informação um recurso para o conhecimento, por isso aquela entropia máxima, por isso aquele nível de pulverização, de atomização. E o que nós, seres em busca da identidade, produzimos de forma imbricada com nossos produtos informacionais fragmentários? A nossa própria fragmentação como ser.

Nesse painel de mudanças estruturais, o crescimento da indústria da informação é um componente estratégico. A sociedade da informação corre o risco de se fechar em feudos, prevalecendo os interesses lucrativos e acentuando as desigualdades. Drahos e Braithwaite (2002) alertam para o risco de limitação dos direitos de informação do cidadão e julgam que a globalização, a privatização dos meios de telecomunicações e os direitos de propriedade intelectual estão a serviço de grupos poderosos. Há quem tenha uma percepção menos pessimista (CARVALHO; KANISKI, 2000), considerando que tanto a revolução industrial quanto a informacional têm contribuído para a maximização do trabalho e da comunicação entre os homens, embora pouco alterando as relações de poder existentes no interior desses processos. O risco maior é a limitação de direitos de informação para a cidadania. Globalização, privatização de meios de telecomunicação e propriedade intelectual se transformando em *commodities*, com o controle midiático sobre o planeta, fazendo com que esta forma de poder insidioso informe e desinforme, segundo interesses de dominação.

A idéia de cidadania implica um conceito de igualdade, pois todos possuiriam em tese um status de igualdade, em relação a direitos e obrigações pertinentes a esse status (ROCHA, 2000). Nos léxicos, uma definição para cidadania afirma ser esta uma condição que se refere a um indivíduo no gozo de direitos civis e políticos de um Estado, ou o desempenho de deveres para com esse Estado. Mas e os direitos sociais, onde estão? Na própria definição léxica tais direitos estão excluídos, constituindo uma busca de cada um. É curioso ver como a construção erudita de cultura percebe direitos sociais. Temos uma estratificação social que concede o status a partir das diferenças. O direito ou o dever surgem a partir do modo como a sociedade, e a política, e a economia, e a cultura, e a informação, e o conhecimento se organizam; então, um sistema de desigualdade que parte da estratificação acentua a perda dos direitos, a desigualdade dos direitos

sociais. Nesse sentido, o desenvolvimento formal de cidadania exerce pouca influência sobre a questão da equidade, ou da iniquidade, pensando na perspectiva do formalismo político, institucional, ou jurídico.

Um exemplo, na área da saúde, surge a partir do interior da equipe de Saúde da Família. Fortes e Spinetti (2004) observaram a questão da humanização do atendimento no serviço de saúde, tendo o pressuposto de que o direito à informação para o cidadão usuário deveria ser garantido num sistema que pensa a mudança social, a conquista dos direitos sociais e a construção coletiva, com a produção social da saúde. Focaram o agente comunitário de saúde e investigaram, com pesquisa qualitativa (grupos focais), se o agente deveria estar capacitado para utilizar o que poderia caracterizar um padrão de informação orientado às pessoas, orientado às famílias, orientado aos sujeitos, que também protagonizam a produção social de saúde no território. Ou, ainda, o que poderia ser chamado, mais no detalhe antropológico, o padrão subjetivo de comunicação, de informação, de conhecimento. Então foram observar o processo comunicativo informacional que se estabelece, e se ele favorece a produção de cidadania. Contudo, ao entrevistarem paralelamente gerentes, médicos, enfermeiros, que dentro das equipes são profissionais que ainda exercem uma lógica dominante, decorrente das relações de poder corporativo e institucional, perceberam haver forte preocupação e dúvida quanto ao conteúdo e aos limites das informações a serem veiculadas pelo agente comunitário de saúde. Consideraram que deveriam se orientar restritivamente a informações administrativas e organizacionais. Os agentes, em nenhum momento, expressaram o desejo de tomar de assalto as competências da enfermeira, ou do médico, ou do dentista; eles só queriam maior autonomia, liberdade, capacidade comunicativa informacional para o estabelecimento dessa relação. Enorme contradição nessa lógica cultural, no interior das equipes que viriam com a tarefa histórica de estruturar o micro processo de trabalho, mudar o cenário de intervenção que o SUS estabelece com a sociedade brasileira.

Em outro exemplo (LARA; CAMARGO; ROCHA, 2002), dentro de uma ótica de cidadania ampliada, analisam-se as relações comunicativas e informacionais entre setores estatais responsáveis pela produção/divulgação de informação e cidadãos que são demandantes da mesma. Com muita frequência, usuários de serviços têm demandas concretas, de natureza utilitária e relacionadas à satisfação de necessidades básicas; mas há outros cidadãos que demandam o sistema de informação, por exemplo, em busca de informação sanitária. Estão, também, em busca de algumas necessidades utilitárias, mas em geral coletivas. Por exemplo, pesquisadores interessados em pesquisar bases de dados para produzir um conhecimento e uma experiência úteis em políticas, em planejamento, em programação, em vigilância epidemiológica, sanitária ou

ambiental. O estudo concluiu que os serviços públicos de divulgação da informação avançaram, nas últimas décadas, com seus marcos institucionais, enfatizando a tecnologia em si mesma, como critério de organização da informação, ou seja, com sobrevalorização da informática. Então, em vez de ser ferramenta-meio para facilitar a finalidade última, observa-se o meio voltado pra si mesmo. Mesmo um segmento da população teoricamente mais apto a consumir a informação estatística, epidemiológica, econômico-financeira nessas bases de dados, depara-se com inúmeras dificuldades de acesso e uso significante.

Firmaram-se modelos de mensuração da realidade empírica, a partir dos dados, que são fortemente centrados no emissor; os receptores têm vários perfis e há assimetria entre eles. Os modelos centrados no emissor corroboram a hipótese de que os detentores do poder sobre a administração da informação detêm poder sobre sua circulação, decidindo quanto à forma de distribuição à sociedade, influenciando o empoderamento da cidadania. Falando de política e poder, vale destacar que os gestores da saúde não tomam sistematicamente decisões a partir da transparência pública da informação existente (gestão baseada em evidências). Tomam decisões conflitantes ou consensuais gerindo os estoques de informação em processos, muitas vezes, tão autoritários quanto as próprias políticas.

Uma outra questão é a alfabetização tecnológica, ou a inclusão informacional. Temos um cotidiano discriminatório e a superação desta condição, dentro de uma concepção mais ampla, tem que tornar a informação, o conhecimento e a experiência daí decorrente em recurso político para a sociedade, não para mais acumulação de poder daqueles que já normalmente detêm poder. O problema, hoje, é que estamos vivendo uma revolução que de fato é central para a discussão de liberdade, cidadania e distribuição de poder, pois essa revolução infodigital pode deixar para trás as vítimas do *apartheid* mental (SILVEIRA, 2001). Já convivemos em nossas famílias com uma geração mais idosa que sofre do *apartheid* mental, não sabendo, por exemplo, usar cartão magnético, e-mail, internet. E isso aconteceu na passagem de uma geração.

Mas e essa novíssima geração de apartados? Como ampliar meios de acesso e produzir educação suficiente para ressignificar a informação circulante que eles acessarem? É Lévy (2005) quem alerta: “O brasileiro não é um excluído digital do mundo moderno”. Basta observar as taxas de acesso à internet, ao computador; em uma década, o Brasil decuplicou o número de cidadãos que acessam a internet e têm computador. O problema é gerar inteligência coletiva a partir disso. Então o principal obstáculo não seria acessar agora ou daqui a pouco o computador, mas o analfabetismo e a falta de recursos culturais para, de fato acessando, ressignificar, fazer disso a inteligência coletiva que nós precisamos para a vida em sociedade, para o SUS, para políticas públicas que funcionem e sirvam bem à sociedade.

Há um esforço atual de construir o que vem sendo chamado de metassistema de informação (LARA; CAMARGO; ROCHA, 2002). Sistemas que permitam agregações e cruzamentos que o próprio usuário saiba e possa fazer se tiver a cultura, a alfabetização para usar a ferramenta. Assim, melhorar a circulação e apropriação da informação requer que se compreenda o que é “dado informacional” e o estatuto de que isso tem como modo de representação.

Aqui vale a pena imaginar algumas pontes para pensar tal estatuto e o modo como vamos representar a informação obtida, estruturando unidades de representação que tenham significado para vários atores, para vários agentes operadores. Por exemplo, qual a representação da morte infantil em um município nordestino qualquer? Não é somente acessar o boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde, mas é ouvir o sino da igreja. Trata-se, então, de saber como estruturar esses nódulos de sentido, que podemos chamar de rizomas, com o estabelecimento de pontes, ou de vínculos, ou cruzamentos temáticos.

Lévy (1997) vem pesquisando intensamente essas possibilidades: lingüísticas, léxicas, gramaticais, semânticas, da formação em rede, para que vários atores possam fazer sua interpretação de acordo com seu estatuto de representação, com a identidade que deseja conferir e quer obter a partir do acesso a essa informação. Então, o sistema estatístico tradicional que iria representar uma informação sobre violência urbana, por exemplo, por classificação epidemiológica de dois óbitos por causa, poderia ser cruzado com outro rizoma representacional. Assim, seria contemplada também a representação de que na esquina da rua, naquele dia, surgiram dois sujeitos que ordenaram que todos se recolhessem e metralharam dois meninos na esquina. Isto tem outro estatuto representacional, embora a ponte comum de registro para um sistema de informação possa ser “causas externas”.

Maior flexibilidade, neste caso, não deve ser uma cadeia linear, como nas classificações tradicionais, que obrigam o eventual usuário dessas bases e sistemas a fazer uma navegação muito cansativa, de muito consumo de tempo e energia, mas uma rede como o rizoma, com vários nódulos organizativos; o hipertexto é uma boa solução para isso, mas não precisa ser o hipertexto da internet, pode ser o cordel, pode ser o repente. Um tema gerador, um diálogo e a informação significativa circulante; quem sabe na própria internet tenha que se criar o repente tecnológico, o cordel tecnológico: o cruzamento de vários nódulos significativos, a partir do qual o usuário, ou o coletivo, fará uso de acordo com sua necessidade.

Para finalizar, duas observações. Primeiro, do ponto de vista da informação científica, o grande debate mundial que vem sendo feito é a respeito do acesso

livre à informação científica. A Declaração de Berlim (SARMENTO E SOUZA; MIRANDA; BAPTISTA *et al.*, 2005) defende que o conhecimento científico tem que circular livremente, para favorecer o desenvolvimento humano e a inteligência coletiva, contrariando interesses lucrativos, interesses editoriais, interesses de copyright, que muitas vezes são interesses que se beneficiam privativamente de dinheiro público. Segundo, o pleno exercício do controle social e do controle da informação em saúde impõe uma agenda tal como contida no Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde, atualmente em debate no Conselho Nacional de Saúde. O Pacto estimula, por um lado, a informação científica que interessa a um grupo de cidadãos, especialmente aqueles mais envolvidos em gestão, em planejamento, em pesquisa, em vigilância; por outro lado, um grande conjunto de cidadãos está interessado na informação cotidiana, acessível, e que comunique de uma maneira clara e inteligível aquilo que eles precisam saber sobre o sistema de saúde.

Portanto, há uma tarefa importante ainda por ser cumprida no âmbito do tema da informação em saúde e cidadania. Fazer da informação em saúde recurso para a vida e um valor para a humanidade.

Referências Bibliográficas

AMATUZZI, M. M. A subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum*, v.10, p.93-97. 2006.

CARVALHO, I.; KANISKI, A. A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem? *Ciência da Informação*, v.29, n.3, p.33-39. 2000.

CASTELLS, M. The net and the self: Working notes for a critical theory of the informational society. *Critique of anthropology*, v.16, n.1, p.9-38. 1996.

_____. *The information age*: Blackwell. 2000.

DRAHOS, P.; BRAITHWAITE, J. *Information feudalism: Who owns the knowledge economy?* Camberra: Earthscan Publications Ltd. 2002.

FORTES, P. A. D. C.; SPINETTI, S. R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.70-75. 2004.

FREIRE, P.; FREIRE, A. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP. 2001. 300 p.

JACOBI, P. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.7, n.3, p.443-454. 2002.

LARA, M. L. G. D.; CAMARGO, J. C. C.; ROCHA, S. G. Informação estatística e cidadania. *São Paulo em Perspectiva*, v.16, n.3, p.86-91. 2002.

LÉVY, P. *Collective intelligence: mankind's emerging world in cyberspace*. Cambridge, MA, USA: Perseus Books. 1997.

_____. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34. 2005.

_____. *As inteligências coletivas: transcrição de palestra proferida no SESC-SP 2002*.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA. *Termo de Referência dos Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva - Integrando Serviços*. São Paulo, 2006.

ROCHA, M. A questão cidadania na sociedade da informação. *Ciência da Informação*, v.29, n.1, p.40-45. 2000.

SÁNCHEZ GAMBOA, S. Revolução informacional: pontos de vista para o debate sobre a sociedade da informação. *Transinformação*, v.9, n.1, p.32-42. 1997.

SARMENTO E SOUZA, M.; MIRANDA, Â.; BAPTISTA, A. et al. Algumas considerações sobre as principais declarações que suportam o movimento Acesso Livre. 9º World Congress on Health Information and Libraries. 2005.

SILVEIRA, S. A. D. *Exclusão digital: a miséria na era da informação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2001.

TOFFLER, A.; TOFFLER, H. *Creating a new civilization: The politics of the third wave*: Turner Publishing, Inc. 1995

Capítulo 9

Construção e significado dos indicadores de saúde

José Leopoldo Ferreira Antunes

Um estudo recente (ZHONG *et al*, 2006) informou ser possível detectar, em um simples exame de sangue, células que o organismo produz como reação ao surgimento do câncer de pulmão. Esse procedimento seria muito vantajoso, pois poderia antecipar bastante o reconhecimento da doença e reduzir a incerteza associada a outros recursos de diagnóstico, como os exames de raio X ou tomografia computadorizada. A notícia é promissora; caso seja comprovada sua validade, esse método permitiria antecipar a intervenção médica, potencialmente melhorando o prognóstico dos portadores de uma doença de alta letalidade.

Quis começar minha intervenção com a menção a essa notícia, pois vejo certo paralelo entre esse tipo de esforço da pesquisa médica – a busca de condições clínicas que ajudem a aprimorar o diagnóstico – com a função que se espera seja cumprida pelos indicadores de saúde. Quando se trata de reconhecer a distribuição de doenças na população ou avaliar o resultado dos programas e intervenções, também se espera contar com indicadores de saúde válidos e precisos, que permitam imprimir confiança ao diagnóstico e prognóstico dos quadros de saúde delineados.

Indicadores de saúde foram definidos como medidas de caráter unidimensional, que refletem uma dimensão específica ou uma característica particular das condições de interesse (PEREIRA, 1995). Sua utilidade residiria na possibilidade de mensurar aspectos não sujeitos à observação direta. Complementando essa definição, os índices de saúde seriam medidas de caráter multidimensional, que incorporam em uma única figura diferentes aspectos ou indicadores associados. Seriam requisitos para a construção de índices e indicadores: (i) disponibilidade de dados; (ii) simplicidade técnica para um manejo rápido e facilidade de compreensão;

(iii) uniformidade de critérios para aferição; (iv) capacidade de síntese, para enfeixar o efeito do maior número possível de elementos que influem na condição de interesse; e (v) poder discriminatório, favorecendo comparações no tempo e no espaço (VERMELHO *et al*, 2002).

Não obstante a existência de estudos anteriores de biometria da cárie dentária (ANTUNES *et al*, 2006), os primeiros índices de cárie para os quais se veio a reconhecer o atendimento a esses critérios foram originalmente propostos na primeira metade do século XX. O índice de cárie (CPO) pode ser relativo ao número de dentes (índice de dentes cariados, perdidos e obturados - CPO-D) ou de superfícies dentárias (CPO-S); e congrega indicadores quantificando o número de unidades “cariadas”, “perdidas” e “obturadas”. Sua primeira formulação foi feita por Klein e Palmer (1937) em um clássico estudo do serviço de saúde norte-americano, sobre a condição de saúde bucal de ameríndios. Poucos anos depois, Gruebbel (1994) propugnava o uso de uma medida correlata, o “ceo” (“cariados”, “extraídos”, “obturados”), específico para a dentição decídua.

Bastante difundidos, esses índices tiveram suas formas de medida padronizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), datando de 1997 sua mais recente formulação. Além de definir os critérios de diagnóstico da cárie dentária, a OMS formulou as especificações técnicas que permitem avaliar a precisão e a validade dessas medidas.

O estudo epidemiológico da cárie dentária muito se beneficiou da proposição e monitoramento desses índices. Para ilustrar a aplicação dessas medidas no avanço do conhecimento de processos recentes relacionados à distribuição da doença na população, pode-se indicar o reconhecimento do declínio da experiência de cárie no país (NARVAI *et al*, 2006). A menção a esse processo é particularmente relevante para a presente revisão das formas de medida da cárie dentária, pois o reconhecimento de que o declínio da doença ocorreu de modo desigual na população (fenômeno muitas vezes designados por “polarização” da cárie) tem importantes implicações não só para o delineamento do perfil epidemiológico da doença, mas também para as formas de análise dos resultados.

Uma análise quantitativa (ou paramétrica) de indicadores tem como pressuposto lógico e pré-requisito estatístico a normalidade da distribuição de seus valores. Entretanto, quando se trata de abordar configurações atuais, como a distribuição de cáries em escolares (idade índice de 12 anos) no contexto brasileiro, a condição mais comumente observada envolve elevada proporção de crianças com pouca ou nenhuma experiência de cárie, enquanto carga mais elevada da doença se concentra sobre um grupo menos extenso. É justamente a esse tipo de distribuição que se refere o conceito de polarização da experiência de cárie.

Naturalmente, o índice CPO pode ser testado quanto ao caráter normal de sua distribuição. Mas quando essa verificação não é efetuada ou quando o pressuposto de distribuição normal é rejeitado pelo teste estatístico, então, as análises comparativas baseadas em estatísticas paramétricas (como o teste t de Student ou análise de regressão linear simples) não atendem a requisitos formais de validade. E mesmo recursos usuais da estatística, como a média aritmética e intervalo de confiança, carecem de significado enquanto medidas efetivas de tendência central.

Nesse sentido, é importante complementar a informação fornecida pelos valores médios usualmente calculados para o índice CPO, por medidas como a mediana e a moda da distribuição. É por isso que os estudos recentes de epidemiologia da cárie têm insistido em aferir a desigualdade na distribuição da doença de modo não-paramétrico; por exemplo, utilizando recursos de análise baseados em medidas de posição. Tendo em vista que o valor zero costuma ser o mais freqüente, esses estudos têm incluído, ao menos, a informação sobre a porcentagem de crianças livres de cárie; medida complementar à informação de prevalência, que corresponde à moda da distribuição.

Uma forma interessante de descrever e analisar os índices de cáries foi proposta por Douglas Bratthall (2000), visando a atender à necessidade de se levar em consideração o caráter polarizado, não normal, de sua distribuição. Sabe-se que o índice SiC (Significant Caries Index) corresponde ao cálculo da média de CPO para o grupo de um terço de crianças examinadas que apresentaram os valores mais elevados. Especialmente preparada pelo autor uma planilha eletrônica acessível on-line na página do centro colaborador da OMS na Universidade de Malmö, na Suécia (www.whocollab.od.mah.se), auxilia o pesquisador a calcular os valores desse índice para as distribuições de seu interesse.

Após sua formulação em 2000, diversos estudos passaram a aferir esse novo indicador, procurando utilizá-lo em descrições da severidade do ataque de cárie e em testes de hipótese de fatores associados. Dois deles, em particular, são dignos de nota na presente apresentação, pois apontaram limitações para o uso desse indicador. O primeiro estudo (NISHI *et al*, 2000) foi desenvolvido por uma equipe ao qual o próprio propugnador do índice havia se integrado e abordou dados relativos a diferentes países. O segundo estudo (ANTUNES *et al*, 2004) foi aplicado a uma base de dados do contexto brasileiro. Em ambas as análises, o índice SiC foi observado como fortemente colinear ao índice CPO, sugerindo que o novo índice apenas deslocava seus resultados para valores mais elevados, em uma proporção relativamente uniforme.

Nesse sentido, ao invés de ser uma medida de fato inédita, que mensurasse a desigualdade na experiência de cárie como uma nova dimensão, o índice

SiC seria apenas um reflexo sistematicamente enviesado para valores mais elevados do já conhecido CPO, e sua aplicação em estudos de associação e testes de hipóteses pouco adicionaria em termos de poder explicativo. Até certo ponto decepcionado com esse resultado, na ocasião, cheguei a entrar em contacto com Bratthall, que me comunicou pessoalmente que também ele se surpreendera com esse resultado, pois acreditava que a relação entre o SiC e o CPO deveria refletir diferenças de qualidade no sistema de atenção à saúde bucal. Apesar disso, ele reiterou ainda achar que o SiC poderia ser útil para revitalizar a proposição de metas para os níveis de cárie, em especial para sua diminuição da doença no grupo mais afetado, reduzindo, como consequência, o fenômeno de polarização.

A caracterização da experiência de cárie também foi objeto de medidas convencionais do estudo de desigualdade, como o índice de Gini (ANTUNES *et al*, 2004), (TICKLE, 2002), estatística originalmente proposta para aferir disparidades na distribuição de renda, outra condição com distribuição reconhecidamente polarizada e não-normal na população. Esse índice corresponde a uma média padronizada de todas as diferenças possíveis de serem calculadas em uma amostra, entre os valores de quaisquer medidas para as quais haja interesse em dimensionar a desigualdade na distribuição. Além de renda e índices de cárie, essa medida também é empregada em estudos, avaliando a difusão e o acesso a serviços de saúde. O índice de Gini também pode ser calculado por intermédio de recursos gráficos, envolvendo o traçado de curvas de Lorenz, como o disponibilizado em uma planilha eletrônica (especificamente dedicada ao estudo da cárie) com acesso em: http://www.fo.usp.br/arquivos/Gini_calculation_for_caries_distribution.zip

Dentre outras aplicações, um estudo recente referenciou o uso dessa estatística como ferramenta analítica para evidenciar a intensificação do processo de polarização da cárie em nosso meio. Ao comparar os indicadores de cárie obtidos no Estado de São Paulo nos levantamentos epidemiológicos realizados em 1998 e 2002, foi possível apontar a fluoretação da água de abastecimento público e a extensão de cobertura da rede de água encanada como condições associadas não só à redução do CPO aos 12 anos, mas também ao incremento da desigualdade na experiência de doença (ANTUNES *et al* 2005). Através desses achados, concluiu-se que haveria espaço para uma redução ainda mais intensa do CPO com a expansão da oferta de água fluoretada no Estado. Concluiu-se também que as intervenções em saúde devem ter extensão efetivamente universal para que seus resultados sejam socialmente apropriados; isto é, não reforcem inadvertidamente as desigualdades na experiência de doença.

O índice de Gini varia entre os limites de 0 e 1. O valor nulo corresponde a uma condição teórica em que não haveria desigualdade na distribuição da

doença, por exemplo, quando todos os sujeitos de uma amostra apresentassem o mesmo CPO. O valor unitário representa uma condição igualmente teórica em que a desigualdade seria máxima, pois toda a doença existente no grupo concentrar-se-ia sobre um único sujeito da amostra.

Nugent e colaboradores (2002), no entanto, argumentaram que uma distribuição perfeitamente equitativa na distribuição de cárie, uma premissa do cálculo do índice de Gini, não poderia ser atendida por uma variável discreta como o CPO, isto é, que apenas pode assumir valores inteiros. Para fazer frente a essa dificuldade de ordem conceitual em análise estatística, os autores propuseram um novo índice para o cálculo de desigualdade na experiência de cárie, o DHII (Dental Health Inequality Index). Essa medida seria calculada de modo análogo ao índice de Gini, sendo baseada na razão entre as áreas compreendidas entre duas curvas de Lorenz, uma para a distribuição efetivamente observada, outra para uma distribuição teórica de Poisson, correspondente à mínima desigualdade de cárie para o mesmo valor médio de CPO. Apesar do interesse suscitado pela nova medida, seu cálculo envolve dificuldades técnicas não negligenciáveis; o que levou os autores a confeccionar um software específico para essa finalidade. Além disso, outro aspecto contribuiu para diminuir o interesse na nova medida, pois seus resultados foram avaliados como sendo colineares aos obtidos pela aferição do índice de Gini (2004).

Uma relação sintética dos indicadores de cárie não poderia deixar de mencionar o índice de cuidados odontológicos (dental care index) originalmente proposto por Walsh em 1970 para estudos comparativos da efetividade de programas odontológicos. Esse índice pode ser facilmente calculado pela razão entre o número de dentes restaurados (componente “O” do CPO) e o valor global do CPO, representando assim a proporção das necessidades de tratamento dentário que foram devidamente atendidas em cada contexto. É importante notar que esse índice, por definição, só se aplica à análise de dados agregados; isto é, o conceito envolve a avaliação da cobertura de serviços odontológicos em contextos populacionais. Em outras palavras, não há sentido em avaliar indivíduos isoladamente quanto ao número de dentes cariados, extraídos e restaurados, para tentar inferir padrões de acesso individual a tratamento dentário (ANTUNES *et al*, 2006).

O índice de cuidados odontológicos tem sido empregado em estudos recentes de epidemiologia da saúde bucal, possibilitando referenciar hipóteses explicativas da desigualdade de cárie no Brasil. Embora meninas de 12 anos tenham apresentado CPO mais elevado que meninos da mesma idade (em função de diferenças na cronologia de erupção dentária); o menor acesso de meninos a tratamento odontológico foi apontado como desigualdade de gênero na experiência da doença (ANTUNES *et al*, 2003). Quanto a esse aspecto,

também foram constatadas diferenças étnicas. Embora não haja fundamento biológico para diferenças de risco entre os grupos étnicos, observou-se que as crianças brancas tiveram melhor perfil de atendimento de suas necessidades de restauração dentária que as crianças negras ou pardas de mesma idade (ANTUNES *et al*, 2003). Panizzi e colaboradores (PANIZZI *et al*, 2004) quantificaram desigualdades de ordem social no acesso a tratamento dentário, mostrando que crianças de escolas privadas (supostamente de melhor condição econômica) na zona urbana de uma cidade brasileira apresentaram índice de cuidado mais elevado que seus pares em escolas públicas ou em escolas rurais.

O índice de cuidados também foi usado recentemente para referenciar hipóteses de efetividade do atendimento odontológico no contexto brasileiro. Antunes e colaboradores (2006) focalizaram o sangramento gengival durante a sondagem, na aferição do índice periodontal comunitário, como um indicador de qualidade da escovação dentária; e procuraram associar essa medida ao índice de cuidado odontológico. Através desse procedimento, os autores observaram que as cidades do Estado de São Paulo que propiciavam cobertura mais extensa das necessidades de tratamento dentário tenderam a ter menor proporção de crianças de 12 anos afetadas pelo desfecho de condição gengival. Características sócio-demográficas e de oclusão dentária da amostra, que poderiam influir nessa condição, foram controladas por meio de análise multinível. Desse modo, propôs-se que a associação observada não seria devida a efeitos de confusão não considerados no modelo. O estudo teve como base os dados do levantamento epidemiológico realizado no estado em 2002; doze anos após uma extensa reforma do sistema de saúde do país, na qual foi implementado o atendimento odontológico no serviço público, com ênfase no tratamento de crianças, gestantes e emergências, na educação em saúde bucal e em procedimentos preventivos.

Também empregando a metodologia primária do índice CPO, outra estratégia para a construção de indicadores da cárie dentária vem ganhando espaço na literatura científica em saúde bucal. Trata-se de avaliar a prevalência de cárie não-tratada, recurso extensamente utilizado para a comparação de sistemas de saúde bucal, em um estudo colaborativo internacional congregando pesquisadores da Organização Mundial da Saúde e da Universidade de Chicago (1997). Essa variável é definida pela manifestação de ao menos um dente com cárie não-tratada (isto é, o componente “C” do índice CPO, maior ou igual a 1), e apresenta várias vantagens de cunho analítico.

Do ponto de vista epidemiológico, essa variável congrega informação sobre o risco de cárie e sobre a falta de acesso a tratamento odontológico. Sua transposição para a dentição decídua é especialmente interessante, em função da reduzida incorporação de tratamentos de restauração dentária para crianças com dentes decíduos no Brasil (PERES *et al*, 2003) e no contexto internacional

(2004), o que tem sido atribuído a fatores culturais, envolvendo tanto os cirurgiões-dentistas como os pais e responsáveis pelas crianças.

Do ponto de vista estatístico, essa medida tem a propriedade de poder ser aplicada a estudos, utilizando diferentes esquemas analíticos, como avaliações de base individual, de dados agregados e modelos multinível. Em avaliações individuais, a prevalência de cárie não-tratada pode ser aferida através da diferenciação das crianças que, no exame bucal, manifestam ou não esse desfecho. Em avaliações de dados agregados, essa medida se refere à proporção de crianças apresentando esta condição em cada área ou contexto considerado. Em estudos multinível, as duas dimensões são integradas na análise estatística. Exemplificando o uso dessa medida em estudos da realidade brasileira, dois estudos recentes utilizaram a metodologia de análise multinível para explorar determinantes individuais e contextuais da experiência de cárie de crianças com dentição decídua e permanente (ANTUNES *et al*, 2006).

Uma importante qualidade estatística desse indicador diz respeito à possibilidade de análise multivariada, envolvendo esquema de controle da variação de idade nos modelos de regressão. Como os indicadores convencionais de cárie dentária (CPO e índice de cuidados) são dependentes da idade, sua análise demanda restringir o grupo etário considerado, e é por isso que o manual de normas da OMS para os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal recomenda avaliar resultados específicos para idades índices: 5 anos para a dentição decídua; 12 anos para a dentição permanente em crianças; 15 anos para adolescentes; 35-44 anos para adultos e 65-74 para idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

No entanto, no âmbito da epidemiologia clínica, muitas vezes, essa restrição não é factível, pois as amostras resultariam muito reduzidas caso incluíssem apenas os pacientes das idades exatas selecionadas. Nesse sentido, avaliar a prevalência de cárie não-tratada, empregando esquemas de análise multivariada que viabilizam o controle de associações pela idade dos pacientes examinados, pode se revelar uma estratégia profícua para explorar os determinantes da distribuição de carga da doença.

Esse esquema foi utilizado por Camargo e Antunes (2007) para avaliar a experiência de cárie em crianças e adolescentes com paralisia cerebral, apesar da extensa amplitude etária da amostra considerada (2 a 17 anos de idade). Puderam, assim, mostrar que os pacientes com paralisia cerebral apresentaram prevalência mais elevada de cárie não-tratada que seus pares não afetados por essa condição de saúde; que os fatores associados à experiência de cárie em crianças e adolescentes com paralisia cerebral foram os mesmos usualmente reconhecidos para a população em geral; e que os pacientes com paralisia cerebral afetados por condições clínicas mais graves (como a tetraparesia e

tônus muscular espástico) não tiveram risco aumentado de cárie. Além de projetar a importância do atendimento odontológico no contexto do acompanhamento multidisciplinar desses pacientes, esse estudo pôde sublinhar a atenção que essas crianças podem receber em seus próprios domicílios como fatores efetivos de prevenção da doença bucal.

Nesta exposição, procurei resumir os indicadores usuais da cárie dentária que vêm sendo utilizados no período recente. Para concluir, e retomando a menção à notícia otimista sobre o diagnóstico precoce do câncer de pulmão com que iniciei a apresentação, gostaria de expressar uma opinião igualmente otimista sobre o uso de indicadores de saúde para a aferição da cárie dentária. Acredito sinceramente que a intensificação de estudos aplicando as medidas aqui apresentadas, processo que já pode ser percebido em nosso meio, cumprirá e tem cumprido importante papel para incrementar os esforços voltados à redução da carga de doença bucal, e intensificar os serviços de promoção da saúde no país.

Referências Bibliográficas

ANTUNES JLF, JAHN GMJ, CAMARGO MAF. Increasing inequalities in the distribution of dental caries in the Brazilian context. *Community Dental Health* 2005; 21: 94-100.

ANTUNES JLF, JUNQUEIRA SR, FRAZÃO P, BISPO CM, PEGORETTI T, NARVAI PC. City-level gender differentials in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment. *Health and Place* 2003; 9: 231-9.

ANTUNES JLF, NARVAI PC, NUGENT ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004; 32: 41-8.

ANTUNES JLF, PEGORETTI T, ANDRADE FP, JUNQUEIRA SR, FRAZÃO P, NARVAI PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *International Dental Journal* 2003; 53: 7-12.

ANTUNES JLF, PERES MA, FRAZÃO P. Cárie dentária. In: Antunes JLF, Peres MA (org.). *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 49-67.

ANTUNES JLF, PERES MA, JAHN GMJ, LEVY BBS. The use of dental care facilities and oral health: a multilevel approach of schoolchildren in the Brazilian context. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2006; 4: 287-94.

ANTUNES JLF, PERES MA, MELLO TRC, WALDMAN EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2006; 34: 146-52.

ANTUNES JLF, PERES MA, MELLO TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11: 79-87.

BRATTHALL D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *International Dental Journal* 2000; 50: 378-84.

CAMARGO MAF, ANTUNES JLF. Untreated dental caries in children with cerebral palsy attending a specialized healthcare unit in Brazil. *Aprovado para publicação em 2007.*

CHEN M, ANDERSEN RM, BARMES DE, LECLERCQ M-H, LYTTLE CS. Comparing oral health care systems: a second international collaborative study. Geneva: World Health Organization; 1997.

GRUEBBEL AO. A measure of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *Journal of Dental Research* 1944; 23: 163-8.

KLEIN H, PALMER CE. Dental caries in American Indian children. *US Public Health Bulletin No. 239* (1937).

NARVAI PC, FRAZÃO P, OLIVEIRA AGRC, ANTUNES JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2006; 19: 385-93.

NISHI M, STJERNSWARD J, CARLSSON P, BRATTHALL D. Caries experience of some countries and areas expressed by the Significant Caries Index. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2002; 30: 296-301.

NUGENT ZJ, LONGBOTTOM C, PITTS NB. Quantifying dental inequality – developing the methodology. *Community Dental Health* 2002; 19: 43-5.

PANIZZU M, PERES MA, MOSCHETTA J. Saúde Bucal: em busca da universalidade, a integralidade e da equidade. In: Franco T, Peres MA, Foschiera MMP, Panizzi M (org.) *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no modelo assistencial em saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2004. p.145-79.

PEREIRA MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERES MA, PERES KG, ANTUNES JLF, JUNQUEIRA SR, FRAZÃO P, NARVAI PC. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 14: 149-57.

PINE CM, ADAIR PM, BURNSIDE G, NICOLL AD, GILLET A, BORGES-YANEZ SA, BROUKAL Z, BROWN J, DECLERCK D, PING FX, GUGUSHE

T, HUNSRISAKHUN J, LO EC, NAIDOO S, NYANDINDI U, POULSEN VJ, RAZANAMIHAJA N, SPLIETH C, SUTTON BK, SOO TC, WHELTON H. Barriers to the treatment of childhood caries perceived by dentists working in different countries. *Community Dental Health* 2004; 21(1 Suppl): 112-120.

TICKLE M. The 80:20 phenomenon: help or hindrance to planning caries prevention programmes? *Community Dental Health* 2002; 19: 39-42.

VERMELHO LL, LEAL AJC, KALE PL. Indicadores de Saúde. In: Medronho RA (ed.). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

WALSH J. International patterns of oral health care – the example of New Zealand. *New Zealand Dental Journal* 1970; 66: 143-52.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.

ZHONG L, COE SP, STROMBERG AJ, KHATTAR NH, JETT JR, HIRSCHOWITZ EA. Profiling tumor-associated antibodies for early detection of non-small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology* 2006; 1(6): 513-9.

Os Indicadores de Saúde estariam indicando o que se propõem a indicar?

O caso do CPO-D

Angelo Giuseppe Roncalli

Introdução

A Epidemiologia em Saúde Bucal, assim chamada, não por se constituir enquanto um campo de conhecimento propriamente dito, mas pelo fato de trazer o conjunto de métodos e técnicas da Epidemiologia para o campo da saúde bucal, tem, de fato, crescido e se aperfeiçoado ao longo das últimas décadas. Isto pode facilmente ser observado a partir da produção científica nesta área, expressa em publicações, na participação em congressos e mesmo nas iniciativas de articulação entre a pesquisa acadêmica e os serviços de saúde (RONCALLI, 2006).

Contudo, a Epidemiologia, a despeito de ser considerada uma ferramenta investigativa, é também o principal instrumento de trabalho dos serviços de saúde (e de saúde bucal), no sentido de construir um modelo assistencial mais equitativo, eficaz e eficiente. Assim, como bem distingue Breilh (1991), a Epidemiologia é, em essência, uma construção coletiva, transformadora e articulada aos movimentos sociais.

Na área de Saúde Bucal, os modelos assistenciais de base epidemiológica não são regra e se resumem a alguns casos isolados em que os serviços de saúde, de uma forma geral, funcionam a contento. A história dos modelos assistenciais em saúde bucal é, portanto, permeada por experiências em que se deu a mera transposição da prática privada para o setor público (NARVAI, 1994), onde o processo de trabalho, essencialmente individual e curativo-reparador, prescinde da informação epidemiológica. Além disso, estratégias de planejamento e avaliação das ações são amiúde raras nos sistemas públicos de saúde bucal (NARVAI, 1994, ZANETTI ET AL, 1996, RONCALLI, 2000). Se não se planeja e nem se avalia, a informação é dispensável.

De todo modo, experiências importantes têm sido desenvolvidas ao longo das três últimas décadas na tentativa de construir diagnósticos epidemiológicos coletivos em saúde bucal e, ao mesmo tempo, estabelecer uma metodologia uniforme para o estabelecimento de pesquisas para obtenção de dados primários. Tais experiências em âmbito nacional podem ser resumidas nos três grandes levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, conduzidos (em parceria ou não) pelo Ministério da Saúde. Uma análise mais pormenorizada dessas experiências pode ser encontrada em Roncalli (2006) onde, segundo o autor:

“As três principais iniciativas para a construção de diagnósticos de saúde bucal em nível nacional não se constituem apenas em um conjunto de dados gerados ao longo de 17 anos. A despeito de apresentarem características muito distintas expressam (...) o amadurecimento técnico-científico e também político da Epidemiologia e da Saúde Bucal Coletiva e tiveram sua importância em seu devido tempo. Foram fundamentais, portanto, para pavimentar o caminho de ambas.”

Assim, um ganho significativo que tivemos a partir dessas experiências e de tantas outras espalhadas pelo País, seja em pesquisas de pequena monta em alguns municípios, seja em iniciativas mais complexas e abrangentes como em São Paulo e Brasília (Universidade de São Paulo/Faculdade de Saúde Pública - USP/FSP, 1998; PATTUSSI, 2004), foi o aperfeiçoamento de nossas ferramentas de pesquisa. Poderíamos apontar como significativos a melhora crescente nos delineamentos amostrais e a utilização e o aprimoramento de índices e indicadores, a partir da proposta da Organização Mundial de Saúde de 1997 (OMS/ World Health Organization - WHO, 1997).

Neste sentido, este artigo pretende abordar este último aspecto, ou seja, em que medida demos conta de aprimorar nossos indicadores, quais as suas limitações e suas vantagens. O personagem principal deste debate é o nosso mais conhecido indicador de saúde bucal (talvez não necessariamente um indicador, voltaremos a este ponto adiante): a contagem de dentes afetados pela cárie (cariados, perdidos e obturados – CPO).

Sobre o problema proposto

A pergunta que se coloca como ponto de partida para este debate pode ser abordada sob vários contextos e aqui abordaremos cinco deles. Um primeiro, de caráter mais técnico, diz respeito ao que todo e qualquer bom livro de Epidemiologia traz a respeito das “propriedades de um bom indicador”. Entre estas propriedades, está a “validade” o que significa, grosso modo, que o indicador “deve ser função da característica que se deseja medir” (PEREIRA, 1995). Em outras palavras, todo e qualquer indicador, como o próprio nome pressupõe, deve “indicar” a direção e a magnitude do problema investigado.

Neste sentido, cabem algumas conceituações iniciais, incluindo o próprio significado do termo “indicador”. Para a compreensão deste conceito é preciso, antes disso, esclarecer, também, o sentido de dois outros termos correlatos: o dado e a informação.

De uma maneira geral, podemos conceituar o dado como “a base para gerarmos informações”. Desse modo, “os dados que escolhemos e o modo como os combinamos refletem o referencial explicativo (os pressupostos, os valores, etc.) que orienta a nossa visão de mundo, ou seja, o nosso ‘modo de ver’ a situação que buscamos analisar” (CARVALHO e GOULART, 1998). Em certa medida, podemos dizer que os dados estão em uma forma bruta, em que não foram, ainda, incorporados os juízos de valor e a análise por parte do epidemiologista.

Por outro lado, um dado se transforma em informação quando a ele (ou a um conjunto deles) é acrescentada a avaliação por parte do pesquisador. Para Carvalho e Goulart (1998), informação “é o produto obtido a partir de uma determinada combinação de dados e da avaliação e do juízo que fazemos sobre determinada situação, servindo para apoiar o processo de tomada de decisão, de execução e de avaliação das ações desencadeadas.”

Finalmente, dados agregados e devidamente transformados em informações podem assumir a característica de *indicadores*, que podem ser definidos como representações (numéricas ou não) que nos permitem elaborar um conhecimento sobre uma determinada situação de saúde. Trata-se de uma representação que tem o poder de “indicar” (daí seu nome) variações no espaço e no tempo relativas a eventos de saúde. Em geral os conceitos de informação e de indicador podem se confundir e podemos dizer, grosso modo, que todo indicador é uma informação, mas nem toda informação é um indicador (RONCALLI, 2004).

Um segundo aspecto importante diz respeito ao papel que os indicadores têm no diagnóstico de saúde. Em geral, o conjunto de informações epidemiológicas que coletamos, seja a partir de dados primários ou secundários, constitui uma parte apenas do repertório necessário para a construção do diagnóstico coletivo de saúde.

Desde 1955 a Organização Mundial de Saúde, através de seu informe técnico nº 137, estabeleceu o que poderia ser considerado como “indicador de saúde”, enumerando três grandes grupos (LAURENTI *et al*, 1987):

- Aqueles que tentam traduzir diretamente a saúde (ou a sua falta) em um grupo populacional, sendo dois tipos: (a) globais: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade e esperança de vida ao nascer; e (b) específicos: coeficiente de mortalidade infantil e coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis.

- Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde: abastecimento de água; rede de esgoto e contaminações ambientais.
- Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde: rede de postos de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares.

Embora esta proposta coloque os indicadores em uma perspectiva mais ampla, grande parte de nossa preocupação e dos epidemiologistas reside em produzir informações a respeito do padrão de adoecimento e morte. Para Acúrcio e colaboradores (1998), as informações necessárias para o planejamento e mesmo para as práticas em saúde de uma forma geral se articulam numa estrutura piramidal, em que um dos tijolos é formado pelo “perfil das doenças”. Tal perfil, em outras palavras, significa aquilo que costumamos expressar pelos nossos indicadores (veja Figura 1 a seguir). Inúmeras outras informações são necessárias, desde a base (como a estrutura da população) ao topo (a própria política de saúde).

Os indicadores de saúde já expressariam, pois, uma visão limitada do real, apenas por esta linha de raciocínio. Entretanto, podemos acrescentar um terceiro aspecto que diz respeito à própria natureza do indicador e à capacidade que o mesmo tem de indicar aquilo ao qual se propõe (o que chamamos anteriormente de “validade”). A validade de um indicador é expressa das mais diversas formas e há estudos específicos para isso, contudo não os detalharemos

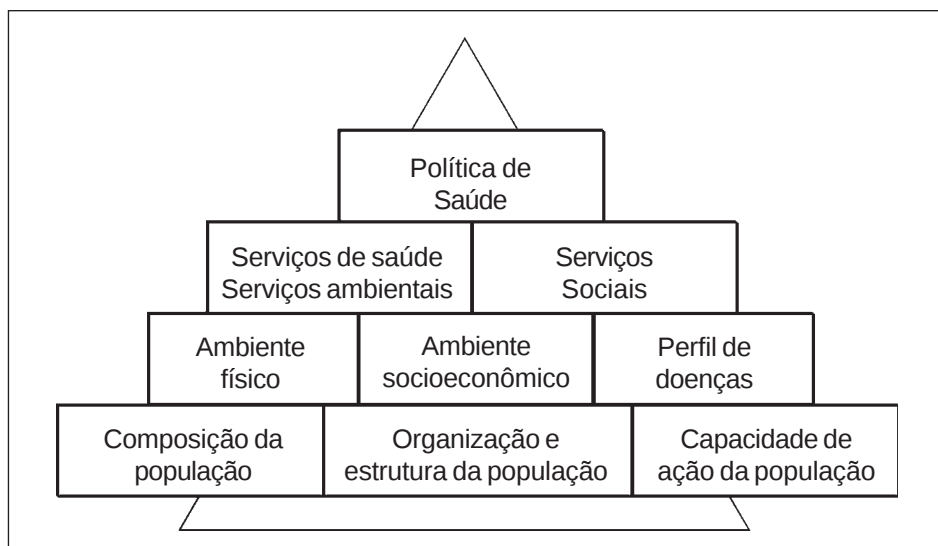


Figura 1: Modelo que ilustra o conjunto de informações necessárias para a construção de um diagnóstico coletivo.

Fonte: adaptado de Acúrcio et al, 1998.

aqui nem adotaremos este rumo nesta discussão, pelo menos por agora. O que é importante destacar nesse momento é que qualquer indicador, independentemente de sua validade matemática, é por si só, limitado, simplesmente pelo fato de que sua estratégia fundamental é reduzir um evento ligado à saúde a uma variável de caráter quantitativo. Quantitativo, portanto, mensurável. Sabemos que nem todos os eventos da natureza (sejam os de saúde ou não), são mensuráveis e revelados em todos os seus aspectos.

Um conhecido esquema, proposto por Ramos (NARVAI, 1996), ilustra bem este raciocínio (veja Figura 2 a seguir). Como se pode ver, os fenômenos de saúde se expressam a partir das “manifestações de efeito”, ou seja, aquilo que em epidemiologia chamamos de “desfechos”, os quais podem ser entendidos, grosso modo, como a ocorrência de agravos à saúde. Num outro eixo, temos os fatores causais, ou seja, o que na terminologia clássica chamamos de “fatores de risco”. Câncer de pulmão e hábito de fumar, cárie dentária e dieta à base de sacarose, formam conhecidos pares de “desfecho-fator de risco”. A espinha dorsal da Epidemiologia reside no desvendamento destes dois elementos-chave para o entendimento do processo saúde-doença. Esses fenômenos, pois, precisam ser transformados em variáveis (literalmente, números), as quais, de acordo com o esquema, se afunilam em variáveis conhecidas, significativas, controláveis e mensuráveis. O restante de eventos que só encontram possibilidade de explicação nas variáveis desconhecidas, não-significativas, não-controláveis e não-mensuráveis permanece obscuro.

Este esquema, apesar de excessivamente simplificado, resume de maneira didática, a máxima de que nossas verdades são, além de provisórias, limitadas e incompletas.

Manifestações de Efeito		Fatores Causais e Condicionantes	
Variáveis			
Conhecidas			Desconhecidas
Significativas		Não Significativas	
Controláveis		Não Controláveis	
Mensuráveis (em si mesmas e/ou seus efeitos)	Não mensuráveis		

Figura 2: Esquema de Ramos (TINOCO, citado por NARVAI, 1996).

Um quarto ponto que deve ser abordado diz respeito à base ideológica dos indicadores (talvez seja exagero computar aos indicadores o adjetivo “ideológico”, mas manteremos essa denominação por enquanto). Uma frase do estatístico francês Jean-Louis Besson pode servir de mote para esta linha discursiva: “as estatísticas não refletem a realidade, refletem o olhar da sociedade sobre si mesma” (BESSON, 1995). Dito de outra maneira, nossos indicadores (portanto, nossas estatísticas) são a nítida expressão do nosso conjunto de valores (o nosso olhar). São, desse modo, carregados de nossa visão de mundo e de nossas convicções. Tomemos como exemplo um dos mais conhecidos indicadores da área de saúde, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI). É consenso que ele é um potente indicador de qualidade de vida, sofrendo interferência de praticamente todas as variáveis relacionadas às condições de vida (renda, escolaridade, desigualdade, entre outras). Entretanto, o CMI ganha *status* de indicador não por suas qualidades matemáticas, mas pelo fato de que, em nossa sociedade, uma criança morrer antes de completar um ano de idade é um evento inaceitável. Sociedades pré-cristãs, como a Grécia das cidades-estado de Atenas e Esparta, costumavam descartar recém-natos com indícios de defeitos e que não pudessem se transformar em bons guerreiros. Um CMI nesta época e nesta sociedade seria totalmente inútil. Há diversos outros exemplos de indicadores, como a mortalidade materna, proporção de óbitos por doenças infecciosas, entre outros. Todos expressam, de certo modo, nossa formação judaico-cristã: não se admite que parturientes morram devido a complicações do parto nem que a população padeça de males evitáveis como caxumba, por exemplo.

Assim, o indicador é uma expressão numérica de um valor estabelecido socialmente, religiosamente, moralmente, eticamente e... politicamente. Sim, indicadores são também políticos e esse é o nosso quinto e último ponto. Por terem carga moral e ideológica, os indicadores são informações sabidamente relevantes para a construção do cenário político de qualquer sociedade. A despeito dos indicadores econômicos serem os que mais ocupam espaço na mídia e mesmo nos corações e mentes da maioria dos governantes, os indicadores de saúde são moeda valiosa no jogo político (política aqui entendida tanto em seu sentido “lato” quanto em seu sentido pejorativo – como costumeiramente nos referimos à “política partidária”). Durante o período mais duro da ditadura militar no Brasil, por exemplo, informações epidemiológicas não tão favoráveis ao regime eram censuradas, como ocorreu com o conhecido episódio da epidemia de meningite no Rio de Janeiro (BERTOLLI FILHO, 1998).

Colocadas estas questões iniciais, podemos seguir para o aprofundamento do tema, ou seja, como se situa a saúde bucal nesse contexto e, mais especificamente, qual o papel de nosso conhecido CPO.

O índice CPO (contagem de dentes cariados, perdidos e obturados) se propõe avaliar o ataque da carie dentária em populações. Sua peculiaridade é, portanto, função das características desta doença. Convém, portanto, inicialmente uma breve discussão a esse respeito.

O objeto: a Cárie Dentária

Embora a cárie possa ser considerada uma doença antiga, que atinge o homem desde mais remotos tempos, seu grande incremento em termos populacionais se deu há pouco mais de dois séculos.

Contribuições significativas neste sentido foram dadas pelos trabalhos de Moore e Corbett, entre 1971 e 1976, que avaliaram a evolução da cárie ao longo da civilização, desde a Idade do Ferro até o Século XIX. Foi possível constatar que o início do aumento mais significativo da doença ocorre entre 1800 e 1850 (MOORE e CORBETT, 1971, 1973, 1975, 1976). Para Loesche (1993) as curvas de incidência de cárie e de consumo mundial de açúcar são coincidentes, conforme se observa na Figura 3.

O aumento no consumo de açúcar refinado observado na Figura 3 se deu a partir de sua popularização e barateamento ocorrido na primeira metade do Século XIX. Por se tratar de um produto consumido apenas pela aristocracia até fins do século XVIII, a ocorrência de cárie dentária era bem mais comum neste segmento da população. O açúcar, se tornando disponível para

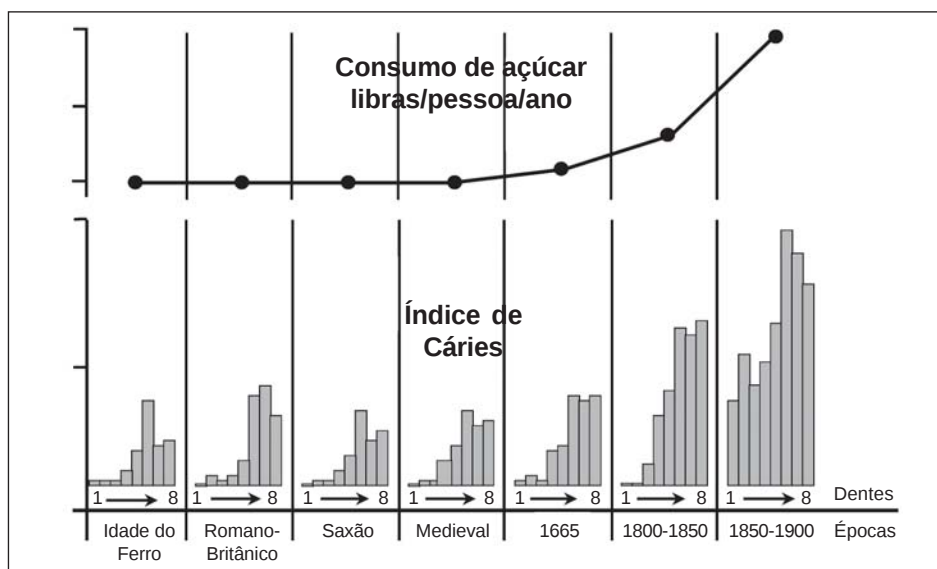


Figura 3: Relação entre consumo de açúcar e incidência de cárie em várias épocas. Adaptado de Loesche, sobre os dados de Moore e Corbett.

praticamente todas as camadas sociais a partir de sua comercialização na maioria dos países da Europa, provocou uma severa ascensão nos índices de cárie, transformando rapidamente a doença, antes circunscrita a poucos indivíduos da nobreza, em uma epidemia de grandes proporções (RONCALLI et al, 2004).

Para além das evidências epidemiológicas que demarcam o aumento gradual da doença entre os séculos XVIII e XIX, Carvalho (2003) destaca que tais eventos estão ligados ao aumento na oferta de serviços de saúde bucal e também ao surgimento de uma literatura odontológica especializada, referente às técnicas e conhecimentos sobre o trabalho odontológico. Em outras palavras, o próprio surgimento da profissão e sua consolidação estão intimamente relacionados à dinâmica do desenvolvimento da cárie em termos epidemiológicos.

Portanto, a cárie dentária, enquanto doença que exige ações de intervenção em nível de saúde pública, é algo razoavelmente recente, quando a comparamos com outras moléstias que afligem as populações humanas. Além disso, um outro traço característico é que a cárie pode ser entendida como uma doença vinculada ao ciclo civilizatório, uma vez que seu maior incremento não é diretamente ligado a um agente bacteriano ou mesmo a determinadas características orgânicas, mas a um evento com determinantes sociais e econômicos (RING, 1998).

A cárie dentária tem ainda uma outra e importante característica peculiar: é uma doença de baixíssima ou mesmo nenhuma letalidade. Na verdade, à exceção do câncer bucal, esta é uma característica comum aos demais males bucais. Desse modo, a melhor medida de seu impacto é a morbidade, estabelecida pelas estimativas de prevalência e incidência.

O modo usual de aferir estas duas medidas, contudo, pressupõe a contagem de indivíduos doentes, estabelecendo, em seguida, uma base populacional. Tal medida possui aplicações muito limitadas no caso da cárie dentária, considerando sua alta prevalência. Em algumas idades, a proporção de indivíduos atingidos pode chegar a mais de 90%, tornando essa informação pouco útil para estabelecer intervenções de prevenção e controle, bem como para avaliar ações ou estabelecer comparações entre os distintos grupos sociais.

Desse modo, desde o início do século passado, medidas para mensurar o ataque de cárie dentária têm sido pensadas. Segundo Oliveira e colaboradores (1998), pelo menos três trabalhos foram representativos de tentativas de elaboração de estudos epidemiológicos de cárie, conforme coletânea realizada por Nordblad, em 1986. Um deles, considerado como o primeiro estudo biométrico relativo à cárie dentária, foi realizado por Tomes, na Inglaterra, em 1847 e fazia a contagem de dentes extraídos, levando em consideração idade e sexo. Mais tarde, em 1888, Ottofy (Estados Unidos da América - EUA) realizou um levantamento na faixa etária de 5 a 15 anos, utilizando as categorias “dente sadio”

e “dente doente” como unidades de estudo. Em 1899, Koerner introduziu, pela primeira vez, as unidades “cariado”, “perdido” e “obturado”, propondo a análise dente-a-dente, sem, contudo, sistematizar sua proposta (RONCALLI, 2004).

Somente na segunda metade da década de 1930, é posta em prática, pela primeira vez, uma proposta de índice que considerava, não mais a contagem de indivíduos doentes, mas o número de dentes afetados. Sob encomenda do governo dos Estados Unidos, Henry Klein e Carrol Palmer realizaram uma pesquisa epidemiológica em crianças indígenas em todo o território estadunidense utilizando, pela primeira vez, um índice que batizaram de DMF (Decayed, Missing and Filled), traduzido no Brasil como CPO (cariados, perdidos e obturados) (KLEIN & PALMER, 1938). Este trabalho, que se tornou referência obrigatória de praticamente todas as pesquisas na área de Epidemiologia em Saúde Bucal, não trazia muitos detalhes a respeito do índice, o que acabou se dando em publicações posteriores. Apesar de ser o trabalho mais citado e menos lido da história da epidemiologia em saúde bucal, seu grande mérito foi ter introduzido a idéia da medida de severidade da cárie dentária e não somente sua prevalência. Neste sentido, a partir da contagem dos dentes afetados, pode ser avaliado em que medida a cárie afetou ou está afetando os dentes dos indivíduos.

A régua: O Índice CPO

Desde sua publicação por Klein e Palmer, em 1938, o CPO tornou-se o mais utilizado dentre todos os índices odontológicos, mantendo-se hoje como ponto básico de referência para diagnóstico de cárie em populações e avaliação de programas de saúde bucal.

O total de dentes atacados obtido em cada indivíduo representa sua experiência de cárie, a qual é sempre expressa por um número inteiro entre 0 e 32. Quando se trabalha com populações, usa-se o CPO médio, que é a soma de todos os valores individuais, dividida pelo número de indivíduos examinados. Neste caso, números não inteiros podem ser obtidos.

CPO? Muito prazer.

Apresentar o CPO pode se tornar mais prático colocando, não apenas o que ele é (em essência, a sua base teórica), mas, fundamentalmente, o que ele *não* é.

Como discutido anteriormente, o CPO não é, como às vezes é referido, um índice de prevalência. Sua unidade de análise é o dente, de modo que o total de dentes afetados expressa o grau de ataque da cárie dentária nos indivíduos e nas populações. É, portanto, o índice de severidade da doença e, quanto maior o seu valor, maior é a experiência de cárie. A confusão entre os termos, entretanto, é razoavelmente comum. A própria OMS costuma fazer uma classificação que

leva em conta diferentes faixas na média do CPO aos 12 anos para estabelecer o que considera como prevalências altas ou baixas (muito baixa: 0,0 a 1,1; baixa: 1,2 a 2,6; média: 2,7 a 4,4; alta: 4,5 a 6,5 e muito alta: 6,6 e mais).

A despeito de já ter passado da hora de se rever estes parâmetros, a OMS acaba contribuindo para a disseminação do conceito do CPO enquanto medida de prevalência. Até que se poderia considerar a prevalência tomando o dente como unidade, contudo, seria um reducionismo exagerado, afinal dentes não adoecem sozinhos.

Ao agregar os diagnósticos de dentes cariados, perdidos e obturados, o CPO incorpora, portanto, as histórias anterior e atual da passagem da doença pela boca. A figura a seguir, retirada de uma das primeiras publicações no Brasil a descrever o CPO, o livro de Mário Chaves (1986), ilustra bem este princípio. Importante ressaltar que, nesta classificação, ainda constam os dentes com extração indicada. Veremos adiante que, atualmente, este critério não é mais utilizado.

Total de dentes irrompidos (T)				
Dentes Normais (N)	Dentes atacados por cárie (CPO)			
	História Anterior		História Atual	
	Obturados (O)	Extraídos (E)	Extração Indicada (E.I.)	Cariados (C)
		Perdidos (P)		

Figura 4: Classificação dos dentes do ponto de vista do ataque pela cárie dentária. Adaptado de Chaves MM.

Desse modo, o CPO pode ser interpretado, basicamente, de duas maneiras: a partir do seu valor absoluto e pela relação entre os seus componentes. Neste último caso, podem ser expressas, não somente as características do desenvolvimento da doença, como também o padrão de oferta de serviços. Um índice CPO composto basicamente por dentes cariados é mais comum em indivíduos jovens e com baixo acesso a serviços de qualquer tipo. Altas proporções de dentes extraídos - mais comum em população adulta e idosa - indicam presença de tratamento essencialmente mutilador. Em situações de alta prevalência e severidade da cárie, este tipo de análise é bastante útil, uma vez que diferenciais entre distintos estratos sociais podem ser mais bem estudados.

Um aspecto importante, entretanto, que deve ser retirado desse raciocínio, é que o valor absoluto do CPO não deve ser interpretado como a presença de cárie no indivíduo (daí mais uma coisa que o CPO não é: medida de doença presente). É possível ter um CPO alto, composto totalmente de dentes obturados e extraídos, o que neste caso, indica ausência da doença naquele momento. Assim, o CPO expressa o modo como a cárie *afetou* ou *está afetando* a dentadura

das pessoas. Decorre disso, também, que o CPO possui caráter cumulativo, ou seja, ele não diminui em nível individual o que, de certo modo, se constitui numa limitação em seu poder discriminatório à medida que aumenta a idade. Em geral, as diferenças no CPO com relação a países ou regiões tendem a diminuir com a idade, uma vez que, pelo menos na situação atual, ainda persistem altos índices de perdas dentárias em população adulta e idosa.

Finalmente, uma outra coisa que o CPO não é: indicador. Pelo exposto anteriormente, o CPO, enquanto valor tomado isoladamente, não se constitui em indicador de nada, pois, uma média de CPO a qual não seja atribuído nenhum juízo de valor ainda não é (por enquanto) um indicador. O CPO, entretanto, pode *produzir* indicadores, aliás, vários deles. O CPO aos 12 anos, na medida em que a OMS o toma como base para o estabelecimento de faixas de prevalência (agregando, pois, uma valoração), pode ser considerado um indicador e muitos, de fato, o consideram como indicador básico para efeito de comparações mundiais. Seu poder, entretanto, de expressar as condições de saúde bucal, de uma forma geral, em uma comunidade é bastante limitado. Sua relação com a dentição decídua, por exemplo, ainda é bastante controversa. Olhando a série histórica do CPO aos 12 anos no Brasil se observa uma queda bastante acentuada entre 1986 e 2003 (6,7 para 2,8) e o mesmo não se aplica ao ataque de cárie aos 5 anos em dentição decídua que permanece ainda muito alto. Em 1996 o ceo aos 6 anos era 2,9, sendo que, destes, 1,8 dentes estavam cariados. Em 2003, o ceo nesta mesma idade era 2,4, tendo o componenteariado uma média de 2 dentes, ou seja, a falta de assistência e a severidade da cárie em dentição decídua não têm se alterado ao longo dos anos.

De toda maneira, inúmeros outros indicadores podem ser retirados do CPO. É possível, a partir do raciocínio exposto anteriormente, estabelecer um indicador de cuidados a partir da relação entre os componentesariado e obturado, por exemplo. Também podemos verificar a modificação entre os componentes entre idades-índice (o CPO quase sempre duplica entre os 12 anos e a faixa etária de 15 a 19 anos). É possível criar um indicador de mutilação dentária a partir do componente extraído e chegar até níveis maiores de detalhamento como um índice de “perda do primeiro molar permanente”, por exemplo. Enfim, são diversas as possibilidades de criação de indicadores, bastando, para isso, que seja estabelecida uma base teórica sólida e que os mesmos sejam testados e validados em situações específicas para os quais foram criados (monitoramento, avaliação de ações, planejamento local, entre outras).

O CPO tem problemas? Tem problemas que não são problemas

Ao longo de sua trajetória o CPO foi alvo de críticas, as mais diversas, a partir de publicações de vários autores os quais resgataremos o ponto de vista

de alguns deles (SHEIHAM et al, 1987, MACENES e SHEIHAM, 1993, SANTOS, 1996, PINTO, 2000). Boa parte dessas críticas, em nossa opinião, tem tido como princípio atribuir ao CPO coisas às quais ele não se propõe, sendo as principais delas descritas a seguir.

- a) **O CPO é um índice de doença.** É claro que sim, tal como a imensa maioria de nossas medidas e de indicadores de saúde. A despeito dos avanços na tentativa de construção de indicadores tidos como positivos (que tentam medir saúde e não doença), ainda continuamos a medir saúde a partir de medidas de “não-saúde”. O CPO parte desse princípio e, caso queiramos medir o nível de “saúde dental” é só invertê-lo. O que não ajuda em muita coisa.
- b) **O CPO subestima a presença de doença.** Essa é uma eterna pendenga entre os cariologistas e epidemiologistas (Manji e Fejerskov, 1995). A idéia é que os níveis subclínicos da cárie e mesmo aquelas lesões menos evidentes e situadas em regiões interproximais passariam despercebidos em um exame não tão minucioso, com luz natural e sem os recursos dos exames complementares. Há dois aspectos importantes aqui. Em primeiro lugar, não é isso que se propõe o índice (avaliar níveis iniciais da cárie dentária), pois o nível de aprofundamento necessário para os propósitos de uma pesquisa epidemiológica é mesmo o da cárie presente, em cavitação. A discussão de fundo é a diferença fundamental entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico epidemiológico, os quais têm objetivos bastante distintos. Na clínica, cuja meta é a intervenção no plano individual, todo tipo de estratégia para encontrar lesões de cárie se justifica, pois elas são necessárias para o estabelecimento do correto plano de tratamento. No diagnóstico coletivo, no entanto, a finalidade é outra. Para Almeida Filho (1999), esta questão está muito clara, na medida em que as diferenças metodológicas entre a clínica e a epidemiologia estão bastante definidas, considerando que, ao fim e ao cabo, deve ser dado “a cada uma o seu objeto”. O quadro I a seguir ilustra este raciocínio, que bem se aplica a esta discussão, pois, como se vê, as características do diagnóstico entre as duas abordagens são diferentes e um conceito-chave para isso é da “padronização”. Assim, pouco importa que o nível de doença seja subestimado (na perspectiva da clínica, é bom que se diga), pois o fundamental é que as estratégias de diagnóstico sejam padronizadas.

Um segundo aspecto diz respeito às questões operacionais que cercam um levantamento epidemiológico de cárie dentária. A inclusão de métodos sofisticados de exame, praticamente inviabilizaria qualquer pesquisa em termos de custo e de tempo.

Quadro 1: Clínica versus Epidemiologia: diferenças metodológicas

Aspectos	Clínica	Epidemiologia
Compromissos imediatos	Intervenção / Tecnologia	Produção de conhecimento
Apreensão do objeto	Dedução / Indução	Indução / Quantificação
Características do diagnóstico	Exaustivo / Complexo	Simplificado / Padronizado
Fontes de dados	Casos / Pequenos grupos	Amostras / Populações
Material de análise	Muitos dados / Poucos casos	Poucos dados / Muitos casos
Fontes de certeza	Repetição / Coerência	Significância estatística
Referência	Homogeneidade	Representatividade

Fonte: Adaptado de Almeida Filho (2000)

- c) **O CPO perde poder discriminatório com a idade.** É verdade, contudo, existem diversas outras formas de verificar o perfil de saúde bucal em adultos e idosos. A análise mais minuciosa do componente extraído, o perfil de perdas dentárias com relação aos grupos de dentes, a observação do uso e necessidade de próteses, entre outras estratégias, são exemplos de como superar essa limitação. Ademais, do ponto de vista da doença em si (a cárie dentária), tradicionalmente os grupos mais afetados são crianças e adolescentes. Em adultos e idosos no mais das vezes avaliamos as seqüelas.
- d) **O CPO dá pesos iguais aos componentes e não contempla a subjetividade.** No primeiro caso, uma das primeiras críticas nesse sentido surgiu a partir de uma proposta de Sheiham e colaboradores (1987) para a criação de índices alternativos, estabelecendo uma ponderação para os componentes do CPO em um índice que ficou conhecido como *Functioning teeth* (dentes funcionais). O princípio, relativamente simples, era atribuir pesos aos componentes, o que, no fim das contas, acabou findando em uma espécie de “CPO ponderado”. Outra idéia era a contagem de “tecido sadio”, criando o índice conhecido como *T-Health*. A rigor, uma espécie de CPO ao contrário. São idéias interessantes e alguns estudos têm mostrado que quando se trabalha com estes índices alguns diferenciais intra-urbanos aparecem com maior significância. É como se eles acrescentassem maior poder discriminatório ao CPO. Na prática, alternativas ao CPO se constituem em... mais CPO (voltaremos a este tema adiante).

No segundo caso (o das subjetividades), trata-se de uma crítica comum aos índices excessivamente “biológicos”. Bem, o CPO é biológico. Ponto.

Problemas que eram problemas: a evolução do CPO

Ao longo dos seus quase 70 anos de utilização rotineira, o CPO passou por algumas modificações, em sua maioria com relação aos códigos e critérios, contudo sem perder sua base teórica fundamental. As principais mudanças, boa parte delas proposta em publicações da OMS, surgiram a partir de críticas que eram feitas e colocadas como grandes limitações ao CPO. O conjunto destas idéias está resumido no Quadro 2, a seguir, extraído de Roncalli (2004).

Como se pode ver, boa parte dos problemas que o CPO apresentava foram, de certa maneira, minimizados e pode-se dizer que, a despeito de ainda apresentar um conjunto considerável de limitações, o índice CPO se constitui numa ferramenta valiosa na avaliação das condições bucais com relação à cárie dentária.

Alternativas ao CPO acabam em... mais CPO.

Conforme antecipamos na discussão do item “d” do tópico anterior, diversas alternativas foram tentadas ao longo dos anos no sentido de criar índices que reflitam o perfil de cárie dentária em populações. O *Functioning teeth* e o *T-Health* são exemplos claros disso e há, ainda, uma série de outras tentativas menos famosas, como o Índice de Experiência de Cárie (IEC) proposto no fim dos anos 1980 pelo Programa de Atenção Odontológica a Escolares (Proesa) em publicações não oficiais. Não havia muita novidade no IEC a não ser a inclusão da mancha branca em esmalte provocada por cárie, e ele chegou a ser utilizado em algumas pesquisas (Rabello et al, 2001).

A idéia foi aprofundada mais tarde por Castro (1999) que propôs o Índice Reversível de Cárie Dental (IRCD) e o Índice de Atividade de Cárie (IAC). O IAC tinha como base a verificação da presença de dentes com desmineralização (mancha branca ativa) e dentes com lesão cavitada ativa de cárie (LCA). A estes dois componentes são computados pesos relativos ao seu “poder” enquanto marcadores da presença de doença ativa no indivíduo (peso 1 para desmineralização e 2 para LCA). A composição dos pesos foi estabelecida pelo consenso de experts, utilizando a técnica Delphi adaptada. O valor final do IAC é obtido pela soma dos componentes ponderados dividida pelo total de indivíduos examinados.

Pinto, em sua mais recente edição do livro “Saúde Bucal Coletiva” (2000) propõe um “CPO inovado”, com acréscimo de alguns códigos e critérios. Na prática, poucas diferenças em relação à atual proposta da OMS para a construção do CPO.

Mais recentemente Bratthall (2000) propôs o SCI (*Significatn Caries Index*), baseado no princípio de que o CPO nos tempos atuais em que suas médias são mais baixas, apresenta distribuição com tendência para os valores mais baixos, fugindo da curva normal. De fato, a alta frequência de CPO = 0 em

Quadro 2: Modificações feitas no CPO a partir das críticas à sua idéia original.

Idéia Original	Críticas	Modificações
Considerava apenas a análise da coroa dentária	• Subestimava o ataque de cárie, uma vez que não considerava o diagnóstico de cárie de raiz.	• A partir da quarta edição do Manual para Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da OMS (1997) a avaliação da cárie de raiz é incluída, contudo é considerada como uma análise em separado do CPO.
Incluía o componente “extração indicada”	• Colocava num mesmo plano o diagnóstico das condições de saúde dentária e as necessidades de tratamento. • Não admitia outro tipo de tratamento conservador.	• Já na edição de 1987, a OMS propõe a análise das necessidades de tratamento separada da condição dentária. Desse modo, três campos são criados para cada dente, um relativo à cárie de coroa, outro para cárie de raiz e outro para necessidade de tratamento. • A extração indicada passa a fazer parte da necessidade de tratamento e não da condição dentária
Considerava apenas os dentes extraídos por cárie	• Poderia superestimar o índice em idades mais avançadas, quando as extrações por problemas periodontais e por indicação protética são mais comuns.	• Foi incorporado o item “extraído por outras razões” o qual não entra na contabilização do CPO.
Não contava dentes extraídos em dentição decídua	• Partia-se do princípio que era impossível diferenciar dentes extraídos por cárie daqueles que sofreram exfoliação natural. • Havia a possibilidade de subestimar ou superestimar o índice por deficiência de diagnóstico	• O item “extraído por cárie” e “extraído por outras razões” foi também incorporado ao ceo. Observou-se que era perfeitamente possível, por intermédio da avaliação da cronologia da erupção, distinguir dentes extraídos de dentes exfoliados naturalmente.
Dentes com restauração e que apresentassem cárie eram codificados como “cariado”	• Perdia-se uma informação valiosa a respeito da qualidade dos serviços, pois não distinguia cárie primária de secundária.	• Foi criado um novo código para “dente restaurado e cariado”.
Não apresentava possibilidades de codificação para selantes	• Poderia subestimar o índice se considerasse o selante como dente hígido, uma vez que o selante poderia ter sido aplicado sobre um dente atacado pela cárie. • Caso fosse codificado como cariado ou obturado, poderia superestimar o índice se o selante tivesse sido aplicado em um dente hígido.	• Foi criada a categoria “dente com selante”
Não inclui estágios reversíveis de cárie dentária, pois considera somente a presença de cavitação. Também não distingue os diversos estágios da cárie no dente.	• Apresenta capacidade limitada de captar pequenas variações na atividade de cárie em curto espaço de tempo.	• Nas necessidades de tratamento, os distintos graus de ataque de cárie no dente podem ser inferidos, considerando que existem códigos para “remineralização de mancha branca” e restaurações de complexidade distintas, além do tratamento endodôntico.
Utiliza critérios de diagnóstico de cárie baseados no uso da sonda exploradora (critério “sonda prendendo” para considerar dente cariado)	• O risco de superestimar o índice é muito grande, uma vez que a retenção da sonda como critério para detecção de lesão é altamente questionável. • Há ainda o risco de cavar lesões incipientes pelo uso intempestivo da sonda	• A sonda exploradora foi abolida da técnica de exame epidemiológico. • Atualmente a OMS recomenda o uso da sonda periodontal com ponta esférica, para todo o exame, incluindo cárie.

algumas idades, particularmente aos 12 anos, tem trazido problemas quando se trabalha com médias. A idéia do autor é trabalhar com um valor diferente da média do CPO, obtido pela média do terço de indivíduos com valores mais altos. Há, evidentemente, uma tendência para que a medida seja mais alta do que o CPO tradicional e que se torne, por assim dizer, “mais estável”, na medida em que sua variabilidade reduz. Entretanto, seu poder discriminatório continua praticamente o mesmo, não justificando sua utilização em larga escala, até mesmo porque os tamanhos de amostras para se trabalhar com este índice seriam consideravelmente maiores.

Enfim, são aperfeiçoamentos importantes que, no entanto, não abandonam a base teórica do CPO. Mais ainda, não alteram o modo como o dado é coletado. Entra ano e sai ano e continuamos contando dentes afetados pela cárie. Seja acrescentando códigos e critérios, seja fazendo contas diferentes com o banco de dados.

Então, para que serve o CPO?

Convém, então, voltarmos à questão inicial: o CPO-D estaria indicando o que se propõe a indicar? A resposta é sim. Mas pode ser não. Não para os que creditam ao CPO o papel de grande termômetro de doença bucal. Também não estaria para quem acha que índice é o mesmo que indicador, para quem confunde clínica com epidemiologia e para quem acha que o CPO pode ser capaz de captar as mais profundas nuances da subjetividade humana e a cárie nos recônditos do esmalte.

Para quem não tem todas essas expectativas, podemos enumerar algumas boas propriedades do CPO:

a) Bom para monitoramento global de cárie dentária em populações.

A despeito das deficiências metodológicas que apresenta, o *Global Oral Data Bank*, mantido pela OMS (através de seu centro colaborador em Malmö, na Suécia) tem procurado manter atualizado o banco de dados mundial sobre cárie dentária (particularmente aos 12 anos), com dados de CPO-D de diversas nações do mundo. São informações bastante ricas, que expressam o padrão de cárie nas seis grandes regiões, através das quais os dados são organizados (Américas, África, Sudeste Asiático, Europa, Leste do Mediterrâneo e Oeste do Pacífico – ver detalhes em <http://www.whocollab.od.mah.se/index.html>). No Brasil, mesmo com diferenças metodológicas marcantes entre os três grandes levantamentos epidemiológicos de base nacional, foi possível estabelecer estudos bastante aprofundados sobre relevantes aspectos da distribuição da cárie dentária no País, como no estudo de Narvai et al (2006).

b) Apresenta ótima capacidade de detecção de desigualdades sociais, mesmo utilizando seu valor bruto.

Até meados dos anos 1980 era comum a expressão de que a cárie era uma “doença universal” e mesmo democrática, ou seja, afetava com igual proporção distintos grupos sociais. Hoje a imensa maioria dos estudos que tentam discutir a saúde como expressão de qualidade de vida, utiliza o CPO (ou indicadores dele derivados) como principal variável de desfecho (WATT, SHEIHAM, 1999).

Moysés (2000), por exemplo, em um brilhante estudo ecológico realizado com dados de CPO aos 12 anos em Curitiba (PR), conseguiu estabelecer correlações importantes entre a implementação de políticas públicas saudáveis e o percentual de livres de cárie. Ferreira (1999) e Baldani (2004) utilizando técnicas de geoprocessamento, utilizando dados de CPO em Belo Horizonte (MG) e no estado do Paraná, respectivamente, encontraram fortes indícios da relação entre cárie dentária (CPO, livres de cárie, necessidades de tratamento) e indicadores de qualidade de vida (índice de vulnerabilidade, renda etc.). Os estudos de Antunes e colaboradores (2002 e 2003) também avançaram nos métodos de análise espacial e de verificação de diferenciais intra-urbanos no padrão de cárie dentária. O traço em comum entre esses estudos (e entre tantos outros os quais é impossível descrevê-los todos aqui) é que sua variável de análise é sempre o velho e bom CPO.

O mais detalhado e minucioso levantamento epidemiológico realizado no Brasil, o SBBrasil 2003 (Ministério da Saúde, 2004, Roncalli, 2006), proporcionou à comunidade acadêmica uma base de dados absurdamente rica, a qual pode ser trabalhada para gerar estudos com as mais diversas abordagens. Trabalhando com as variáveis obtidas neste estudo é possível, por exemplo, ter uma idéia da magnitude da desigualdade em saúde no Brasil, a qual se expressa nos índices de saúde bucal: crianças de 12 anos que vivem no Nordeste em municípios com até 5 mil habitantes, estudam em escola pública, vivem na zona rural e são negros ou pardos, têm CPO-D médio de 3,64. Este valor é cinco vezes menor (somente 0,66) em crianças que vivem na região Sul, em municípios com mais de 100 mil habitantes, estudam em escola privada da zona urbana e são brancos;

c) Apresenta incontáveis possibilidades de construção de indicadores, com as mais diversas dimensões.

A própria prevalência de cárie pode ser uma dessas dimensões. Se o CPO não é prevalência, podemos extrair a prevalência dele? Em tese, sim. Ocorre que o termo “prevalência de cárie” é algo por si só estranho, pois se trata de uma doença que se manifesta de modo insidioso. Alguém, por acaso, já ouviu a expressão “estou doente de cárie”? Tem-se estabelecido como regra que a

proporção de indivíduos com CPO=0 pode ser interpretada como o inverso da prevalência de cárie, porém isso é apenas meia verdade. Conforme discutimos parágrafos atrás, é possível ter um CPO alto e não ter doença presente.

A proporção de indivíduos com o componente cariado maior ou igual a um até poderia ser uma estimativa da prevalência, embora possa haver uma subestimação do valor, uma vez que, de modo análogo, também é possível que um indivíduo apresente lesões cariosas e que não esteja sob ataque de cárie ativa.

Outras dimensões de indicadores podem ser contempladas, conforme já apontamos anteriormente, tais como a severidade do ataque, a qualidade dos serviços (através da análise dos componentes “restaurado/cariado” e da relação entre extraídos e restaurados) e, por extensão, as características do modelo assistencial de saúde bucal.

Enfim, como bem lembravam Carvalho e Goulart (1998) “não é preciso reinventar a roda”. É fundamental ter em conta que nem toda medida de saúde (bucal, que seja) é por si, completa e acabada. Elas expressam o que o pensamento humano construiu ao longo de séculos: a idéia da incerteza e da incompletude do conhecimento. Resta-nos a máxima de todo bom epidemiologista: “nós sempre trabalhamos com dados sujos. O que é preciso é ter o olhar limpo”.

Referências Bibliográficas

- ACURCIO FA, SANTOS MA, FERREIRA SMG. A aplicação da técnica de estimativa rápida no processo de planejamento local. In: Mendes, Eugênio Vilaça (Org.). A organização de saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 87-110.
- ALMEIDA FILHO N. A clínica e a epidemiologia: laços, contratos e contradições. In: Rouquayrol Z, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. 5ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p.207-214.
- ANTUNES JL, FRAZÃO P, NARVAI PC, BISPO CM, PEGORETTI T. Spatial analyses to identify differentials in dental needs by area-based measures. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(2):133-42.
- ANTUNES JL, JUNQUEIRA SR, FRAZÃO P, BISPO CM, PEGORETTI T, NARVAI PC. City-level gender differentials in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment. *Health Place* 2003; 9(3):231-9.
- BALDANI MH, VASCONCELOS AG, ANTUNES JL. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(1):143-52.
- BERTOLLI FILHO C. História da saúde pública no Brasil. 2.ed. São Paulo: Ática, 1998. 71 p.

BESSON, JL. A ilusão das estatísticas. São Paulo: UNESP, 1995.

BRATHALL D. 2000. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int. Dent. J.* (50) 378-84.

BREILH J. Epidemiologia, economia, política e saúde. São Paulo: Editora UNESP; 1991.

CARVALHO AI, GOULART FAA. Sistema de Informação em Saúde. In: Carvalho AI, Goulart FAA. Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB; 1998.

CARVALHO CL. Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da Odontologia brasileira [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Ensp-Fiocruz; 2003.

CASTRO ALS. Dois índices para medir cárie dental: o índice reversível de cárie dental (IRCD) e o índice de atividade de cárie (IAC). Feira de Santana, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana.

CHAVES MM. Problemas. In: Chaves MM. Odontologia social. Rio de Janeiro: Labor; 1986. p.23-93.

FEJERSKOV O, MANJI F. Risk assessment in dental caries. In: Bader JD. Risk assessment in dentistry. 215-7. 1990.

FERREIRA RC. Uma aproximação da relação entre saúde bucal e determinantes sociais. [Dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.

KLEIN H, PALMER CE. Dental caries in american indian children. *Public Health Bull* 1938; 239. Washington, GPO.

LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. São Paulo, E. P. U., 1987.

LOESCHE WJ. Cárie dental: uma infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993.

MACENES WS, SHEIHAM A. 1993 Composite indicators of dental health: functioning teeth and the number of sound-equivalent teeth (T-Health). *Comm Den Oral Epidemiol* (21) p. 374-8.

MANJI F, FEJERSKOV O. Um enfoque epidemiológico para a cárie dentária. In: Thylstrup A, Fejerskov O. *Cariologia clínica*. 2ed. São Paulo: Santos, 1995. p.159-177.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Nacional de Saúde Bucal (BR). Projeto SBBrazil: condições de saúde bucal da população brasileira – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MOORE WJ, CORBETT ME. Distribution of dental caries in ancient British populations. I. Anglo-Saxon period. *Caries Res* 1971; 5(2):151-68.

MOORE WJ, CORBETT ME. Distribution of dental caries in ancient British populations. II. Iron Age, Romano-British and Mediaeval periods. *Caries Res* 1973; 7(2):139-53.

MOORE WJ, CORBETT ME. Distribution of dental caries in ancient British populations. III. The 17th century. *Caries Res* 1975; 9(2):163-75.

MOORE WJ, CORBETT ME. Distribution of dental caries in ancient British populations. IV. The 19th century. *Caries Res* 1976; 10(6):401-14, 1976.

MOYSES SJ. Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to “healthy cities” policies in Curitiba, Brazil. [Thesis]. London: University College London; 2000.

NARVAI PC 1994. Odontologia e saúde bucal coletiva. Ed. Hucitec. São Paulo. 113p.

NARVAI PC, 1996. Avaliação de ações de saúde bucal. Texto produzido em março de 1996, com a finalidade de subsidiar a Oficina “Saúde Bucal no SUS”, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mimeo, 16p.

NARVAI PC, FRAZÃO P, RONCALLI, AG, ANTUNES, JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Panam. J. Public Healt.* (19), p.385 - 393, 2006.

OLIVEIRA AGRC, UNFER B; ICC, ARCIERI RM, GUIMARÃES, LOC, SALIBA NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev Bra Epidemiol* 1998; 1(2):177-189.

PATTUSSI MP. Neighbourhood social capital and oral health in adolescents. [Thesis]. London: University College London; 2004.

PEREIRA MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

PINTO VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2000. 538 p.

RABELLO, PM. ROSA MRD, DORNELAS SKL, QUEIROZ DMC. Análise dietética e sua correlação com a cárie em crianças de 7 a 12 anos.. In: PRPG - UFPB. (Org.). Série Iniciados. João Pessoa: Universitária, 2001, v. 6, p.

RING ME. História da Odontologia. São Paulo: Manole; 1998.

RONCALLI AG, LIMA, KC, COSTA, PAP. A cárie dentária In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC. Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar. Natal: Editora UFRN, 2004. p. 81-102.

RONCALLI AG. A epidemiologia: um olhar coletivo sobre a saúde bucal In: Ferreira MAF, Roncalli AG, Lima KC. Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar. Natal: Editora UFRN, 2004. p. 39-62.

RONCALLI AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva. Araçatuba, 2000. 238p. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

RONCALLI AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminho compartilhado. Ciência & Saúde Coletiva. , v.11, p.105 - 114, 2006.

RONCALLI AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Peres MAA, Antunes LF. Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan. 2006.

SANTOS RM. Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte - um estudo de prevalência. Dissertação [Curso de Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais]. Belo Horizonte, Faculdade de Odontologia da UFMG. 1996.

SHEIHAM A, MAIZELS J, MAIZELS A 1987. New composite indicators of dental health. Comm. Dent. Health (4) p.407-414

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999. 121p. (Mimeogr.)

WATT R, SHEIHAM A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. Br Dent J 1999; 187(1):6-12.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world oral health report 2003. WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO, 2003.

ZANETTI CHG, LIMA MAU, RAMOS L, COSTA MABT 1996. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulgação em Saúde para Debate (13) p. 18-35.

Capítulo 11

Programa Estadual de DST/ Aids: o relato de uma experiência em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde

Catalina Riera Costa

O objetivo deste texto é destacar a importância e o valor dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes quando respeitados nos levam a uma prática digna e cidadã, em que os profissionais exercem sua prática com noções do direito e da cidadania.

O Programa Estadual de DST/Aids (PE-DST/Aids) foi criado em 1983. A Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária, órgão do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), sediou o Programa e a organização inicial do que seria posteriormente o serviço de referência atual. O Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) e o Instituto Adolfo Lutz (IAL) foram designados, respectivamente, como retaguarda hospitalar e laboratorial.

Nesta época pouco se sabia sobre a doença, sendo então fundamental se pesquisar e conhecer a dimensão da epidemia, esclarecer a população para evitar o pânico e discriminação aos grupos considerados vulneráveis na época, garantir atendimento aos casos verificados e orientar os profissionais de saúde no manejo dos pacientes. Trabalhavam juntos, nessa época, uma equipe composta por médicos, dentistas, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. No acompanhamento ambulatorial dos pacientes que passavam pelo serviço de Elucidação e Diagnóstico do Instituto de Saúde de São Paulo, avaliando-se as condições bucais de pacientes pertencentes a diferentes “grupos de risco” obteve-se o seguinte resultado: 53% identificavam-se como homens praticantes de sexo com outro homem, 40% bissexuais, e 7% heterossexuais. Todos os pacientes apresentavam alguma alteração de mucosa oral compatível com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), no Brasil, foram vinculados aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH),

porém o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Importante ressaltar, que desde esse momento, meados dos anos 80, algumas iniciativas de grupos, no começo representados pelos homossexuais e, mais tarde, por delegações de hemofílicos e talassêmicos, implantaram uma característica que vai estar presente na história política da aids no Brasil: a presença de grupos organizados, depois representados pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), na construção das respostas oficiais para enfrentar a epidemia.

Essas primeiras manifestações, bem como o interesse científico que a aids já despertava em alguns profissionais de saúde, levaram um grupo de homossexuais, em uma primeira ação, a buscar espaço de discussão na SES/SP, com o intuito de obter informações mais precisas e pressionar por uma resposta do Estado. Essa articulação, com a agregação de outros grupos e pessoas não necessariamente ligados à homossexualidade, levou à formação do primeiro grupo oficialmente organizado em torno da aids, o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa). O Gapa é a primeira resposta da sociedade civil da América Latina para a epidemia da aids, seguida da primeira resposta governamental de combate à aids.

Os primeiros membros dos grupos organizados, em torno da aids, tinham em comum a identificação com o pensamento político de esquerda e a participação em organizações identitárias, em sua maioria de causa homossexual e em um grupo associado a intelectuais, artistas, professores, e formadores de opinião. A primeira ação de prevenção da história da epidemia ocorreu pelo envolvimento destas pessoas, com uma grande distribuição de folhetos informativos nos locais de frequência homossexual na cidade de São Paulo.

A partir da criação do Gapa em São Paulo, vários outros grupos se formalizam em diferentes regiões do Brasil, com diferente especificidade de acordo com a diversidade de grupos atingidos pela aids no seu avanço, o que vem desde então caracterizando as respostas da sociedade brasileira ante a epidemia.

A disseminação da aids, se deu, não só, embora principalmente, pela via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

Sem dúvida as ONG ajudaram na conscientização da comunidade gay, para a mudança de comportamento conducente à prevenção. A este trabalho é atribuída a suposta diminuição da incidência da infecção pelo HIV nesta população.

Em seguida, forma-se o primeiro grupo PELA VIDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente da Aids), e no Rio de Janeiro a Associação

Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), em 1986, fundada e presidida por um soropositivo assumido, Herbert de Souza, o Betinho, com a idéia de mobilizar a sociedade brasileira para enfrentar o HIV/aids no país, formando uma rede de solidariedade. Em 1988, foi criado o Centro de Referência e Treinamento em AIDS (CRT-A), vinculado ao gabinete do Secretário da Saúde. Tendo como metas prioritárias, além da referência técnica, atuar como capacitador e gerador de normas técnicas, com vistas a um processo de descentralização das atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo. Nesta época foi criada a área de “Educação e Treinamento” para realizar as ações de prevenção e capacitação dos profissionais de saúde do Estado de São Paulo.

O caráter das ações ficou focado no desenvolvimento de atividades relacionadas à divulgação de informações por meio de campanhas, palestras e oficinas para estimular e ensinar o uso de preservativos, bem como, ações direcionadas aos chamados “grupos de risco”, populações mais expostas à infecção (homossexuais masculinos, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo). Neste período se trabalhou muito dentro da proposta de educação continuada, formando multiplicadores das ações de prevenção e descentralização de serviços. Inúmeros treinamentos foram oferecidos a profissionais da rede pública, do setor privado, comunidades de amigos do bairro, igrejas, escolas, sindicatos e trabalhos de campo direcionados a profissionais do sexo.

A equipe de técnicos de saúde trabalhando com aids sempre teve presente em sua prática profissional a noção de direito e da cidadania. Com isso, logo percebeu que o conceito “grupo de risco” era inadequado e favorecia a estigmatização e exclusão. Optou-se então pelo conceito “comportamento de risco”, considerado mais amplo e apropriado. As estratégias de prevenção passaram a ter caráter de redução de risco, baseadas na difusão de informações, controle dos bancos de sangue e estímulo ao uso de preservativos. Além de capacitação e monitorização técnica, o CRT-A teve, neste período, um importante papel na implementação de alternativas assistenciais, como hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica.

No Estado de São Paulo, os padrões de transmissão são distintos nas diversas regiões do estado e o compartilhamento de seringas e agulhas pelo uso de drogas injetáveis destaca-se enquanto forma de disseminação da infecção pelo HIV, tendo se constituído em um modo bastante eficiente de atingir a população heterossexual, através da alta porcentagem de indivíduos que se infectaram pela parceria sexual com usuários(as) de drogas injetáveis. E, embora até a atualidade haja muito mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia é muito maior entre as mulheres. Assim, se no início a infecção pelo HIV parecia limitar-se a determinados segmentos da população (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas), com o tempo ela

passou a ocupar espaços na população geral. As ocorrências atuais caminham para um processo de pauperização e feminização da epidemia.

Tendo atingido particularmente a população de adultos jovens em todo o mundo, a aids foi responsável por milhares de anos potenciais de vida perdidos (APVP) do final dos anos 80 a meados dos 90, sendo a principal causa de morte na população entre 15 e 49 anos em vários países, inclusive no Brasil. No município de São Paulo, em 1995, a aids foi a segunda causa na hierarquia dos APVP para os homens e a primeira para as mulheres. Em 1990, foi publicada a lei que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto das conquistas do Movimento da Reforma Sanitária, o SUS foi criado pelo texto da constituição de 1988. Pela primeira vez na história, o Estado se compromete com o discurso da cidadania plena e universal. O setor da Saúde é responsável pela maior política brasileira de inclusão social. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender a todos cidadãos, é a mais importante reforma de Estado em curso no País. O fortalecimento do SUS, que é de interesse de todos nós, depende diretamente de pessoas de diversos segmentos sociais, pessoas que têm a tarefa ética e política de dar continuidade ao processo iniciado pelo Movimento Sanitário. Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, e para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. A política de formação deve levar em conta os princípios que orientaram a criação do SUS:

1. construção descentralizada do sistema
2. universalidade
3. integralidade
4. participação popular

Desde sua concepção, o CRTDST/Aids vem trabalhando na descentralização do serviço, formando profissionais que reproduzissem sua filosofia de universalidade, integralidade com participação popular nas decisões. É nesse contexto que a equipe técnica responsável pela política de atenção às DST/aids construiu espaços de diálogo com os movimentos sociais, buscando cada vez mais consolidar parcerias entre setores. No diálogo com a sociedade civil organizada, percebeu-se que o conceito de “comportamento de risco” culpabilizava o sujeito pelas falhas no seu comportamento ou atitudes que o levaram a contrair aids. O conceito de “empoderamento” surgiu nesta época e ampliou a discussão em torno do tema. Segundo essa concepção, a mudança de comportamento não se dá pelo acesso à informação ou força de vontade, mas passa por fatores de natureza cultural, econômica, política, judicial, desigualmente distribuídos entre gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas

etárias. Este conceito mudou a política de prevenção às DST/aids. Em 1993, ocorre a junção dos programas de aids e DST e a transformação do CRT em Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids). Em 1995, o CRT-DST/Aids como Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids delimitou com maior precisão a função estratégica da instituição, como referência técnica e como sede da Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids.

A consciência da limitação das estratégias de prevenção até então utilizadas foi observada com o crescimento de epidemia na década de 90, entre os setores mais socialmente “desempoderados”, ou seja, pobres, mulheres, marginalizados, negros, jovens. Por outro lado, o grupo Pela Vida se coloca: “A evidência epidemiológica contribuiu, sem dúvida alguma, para reverter a estigmatizante noção de “grupo de risco”. Mas por outro lado, lançou os homossexuais ao segundo plano das políticas públicas de prevenção, apesar de continuarem potencialmente expostos à infecção pelo HIV. Alguns especialistas afirmam que a famigerada “desomossexualização” repercutiu nas percepções individuais de risco dos homossexuais, direcionou os trabalhos das ONG e as prioridades governamentais com abandono deste público.” Mais ainda, com o enfraquecimento do movimento homossexual, o pouco interesse dos gays existentes pelo trabalho de prevenção e a ausência de ações governamentais próprias, algumas ONG passaram a se ocupar de projetos e atividades financiadas por recurso público, mas que não contemplam a problemática “homossexuais e aids”

Esta aí registrada uma típica situação de trabalho de parcerias, que podem e devem ser questionadas, avaliadas e criticadas, com o objetivo de se atingir da melhor forma possível o público alvo das ações de prevenção.

Em 1996 o CRT-DST/Aids passa a ser vinculado à Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), órgão então responsável pela definição das políticas de saúde pública no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde-SP. Com a mudança de estrutura ocorrida na Secretaria de Estado da Saúde em 2005, a Coordenação dos Institutos de Pesquisa passou a chamar-se Coordenadoria de Controle de Doenças.

A Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids, apoiada na estrutura do CRT- DST/Aids, é responsável pela implementação, articulação, supervisão e monitoramento das políticas e estratégias relativas à DST/Aids, nas áreas de Prevenção, Assistência, Vigilância Epidemiológica, em todo o Estado de São Paulo. O PE-DST/Aids adota como referências éticas e políticas a luta pelos direitos de cidadania dos afetados e contra o estigma e a discriminação, a garantia do acesso universal à assistência gratuita, incluindo medicamentos específicos, e o direito de acesso aos meios adequados de prevenção. Apesar das condições

socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população, a mortalidade por aids vem apresentando queda acentuada a partir de 1996, devido à introdução dos anti-retrovirais na rede pública, associada à descentralização do atendimento, o que possibilita o diagnóstico precoce e a intervenção adequada sobre as infecções oportunistas, ou seja, maior probabilidade de sobrevida do paciente. Para se ter uma idéia, no ano de 2004 ocorreram 3.332 óbitos por aids no Estado de São Paulo, o que representou um decréscimo de 57% comparando-se com o ano de 1995, quando ocorreu o pico da mortalidade por aids (7.739 óbitos). Nos últimos anos, esta queda apresenta visível desaceleração.

Os avanços da terapia anti-retroviral e as tendências atuais da epidemia, que se concentra em países e populações socialmente mais vulneráveis, devem levar a novas reflexões sobre as formas de abordagem do HIV/aids, desde o manejo clínico e psicológico dos pacientes já infectados, diante da possibilidade de prolongamento de suas vidas na condição de soropositivos assintomáticos para o HIV, até a implementação e manutenção de políticas públicas de prevenção e assistência cada vez mais eficientes, com o desafio e a obrigação moral e ética de torná-las acessíveis a toda a população. Este ideal está diretamente vinculado à necessidade de aprimoramento da vigilância epidemiológica seguir aprimorando seus sistemas de informação, de forma que estes continuem produzindo informações capazes de subsidiar o planejamento de ações programáticas na área de atuação de HIV/aids.

O PE-DST/AIDS atua de forma coordenada com outros setores governamentais, como Justiça, Educação e Promoção Social, e em estreita colaboração com as ONG que atuam nesta área. O Estado de São Paulo é dividido em 24 Regionais de Saúde que, por sua vez, contam com um interlocutor do PE-DST/Aids, e são responsáveis pela implementação das ações nos níveis regionais e locais.

O CRT DST/Aids tem por missão: coordenar o Programa de DST/aids no Estado de São Paulo, prestar serviço de atenção integral à saúde da população em DST, HIV e aids e desenvolver, difundir e aplicar conhecimento, tecnologia e políticas públicas nas áreas de prevenção, assistência, vigilância epidemiológica, gestão e pesquisa, com qualidade, de forma integrada, ética, solidária, de acordo com os princípios do SUS. A estrutura e a missão do CRT-DST/Aids permitem prover atendimento, criar e validar procedimentos preventivos e modelos de assistência, avaliar e levar adiante pesquisas clínicas e oferecer treinamentos com maior legitimidade diante dos profissionais e instituições do Estado.

Alguns aspectos a serem destacados: diante deste momento da epidemia, com o advento de novos anti-retrovirais, em que todos os profissionais envolvidos nas rotinas de atendimento observavam uma mudança no padrão

clínico até então apresentado, com manifestações de infecções oportunistas e neoplasias associadas ao HIV/aids altamente prevalentes, o serviço de saúde bucal do CRT-DST/Aids realizou um estudo retrospectivo, onde se avaliou a prevalência das manifestações bucais em dois momentos diferentes: 1994, quando os pacientes estariam expostos à terapêutica com anti-retrovirais do grupo de inibidores da transcriptase há 3 anos, e , em 1999 com pacientes já em uso de anti-retrovirais do grupo de inibidores de protease também por 3 anos. O resultado foi expressivo, apenas 24% dos pacientes apresentavam lesões compatíveis com a infecção HIV/aids, ou seja, momento importante de reavaliar o papel do serviço de saúde bucal oferecido até então aos pacientes, na instituição. A adequação se deu através de maior oferta a atendimentos da rotina odontológica básica, e redução da especialidade estomatologia/ patologia. Não estávamos mais atendendo tantos imunocomprometidos severos, e sim, cidadãos que trabalham, atuam em seus cotidianos e precisam garantir um “sorriso” dentro do que a sociedade exige. Uma nova situação se apresenta. O Absenteísmo às consultas odontológicas agendadas. Diante de um novo momento, em que não se pode identificar o portador do HIV/aids por uma rápida inspeção das mucosas, com sua disposição recuperada, e a retomada do dia-a-dia, e a possibilidade de ser atendido em diferentes locais, a consulta odontológica no CRT-DST/Aids deixa de ser uma prioridade.

Com a intenção de obter dados que esclarecessem estas mudanças e pudessem nortear possíveis mudanças realizamos uma pesquisa de opinião. Realizado um levantamento da literatura disponível quanto ao absenteísmo em especialidades, estávamos dentro do descrito até então como esperado. Por outro lado, estava muito distante do que apresentávamos anteriormente, fortalecendo a necessidade de conhecermos melhor nosso usuário e sua expectativa. Elaborou-se um questionário, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do CRT-DST/Aids, e os usuários respondiam voluntariamente, com o anonimato garantido. Baseados nos resultados ampliamos o atendimento por plantão para duas vezes por semana, agendamento por telefone, escolha do profissional a realizar o atendimento, maior número de profissionais atendendo, e com isso maior oferta de horários, mas ainda com capacidade de ampliação. O maior destaque fica por conta de respostas aos usuários quanto às mudanças por meio da ouvidoria, e uma reunião com usuários que participaram com sugestões no mecanismo do agendamento. Como resultado destas ações, alcançamos um maior nível de satisfação e uma significativa diminuição do absenteísmo.

O CRTDST/Aids com suas ações de multiplicação e descentralização da assistência a pessoas convivendo com HIV, DST ou aids, que ocorrem desde o início da epidemia da aids, já identifica um grande número de profissionais no Estado de São Paulo, que presta os cuidados odontológicos a essa

população. Muitos são os serviços instalados na rede pública de assistência por todo o estado, e o que se observa, é que muitas vezes, o único serviço bem instalado, com todos os recursos de equipamentos, é aquele destinado aos portadores de HIV/aids, por serem vinculados a um centro de treinamento (CR) ou a um serviço de atendimento especializado (SAE). Na ocasião do envolvimento da saúde bucal dentro da proposta de educação permanente, ficou facilitada a identificação dos profissionais para atuarem como facilitadores do processo.

A formação dos mesmos se dera, até então, dentro da filosofia de educação continuada, com temas muitas vezes propostos verticalmente, baseados em experiência do CRT que muitas vezes ainda não retratava a realidade local, dificultando por vezes o entendimento e a mobilização dos profissionais para determinados temas.

A Coordenação Nacional de DST/Aids em parceria com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal e a Universidade de Brasília propuseram treinamentos dentro da proposta pedagógica da educação permanente com a idéia de melhorar a formação, reforçar a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social, conseqüentemente, fortalecer o SUS. Com os profissionais já identificados como tendo perfil para atuar dentro das prerrogativas do SUS, iniciou-se uma fase de “Capacitação dos Cirurgiões Dentistas nas Ações de Educação Permanente.” Com inúmeros profissionais identificados, foi necessário restringir o número de pessoas, para tornar viável o trabalho dentro da proposta pedagógica da problematização. O destaque para esse treinamento fica por conta do diagnóstico loco regional realizado pelos participantes onde se pode observar os aspectos positivos e as fragilidades de cada região. O diagnóstico loco regional realizado pelos profissionais foi monitorado pela equipe de cirurgiões dentistas do CRT, que atuaram como monitores do processo. Ações de avaliação e monitoramento se fazem necessárias em toda rede. Alguns facilitadores já participaram de treinamentos de “Monitoramento e Avaliação”, que será ofertado a toda a rede. Supervisões são consideradas de grande importância para fortalecer o trabalho dos facilitadores, legitimando seus papéis, favorecendo a comunicação com os gestores locais.

O texto baseou-se nos seguintes documentos:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda

CADERNOS PELA VIDA – n. 42. Homossexuais e Aids, a epidemia negligenciada
COSTA, Catalina Riera. AIDS – aspectos gerais e papel do cirurgião-dentista frente à doença

MARQUES, Maria Cristina da Costa. A história de uma epidemia moderna
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. 20 anos do Programa Estadual DST/AIDS

Capítulo 12

Controle social do Sistema Único de Saúde: alguns pontos para reflexão

Virginia Junqueira

Introdução

Postos de saúde, ambulatorios, hospitais, pronto-socorros: no cotidiano da população pobre brasileira isto significa ouvir “não há vagas”, esperar dias, meses, anos por uma consulta, por um exame; significa falta de pessoal, impedimento para internações. Levantar de madrugada, enfrentar filas e mais filas; demandar atendimento em vários lugares e não ter êxito. Assistência médica de má qualidade, assistência odontológica inexistente, saúde mental de mal a pior, promoção de saúde ausente, recursos insuficientes, quadro de pessoal muitas vezes deficitário, trabalhadores da saúde em sua maioria mal remunerados. Quando discutimos as dificuldades e obstáculos que o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra para se tornar realidade, emerge a pergunta: onde está o principal nó a ser desatado? Quer falemos de financiamento ou gestão, quer de alocação de recursos ou um modelo de atenção universal, integral e igualitário, as respostas nos remetem, ao fim e ao cabo, aos processos de decisão, à questão da democracia. Quem afinal decide o que deve ser feito no SUS?

À primeira vista parece haver vários atores, cujo discurso é de defesa de um mesmo projeto para o sistema nacional de saúde: governantes, partidos políticos, empresários, movimentos sociais, estudantes, intelectuais, entidades filantrópicas, conselhos profissionais, associações de classes, sindicatos, etc. Há quem continue falando em “partido sanitário”, ou que afirme o SUS como um projeto suprapartidário. Nas eleições para os Poderes Executivo e Legislativo municipal, estadual e federal as campanhas dos diferentes partidos destacam propostas e projetos para a saúde pública. No entanto, apesar de tantos defensores e apesar das conquistas dos últimos dezesseis anos, a realidade do sistema é aquela que descrevemos nas primeiras linhas. Ora, a situação não

deveria ser esta se todos se dizem favoráveis a um sistema público nacional de saúde. Portanto, é preciso investigar o que vai por baixo desta aparente coesão para entender o que ocorre e poder intervir de alguma forma.

Quais são as propostas para a sociedade que estes diversos grupos defendem? Será que há mesmo acordo em torno do que se pretende para o SUS? Ou haverá, ao contrário do que parece, uma disputa entre diferentes projetos?

Um pouco de história...

Reconhecendo a imensa complexidade do tema, este texto tem apenas o propósito de levantar alguns pontos para reflexão. Dirige-se àqueles cujo compromisso com a Saúde Coletiva os leva no dia a dia a conviver com as fragilidades dos movimentos de saúde e com as dificuldades da atuação dos conselhos.

Então prossigamos: é de ajuda remontar ao período mais recente da nossa história para entender a origem do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, da qual o movimento popular de saúde é parte integrante. Na década de 60 as primeiras movimentações referentes à saúde datam da época do governo de João Goulart, quando foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi a municipalização. Logo em seguida houve o golpe militar, em 1964, que reprimiu toda a atividade política: partidos de oposição, sindicatos, movimentos populares e estudantis. Ativistas políticos continuaram a agir de forma clandestina, enquanto a repressão subiu em um crescendo. Depois do Ato Institucional nº 5 em 1968 sobreveio o pior período da ditadura. A resistência ao regime encontrou abrigo em algumas lideranças da Igreja Católica e na periferia das grandes cidades, explorou as brechas possíveis através dos movimentos de bairro, vinculados a lideranças religiosas. Diante da piora das condições de vida e do arrocho salarial, a oposição à ditadura assumia a face de lutas por melhorias nas fábricas e nas ruas. As demandas do movimento de saúde organizado nos bairros das metrópoles, se concentraram nas reivindicações de acesso e melhoria da qualidade dos serviços.

Como parte integrante da luta contra a ditadura militar constituiu-se o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira: usuários dos serviços, lideranças populares, sindicais e estudantis, docentes de universidades públicas ligados a departamentos de Medicina Preventiva e Social, trabalhadores da saúde, enfim, diversos atores com diferentes graus de organização e mobilização.

Ao mesmo tempo, os prestadores de serviços privados de saúde faziam enorme poder de pressão, através de suas associações como sindicatos patronais, federações, associações de classe dos profissionais liberais da área da saúde, obtendo financiamento a fundo perdido para ampliação de suas atividades, viabilizando a reprodução e acumulação de capital do setor privado

da saúde. A expansão de cobertura da população foi feita prioritariamente através da compra, já no período do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de serviços assistenciais para o sistema público, bem como do setor privado de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares. O complexo médico industrial estudado por Hésio Cordeiro, na década de 70, marcava desde então o formato da atenção à saúde no sistema público: assistência médica individual com ênfase nas especialidades, exames complementares e tratamento medicamentoso, quadro hoje agravado pela presença cada vez mais forte dos interesses do setor financeiro ligado aos seguros e planos privados de saúde.

Para vários estudiosos da Reforma Sanitária Brasileira na trajetória deste movimento foi privilegiada a ocupação de espaços institucionais, desenvolvendo-se independentemente dos partidos políticos e, em relação ao Estado, majoritariamente de dentro para fora, ou de cima para baixo (OLIVEIRA, 1989, p. 19), ao contrário do que ocorreu na Itália, onde a reforma nasceu de baixo para cima como reivindicação dos trabalhadores (COHN, 1989, p.133, FREDERICO, 1994, p. 83). Assim é que, a partir do período da chamada “abertura” do regime militar, intelectuais que pertenciam a partidos clandestinos ocuparam cargos no interior do aparelho estatal, mantendo relativa independência de seus grupos políticos e compondo o que foi denominado “partido dos sanitaristas” (FREDERICO, 1994, p.83, COHN, 1989, p.131), que imprimia a condução do movimento. Nas décadas de 70 e 80, a hegemonia do movimento sanitário era do Partido Comunista Brasileiro, cuja proposta era a reforma do sistema de saúde por dentro do Estado (COHN, 2001, p.11).

Estavam em discussão os conceitos de democracia, cidadania e políticas públicas, entre outros, bem como as táticas políticas que decorriam desse entendimento. Resumidamente, parte expressiva destes intelectuais interpretava o pensamento de Antonio Gramsci da seguinte forma:

“a cidadania, que implica igualdade formal entre indivíduos isolados perante o Estado, é condição de reprodução da dominação social desde que nega a existência de relações contraditórias de exploração. Nega inclusive a existência de atores coletivos, classes sociais e seus interesses antagônicos – sendo portanto essencial para a construção da ideologia liberal do Estado como representante da vontade coletiva” (TEIXEIRA, 1989, p. 20).

Não obstante, o reconhecimento da cidadania é considerado “imprescindível para a constituição, organização e lutas das classes dominadas” (TEIXEIRA, op. cit. p.21).

Na mesma linha, as políticas públicas, que desempenhariam papel fundamental “por caminhos múltiplos e superpostos” no sentido de manter e reproduzir as ordens política e econômica dadas, poderiam ser encaradas,

alternativamente, num projeto de transformação radical”... (OLIVEIRA, 1988, p. 89). Tratava-se aqui de uma apropriação, por parte destes intelectuais, das formulações de Gramsci sobre a “democracia progressiva”.

Travava-se um intenso debate no interior do Movimento. A implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) foi um dos momentos quando as divergências se tornaram mais explícitas. Foram criticados os arranjos institucionais a que se prendiam as figuras do Movimento Sanitário que ocupavam cargos de confiança no governo e os pressupostos que os sustentavam: a chamada “dialética do possível” (CAMPOS, 1988, p. 07).

Este autor colocava, já então, que os processos de estadualização do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional (Inamps) ou de municipalização da atenção básica não garantiriam sempre, ou sequer, na maioria dos casos, que o sistema público deixaria de ser gerido segundo interesses empresariais ou privatistas, excludentes da maioria dos usuários (CAMPOS, 1988, p.09). Prosseguindo, afirmava não haver “antagonismo necessário entre um reordenamento descentralizado do sistema de saúde e a predominância de normas de mercado na ordenação da prática médico-sanitária”. Descentralização não poderia ser tomada como democratização. Tristes e proféticas palavras...

Em 1988, Campos já denunciava que inúmeros hospitais municipais, estaduais e até universitários vinham se organizando de acordo com uma lógica neoliberal, citando o caso do Instituto do Coração (Incor) (CAMPOS, op. cit. p.10).

A participação comunitária

Na Constituição de 1988, entre outros pontos concernentes à relação Estado-sociedade, a democracia representativa convive com tímidos acenos à democracia participativa direta: a “participação da comunidade”, presente em várias seções: da saúde (artigo 198), do serviço social, da cultura, da comunicação.

A definição sobre como se faria este relacionamento ficou para a legislação ordinária. No caso da saúde, a regulamentação foi dada pela lei federal 8142, de 1990, negociada com o governo Collor de Mello, que havia vetado na lei 8080 todos os artigos concernentes à participação e ao financiamento. Foram criadas duas instâncias colegiadas de poder deliberativo, as conferências e os conselhos de saúde. Estes órgãos integram o aparelho de Estado nos três níveis de gestão do SUS. São, pois, conselhos de Estado, diferentemente dos conselhos populares de saúde, que são inteiramente autônomos em relação ao Estado.

A composição dos conselhos foi estabelecida por decreto. Metade dos representantes devem ser usuários do SUS. Mas quem são esses usuários? Em São Paulo, compõem o Conselho Estadual de Saúde representantes de movimentos populares de saúde, de entidades sindicais, de associações de

portadores de deficiências, de associações de defesa de portadores de doenças crônicas, de movimentos sociais direta ou indiretamente ligados à preservação e promoção da saúde da população e dos direitos dos cidadãos. No nível municipal, repete-se, em princípio, a mesma composição, e os representantes dos municípios são geralmente eleitos nas conferências.

Em decorrência, foi instaurado um duplo sistema de deliberação política: por um lado, os Poderes Executivo e Legislativo da democracia representativa compostos pelos ocupantes de cargos escolhidos pelo voto universal, e de outro, a participação da população, que não pode ser rigorosamente qualificada como direta, porque exercida também através de seus representantes (SACARDO e CASTRO, 2002). Vale lembrar que ambos os processos de representação não estão isentos de manipulação, que, no caso das eleições, têm sido tema explorado recorrentemente nos meios de comunicação.

Apesar da presença nos conselhos de saúde de lideranças sindicais do chamado setor produtivo, as centrais sindicais e os sindicatos mais fortes colocam-se à margem da defesa do SUS quando inscrevem repetidamente como atrativo em suas plataformas eleitorais a oferta de assistência médica aos sindicalizados, mediante contrato com planos privados de saúde. Não obstante a atuação de profissionais e militantes que defendem a saúde do trabalhador, e dos dispositivos legais incluídos na lei 8080, pelos quais é conferido poder às autoridades sanitárias para intervir nos ambientes e condições de trabalho, poderíamos dizer que é episódico o envolvimento dos sindicatos do setor produtivo no debate sobre a formatação do modelo de atenção à saúde pelo complexo médico-industrial financeiro.

Um outro determinante neste quadro de fragilidades do Movimento da Reforma Sanitária seria a formação autoritária do Estado e sociedade brasileiros, referida por diversos autores. Apenas registramos esta dimensão do problema, que por si só, mereceria uma ampla e profunda exposição.

Em resumo, tem sido frustrada a expectativa de que a participação popular e comunitária direcione a política de saúde segundo as necessidades da maioria da população (FREDERICO, 1994, LACAZ, 2006).

O próprio conceito de participação popular e o modo como ele vem sendo operado por políticas públicas e movimentos sociais engajados em reivindicações de saúde e bem-estar merecem uma breve reflexão. Citando Ferreira, Sousa assinala que “participação comunitária” pode não compor em sua essência mudanças reais nas condições de vida, mas responder a critérios conservadores e autoritários de se pensar a sociedade e fazer política. (SOUSA, 2005, p.66).

Em 1977, o relatório da Conferência de Alma Ata se tornou referência para os trabalhadores do campo da Saúde Pública, ao propor a meta de “Saúde

para todos no ano 2000”. Não obstante, sofria críticas por parte de autores como Vicente Navarro, por evitar o confronto com a indústria farmacêutica, de equipamentos médicos e com entidades corporativas representativas de profissionais de saúde que, em vários países, se opunham à construção de sistemas nacionais públicos de saúde. Para Navarro, o relatório revelou o posicionamento ideológico da maioria de seus autores ao afirmar que a indústria de equipamentos médicos poderia compensar quaisquer perdas, pelas vendas reduzidas de equipamento caro, vendendo para grandes mercados um maior número de equipamentos mais baratos e suprimentos para a atenção primária. Já os médicos e outros profissionais de saúde deveriam ser persuadidos que não estariam renunciando as funções médicas mas ganhando responsabilidades de saúde. Para o autor, no relatório tenta passar como comuns os interesses dos grupos corporativos, da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e dos grupos da população que não têm poder (NAVARRO, 1984, p.167).

A Declaração de Alma Ata enfatizou a necessidade de participação da comunidade, definida como o processo pelo qual indivíduos e famílias se responsabilizam pela sua saúde e bem-estar. Por comunidade entendia-se um agregado de indivíduos com interesses e aspirações comuns e, em decorrência, um grau significativo de coesão social. Wilkinson (1996) define coesão social como participação nos negócios públicos, responsabilidade cívica ou envolvimento na vida pública, passíveis de ser medidos por indicadores como o comparecimento de eleitores às votações, a leitura de jornais e o número de associações culturais voluntárias. Em contraste, para Navarro (1984), comunidade é um conjunto de relações de poder nos quais os indivíduos se agrupam em diferentes categorias, entre as quais ele destaca a de classe social. Marilena Chauí chama a atenção para o fato de que, na reforma neoliberal de Estado, as comunidades são incentivadas como parte da estratégia estatal para transferência de responsabilidades, estratégia sustentada pelo pressuposto de que as comunidades são aspectos do multiculturalismo e que são necessárias para o renascimento do espírito cívico. A autora chama a atenção para o fato de que, na concepção neoliberal, as comunidades não são vistas como pólos de auto-organização social, nem como contra-poderes sociais contra o domínio estatal puro, nem muito menos como formas de expressão das classes sociais e dos grupos (CHAUÍ, mimeo, 2000).

Há autores que consideram que a coesão social, implícita no conceito de comunidade de Alma Ata, nem sempre produziria efeitos benéficos sobre a saúde da população (MUNTANER e LYNCH, 1999). O não afloramento dos conflitos e a não explicitação de interesses divergentes na relação público/privado na saúde dificultam a identificação das forças envolvidas no setor, despolitizando-o, na medida em que obscurece as fronteiras entre a saúde como objeto negociado no mercado ou como direito universal.

Então, voltamos à questão da democracia. Vamos retomar as palavras de Marilena Chauí: democracia como a:

“forma sociopolítica definida pelo princípio da isonomia (igualdade dos cidadãos perante a lei) e da isegoria (direito de todos para expor em público suas opiniões, vê-las discutidas, aceitas ou recusadas em público), tendo como base a afirmação de que todos são iguais porque livres, isto é, ninguém está sob o poder de um outro porque todos obedecem às mesmas leis das quais todos são autores (autores diretamente, numa democracia participativa; indiretamente, numa democracia representativa).”

Portanto, o maior problema da democracia numa sociedade de classes é como manter seus princípios - igualdade e liberdade - sob os efeitos da desigualdade real.

A autora considera que na democracia o conflito é considerado legítimo e necessário, “buscando mediações institucionais para que possa exprimir-se. A democracia não é o regime do consenso, mas do trabalho dos e sobre os conflitos”. Em decorrência, há uma outra dificuldade democrática nas sociedades de classes: “como operar com os conflitos quando estes possuem a forma da contradição e não a da mera oposição? Ou seja, oposição significa que o conflito se resolve sem modificação da estrutura da sociedade, mas uma contradição só se resolve com a mudança estrutural da sociedade” (CHAUÍ, 2006).

As Organizações Sociais ampliam e fortalecem o controle popular?

Aqui assumimos claramente que a formulação ou interpretação da legislação, a formulação e implementação de políticas, enfim, qualquer iniciativa no campo público deve fortalecer os processos democráticos de tomada de decisão. Poderíamos nos arriscar a transpor as breves reflexões que fizemos sobre democracia ao debate atual sobre as Organizações Sociais (OS).

À luz desse pressuposto vamos discutir a introdução das OS no setor saúde. As OS são entidades privadas cujos fins são declarados oficialmente como não lucrativos e que recebem dinheiro público, ou seja, patrimônio público sob a forma de prédios equipados e recursos para folha de pagamento de pessoal para operar serviços de saúde. Presenciamos como os governos estadual e municipal de São Paulo rechaçam o posicionamento dos conselhos, contrários a esta forma de gestão. Neste conflito, questionam a legitimidade e a representatividade dos conselheiros. Ora, por que isto acontece? Os interesses dos governos que fazem esta transferência da gestão, destas entidades e dos usuários são os mesmos? Ou os interesses privados acabam prevalecendo? Por que o governante pode outorgar sem licitação a qualificação de OS a uma entidade sem qualquer processo público de escolha ou controle externo? Por que estas

entidades não prestam contas periódicas e publicamente como prevê a legislação? Sabemos que em São Paulo a lei estadual das OS, de 1998, só permitiu atendimento ao SUS porque houve resistência e oposição à época. No entanto, a lei municipal em São Paulo, de 2005, já não garante exclusividade da assistência para os pacientes do SUS. Por que esta cláusula foi excluída da lei municipal?

Estas indagações nos mostram a necessidade de que os conselhos de saúde se constituam e se fortaleçam como um contra-poder, contraditório ao poder do Estado. Vemos a insistência dos governantes em buscar um consenso que na verdade é uma concordância com suas posições. No entanto, os conselhos devem saber que trabalham com conflitos, que, como lembra Marilena Chauí, só vão se resolver com transformações na estrutura da sociedade.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, seção I, nº 182, p.18055, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 1990. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, seção I, nº 249, p. 25694, 31 de dezembro de 1990.

CAMPOS, G.W, de S. O debate necessário à construção de uma teoria sobre a Reforma Sanitária. Saúde em debate, dezembro 1988, p. 07-12.

CHAUÍ. M. Quem semeia ventos, colhe tempestades: ao privatizar os direitos sociais, o neoliberalismo jogou milhões de brasileiros na mendicância e delinquência. 2000. Mimeo.

CHAUÍ, M. Democratização e transparência. In Fórum de reflexão política. 2006. Encontrado em www.forumrefpol.net

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. Lua Nova, São Paulo, CEDEC, 1989, p.123-140.

COHN, A. Por onde anda a Reforma Sanitária? Teoria e Debate, São Paulo, ago/ 2001, p.10-14.

FERREIRA, M.A.F. Entre a norma institucional e a ação coletiva: uma arqueologia da participação popular em saúde (Tese). São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, 1992.

FREDERICO, C. Crise do socialismo e movimento operário. São Paulo, Cortez Editora, 1994.

LACAZ, F. A de C. Controle social e saúde do trabalhador, 2006 (mimeo).

MUNTANER, C. e LYNCH, J. Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-durkheimian research program. *International Journal of Health Services* Volume 29, number 1, 1999, p.59-83

NAVARRO, V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. *International Journal of Health Services* Volume 14, number 2, 1984, p.159-173

OLIVEIRA, J. A. Para uma teoria da Reforma Sanitária: "Democracia progressiva" e políticas sociais. *Saúde em debate*, abril de 1988, p. 85-93.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da Reforma Sanitária (ou, reflexões sobre a Reforma Sanitária de uma perspectiva popular). In Costa. N. do R.,

MINAYO, C. de S., RAMOS, C. L. e STOTZ, E. N. (org.) Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis, RJ, ABRASCO, 1989, vol. I, p 13- 41.

SACARDO, G. e CASTRO, I.E.do N. Conselhos de Saúde. Observatório dos direitos do cidadão. Instituto Polis/PUC-SP. Setembro 2002, 72 p.

SOUSA, R. M. R. B. A participação popular em saúde: um recorte sobre o conselho gestor da unidade de saúde da família no bairro do Bom Retiro em São Paulo. (Dissertação). São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005.

TEIXEIRA, S. F. (org.) Reforma Sanitária, em busca de uma teoria. São Paulo, Cortez Editora, ABRASCO, 1989.

WILKINSON, R. *Unhealthy societies: the afflictions of Inequality*. Routledge, N. York. EUA, 1996, 256 p.

A emergência e o protagonismo dos sujeitos

Rosilda Mendes

Introdução

A gestão de políticas públicas, do ponto de vista mais tradicional, é realizada pelos gestores que ocupam um determinado lugar na estrutura de poder. Na área da saúde, por exemplo, são os diretores de unidades, de departamentos nos diferentes níveis, do local ao nacional. Assim são gestores da saúde, o ministro da saúde, os secretários estaduais e municipais de saúde, os coordenadores e supervisores de saúde, etc., que implementam e que definem as políticas de saúde no nível macro do sistema de saúde. São também gestores da saúde os gerentes das unidades de saúde, que tem a responsabilidade de implementar a política em um território adistrito.

A existência de um marco legal de “controle social” sobre a ação governamental preconizado na proposta de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta algumas questões que nos aproximam de uma outra forma de entender a gestão de saúde. O controle social entendido como exercício de cidadania transcende a ação estatal, de poucos e poderosos “atores” e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses dos diversos segmentos sociais. Implica, também, no âmbito das agências públicas, de mecanismos que assegurem as condições de acesso à informação e de democratização dos processos decisórios. Isto equivale dizer que a gestão de saúde deve ser realizada “com” e não “para”: “co-operativa”, de “co-responsabilidade”, de “co-gestão”.

Esta perspectiva de compartilhamento vem sendo construída nos últimos trinta anos em nosso país. O agravamento das condições de sobrevivência, aliado à luta pela redemocratização no país, fez com que a partir dos anos de 1970 se configurasse a emergência de novas forças sociais, representadas

pelos movimentos sociais que reivindicavam bens e serviços inexistentes ou insuficientes. A ocupação do cenário político por novos sujeitos sociais fez emergir ações coletivas em todas as áreas sociais. Em princípio, os movimentos organizados atuaram como força popular independente do Estado, já que este era visto como inimigo dos movimentos progressistas, depois como interlocutores do Estado, já que este estava se democratizando e buscando mudar sua face de repressão. Este processo intensifica-se nos anos de 1980 e tem relação com o contexto da progressiva liberalização do regime, e com a consolidação de espaços institucionais mais democráticos deste período, onde se instaura, no país, a chamada “*era da participação*.”

Enquanto discurso incorporado em programas e projetos governamentais, a participação passa, nos anos mais recentes, a ser entendida como um processo, que muitas vezes, sustenta uma proposta de democratização. No entanto, este processo não é linear. Há muitas contradições existentes na participação dos cidadãos na gestão e na condução do poder público. Uma delas diz respeito à tensão permanente em participar através do Estado para a formulação das políticas públicas ou ser um agente autônomo de pressão. Há de se considerar também que os processos participativos dependem, fundamentalmente, dos processos políticos em curso. Se a gestão for autoritária a participação pode ser usada para legitimar ou cooptar, na busca de um consenso para aceitação de decisões políticas. Se os compromissos forem democráticos, podem ser criadas condições para a ruptura com essa lógica, e a participação pode emergir como fundamento da ação política.

Mesmo que se reconheça que os conflitos e dificuldades podem ser restritivos aos processos de mudança social, não se pode desconsiderar o que diz Boaventura Souza Santos (1999): que as experiências aprendidas nas três últimas décadas trazem elementos para várias reconstruções, dentre elas, do conceito de democracia, de cidadania, de sujeito, e com isso, revaloriza-se o princípio de comunidade, e com ele, a idéia de subjetividade, igualdade, autonomia e solidariedade. Não se pode desconsiderar também que o momento atual parece propício para a proposição de novas práticas e criação de espaços de integração entre diversos atores. Isto implica estabelecer, contudo, compromissos de interesse público, redefinir o papel do Estado e da sociedade frente ao estabelecimento de políticas sociais, definir fóruns participativos e pactuados que sejam expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais.

Gestão compartilhada, empoderamento e participação

O enfoque da gestão compartilhada apresenta uma perspectiva de organização bastante distinta daquela que tenta implanta-se por meio de uma normatividade rígida, através de uma definição universal, apriorística e técnica dos

problemas, que desconsidera ou torna secundários os diferentes grupos sociais. Portanto, uma forma de trabalhar os problemas, necessidades e potencialidades de saúde, introduz outros conceitos, tão caros ao campo da promoção da saúde: pluralidade, diversidade, solidariedade, por exemplo. É neste bojo que se insere também a idéia de que atores, que sempre estiveram a margem de processos decisórios, são *protagonistas* da ação social. E para entender o protagonismo desses grupos, como diz Gohn “*deve-se ter como referência quem são os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sociopolíticas expressam, qual o projeto de sociedade que estão construindo ou abraçam, qual a cultura política que fundamenta seus discursos e práticas, que redes criam e articulam, quais as relações com conjuntos sociopolíticos maiores, etc*” (GOHN, 2005, p.10)

Ou seja, torna-se impossível inserir a idéia de protagonismo da sociedade civil desvinculada de outros valores e princípios, dentre os quais aqueles que reforçam os processos educativos e participativos na gestão pública. Nesta direção, Gohn (2004) reforça este vínculo em seu artigo - Empoderamento e participação das comunidades em políticas sociais -, o qual analisa a participação da sociedade civil na esfera pública, via conselhos e outras formas institucionalizadas.

Cabe destacar que o conceito de empoderamento não tem um caráter universal e pode ser interpretado sob diversas perspectivas. Este é um vocábulo que está inscrito naquilo que pode ser chamado “inferno semântico”. O dicionário da língua portuguesa não o reconhece e, de fato, é um termo importado da língua inglesa: *empowerment*. Como refere Carvalho (2004, p. 1089), a idéia de *empowerment* “*tem suas raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX*”. O autor ainda indica que nos anos de 1970 passa a ser uma marca dos movimentos de auto-ajuda, anos de 1980, da psicologia comunitária e mais recentemente na década de 1990, se aproxima de movimentos que buscam afirmar direitos da cidadania, dentre os quais o da saúde. Na diferenciação dessas perspectivas que apontam diferentes dimensões do empoderamento, quais sejam, individual, organizacional e comunitário, encontram-se múltiplas dimensões da categoria “poder”. Assim, o processo de empoderamento refere-se tanto a dimensões criativas e instituintes da ação política por meio de um *processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos ou comunidades – no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas*, como diz respeito a dimensões que reforçam o controle e regulação do social com *ações destinadas a promover a integração dos excluídos, carentes e demandatários de bens elementares de sobrevivência, serviços públicos, atenção pessoal, etc.* (GOHN, 2004,p.23).

Em outras palavras, empoderamento pode tanto estar vinculado a idéia de *ganho de poder*, mediante o qual determinados grupos conquistem melhor

posição na sociedade para enfrentar situações de opressão e injustiças (WALLERSTEIN, 1992), quanto pode referir-se a uma concessão, onde alguns, majoritários, com mais poder “empoderam” os grupos minoritários que não possuem “capacidade” de participar, negociar com , influenciar, controlar e sustentar situações que afetam suas próprias vidas.

Na perspectiva da prática da gestão compartilhada em que o que se espera é um compartilhamento de conhecimentos, ações e responsabilidades, a idéia de empoderamento se constitui um dos principais eixos. Implica reconhecer, como diz Foucault (1979), em sua “Microfísica do Poder”, que os poderes estão disseminados na estrutura social, funcionando como uma rede de dispositivos, que não escapa a nada e a ninguém.

Para Boaventura Souza (2000, p. 263), no entanto, “*se o poder está em todo lado, não está em lado algum. Se não houver um princípio de estruturação e de hierarquização não há enquadramento estratégico para a emancipação*”. Assim, o autor distingue seis formas de poder que circulam nas sociedades capitalistas, o patriarcado, a exploração, o fetichismo das mercadorias, a diferenciação desigual (espaço das comunidades), a dominação (espaço da cidadania) e a troca desigual. Se a emancipação é tão relacional como o poder, não há emancipação, mas relações emancipatórias e estas “*desenvolvem-se no interior das relações de poder, não como resultado automático de uma qualquer contradição essencial, mas como resultados criados e criativos de contradições criadas e criativas*”.

A dinâmica do empoderamento só pode ser entendida, de acordo com Labonté (1994), com base na dialética consenso/conflito, competência profissional/sabedoria leiga, instituições hierárquicas/círculos comunitários. Como o poder é desigual nos contextos sociais, uma condição substantiva é que os processos gestão compartilhada produzam sinergia, o que se transforma em um grande desafio que vai exigir relações negociadas entre os associados; autoridade compartilhada na tomada de decisões; identificação e compromisso de todas as pessoas e grupos envolvidos e recursos para a participação dos grupos menos fortes. (LABONTÉ, 1992)

Promover esta redistribuição implica, como já dissemos, em participação política, e esta vem sendo incorporada enquanto discurso em programas e projetos governamentais em geral, e não é exclusiva do campo da saúde.

Há de se ter em conta outros aspectos envolvidos nos processos de gestão compartilhada. Na medida em que os processos de co-responsabilidade vão sendo delineados, a gestão pública passa a ser considerada um espaço de deliberar, negociar e consertar, tornando fundamental o aprendizado do procedimento da *negociação*. E aqui os desafios que se apresentam são inúmeros. De imediato, é preciso supor, como ressalta ROUX (1999), que a negociação

não é um simples evento para se chegar a um acordo. Constitui-se um processo dinâmico em que se expressa a complexidade e a possibilidade de aproveitar a divergência. Começa com a elaboração de propostas, mas o acordo que se estabelece não é estático. Por isso, esse processo renova-se constantemente. Mas para que os atores sociais possam ser *protagonistas* na definição de políticas públicas, têm que ter propostas próprias, principalmente os dos grupos representantes dos setores populares. As organizações da sociedade civil necessitam desenvolver habilidades de negociação, elaboração de projetos e necessitam fazê-los com habilidade.

O processo pedagógico centrado nas proposições de Paulo Freire tem sido a referência aos processos de empoderamento vinculados à educação popular e às práticas problematizadoras (WALLERSTEIN e AUERBACH, 2004). O processo “freiriano” ação-reflexão-ação é proposto como um modelo cíclico, que parte da **auto-reflexão** – perguntas geradoras, da **escuta** – a partir das perguntas temáticas e da análise da própria experiência, do **diálogo** – a partir da reflexão grupal, da análise de um caso selecionado ou de uma realidade concreta, da **ação** – como parte do planejamento de alternativas e soluções para a situação problema e da **síntese** – que pressupõe a avaliação coletiva das alternativas e dos argumentos. Esses pressupostos podem dar suporte para que educadores se engajem em um diálogo crítico, utilizando múltiplos métodos e estratégias. Podem, sobretudo, auxiliar no desenvolvimento de habilidades de negociação e outras habilidades também necessárias para o estabelecimento de diálogo entre os diversos atores em relação.

E aqui os desafios que se apresentam são inúmeros. A negociação não é um simples evento para se chegar a um acordo. Constitui-se um processo dinâmico em que se expressa a complexidade e a possibilidade de aproveitar a divergência. Vão sendo gerados produtos ou resultados, mas o acordo que se estabelece não é estático. Por isso, esse processo renova-se constantemente, assim como devem se renovar permanentemente as capacidades e habilidades de todos os envolvidos. Frequentemente a participação acaba apenas por referendar as propostas de governo. Daí a responsabilidade do poder público, ao criar esses canais de participação, de prever mecanismos e dinâmicas que os transformem em espaços de aprendizagem, conhecimento e de ampliação da cidadania. Assim, os atores sociais podem se tornar, de fato, protagonistas na definição das políticas públicas. (FERNANDEZ e MENDES, 2007)

Outra importante dimensão, colocada na gestão compartilhada de projetos que têm relação com a educação política, refere-se ao controle, acompanhamento e manutenção dos acordos, que são responsabilidades que devem ser estabelecidas pelos diferentes atores sociais. O seguimento das ações é indispensável para determinar o caminho, identificar os entraves e as soluções

para as ações estabelecidas ou mesmo redefini-las para alcançar metas de interesse geral. O preparo das equipes e de membros das comunidades em metodologias de monitoramento e avaliação de ações tem sido insuficiente para dar cabo de uma tarefa tão complexa. Reside aí uma dificuldade bastante importante, freqüentemente relatada em projetos que envolvem parcerias entre o poder público e as organizações da sociedade civil.

Pode-se afirmar, ainda, que uma das questões mais importantes, e um dos desafios do processo de participação na gestão pública, é a garantia de acesso pleno dos cidadãos à informação. A informação é a base para se viabilizar a participação efetiva e é indispensável desde o início do processo administrativo, já que torna transparente a interação pretendida entre Estado e sociedade civil. Informação que possibilite uma visão ampliada das possíveis articulações entre as políticas públicas, informação sobre a destinação de recursos, informação sobre as decisões de governo, informação sobre os direitos institucionais, enfim, informação referenciada na realidade, que permita o estabelecimento dos nexos existentes e seja suficiente para subsidiar o processo decisório.

O acesso à informação pode potencializar, ainda, a interação pretendida nos processos participativos. É apenas por meio dos fluxos de informações que se possibilita o diálogo, a interpretação dos problemas, limitações e demandas das partes envolvidas na gestão. Além disso, um sistema permanente de informações, que faça uso de todos os meios disponíveis, tem o objetivo de sensibilizar e motivar os indivíduos, que passam a cooperar, desenvolvendo práticas inovadoras e soluções objetivas de atuação conjunta, potencializando, via comunicação e diálogo, o processo decisório e o exercício de controle da gestão pública alcancem maior equidade.

Não se pode perder de vista como novos arranjos organizacionais estão contribuindo para o empoderamento de grupos sociais. Dentre estes se destacam as redes associativistas. Estas redes têm o intuito de refletir e colocar em prática processos articulatórios mais horizontalizados que pressupõem a identificação de sujeitos coletivos que se unem em torno de valores, objetivos e projetos comuns. As redes têm sido empregadas pelos atores coletivos dos movimentos sociais como uma possibilidade de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social. Subjacente a essa idéia, como refere Scherer-Warren (1999), *encontra-se uma nova visão de processo de mudança social - que considera fundamental a participação cidadã - e da forma de reorganização dos atores sociais.*

Como ressalta Scherer-Warren (2006) freqüentemente considera-se que numa organização em rede há uma distribuição do poder, ou seja, os centros de poder se democratizam o poder se redistribui. No entanto, mesmo em

uma organização em rede há elos mais fortes que detêm maior poder de influência e de direcionamento. *As redes, como qualquer relação social, estão impregnadas de poder, pelo conflito, bem como pelas possibilidades de solidariedade, de reciprocidade, de compartilhamento. Portanto, o que interessa é saber como se dá o equilíbrio entre tendências antagônicas e como possibilitam ou não a autonomia dos sujeitos, especialmente os mais excluídos.* Scherer-Warren (2006 p. 122)

Considerações finais

Uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais apresenta também desigualdades e dificuldades referentes à participação do cidadão na vida pública e nos processos de gestão. As inúmeras experiências realizadas neste país questionam a legitimidade do processo participativo, especificamente no que se refere à parcela da sociedade que participa dos projetos. Todavia, apontam, também, que as pessoas não estão alheias aos problemas de seu cotidiano. As iniciativas mostram que as pessoas não querem ser excluídas dos processos de decisão, revelam também que há enfrentamentos reivindicativos, e esses podem ser produtores de um espaço próprio de debate com os governos.

Na formulação de políticas públicas, interagem diferentes interesses, representados por diferentes setores. Quase sempre observamos um discurso que evidencia o desejo de participar, mas a prática mostra que a consolidação de espaços de participação e de negociação de conflitos é ainda um grande desafio a ser enfrentado. A efetividade das políticas locais é, ainda, dependente de interesses solidamente organizados, em que a população tem um papel secundário.

Na lógica da defesa da saúde e da qualidade de vida há de se investir no fortalecimento da democracia e da cidadania e na análise das relações de distintos atores sociais que em conjunto podem inaugurar um novo modo de atuar, e de viver. Este é o verdadeiro aprendizado que pode promover mudança cultural e democratização das práticas sociais.

Referências Bibliográficas

- CARVALHO, SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago.2004.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad. R Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- FERNANDEZ, JCA. e MENDES, R. *Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida*. CEPEDOC Cidades Saudáveis, São Paulo, 2ª ed., 2007.
- GOHN, MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e sociedade*, 13(2): 20-29, 2004.
- GOHN, MG. O protagonismo da sociedade civil. Movimentos sociais, ONG's e redes solidárias. São Paulo, Cortez, *Questões da nossa época* 123. 2005.
- LABONTÉ, R. Políticas públicas saudáveis. [Apresentado na Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá. In: Para promover la salud en el municipio n°2: lecturas básicas; 1992.México:57-74].
- LABONTÉ R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q* 1994; 21:253-68.
- ROUX G. La participación social, factor dinamizador de la estrategia de Municipios Saludables. [Apresentado ao Tercero Congreso de las Americas de Municipios y Comunidades saludables; 1999 mar ; Medellin, Colombia].
- SANTOS, BS. *A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência*. 2ª ed. São Paulo, Cortez Editora, 2000.
- SANTOS, BS. *Pela mão de Alice*. 6ª ed., São Paulo, Cortez Editora, 1999.
- SCHERER-WARREN, I. *Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- SCHERER-WARREN, I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*. Brasília.v.21. n.1. p.109-130. jan/abr 2006.
- SPOSATI, A. Movimentos utópicos da contemporaneidade. In Soreentino, M (coord). *Ambientalismo e participação na contemporaneidade*. São Paulo, Educ-FAPESP, 2001
- WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Prom* 1992; 6:197-205.
- WALLERSTEIN, N., AUERBACH, E., *Problem-Posing at Work: Popular Educators Guide*; and Auerbach, E., Wallerstein, N, *Problem-Posing at Work: English for Action*, 2nd edition, GrassRoots Press, Canada, 2004.

Definição preliminar:

A Operatória Dentária (em francês ‘dentisterie’) é definida por Botazzo (2006) como “todas as manobras extra e intradentárias, que compreendem, hoje, a dentística, a endodontia e a periodontia”. Assim, se somássemos as atividades referentes às áreas de cirurgia e prótese dentária, abrangeríamos o campo de atuação clínica do dentista, daqui para frente denominado de “prática odontológica”.

Breve Histórico

A Medicina, como profissão, teve seu nascimento vinculado à organização da saúde pública dos estados nacionais - países centrais europeus, os quais até o século XVIII apresentavam uma relação profissional de foro íntimo ou familiar entre o paciente/profissional, em que os burgueses tinham seus próprios médicos, enquanto os demais eram assistidos por entidades filantrópicas, normalmente organizadas por religiosos. A partir do final do século XIX, com a mudança da estrutura urbana, especialmente relacionada à produção industrial e a todas as mazelas oriundas do fluxo exacerbado de pessoas às cidades (doenças, falta de estrutura sanitária, inadequadas condições de trabalho e moradia), houve a necessidade de se reestruturar a Medicina, tanto na questão da prática quanto no ensino, passando o hospital a ser o locus médico por excelência. Contudo, diante do desenvolvimento técnico-científico verificado na época, houve uma tendência à especialização do conhecimento em relação às diversas partes do corpo, incluindo a cavidade bucal e seus anexos (Botazzo, 2006). Todavia é interessante citar que, até então, prevalecia o modelo “dualista” em que se acreditava que mente e corpo não interagiam entre si.

Todavia é importante que se diga que a Odontologia, como profissão separada da Medicina, se justificou, pelas seguintes razões: a) a profissão versa sobre lesões e não patologias; b) os dentistas manipulam medicamentos em pequenas doses; c) a atuação do CD não ultrapassa os limites G-D; d) os dentes não se comunicam com o resto do corpo (BOTAZZO, 2006).

No Brasil, a Odontologia até a década de 1940 apresentava uma abordagem puramente individual e técnico/biologista, com poucas experiências de impacto em nível comunitário. A partir da década de 1950, com a criação da Fundação Sesp (Serviço Especial de Saúde Pública), foram criados os primeiros mecanismos de planejamento em Odontologia com os Sistemas Incrementais, com incipiente preocupação com métodos e técnicas de programação em saúde. Nas décadas seguintes de 70 e 80, esse sistema foi disseminado e conduzido de forma inadequada como política pública de saúde oral, embora classicamente fosse um modelo de atenção, fracassando devido à sua “implantação de forma acrítica, precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas” (NARVAI, 2006).

A partir da década de 1980, com o advento do Movimento Sanitário Brasileiro e, posteriormente, o SUS, o sistema de saúde de alguma forma passa a criar forma e estruturar proposta de programas e iniciativas comunitárias que melhoraram a ação da profissão. Todavia, como afirmado por Narvai (2006), a Odontologia de mercado jamais perdeu sua hegemonia, pois manteve a concepção de prática centrada no indivíduo doente, na base biológica e individual sobre a qual constrói o seu fazer clínico, sendo as atividades realizadas pelo dentista em ambiente restrito (consultório), transformando os cuidados em saúde (mercadoria) em produção capitalista, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas conhecidas (NARVAI, 2001). Deste modo, boa parte dos serviços e dos órgãos formadores de recursos humanos reproduzem, sem crítica, este modelo de prática no setor, resultando na formação de um dentista desvirtuado de sua realidade e não conhecedor do seu papel social.

A saúde bucal no Brasil: temas a analisar

Antes de se tecer comentários sobre a questão da formação do cirurgião dentista no Brasil, seria interessante abordar a situação do mercado de trabalho do cirurgião dentista (CD) no Brasil, onde poderíamos citar alguns tópicos muito bem definidos por Pinto (2006)¹:

a) quadro epidemiológico cambiante: nos dias atuais observa-se uma mudança nos indicadores de cárie, com substancial queda do índice de cárie (CPO) em

¹ Pinto, V.G. Apresentação oral na mesa redonda sobre Condições e possibilidades para a saúde bucal no Brasil de hoje, durante o 1º Encontro de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. 11/08/2006.

crianças, e reflexos positivos em adolescentes e adultos. Entre 1986 e 2003 (primeiro e terceiro levantamento nacional de cárie dentária - Ministério da Saúde, 1988, 2004), o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) diminuiu em 58%, de 6,65 para 2,78. Em um levantamento epidemiológico realizado com uma amostra de mais de 4 milhões de trabalhadores de 20 a 54 anos, constatou-se, no mesmo período, uma queda de 17,5% no índice CPOD, bem como uma diminuição de 32% na média dos dentes perdidos. Contudo, é importante que se diga que o quadro para os problemas periodontais ainda é sério, com apenas 35 % destes adultos apresentando gengivas saudáveis (PINTO e LIMA, 2006).

Essa mudança do quadro epidemiológico está claramente relacionada à utilização de produtos fluoretados em nível comunitário (fluoretos em água de abastecimento e dentifrícios), aplicação de procedimentos coletivos em municípios (escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, selantes), além de uma maior conscientização da saúde oral como fator estético-funcional importante para atividades diárias e laborais.

Essa mudança vem trazendo inúmeras implicações no planejamento de serviços, por exemplo, nos Estados Unidos da América (EUA) há uma previsão de diminuição de 35% de edêntulos, na população acima de 65 anos na década de 1990, para 4% em meados da década de 2020. No Brasil, um estudo da década de 1990 (PEREIRA, et al., 1999) mostrou que o número de restaurações em um programa de atendimento ao escolar em Paulínia (SP) passou de 6250 em 1984 para 606 em 1996, sendo que o número de crianças atendidas anualmente no programa foi semelhante.

Assim, segundo Pinto (2006), este quadro epidemiológico nos faz refletir em mudanças de atitudes, em que outros problemas passam a ter relevância, a saber, o diagnóstico dos tecidos moles, além de lesões de câncer bucal e Aids; a opinião do usuário passa a ter novo status e a saúde bucal, claramente, passa a ser um reflexo das desigualdades sociais, permitindo aos gestores uma visão mais ampla, utilizando dados da área odontológica;

b) aumento na oferta de mão-de-obra: nas últimas décadas, o país passa por um aumento exponencial no número de dentistas em atuação, sendo que em 1996 eram em torno de 157 mil, passando para 208 mil em 2006, com um aumento de 3,24% ao ano, enquanto a população em geral cresce em torno de 1,44%, com tendência de queda nas próximas décadas. No início do século 21, a média de novos dentistas inseridos ao ano no mercado era de 5100, enquanto, para preocupação da classe odontológica, a relação CD/hab passou de 1000 habitantes por CD em 1996 para 877 no ano de 2006, mostrando uma condição de plethora profissional muito clara (Conselho Federal de Odontologia (CFO), 2006). O número de faculdades passou de 102 em 1994 para 176 em

2007 (CFO, 2007), sendo que a maioria ainda forma profissionais no modelo biomédico tradicional;

c) mercado de trabalho: atualmente, verifica-se, até pela situação de plethora acusada anteriormente, uma concorrência acirrada entre os profissionais, com poucas oportunidades, além de uma procura muito precoce por especialização. Isso se traduz na procura cada vez maior dos profissionais por oportunidades no setor público, sendo que, em 2006, 54,8% dos cirurgiões dentistas tinham algum tipo de vínculo profissional com o setor público, seja através de emprego em órgãos públicos, em entidades filantrópicas, Organizações Não Governamentais (ONGs) (PUCCA, 2007). Todavia, este percentual tende a aumentar nos próximos anos.

d) limitações do setor público: embora o momento seja positivo, no que concerne à área de odontologia, com claro aumento dos valores de financiamento para o setor (NÓBREGA et al., 2004), principalmente após o lançamento do Programa Brasil Sorridente. Contudo, não se pode deixar de lado as deficiências do sistema, haja vista a cobertura pelo SUS ser de apenas 24%, enquanto que a população SUS dependente é muito maior. Importante ressaltar que, em 2003, 15,9% da população (27,9 milhões) nunca foram ao dentista, sendo que, destes, 17,8% tinham 20 anos ou mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2005).

Além disso, o SUS caminha para melhorar a questão do aspecto resolutivo do sistema, buscando, assim, executar um maior percentual de procedimentos de média e alta complexidade, os quais eram de apenas 3,2% em 2003.

e) escassez de empregos e expansão da saúde suplementar: não obstante, a questão da plethora profissional já mencionada, outros problemas no mercado de trabalho poderiam ser mencionados, a saber, a questão do subemprego em grande parte das operadoras de seguro saúde/cooperativas/medicina de grupo no país, onde os dentistas são pagos de forma, muitas vezes, vexatória, sendo que o contingente de pessoas com planos odontológicos já é de 6,6 milhões com crescimento exponencial (era de 2,9 milhões em 2003).

Diante do exposto, a profissão se depara com problemas muitos claros, a saber: a) não obstante o aumento do financiamento para o setor já mencionado, este ainda é insuficiente para cobrir os seus gastos; b) auxiliares de consultório dentário (ACDs) e técnicos em higiene dental (THDs) ainda são vistos como concorrentes; c) não há o cumprimento legal da legislação referente à obrigatoriedade da fluoretação das águas; d) o ensino odontológico é distante da prática em serviços, devido ao próprio local de formação (dentro dos muros das faculdades), ao modelo de prática odontológica com concepção quase exclusiva na clínica dentária, à lesão dentária como foco de conduta, ao sistema de notação

e ao de informação que se organizam com uma lógica endógena da área odontológica (Botazzo, 2006); e) falta de compromisso de parte dos corpos docentes em vivenciar na prática comunitária os ensinamentos teóricos proferidos; f) influência das grandes empresas do ramo odontológico, sustentando o paradigma cirúrgico-restaurador da prática odontológica.

Em síntese, poder-se-ia pensar no seguinte quadro: novo panorama epidemiológico com diminuição na demanda por serviço do principal problema em Odontologia (cárie dentária); aumento no número de pessoas com seguro saúde, portanto parte cada vez maior da população em atendimento particular passa a ser beneficiada por entidades que, normalmente, ressarcem mal seus profissionais associados; a demanda por serviços é muito alta devido ao alto percentual de população SUS dependente, sendo que, embora a mão de obra seja abundante e as oportunidades escassas, a grande maioria desses profissionais não é formada para atender no setor público e, finalmente, o financiamento do setor odontológico vem aumentando nos últimos anos, com elevação no número de equipes de saúde bucal, sendo o setor público o grande empregador nas próximas décadas.

A formação do Cirurgião dentista e a prática odontológica

Assim, transcrevendo parte do relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), observa-se que “a formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela compreensão crítica das necessidades sociais em SB e é conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades públicas e privadas, das instituições formadoras de trabalhadores de nível médio para a saúde e das associações de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados” (MiNISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Diante desta constatação, pode-se verificar que há uma relação muito íntima entre a formação odontológica e o tecnicismo, onde os currículos são baseados na educação e adestramento das mãos e, como consequência, uma paralisia intelectual.

Interessante se observar (as oficinas de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) são bons laboratórios para isso) que parte considerável dos corpos docentes da academia acreditam que formar dentistas com capacidade crítica para entender o seu papel social é “perda de tempo”, “formar dentistas para pobres ou para o SUS” ou como bem citado por Araújo (2006), “formar dentistas de segunda classe”. Isso seria no mínimo falta de ética. Todavia, a realidade aponta para uma necessidade de se formar profissionais com as seguintes características: capacidade crítica para trabalhar em equipe, aptos a entender as características sociais de comunidades, capazes de atender com

qualidade, sem esquecer do vínculo e acolhimento. Portanto, esta formação mais vinculada à prática odontológica em serviços, além de uma necessidade social com capacitação de recursos humanos (RH) para trabalho em comunidade é, também, uma necessidade individual do profissional, pois a questão do mercado de trabalho será fator determinante para a inclusão cada vez maior de profissionais no setor público. Não obstante o citado, importante dizer que a prática clínica de excelência é fundamental na formação do cirurgião dentista (CD) (como não haveria de ser?), sendo o esperado das instituições formadoras de RH, contudo esses profissionais precisam apresentar outras habilidades e conhecimentos que muito poderão auxiliá-los no futuro.

Assim, devemos nos perguntar qual o dentista que queremos formar? Nesse ponto, pode-se considerar dois esforços governamentais que nos auxiliam a responder esta pergunta. As DCNs (BRASIL, 2002) definidas pelo Conselho Nacional de Educação valorizam o profissional generalista, tecnicamente competente e com sensibilidade social, portanto uma formação de recurso humano preparado para a atenção integral e humanizada, trabalho de equipe e compreensão da realidade. Essas diretrizes apontam para uma necessidade de maior articulação entre o SUS e as entidades formadoras de RH, seleção de conteúdos essenciais com base em evidência/critérios epidemiológicos, além de utilização de metodologia ativa de ensino-aprendizagem, com ênfase na integração docente-assistencial (MORITA, KRIGER, 2004). Assim, há um compromisso com a ética e a cidadania, formando o aluno como um todo, ser biológico, psíquico e cultural (MADEIRA, 2006)

Outra importante iniciativa foi o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o qual visa a necessidade de incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade (Portaria Interministerial nº 2101). Este programa tem caráter intersetorial (Ministérios da Educação e da Saúde).

Os objetivos do Pró-Saúde são: reorientar o processo de formação na Odontologia de modo que responda às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS; incorporar, no processo de formação, abordagem integral do processo saúde – doença e da promoção da saúde; ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; criar mecanismos de cooperação entre gestores do SUS e as Instituições de Ensino Superior (IES), visando à melhoria da integração da rede à formação dos profissionais. O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em diferentes eixos, em direção apontada pelas IES, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde, na formação de recursos humanos e na produção do conhecimento, com o objetivo de fortalecer o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b). Assim, vislumbra-se uma

estratégia de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem como forma de favorecer a integração do ensino às demandas da sociedade, às políticas sociais e ao SUS (MOYSÉS et al, 2004). Assim, o que se espera é que a universidade seja um espaço aberto às demandas sociais, sendo capaz de produzir conhecimentos e práticas úteis e importantes para a melhor organização e funcionamento do SUS.

Deste modo, a integração Universidade-Comunidade tem o intuito de adequar os recursos humanos à realidade brasileira. Esse modelo de participação docente-discente-comunidade confere ao graduando oportunidades concretas de uma experiência genérica e polivalente dentro da comunidade (MARCOS, 1998).

Finalizando, a formação de um profissional, capaz de compreender a realidade social e lidar com as questões comunitárias, é desejo dos principais organismos reguladores da profissão odontológica (Ministérios da Educação e Saúde), além de ser diretriz geral de outros organismos internacionais ligados à saúde - Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Todavia, ainda muito tem que se caminhar, haja vista haverem obstáculos a serem superados dentro da própria universidade, dentro dos próprios corpos docentes, onde o modelo biomédico de prática ainda é muito enraizado. Deste modo, há a necessidade de condução de amplo diálogo e articulação política para a superação dessas divergências.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M.E. Palavras e silêncios na educação superior em Odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006, 11(1):179-182.

BOTAZZO, C. Subjetividade e prática odontológica. Notas “teórico-práticas”. *Anais XI Congresso Mundial de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 mar, 2002, Seção 1, p.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, M.S, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Pró – Saúde, 2005b. Disponível: <http://www.saude.gov.br/bvs>

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Faculdades de Odontologia disponível no Brasil, 2006. Disponível: http://www.cfo.org.br/download/pdf/quadro_estatistico_faculdades.pdf

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: acesso e utilização de serviços de saúde 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

MADEIRA, M.C. Ensino, pesquisa e extensão. In: Carvalho, ACP; Kriger, L. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006. 264p.

MARCOS, B. Reflexões sobre ensino e saúde. Belo Horizonte: Littera Maciel. 1998. p.89-132.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. 3.^a Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.^o de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MORITA, M.C., Kriger, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Rev Abeno 2004, 4(1):17-21

MOYSÉS, S.T., MOYSÉS, S.J., KRIGER, L., SCHMITT, E.J. Humanizando a educação em Odontologia. Rev Abeno 2003, 3(1):58-64.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: um conceito. Odontol Soc. 2001; 3:47-52.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública 2006, 40(N Esp):141-7.

NÓBREGA, C.B.C.; HUGO, F.N.; PEREIRA, A.C.; MENEGHIM, M.C. Panorama atual do financiamento para a saúde bucal no serviço público brasileiro. Rev. Fac. Odont. Univ. Met. São Paulo (Odonto) 2004, 12(24):99-111.

PEREIRA, A.C. et al. O Perfil Epidemiológico e sua relação com o planejamento de ações odontológicas no PIESE-Paulínia (SP). Saúde em Debate 1999, 23(53):63-67.

PINTO, V.G.; LIMA, M.O.P. Estudo epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003. Brasília : SESI/DN, 2006. 236 p.

PINTO, V.G. Seminário: Condições e possibilidades para a saúde bucal no Brasil de hoje. Apresentação oral. Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. 11/08/2006.

PUCCA, G. Curso: Programa Saúde da Família. Apresentação oral. Faculdade de Saúde Pública/USP. 2007.

Capítulo 15

Internato em Saúde Coletiva A disciplina do Estágio Supervisionado em Odontologia como espaço pedagógico: a possibilidade de uma nova práxis na graduação, na UFMG

Marcos Azeredo Furquim Werneck

*“Este padrão sinala ao vento e aos céus que,
da obra ousada, é minha a parte feita:
o por fazer, é só com Deus”*

Fernando Pessoa

Introdução

O presente ensaio refere-se às atividades da disciplina obrigatória do Estágio Supervisionado em Odontologia / Internato em Saúde Coletiva, envolvendo todos os departamentos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG), ofertada, desde o ano 2000, no 9º Período de graduação e que foi concebida para acontecer junto às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Internato em Saúde Coletiva tem como objetivo, proporcionar ao aluno - ao residir temporariamente e trabalhar no serviço público odontológico de um dado município: a) o conhecimento da realidade do município (social, econômica, cultural, demográfica, urbana e rural); b) a compreensão das possibilidades e dos limites desse serviço (gerenciais, organizacionais e administrativos); c) a aproximação com diferentes instituições envolvidas nas ações de saúde coletiva.

Sua criação adveio, em primeiro lugar, da convicção de que essa atividade, por seus potenciais de humanização e politização, pode gerar uma formação mais completa e de práticas anteriores, a partir dos resultados positivos apresentados pela experiência adequada para o cirurgião-dentista. Em segundo lugar, como necessidade de superação de uma disciplina semelhante desenvolvida entre 1992 e 1999, nos Municípios de Belo Horizonte e Itabira-MG, alocada no 8º período do curso. Verificou-se, por meio das avaliações realizadas nesta disciplina e, por ocasião de uma avaliação do currículo, que era necessária

a organização de nova atividade acadêmica presencial, com maior carga horária, que possibilitasse a vivência concreta do mundo do trabalho em saúde nas ações e serviços do SUS. Que se desse em caráter de integração entre instituições e profissões, com vistas ao conhecimento efetivo do SUS, à obtenção de uma outra concepção da prática da Odontologia, mais abrangente, possibilitando momentos de reflexão desta prática, assim como a possibilidade de compreensão da saúde e da doença na sociedade, como processos político, social e culturalmente determinados.

Desta forma, através de convênios, a disciplina passou a acontecer, preferencialmente, em municípios do interior do Estado de Minas Gerais, alguns deles integrados a projetos desenvolvidos pela UFMG tais como o Manuelzão e o Pólo do Jequitinhonha, sempre em ação integrada com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Os municípios com os quais a FO-UFMG vem desenvolvendo as atividades do internato são, em sua maioria, cidades de pequeno porte ou distritos rurais, com populações variando entre 3.000 e 25.000 habitantes. A economia, muitas vezes centrada na agricultura, na extração mineral e no turismo, implica na existência de uma população predominante de classe média baixa ou baixa, com renda familiar entre um e cinco salários mínimos, com escolaridade média restrita ao primeiro grau, comércio fraco, e uma tímida existência de pequenas indústrias. Quanto aos aspectos administrativos, em geral, apresentam uma estrutura básica, com secretarias ou departamentos de administração, educação, saúde, fazenda, meio ambiente e obras públicas. No que diz respeito à organização do modelo de atenção, predomina a cultura do modelo biomédico, mesmo que coexistindo com o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). De uma forma geral, o serviço nem sempre está organizado a partir das necessidades da população e, sim, da oferta de consultas e de atendimentos de urgência frente à demanda espontânea. Os serviços de odontologia não fogem a esta regra, com o agravante de sua oferta ser ainda predominantemente dirigida à população escolarizada do primeiro grau. Em alguns desses municípios trabalha-se em concomitância com os Internatos Rurais das Faculdades de Medicina e Enfermagem da UFMG.

Na organização do internato, a carga horária proposta de 315 horas permite a permanência dos alunos (em dupla) no município por um período de dez semanas consecutivas, com uma jornada semanal média de trabalho de 30 horas.

Em relação à metodologia do trabalho, a definição das atividades a serem desenvolvidas pelas duplas de alunos decorre das necessidades apresentadas pelos municípios, num processo de decisão colegiada (em cada município é formado um Colegiado Gestor, composto pelos gestores do SUS envolvidos,

o professor supervisor, os alunos e representação de usuários e de outras instituições ou entidades locais), tomando por base as demandas do serviço e as ações já em andamento ou planejadas. Nesta ocasião, além da definição das atividades das quais os alunos participarão, é realizado um planejamento destas para o período em que for durar o internato. É fundamental o entendimento de que a Universidade não define nenhuma proposta de trabalho *a priori*, havendo uma adequação das atividades demandadas pelos municípios, aos objetivos do aprendizado. Assim, os objetivos da disciplina e os do serviço são elementos fundamentais na definição do trabalho a ser realizado.

Deste planejamento a ser elaborado pelos alunos e apresentado ao gestor municipal, deverá constar uma descrição do município, sua localização, população, atividades econômicas, principais características sociais, culturais e históricas, bem como suas peculiaridades. Deverá conter o resultado de uma investigação, através da técnica da Estimativa Rápida, em entrevistas junto a gestores, trabalhadores, usuários e lideranças locais, de como nascem, vivem, adoecem e morrem as pessoas na sociedade, apresentando os principais problemas apontados por estas pessoas. Deverá, também, descrever o quadro nosológico, a estrutura e a organização dos serviços, os principais programas e projetos de saúde. Finalmente, inserido na proposta global, o programa de saúde bucal deverá ser detalhado, apontando a atuação prevista para a dupla de alunos.

Quanto às atividades teóricas, a serem desenvolvidas por meio de seminários, grupos de discussão e oficinas de trabalho, na FO-UFMG e, preferencialmente, no município, está proposto o seguinte conteúdo: evolução das Políticas de Saúde no mundo e no Brasil; o Sistema Único de Saúde - SUS; Políticas de Saúde Bucal; Epidemiologia em Saúde e em Saúde Bucal; fundamentos de Ciências Sociais; gestão e gerenciamento de Sistemas e Programas de Saúde; administração e planejamento de ações e serviços de Saúde Bucal; Sistemas de Saúde Bucal; integração docência/serviço.

A supervisão é de responsabilidade primordial do professor supervisor. Ocorre com frequência quinzenal, através de deslocamento deste para o município, durando o tempo necessário para a realização tranqüila das atividades previstas. Além do trabalho direto com os alunos, está prevista a realização de reuniões, oficinas e seminários de trabalho ou de avaliação, por municípios, por área / regiões ou, de toda a turma de alunos. São realizadas de forma conjunta com os profissionais do serviço e com os usuários.

A avaliação se dá por meio de instrumentos objetivos (participação em todas as atividades planejadas, elaboração dos documentos exigidos, cumprimento de horário, desempenho, grupos de discussão, apresentação de seminários e oficinas e prova) e subjetivos (diário de campo e portfólio). Além dos

aspectos previstos, outras formas de avaliação poderão ser propostas e implementadas pelos professores supervisores e pelos profissionais do serviço.

No âmbito da Faculdade de Odontologia da UFMG, a existência do Internato vem sendo objeto de estudos na pós-graduação, gerando a focalização em alguns de seus aspectos na elaboração de monografias, dissertações e teses. Uma destas busca conhecer as influências da proposta pedagógica do internato na construção de outras propostas no âmbito da graduação. E, no momento atual, está em implantação uma pesquisa junto aos egressos do internato, desde o ano 2000, com a finalidade de saber se houve, a partir dele, alguma mudança na visão de mundo e na prática destes sujeitos.

O presente ensaio tem, por objetivo, dar início à análise do potencial transformador do internato, em especial para professores e alunos, da experiência do fazer pedagógico no mundo do trabalho em que acontece o SUS, bem como das vivências possibilitadas junto ao meio social em que nascem, vivem, se relacionam, adoecem e morrem as pessoas que moram nos municípios com os quais estamos realizando esta parceria.

O aluno, o professor e o currículo no fazer pedagógico da FO-UFMG

Pode-se afirmar que a maior parte dos alunos que ingressam na FO-UFMG é oriunda dos estratos alto e médio da classe média e apresenta a expectativa de sucesso profissional por meio da prática na clínica privada. Em geral, apresentam alguma consciência sobre a situação real do mercado de trabalho para a saúde bucal, percebendo-o mais viável no âmbito do serviço público, sem ter, no entanto, clareza sobre esta situação. Não têm muito conhecimento sobre o SUS e, via de regra, não o utilizam, nem o projetam como espaço de atuação profissional preferencial. E poucos o desejam como campo de prática de escolha em sua vida profissional.

Seu padrão de comportamento e suas expectativas representam a expressão dos valores culturais prevalentes na sociedade brasileira, construídos ao longo de décadas, sob forte influência, no campo da saúde, dos princípios doutrinários do modelo cientificista. Representam os valores de suas famílias, dos locais onde convivem e das instituições sociais que freqüentam, como a escola, a religião e as agremiações, que têm algum reforço na mídia, através da televisão, do rádio e da imprensa escrita.

Os professores, em sua maioria, não têm formação específica em educação. São profissionais bem sucedidos na clínica privada. Em geral, são também oriundos da classe média e, por apresentarem uma história de vida semelhante à dos alunos, tendem a reproduzir, na prática pedagógica cotidiana, o mesmo modelo que aprenderam no momento de sua formação profissional. Muitos não valorizam a saúde pública e, de alguma maneira, este fato acaba por

influir na própria constituição da grade curricular. Para a maioria dos alunos, o conhecimento apresentado pelos professores em sala de aula e nas clínicas, associado ao sucesso profissional de alguns no consultório privado, reproduz e reforça o fetiche desta modalidade de prática, que guia suas aspirações acerca do futuro profissional desejado.

Quanto às relações estabelecidas entre professores e alunos, uma questão importante, de enorme frequência na FO-UFMG, refere-se ao que Santos (1986) denomina de “Currículo Oculto”. Decorre, no cotidiano das atividades docentes, do encontro das expectativas dos alunos com o desempenho dos professores, estabelecendo, algumas vezes, códigos e conversas informais entre estes relacionadas ao ensino e à prática profissional. São temas não previstos em nenhuma ementa de disciplina, que se constituem em poderosos momentos de reforço e consolidação dos valores (ideologia) que sustentam tanto o ensino quanto a prática profissional. Algumas vezes, nessas conversas, numa abordagem incompleta e unilateral, a saúde coletiva é representada como algo menor, de pouca importância e de má qualidade. Algo que se faz para pessoas pobres, em ambientes clínicos com condições precárias para o exercício da prática clínica, com materiais e instrumental de baixa qualidade, onde acontecem ações, em sua maioria, limitadas e mutilantes. Nestas conversas, muito frequentemente, as atividades clínicas que acontecem no espaço intramuros, desenvolvidas por estes professores, são valorizadas e altamente dimensionadas. Ao passo que a alusão à prática desenvolvida por outros colegas, em disciplinas ligadas à saúde coletiva, por desconhecimento ou por ideologia, assume um caráter depreciativo. Tudo isto pode produzir / reproduzir um preconceito nos alunos em relação a este setor do ensino / conhecimento. O currículo oculto, segundo Santos (1986), é um momento ideológico com potência para a formação de opinião, constitui-se em situação real que, para ser superada, precisa ser enfrentada.

O currículo da FO-UFMG já foi muito mais centrado em atividades clínicas e curativas do que o é atualmente. Desde o início da década de 80, algumas transformações fundamentais vêm sendo operadas em seus eixos mais importantes, com a criação progressiva de espaços pedagógicos que buscam a ampliação e a qualificação do ensino. Assim, na década de 80, houve o trabalho nas escolas de primeiro grau e a criação das clínicas extramuros; na década de 90, a criação das clínicas integradas de atenção primária, do estágio supervisionado e o estabelecimento de um convênio com o SUS de Belo Horizonte - BH, que conduziu a FO-UFMG à condição de prestadora de serviços do SUS neste município; e, após o ano 2000, a criação do internato, um maior estreitamento das relações com o SUS-BH e a criação de uma comissão para implementar a construção de um novo projeto pedagógico.

Estes movimentos revelam a existência de um rico processo de transformação que, a cada dia, conta com a adesão de maior número de professores e alunos, introduzindo novos formatos pedagógicos e agregando outras possibilidades ao ensino e ao horizonte profissional da saúde bucal. Para professores e alunos, significa a introdução de uma nova prática pedagógica. Em especial, para os alunos, aprender, sempre em conflito, a partir das relações que vão sendo estabelecidas no local em que residem durante o internato. Pois, para estes, não há como negar o peso dos fatores socioculturais, oriundos da classe social a que pertencem, bem como os padrões culturais que carregam em si que conformam neles os esquemas de percepção e de pensamento sobre a realidade, que são incorporados desde a infância através da história de cada um. E que, especialmente em relação à saúde, influenciam a concepção “...em seu próprio corpo, da relação entre saúde, doença, meio ambiente, modos de viver e trabalhar de uma população ...” ou como percebem e “... pensam a relação médico-paciente-instituição e seu papel ...” no processo de aprender e ensinar. (DAVINI, 2006)

Neste cenário brevemente descrito, pode-se afirmar que o Internato em Saúde Coletiva da FO-UFMG surge como proposta de se ampliar o rol de práticas e conhecimentos a serem trabalhados com os alunos da graduação, notadamente no campo da saúde coletiva, em uma faculdade onde ainda predomina um ensino nos moldes do modelo cientificista, com ênfase para a clínica, a doença e sua cura. Toma a Saúde Coletiva como campo do conhecimento e o SUS como espaço pedagógico. E busca, no mundo do trabalho, reconhecer a categoria trabalho como espaço de formação, conhecimento, apropriação e produção de saberes. Desde o seu nascedouro vem se constituindo em um processo dialético, tanto em um espaço de tensões, conflitos e resistências, quanto numa possibilidade positiva de mudanças para alunos, professores, sistemas municipais e a própria FO-UFMG.

O trabalho como espaço pedagógico

De acordo com Arroyo (2003), além de um princípio educativo e de uma matriz formadora, o trabalho se constitui também como produtor de saberes. Focalizando a docência, o autor faz esta afirmação a partir da constatação de que, se até os anos 60,

“... o saber docente devia ser adquirido antes da docência..”, na atualidade o trabalho precisa ser percebido, pela riqueza das relações e dos sujeitos, bem como pela diversidade de situações propiciadas por estas relações e enfrentadas por estes sujeitos, como um espaço de produção de saberes. Assim, no espaço do trabalho, o valor do saber acumulado poderá não apresentar a mesma valia daquele produzido no momento do trabalho, em situações pedagógicas que permitam aprender e ensinar por meio da riqueza propiciada pela diversidade de momentos e fatos.

Abordando a evolução do trabalho docente, Arroyo sustenta que esses profissionais se afirmaram como trabalhadores em educação. Para ele, esta afirmação parece estar ligada ao fato de que “...a produção da identidade de trabalhador trouxe para a categoria, saberes novos que não faziam parte do acúmulo do conhecimento, das imagens, do saber-se dos docentes”. Para o autor, o trabalho produz, mais que a identidade de docentes, a identidade de trabalhadores. Isto trás saberes novos construídos nas próprias ações de trabalho, na lógica da produção e no gerenciamento dos serviços, nas políticas de trabalho e nos vínculos com outras políticas. As ações no espaço do trabalho introduzem, ainda, a visão do Estado como patrão e o trabalhador como empregado, as formas sindicais e as organizações de luta pela categoria. Segundo Arroyo, esta nova significação do trabalho para o docente acaba com a visão ingênua e romântica da docência tradicional e traz um novo “saber-se” para este profissional. Onde os saberes e fazeres se dão por meio da afirmação do social pelo trabalho qualificado, pelo domínio do saber sobre o trabalho e sobre a profissão.

O “saber-se”, nestes casos, se completou quando no fazer cotidiano de um novo formato profissional, os docentes, na condição de trabalhadores, ao se lançarem a uma organização e a uma luta nova, passaram a ter um novo saber sobre eles mesmos. No trabalho, foi possível aos docentes ter a clareza daquilo que cada um realmente é e dos horizontes que lhes seria possível projetar. Na nova identidade de trabalhadores, aprenderam “...a centralidade do trabalho, não só na produção do conhecimento, mas, sobretudo, na própria autoprodução como sujeitos humanos”. É a percepção do trabalho, como a grande matriz da condição humana, e não só da condição de docente.

Para Arroyo, outro saber fundamental nos mostra que “...através do trabalho, descobrimos, ou nos descobrimos, sujeitos de direito”. Inicialmente, porque descobrimos o direito de trabalhar e de ter condições dignas de trabalho. Ou ainda, porque nas lutas pelo trabalho e condições de trabalho os docentes se aproximam de outros movimentos sociais e compreendem a centralidade do direito na vida de todo trabalhador e de todo movimento social. Para o autor, o trabalho “...foi o germe através do qual...” os docentes se descobriram “... não só como sujeitos do direito ao trabalho, mas, sujeitos de todos os direitos sociais e humanos”. Afirma que, com o trabalho, o embate e a luta pelo trabalho possibilitam adquirir-se a consciência de que se é sujeito do direito.

O autor conclui afirmando que na construção da identidade como trabalhadores, os docentes aprendem formas de se produzirem “outros”. Porque, para além do trabalho docente, aprendem saberes e didáticas não só para seu próprio desempenho, mas, também para toda a sociedade.

Lançando um olhar para o campo do trabalho em saúde, é possível afirmar que, de maneira análoga às afirmações de Arroyo, é no campo dos saberes e fazeres

dos serviços de saúde que os diferentes sujeitos que nele se implicam, encontram, mais que a identidade de médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e outros, a sua identidade de trabalhadores.

Da mesma forma, é no espaço pedagógico construído pela Universidade em suas interfaces com o SUS, no espaço de seus serviços, como é o caso do Internato em Saúde Coletiva da FO-UFMG, que docentes e alunos também poderão adquirir a identidade de trabalhadores e sentirem-se sujeitos na produção de novos saberes e na construção de novos fazeres no campo da saúde.

Um relato do Internato em Saúde Coletiva da FO-UFMG no mundo do trabalho

Enquanto espaço social de universalidade de conhecimentos, idéias e produção de saberes e fazeres, a Universidade se caracteriza, também, por ser um lugar onde acontecem conflitos e disputas que se dão pela defesa de projetos nos quais, muitas vezes, se busca garantir a hegemonia de processos de ensinar e aprender, bem como a manutenção de práticas e do poder de determinados grupos. E isto não acontece de forma isolada, nem sem o apoio de outras retaguardas institucionais articuladas tanto para a produção de determinados modos deste fazer tecnológico, científico e acadêmico, quanto para garantir sua manutenção. Desta forma, a Universidade assume um papel político de suma importância frente à sociedade, na produção e na sedimentação do modo de se fazer a ciência e de se propagar conhecimentos, pensamentos e ações.

É neste modo de fazer, que é político, que vamos encontrar a conformação do modelo cientificista de ensino em saúde e sua legitimação pela Universidade. Desenvolvido a partir da segunda metade do século XIX, o modelo cientificista provocou um excepcional desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, através do impulso tomado pelas indústrias de equipamentos e medicamentos gerando novas e efetivas técnicas de diagnóstico e de intervenção terapêutica. No entanto, fundamentou-se numa prática que priorizou e se concentrou na doença como objeto e em sua cura como objetivo. E o fez sem que, para além destes aspectos, se buscasse compreender a saúde e a doença como fenômenos ocorridos em uma dada sociedade com possíveis implicações com a história, a cultura e a organização social e econômica desta. Por este modelo, a saúde passou a ser percebida, também, como fonte de lucro e em consequência, a prática por ele proposta buscou a cura das doenças com base na especialização, na alta densidade tecnológica, na intervenção sobre os corpos e gerou um custo elevado para sua efetivação. Este custo elevado foi um dos principais fatores de exclusão de grandes parcelas da população no acesso às práticas em saúde, notadamente em países com grandes desigualdades sociais. Desta forma, um fator que contribuiu para a efetivação das características deste modelo, foi sua adoção

pelo ensino superior que, então, reforçou a doença e sua cura e, em certa medida, negou o conhecimento dos determinantes e condicionantes sociais da doença, ofertando o conhecimento “pela metade” e produzindo profissionais despreparados para perceber e compreender a saúde e a doença, também como questões sociais. Este modo de ensinar, hegemônico há quase cem anos, rege a formação profissional de todas as áreas no campo da saúde, inclusive o ensino da Odontologia.

Foi então, na busca da complementação dos aspectos negados ao estudante, ou ainda, na perspectiva de se construir práticas potentes para produzir nele dúvidas e reflexões, que a FO-UFMG se propôs ao investimento do internato. Que fique claro aqui que, a princípio, os objetivos principais eram a ruptura com a unicidade do modelo então existente, e sua superação, bem como a busca de uma nova formação do aluno.

No entanto, fazer o internato acontecer, na verdade se revelou outro aspecto, que se constituiu em enorme desafio para os professores com ele envolvidos. A primeira grande revelação foi a de que, por mais que se conhecesse teoricamente as políticas e os serviços públicos de saúde, este conhecimento era insuficiente para a efetivação da discussão / reflexão sobre a prática cotidiana que neles ocorre. E, por mais que se tivesse uma noção acerca das formas de se viver em pequenas cidades, faltava aos professores o saber produzido pela vivência destas situações. A realidade, com sua diversidade, foi se colocando como objeto denso, estimulante e pouco conhecido / compreendido.

Situações novas começaram a se repetir nos momentos em que eram colocadas, como problemas que requeriam conhecimento, explicações e ações efetivas. Em geral, além de se constituírem como inerentes ao ensino, estavam relacionadas à atenção, à gestão e à participação dos usuários no SUS; que tinham como referência as Políticas de Saúde e sua aplicação no espaço dos municípios. Além destas, questões operacionais como o trabalho em equipe, o acesso dos usuários aos serviços, ou o que fazer junto a grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, de puericultura ou de idosos. A reflexão sobre o processo de trabalho exigia uma mudança fundamental: deixar a maneira de trabalhar fragmentada e passar a estabelecer, cotidianamente, a divisão e a parceria no saber e no fazer. Discutir o acesso trazia, de forma dura e verdadeira, a constatação do enorme contingente de excluídos dos serviços. Fazer trabalhos educativos trouxe, com frequência, um choque sensível dos valores que acumulamos, frente aos demandados e expressos pelos usuários. Ou ainda, realizar as visitas domiciliares significava colocar, frente a frente, realidades diversas das que tínhamos, quanto às condições de vida das pessoas: por si só, significava a necessidade de se compreender saúde, doença e seus determinantes como uma questão sociocultural, que passava a exigir mudanças radicais nas condutas clínicas e terapêuticas.

A vivência de situações e fatos pelos alunos, e não pelos professores, colocou em cheque a identidade dos professores, que é o núcleo duro, formatado no conhecimento previamente acumulado e na sala de aula. Não adiantava, ainda que no espaço dos municípios, buscar sua reprodução para discutirem as questões ocorridas / levantadas pelo trabalho. Com a identidade em cheque, os professores tornaram-se vulneráveis e os seus conhecimentos insuficientes para explicar e responder às questões colocadas pelos alunos. Surgiu então, para os professores, tanto a necessidade de conhecer mais sobre as situações vividas, quanto sobre as pessoas envolvidas nelas na condição de sujeitos do processo e as possibilidades concretas de influência destas na gestão e nos caminhos a serem tomados nas atividades planejadas, das quais os alunos iriam participar.

Assim, aos poucos, professores, alunos, profissionais trabalhadores dos serviços e usuários começaram a fazer parte deste novo fazer pedagógico, que passou a ocorrer, com muita frequência, no ambiente de trabalho. Constatou-se que, quando objeto de reflexão, este ambiente pode produzir conhecimento capaz de alterar o “como trabalhar” para o professor (o “que fazer”, “com que fazer”, “com quem fazer”, “quando fazer”, “quanto fazer”). Era a constatação de que o ambiente de trabalho altera espaços, o tempo e o próprio ritual do docente. Um novo fazer pedagógico capaz de desmistificar a identidade anterior e consolidar outra, em que, o fato de não se possuir as respostas para todas as demandas exige uma postura de constante produção: ou seja, uma atenção especial ao que está acontecendo, para conhecer, compreender e intervir.

Nesse sentido, um elemento importante refere-se à prática clínica. Nela, os alunos percebem os primeiros e mais contundentes sinais de mudança. Na clínica, ao trabalharem como membros da equipe de saúde bucal, livres da tutela do professor, com necessidade de decidirem sozinhos os caminhos terapêuticos a serem tomados, se vêm como sujeitos / trabalhadores. Apropriam-se de um novo saber / fazer / saber fazer. Adquirem autonomia e sentem-se responsáveis diante das situações e dos caminhos terapêuticos assumidos. Sentem-se felizes com isto, implicam-se com a clínica e, não raro, passam, a partir desta experiência, a se sentirem, de fato, como cirurgiões-dentistas. A prática clínica pode, então, tornar-se um elemento muito importante na construção da disponibilidade do aluno para o aprendizado que também vem do ambiente de trabalho e da própria realidade vivida pelo aluno no município em que está realizando o Internato. Pois, junto a ela, sempre existirão elementos fundamentais à formação crítica dos alunos gerados pelos casos clínicos e todos os fatos, aspectos e circunstâncias que os determinam e caracterizam. Que necessitam ser pedagogicamente deslindados.

Neste cenário (pedagógico) propiciado pela clínica e pela inserção implicada do aluno nele, a ação / atitude do professor adquire importância

fundamental para a consolidação, ou não, de uma nova prática capaz de gerar reflexão e a produção de um profissional mais crítico, com mais recursos e mais preparado para perceber e enfrentar a realidade. A forma com que se conduz estes momentos pedagógicos, bem como a inclusão, ou não, de todos os sujeitos envolvidos no fazer pedagógico da clínica, serão fatores fundamentais à formação do aluno. Porque a produção do conhecimento, a partir da reflexão da prática, não tem formato pré-concebido, depende da realidade, envolve sujeitos, media e é mediada por conflitos. E também, porque, se não forem realizados no escopo de um novo formato pedagógico, poderão estar reduzidos ao âmbito da discussão de casos clínicos. Porque, ao lado de seu enorme potencial de construção do novo, a clínica apresenta uma não desprezível tendência de reprodução do modelo hegemônico.

Outro produto da nova postura dos professores foi a adoção do diário de campo e do portfolio como instrumentos de auto-avaliação dos alunos. Sua introdução ocorreu, no internato, há aproximadamente três anos. O objetivo é que o diário de campo e o portfólio propiciem um acompanhamento vigilante e sempre refletido, de seu caminhar, do primeiro ao último dia do internato. A observação empírica tem mostrado que estes têm se configurado como instrumentos potentes para produzir o choque, a inquietação, a descoberta e a mudança. Estas não são produzidas de forma homogênea e nem acontecem com todos os alunos. Mas quando ocorrem são carregadas por uma carga positiva com enorme potencial para a produção de mudanças fundamentais. E, em geral, o crescimento apresentado pelo aluno vem acompanhado de uma reflexão que se faz, muitas vezes, comparando o aprendizado tradicional, em todos os espaços de sua vida, bem como o das clínicas e da sala de aula, com o vivido no internato. Que ocorre, literalmente, no mundo do trabalho e nas relações com o meio, enquanto espaço real de vida. Ou seja, as duas escolas frente a frente. Esta constatação mostra haver uma direcionalidade pedagógica nova no internato, por meio de uma vivência que aponta para um rumo mais verdadeiro, mais participado e consciente no processo de ensinar e aprender. Que parece confirmar o acerto de uma disciplina, enquanto prática pedagógica, nos moldes por ela propostos.

Finalmente, cabe salientar que esse processo não foi vivenciado de forma homogênea pelos diversos professores do internato. E nem ao mesmo tempo. Foi nos momentos de avaliação interna da disciplina que ele tornou-se objeto de discussões, o que acontece ainda hoje.

Considerações finais

A introdução do Internato na formação do aluno da FO-UFGM é a afirmação de uma proposta política de reformulação de suas práticas pedagógicas que tem, como ponto de partida, a necessidade de se rever o papel dos docentes e sua

reinserção, como sujeitos implicados neste novo fazer. A afirmação de que, para além do reconhecimento da importância dos espaços intramuros, é preciso compreender a missão da educação e seu compromisso na formação de cidadãos capazes de compreender a realidade e intervir nela. E, de forma coerente, buscar novos espaços pedagógicos que reconheçam no mundo do trabalho um espaço privilegiado da relação entre teoria e prática, do desenvolvimento das competências científicas e técnicas, da formação política e da consciência ética. Enfim, é reafirmar o trabalho como fonte para o aprendizado e para a construção de novas práticas.

O mundo do trabalho tem se mostrado fundamental à construção de um novo fazer pedagógico, porque revela a realidade, porque gera a necessidade e a possibilidade de produção de novos conhecimentos e de novas ações. Porque permite, ao lado conhecido (já sabido), a ocorrência do não-saber (desconhecido), em situações de incertezas, mas, também, de possibilidades positivas para novas práticas pedagógicas. Que podem formar para perceber e intervir na realidade social, compreender e se implicar com o mundo produtivo e com as relações sociais.

O não enfrentamento das situações que o trabalho nos coloca pode conduzir a uma formação não crítica, à valorização de determinados saberes e práticas da Universidade não comprometidas com as mudanças exigidas pela realidade. Ou mesmo, à não percepção do trabalho como processo pedagógico e à falta de clareza dos papéis que esta nova relação pedagógica estabelece para o ensinar / aprender. Esta situação pode impedir que ocorram os avanços possíveis para os municípios, os serviços, os cidadãos usuários, para a universidade, os cidadãos professores e os cidadãos alunos.

O calendário da FO-UFMG permite que por semestre, em cada município, duas duplas de alunos, em sequência, perfaçam uma ação do internato por 20 semanas, o que vem propiciando mais que uma parceria, um novo formato pedagógico, diferente do ocorrido no espaço da Faculdade, problematizador e com um enorme potencial para a formação de profissionais mais conscientes e preparados para o enfrentamento de situações concretas colocadas pela realidade. O espaço do trabalho se constitui num processo em que profissionais e gestores do SUS, professores, alunos e usuários, na condição de sujeitos, aprendem e ensinam a partir da realidade, com a permanente possibilidade de se por em cheque saberes e práticas consagradas, mostrando seus limites e trazendo, em muitas situações, a necessidade de se desconstruí-las para, a partir de então, construir novas opções, novos conhecimentos.

Esta situação, ao introduzir novos sujeitos, modifica os papéis de professores e alunos no processo de ensinar e aprender. Modifica os domínios, põe em dúvida o “já sabido”, traz insegurança e nem sempre consegue apontar respostas ou soluções. E, em um processo dialético, descortina novas possibilidades pedagógicas que instigam os sujeitos a construir o novo.

Bibliografia Consultada

ARROYO, M.G. Produção de saber em situação de trabalho: o trabalho docente. In: UFMG/FAE. *Trabalho e educação*. Belo Horizonte: 12(1):51-61. jan – jun, 2003.

ARROYO, M.G. *Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde*. Mimeo. Belo Horizonte: 2004. 13p.

CECCIM, R.B. ; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004

CHAUÍ, M. O que é ideologia? São Paulo: Brasiliense, 1980. In: SANTOS, R.Q. *Educação e extensão: domesticar ou libertar?* Petrópolis: Vozes, 1986. 70 p.

DAVINI, M.C. *Do processo de aprender ao de ensinar*. Disponível em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U2T6.pdf, acesso em 13 de setembro de 2006.

PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança. Prática reflexiva e participação crítica. In: *Revista brasileira de educação*. Rio de Janeiro, 12: 5-21. set/out/nov/dez, 1999.

RIBEIRO, M.E. ; PIRES, D. ; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. In: ABRASCO. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar – abr, 2004.

SANTOS, R.Q. *Educação e extensão: domesticar ou libertar?* Petrópolis: Vozes, 1986. 70 p.

UFMG/FACULDADE DE ODONTOLOGIA/OSP. *Estágio Supervisionado em Odontologia – Ano 2000 : relatório de atividades para a SES/MG*. Mimeo. Belo Horizonte. 31 de outubro de 2000. 9p.

VENTURELLI, J. Innovación educacional em las profesiones de la salud: moda o necesidad? In: *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu, 3: 119-124. agosto, 1998.

WERNECK, M.A. F. et al. O Estágio Supervisionado em Odontologia da FO/UFMG: um relato de experiência de integração docente-assistencial In: LCE / NUTES / UFRJ. *Caderno de currículo e ensino*. Rio de Janeiro. 3(6): 69-72. Ano 3. Dezembro. 2002.

Capítulo 16

Reforma Curricular da Odontologia

Antonio Cesar Perri Carvalho

Síntese das Diretrizes Curriculares Nacionais

Desde 2002, encontra-se em vigência as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação em Odontologia e estas devem fundamentar o planejamento do curso de graduação de Odontologia (PERRI DE CARVALHO, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais definem o objetivo do curso de Odontologia e que o currículo tem base nacional comum, a ser complementado pelas Instituições de Ensino Superior, com uma parte diversificada capaz de refletir a experiência de cada instituição e as imposições do quadro regional em que se situa.

As Diretrizes Curriculares Nacionais sinalizam para uma mudança paradigmática na formação de profissional crítico, capaz de *aprender a aprender*, de trabalhar em equipe, e de levar em conta a realidade social. Com relação à instituição formadora, esta deve estar aberta às demandas sociais, capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Como consequência deve ser priorizada a atenção à saúde universal e com qualidade, ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças.

As Diretrizes Curriculares Nacionais definem também seu objeto e propõem como perfil do profissional a ser formado: “profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes”. Entendemos necessário o desdobramento desse conceito e adequá-lo, em seus detalhes, ao estudante que receberá a formação específica no curso, como preparação para a atuação profissional. Esta atuação, com produtividade e qualidade, não se restringirá aos grandes centros urbanos, mas também aos

pequenos, seja como autônomo, como prestador de serviços em convênios, clínicas privadas, equipes multidisciplinares, saúde pública.

Perfil, competências e habilidades

As DCNs caracterizam as competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas no curso, com base em sugestões da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Grupo de Estudos sobre Ensino de Odontologia do Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior (Nupes) (PERRI DE CARVALHO, 1999).

Entre as competências e habilidades, o graduando de odontologia deve desenvolver: colher, observar e interpretar dados para a construção do diagnóstico; identificar as afecções bucomaxilofaciais prevalentes; desenvolver raciocínio lógico e análise crítica na conduta clínica; propor e executar planos de tratamento adequados; realizar a promoção e manutenção da saúde; comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com a comunidade em geral, dentro de preceitos ético-legais; trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde; planejar e administrar serviços de saúde coletiva; acompanhar e incorporar inovações tecnológicas (informática, novos materiais, biotecnologia) no exercício da profissão.

Conteúdo

Os conteúdos caracterizadores, à vista do desenvolvimento das competências e habilidades, deverão ter como objeto de trabalho as matérias de formação básica, profissionalizante e social. Estas matérias constituir-se-ão em um núcleo comum a todos os cursos de odontologia.

As matérias de formação básica incluirão as de formação geral e as ciências sociais. Aqui se incluem as chamadas linguagens básicas, como português, inglês instrumental, espanhol nas áreas de influência do Mercado Comum do Sul (Mercosul) e informática.

A formação social ou humanística e ética será adquirida através do oferecimento de disciplinas de cunho social, mas também através de conteúdo programático das demais disciplinas, pois o corpo docente deve estar engajado no processo educacional.

A formação profissionalizante deverá ser adequada às realidades em que atuará o profissional e com espírito crítico e aberto para eventual absorção de tecnologias, sem ênfase apenas para tecnologias sofisticadas. O ensino técnico objetivará competências e destrezas necessárias ao exercício profissional. A clínica por disciplinas poderá ter seu lugar, mas haverá ênfase de ensino em clínica integral, em clínica odontológica, clínica extramuros na região e fora da região, serviço de urgência e clínica de férias.

Estágio supervisionado

O estágio dos estudantes foi definido pelo Decreto nº 87.497, de 18/8/1982, que regulamenta a Lei nº 6.494, de 7/12/1977. O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, é de competência das Instituições de Ensino. Estas poderão recorrer aos serviços de integração entre instituições públicas e privadas, entre o sistema de ensino e os setores de produção, serviços, comunidade, governo e terceiro setor, mediante convênios devidamente acordados em instrumento jurídico.

O conceito atual de estágio supervisionado para a Odontologia foi elaborado em reuniões da Abeno e a integração de matérias tem aí em um momento significativo: *“O estágio supervisionado é o instrumento de integração e conhecimento do aluno com a realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área. Ele deve, também, ser entendido como o atendimento integral ao paciente que o aluno de Odontologia presta à comunidade, intra e extramuros. O aluno pode cumpri-lo em atendimentos multidisciplinares e em serviços assistenciais públicos e privados”* (Abeno, 2003). Este tem o objetivo de fomentar a relação ensino e serviços, ampliar as relações da universidade com a sociedade e, colocar o futuro profissional em contato com as diversas realidades sociais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais estipulam que 20% da carga horária plena do curso deve se caracterizar como estágio supervisionado.

Avaliação e pesquisas sobre ensino

No final do século XX viveu-se uma situação inédita e histórica no ensino superior brasileiro com a implementação pelo MEC do processo de avaliação dos cursos de graduação.

A medida viabilizou-se com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (Lei nº 9.394, de 20/2/1996) e de legislação específica assinadas pelo presidente da República e pelo ministro da Educação Paulo Renato Souza, como a Lei nº 9.131, de 24/11/1995, que estabeleceu que fossem realizadas avaliações periódicas das instituições e dos cursos de graduação e, pelo Decreto nº 3.860, de 9/7/2001, que dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições.

Os cursos de odontologia ingressaram no Exame Nacional de Cursos (ENC), popularmente chamado de “provão”, no ano de 1997. No ano seguinte, todos os cursos foram visitados por Comissões Verificadoras para se realizar a avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação de odontologia.

Iniciou-se processo de estímulo à auto-avaliação, prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais e os resultados de avaliações, conforme a dependência

administrativa da instituição, a instâncias estaduais e federais, e eventualmente de outras avaliações externas.

Ao conviver com as ações de avaliação em várias áreas, efetivadas pelo Ministério da Educação (MEC) entre 1997 e 2003, constatou-se que a Odontologia teve uma trajetória diferenciada, sem traumas e com reflexos positivos para o aperfeiçoamento do ensino.

Uma avaliação pioneira sobre o desempenho dos graduandos no Exame Nacional de Cursos e a relação com a avaliação das condições de oferta dos cursos, relativos ao ano de 1998, permitiu reflexões sobre a pertinência e o valor destas avaliações (PERRI DE CARVALHO, 1999 e 2001). Concluiu-se que os resultados do Exame Nacional de Cursos têm relação com a avaliação das condições de ensino efetivada pelos docentes verificadores da Secretaria de Educação Superior (SESu).

Há vários estudos com análise da opinião de alunos de cursos de odontologia e que devem merecer reflexões nas discussões sobre projeto pedagógico, para se analisar eventual analogia às condições do próprio curso.

Em pesquisas realizadas na Alta Noroeste e na Capital do Estado de São Paulo, profissionais e formandos consultados deram grande importância ao bom entrosamento entre disciplinas e professores e, especificamente, à facilidade de contato e relacionamento com os professores. Entre os fatores que teriam prejudicado o andamento dos estudos, salientou-se a “*má qualidade didática dos professores*” (CARVALHO *et al.*, 1997).

Em termos nacionais, há vários estudos utilizando dados do questionário-pesquisa preenchido pelos graduandos no Exame Nacional de Cursos. Este é um rico subsídio e há diversos trabalhos apresentados em reuniões da Abeno.

Em estudos sobre os desempenhos extremos de cursos com conceitos “A” e “E” no Exame Nacional de Cursos, de 1997 a 2001, com os resultados de algumas questões do questionário-pesquisa preenchido pelos graduandos, sobre condições de ensino e a quantidade de graduandos, concluiu-se que há relação entre desempenho no ENC e as condições de ensino. Os cursos com conceito “A” se diferenciam nas respostas das questões sobre equipamentos suficientes, apresentação de plano de ensino, disciplinas com conteúdo desequilibrado e atualização do docente (PERRI DE CARVALHO & CARVALHO, 2002).

A importância do processo de ensino-aprendizagem reside no fato que este se realiza através de um trabalho conjunto entre docentes e alunos, estimulando estes últimos a participar de tarefas e atividades que lhes permitam construir significados cada vez mais próximos à proposta do curso.

Em tese de doutorado, transformada em artigo PAULA & BEZERRA (2003) analisam 89 projetos pedagógicos de cursos de odontologia disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep/MEC) e constataram um cenário de distribuição da carga horária em evidente discrepância com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

As condições de ensino relacionadas com estágios supervisionados e atividades de extensão, valorizadas nas recém aprovadas Diretrizes Curriculares Nacionais, foram analisadas com os resultados de algumas questões, estabelecendo-se a relação entre o desempenho dos graduandos dos cursos de odontologia no Exame Nacional de Cursos, de 1997 a 2002, dos cursos com conceitos extremos “A” e “E”, comparando-se com a média do País (PERRI DE CARVALHO & KRIGER, 2003). Em geral, verificou-se que houve melhoria na qualidade de ensino, com mais oferta de atividades culturais. As palestras e conferências têm merecido maior atenção dos formandos durante o seu período de formação. O estágio supervisionado tem se constituído em importante ferramenta para o aperfeiçoamento científico e técnico. O aumento do interesse pela Saúde Coletiva aponta para tendência por novas frentes de trabalho para a prática profissional.

Para o curso de graduação, uma proposta que vise a compreensão e a atuação de alunos em processos investigativos já atende às Diretrizes Curriculares Nacionais. No entanto, idealmente, a instituição deve ter propostas de produção de conhecimento e manter relação, inclusive, com o projeto de curso de pós-graduação.

Sobre a produção de conhecimento nos cursos de pós-graduação PÉRET & LIMA (2003) detectaram um modelo tradicional, com valorização do conhecimento tecnológico, mercantilização da pesquisa, desvalorização da pesquisa pedagógica, e dissociação do ensino e pesquisa.

Sem ainda contar com egressos após a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais, duas pesquisas recentes apresentam conclusões interessantes. MATOS (2005), em tese de doutorado, ao refletir sobre as relações entre o perfil profissiográfico traçado nas DCNs, concluiu que os graduandos, por terem a imagem da odontologia como uma profissão eminentemente liberal, ao finalizarem o curso se confrontam com uma realidade profissional diferente da imaginada, induzindo a um provável enfrentamento de uma situação de frustração e incapacidade de realização do seu projeto profissional. CORDIOLI (2006), em dissertação de mestrado sobre o processo de formação de odontologia entre alunos de cursos *lato sensu*, considera que é evidente uma visão de Odontologia descontextualizada da realidade e com ênfase intraprofissional, com pouca integração com as outras áreas da saúde.

Há indícios claros de que falta e deve existir uma constante retroalimentação entre ensino, serviços e pesquisa no projeto e na sua implementação no curso de graduação.

Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade)

Com a edição da Lei no. 10.861, de 14 de abril de 2004, que estabelece o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), ocorreram mudanças no processo de avaliação do ensino superior, incluindo a criação do Enade, revisão da avaliação das condições de ensino e criação das Comissões Própria de Avaliação, para coordenar a realização de avaliação interna nas instituições de educação superior (IES).

O ENC foi substituído pelo Enade, realizado pelos alunos de cursos de odontologia em 2004.

Avaliação do Enade

Durante a 40^a. reunião da Abeno (2005), NORO (2006) apresentou o trabalho “Provão versus Enade: o retrocesso revisitado”, defendendo “a necessidade de uma urgente adequação do sistema de avaliação do ensino superior”. Entende que “como o anterior, o Enade não apresenta qualquer tipo de contribuição objetiva visando melhoria de avaliação”. Todavia, opina que os conceitos do Enade para os cursos de odontologia são altamente satisfatórios pois dos 128 cursos analisados, 31 (24,2%) obtiveram o conceito “5”, 84 (65,6%) o conceito “4”, 12 (9,4%) o conceito “3” e apenas 1 (0,8%) conceito “1”.

Síntese sobre a trajetória dos cursos

Com base em estudo sobre a trajetória dos cursos de odontologia no período 1991-2004 (FERNANDES NETO *et al.*, 2006) concluiu-se que a expansão dos cursos de odontologia verificada nos últimos anos já apresenta cenários tendendo a mudanças, pois cai a demanda por vestibular e aparecem casos de evasão. Por outro lado, verifica-se o crescente interesse do graduando pela expectativa de emprego. Os autores comentam que “o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde e gradativa implantação das equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família têm aumentado os postos de trabalho para médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, que basicamente compõe as equipes do PSF”. Os serviços municipais de saúde têm ampliado a oferta de concursos para cirurgiões dentistas, principalmente destinada às equipes de saúde da família. Todavia, o referido estudo destaca que “há ainda um descompasso entre a oferta de trabalho e a demanda de profissionais que querem ingressar no mercado, em especial nos serviços de Saúde Pública” e também que “muitos

profissionais que durante anos exerceram somente a prática liberal estão migrando para os serviços pelas dificuldades atuais do mercado de trabalho somando-se aos egressos na tentativa do primeiro emprego.”

As conclusões de FERNANDES NETO *et al* (2006), com base em dados disponibilizados pelos ministérios da Saúde e da Educação, são coerentes com os resultados de trabalhos acadêmicos sobre o ensino de odontologia.

Fica evidente que há um cenário caracterizando os reflexos de um modelo de formação ultrapassado, o que robustece a necessidade de mudança, com a adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Oficinas de trabalho sobre DCN

Em convênio com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Abeno promoveu oficinas de trabalho em mais de cinquenta cursos de odontologia e em alguns encontros estaduais e regionais, entre o 2º. semestre de 2005 e o 2º. semestre de 2006, com o objetivo de criar condições para que, individualmente e *in loco*, estes cursos realizassem reflexão, auto-avaliação, identificando os nós críticos e estabelecessem um plano de ação com vistas à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Este projeto representa o maior esforço organizado, até o momento, para estímulo às adequações e inovações de projetos pedagógicos de cursos de graduação de odontologia.

Com base em dados parciais disponibilizados pela Coordenadoria do Projeto citado, temos conhecimento que foram efetivadas cerca de 60 oficinas de trabalho, atendendo mais de 50 Faculdades de Odontologia e mais de três mil docentes de odontologia do país. Com base no “perfil radial de avaliação” obtido no diagnóstico do grau de inovação na amostragem citada, temos conhecimento que mais da metade dos cursos que sediaram tais oficinas de trabalho se encontram no estado de “inovação incipiente”, o que aponta para um longo percurso a ser percorrido, tendo em vista a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO ODONTOLÓGICO - Abeno. Estágios supervisionados. Reunião paralela da ABENO, 2003. Disponível em: <http://www.abeno.org.br>. Acesso em 15 mar. 2004.

CARVALHO, D.; PERRI DE CARVALHO, A.C.; SAMPAIO, Helena. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da odontologia. *Rev Ass Paul Cirurg Dent*, v. 51, n.4, p. 345-49, 1997.

CORDIOLI, O.F.G. O processo de formação do cirurgião-dentista e a prática generalista da odontologia: uma análise a partir da vivência profissional. 2006. Mestrado. Escola Paulista de Medicina. UNIFESP, São Paulo.

FERNANDES NETO, A.J.; PERRI DE CARVALHO, A.C.; MORITA, Maria Celeste; KRIGER, L.; TOLEDO, O.A. A trajetória dos cursos de odontologia no Brasil. In: HADDAD, Ana Estela (Org.) A trajetória dos cursos de graduação na Saúde: 1991-2004. Brasília: INEP/MEC, p. 381-409, 2006.

MATOS, Izabella B. Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia. 2005. Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro

NORO, L.R.A. Provão versus Enade: o retrocesso revisitado. *Rev ABENO*, v.5., n.2, p. 172, 2005.

PAULA, Lilian M.; BEZERRA, Ana Cristina B. A estrutura curricular dos cursos de odontologia no Brasil. *Rev ABENO*, v.3, n.1, p.7-14, 2003

PERRI DE CARVALHO, A.C. Educação & Saúde em Odontologia. Ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1995, 94p.

PERRI DE CARVALHO, A.C. Odontologia – Avaliação dos cursos de graduação e conceitos obtidos no Exame Nacional de Cursos de 1998. *Série Documentos de Trabalho*, 01/99, NUPES, São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

PERRI DE CARVALHO, A.C. A Odontologia em tempos da LDB. Canoas: Ed.ULBRA. 2001. 95p.

PERRI DE CARVALHO, A.C. A evolução do ensino de odontologia no Século XX. In: ROSENTHAL, E. A Odontologia no Brasil no Século XX. São Paulo: Livraria Santos Editora, cap. IV, p.49-67, 2001.

PERRI DE CARVALHO AC. O Ensino de Odontologia no Brasil. In: Perri de Carvalho, AC; Kriger, L. Educação odontológica. Cap. 2. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

PERRI DE CARVALHO, A.C.; CARVALHO, D.R. Desempenho de graduandos de Odontologia no Exame Nacional de Cursos. Análise de grupos de cursos com resultados extremos (1997-2001). *Rev ABENO*, v.2, n.1, p.57-62, 2002.

PERRI DE CARVALHO, A.C.; KRIGER, L. Análise do questionário-pesquisa do Exame Nacional de Cursos, área de Odontologia. Estudo sobre o desempenho de graduandos com conceitos “A” e “E” período de 1997 a 2002. 38ª. reunião da ABENO, Curitiba, 2003 (Pôster).

Capítulo 17

Cárie, Epidemiologia e Sociedade

Sérgio Fernando Torres de Freitas

Há alguns anos, publiquei um livro (FREITAS, SFT, 2001) dedicado a explicar como o desenvolvimento de uma patologia – a cárie dentária – fora permeado no tempo pelo desenvolvimento das sociedades humanas. Creio que fui bem sucedido naquele esforço teórico, demonstrando que a doença, existente desde a pré-história, ganhou importância e se desenvolveu explicada por motivos muito menos biológicos que sociais.

Um outro aspecto importante que pretendo retomar é aquele relacionado à forma como a odontologia compreende a doença, que em última análise, a fundou como profissão e ainda lhe serve de marco referencial de existência. Esta questão é importante, pois não houve grande mudança no entendimento da doença nos últimos vinte anos, aproximadamente, embora milhares de trabalhos tenham sido publicados e tenha ocorrido um grande avanço na quantidade e na qualidade das pesquisas de cunho epidemiológico.

Não se quer negar o avanço do conhecimento, nem a fundamental importância dos estudos epidemiológicos para o conhecimento da cárie. Mas o que parece continuar faltando é um sentido de *totalidade orgânica* que permita a odontologia compreender seu objeto de modo mais consistente. O conhecimento já está aí; mas fica claro que esta noção orgânica, sintética, que ao mesmo tempo fornece entendimento amplo e capacidade de ação efetiva no enfrentamento coletivo e individual do problema, não está aí.

Finalmente, também acho justo esclarecer que, neste ensaio, a relação será entre cárie e epidemiologia na sociedade brasileira, salvo quando indicado ao contrário. Este pressuposto é importante porque, como já venho defendendo há alguns anos, se as sociedades e seus modos de vida definem os padrões de

doença, os comportamentos coletivos destas doenças muda de uma sociedade para outra, em termos de prevalência, severidade, distribuição entre grupos e velocidade de crescimento ou diminuição.

Cárie: percepção do objeto

As teorias de cárie não parecem ter sido uma preocupação relevante para a odontologia no século XX. Haja vista que continuamos com uma percepção mais próxima de Muller formulada no século XIX, dos que aquelas formuladas até a primeira metade do século, com Gottlieb e sua proteólise – queilação.

A partir de Keyes, em 1960, há uma migração das tentativas de se construir teorias para a construção de “modelos explicativos”. Em que pesem tentativas de melhora a estes modelos explicativos, como os propostos por Newbrun (1970), Loesche (1993), Calvo (1994), e Thylstrup (1995), os princípios de Keyes continuam comandando o entendimento da odontologia: a doença é multifatorial; a interação de fatores do hospedeiro, com microrganismos e dieta com sacarose determina a doença. As novidades de 1960 para cá: o processo “des-re” explica as manifestações clínicas; o flúor é o principal mediador deste processo; a placa bacteriana é o fator etiológico determinante e dispara o processo.

Nenhuma destas novidades nega o modelo explicativo de Keyes; apenas complementa.

Há algum problema em se desistir de estabelecer modelos teóricos e aceitar apenas os modelos explicativos? Há alguma diferença entre modelos teóricos e modelos explicativos? Os epistemólogos, em sua grande maioria, dirão que sim. Não é parte deste projeto editorial, nem haveria espaço e tempo para resolver esta questão aqui, mas direi que podemos explicar convincentemente muitos aspectos da ciência, sem que uma teoria mais totalizante esteja sedimentada. Prático, mas sujeito à contestação. Há uma certa hierarquia nos conceitos de modelos, princípios e teorias, que fazem com que uns sejam menos consistentes que outros.

Há uma outra consequência, que espero tornar perceptível até o final deste trabalho: como há existem apenas modelos e não teorias, há boas explicações, mas também há lacunas que colaboram para que este entendimento seja mais parcial e fragmentado do que poderia, cujo resultado é a pouca efetividade no combate à doença a partir do conhecimento epidemiológico adquirido nos últimos anos. Em outras palavras, o acúmulo de conhecimentos agregados em escalas *micro* ainda não se transformou em conhecimento de escala *macro*, naquele sentido de *totalidade orgânica* reclamado na introdução deste trabalho.

Apenas como provocação inicial, pegarei o modelo explicativo de Thylstrup, baseado na idéia de que a placa bacteriana dental é o fator etiológico

da cárie. Como modelo explicativo, muito bom. Mas como não há uma teoria por trás, vou contrapor este modelo a um princípio estabelecido pela fisiologia.

Vou afirmar aqui: a placa bacteriana dental é fisiológica, não patológica. Porque?

- a) O tubo digestivo é uma unidade. Se introduzirmos um fio suficientemente fino e flexível por uma das extremidades podemos retirá-lo pela outra sem que tal fio entre em contato com o organismo. Em toda sua extensão, o tubo digestivo é regularmente habitado por bactérias, numa situação de normalidade. A exceção, talvez, seja o estômago e sua *H.pillori*. Mas sua descoberta e atuação ainda são muito recentes para que isto seja definitivo. Não é descabido supor que, assim como em determinadas regiões do trato digestivo, existam bactérias na boca favoráveis ao estado de saúde, e que outras sejam simplesmente comensais;
- b) Devemos admitir que ainda conhecemos pouco sobre a ecologia bucal. Senão, de que outro modo poderíamos admitir a “descoberta” de 30 novas espécies de bactérias bucais há menos de sete anos, sem que isso tenha alterado as teorias e modelos explicativos existentes para cárie?
- c) Se a ecologia bucal reconhecida pela odontologia está bem sedimentada, como explicar que pessoas tenham dietas e modos de vida semelhantes, e algumas tenham predomínio de *S. salivarius* e não tenham cárie enquanto outras tenham uma ascensão de *S.mutans* e fiquem doentes?

Até agora, apresentei questões para os modelos explicativos. Respostas, mais convincentes ou menos convincentes, devem existir ou podem ser formuladas. Mas vamos tratar de uma lei: a placa bacteriana dental é fisiológica porque está presente em todos os seres humanos sadios, inclusive do ponto de vista estrito da cárie.

Pode parecer sofisma, mas não é. Apenas a placa bacteriana dental alterada em sua normalidade fisiológica, e com grau de severidade suficiente nesta alteração, é que provoca a doença. Para o modelo explicativo estar correto, o conceito do que é fisiológico tem que estar errado.

Ou a odontologia derruba as leis de normalidade e fisiologia, com a construção de uma teoria que lhes dê suporte, ou precisa melhorar seus modelos explicativos.

Essa conclusão, apontada no parágrafo anterior, é síncrona com a de Botazzo (2006), ao afirmar que “Um dos grandes problemas da clínica odontológica, no exercício da sua prática cotidiana, é decorrente do fato de ela dispensar

o conceito de norma e normalidade....” Desconsiderada a especificidade do contexto, fica claro que a clínica odontológica de Botazzo e a odontologia a que me refiro são a mesma coisa, como também é igual a idéia de que a teoria odontológica para cárie não tem sustentação na fisiologia.

Esta fragilidade teórica diminui a capacidade de compreensão do objeto, e provoca confusões conceituais. Um exemplo mais recente é o conceito de “polarização da doença cárie”.

Além de estar embutida aí uma idéia esquisita, a de precisarmos provar a nós mesmos que cárie é uma doença pela repetição exaustiva desta associação de palavras – confesso que não vejo muitos exemplos semelhantes em outras áreas. Não vejo muitos pesquisadores falando em doença tuberculose ou doença gripe; aparentemente, eles estão convencidos que lidam com doenças. A única explicação que ouço quando pergunto aos usuários da expressão é que “precisamos caracterizar a cárie como doença e não mais como lesão clínica, apenas”. Caracterizar para quem? Se os leitores de artigos científicos desta área, em sua maioria, ainda não sabem que a cárie é uma doença que inicia antes de sua lesão clínica identificável, temos que trabalhar com duas hipóteses: a) todos se formaram antes de 1960 (publicação do modelo explicativo de Keyes) e não aprenderam mais nada sobre o assunto depois disso; b) se formaram depois de 1960, mas não aprenderam até hoje qualquer modelo explicativo da doença formulado nos últimos 50 anos.

Mas o que de fato interessa é o conceito de “polarização da doença”. Este se caracteriza pela ocorrência de distribuição da doença em uma pequena parcela da população, enquanto grande parte da população está livre de seu ataque. Além disso, há uma concentração de severidade em uma minoria de indivíduos. Um novo padrão fundamental para compreender a doença nas populações.

Concordo, mas pelo menos de Leavell & Clarck e MacMahon para cá, as outras doenças não se polarizaram: elas se tornaram endêmicas. O que é um padrão para muitas doenças infecciosas na história do homem: aparecem em determinado momento histórico, espalham-se com grande intensidade, principalmente porque existem grandes contingentes populacionais suscetíveis, com epidemias de grande intensidade em populações recentemente atacadas, evoluem para um caráter pandêmico se forem de baixa severidade e finalmente tornam-se endêmicas, até sua erradicação em alguns casos.

Então, sintetizando este tópico, pode-se admitir que a cárie é uma doença infecciosa, transmissível – embora este fato até agora tenha se mostrado sem importância para o seu padrão de ocorrência -, de caráter endêmico e predominantemente infanto-juvenil, que provoca seqüelas permanentes e de baixo impacto sobre a saúde geral da população.

Epidemiologia: percepção e uso do método em odontologia

A percepção do objeto sintetizada ao encerrar o tópico anterior só foi possível graças à aproximação relativamente recente da odontologia com a epidemiologia, e ao rápido avanço no domínio de técnicas e à qualidade dos trabalhos epidemiológicos sobre a cárie.

Depois de uma primeira fase em que ocorreram muitos trabalhos descritivos, principalmente com estudos de prevalência em populações escolares, houve um segundo momento em que se fizeram comparações de estudos transversais realizados em épocas distintas. Atualmente, há um predomínio de estudos transversais, mas com uso de uma ferramenta estatística mais poderosa, que a regressão logística, para identificação de fatores associados à prevalência de cárie com quantificação de estimativa de risco por “odds ratio”. Estudos longitudinais ainda são raros, bem como estudos mais consistentes sobre populações adultas e idosas.

Na seqüência, tentarei trazer alguns exemplos destes tipos de estudos e resultados que os mesmos trouxeram para o entendimento do comportamento populacional da cárie no Brasil.

O melhor exemplo dos estudos transversais típicos da primeira fase, pela sua extensão, profundidade e importância para a odontologia brasileira, é o levantamento epidemiológico do ministério da Saúde, de 1986, coordenado por Vitor Gomes Pinto (BRASIL, 1988). Ao contrário da maioria dos estudos feitos até então, mediu outras afecções além da cárie, e atingiu faixas etárias representativas para o planejamento de saúde bucal que extrapolavam os levantamentos com escolares de 7 a 12 anos de idade, como era usual. Embora pouco explorado, seus resultados traziam uma diferenciação importante, principalmente naquele período: prevalência e severidade de cárie foram tratadas como informações diferentes. Até meados da década de 90, era comum não se fazer esta diferenciação, analisando-se resultados de CPO médio como sinônimo de prevalência ou simplesmente não se fazendo alusões à severidade de doença. Entre seus resultados, a severidade aos doze anos de idade apresentava a primeira redução consistente em relação a outros estudos pontuais, embora ainda fosse muito alta pelos padrões mundiais.

Trouxe junto uma preocupação que resultou em muitos levantamentos epidemiológicos nos dez anos posteriores: a de se atingir a meta de CPO igual ou menor a 3,0 para os doze anos de idade até o ano 2000. Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha estabelecido seis metas para o ano 2000 dentro de seu programa Saúde para Todos no Ano 2000, esta foi a única meta efetivamente perseguida pela odontologia brasileira.

Como reflexo disso, a produção científica da época foi muito marcada por resultados de levantamentos epidemiológicos de cárie em escolares, principal-

mente na faixa de sete a doze anos de idade. Quase que sem exceção, todos eram descritivos. Santos, em 2003, analisou a produção bibliográfica sobre levantamentos epidemiológicos de cárie no Brasil. Foram encontrados 31 trabalhos publicados até 2002, incluídos aí os dois levantamentos nacionais realizados até então, de 1986 e 1996. Apenas um era de incidência, e em 26% dos casos, os padrões de amostragem não permitiam extrapolação para a população.

No segundo momento, apareceram estudos que comparavam prevalência e/ou severidade em dois momentos distintos, para identificação de tendências. Entre eles, destaco o de Peres, Narvai e Calvo (1997), que analisaram as tendências de prevalência e severidade de cárie para a idade de doze anos no estado de São Paulo, nos anos 1990 e 1995, a partir de dados coletados por 125 municípios. Concluíram pela existência de prevalência alta em 80% dos municípios, com uma média estimada de CPO = 4,8. É importante destacar que a prevalência era classificada de acordo com o CPO médio, numa conceituação equivocada, pois o percentual de pessoas com e sem a doença não pode ser medido assim. Mais interessante ainda, e que não podemos esquecer, é que este parâmetro de comparação não foi criado pelos autores, mas preconizado pela OMS, mostrando que a confusão conceitual entre o que é prevalência e o que é severidade era um fenômeno mundial a cerca de dez atrás.

Mais recentemente, no ano 2000, Narvai, Castellanos e Frazão (2000), compararam a prevalência de cárie no Município de São Paulo, para escolares entre cinco e doze anos de idade, mas num período mais amplo, de 1970 a 1996. Neste estudo há maior exploração de dados, com análise de componentes do CPO e referências expressas aos “livres de cárie”. Mas continua-se adotando o critério do CPO médio para avaliar prevalência de cárie. O estudo mostra uma tendência que se repetiu em muitos outros estudos pontuais sobre severidade de cárie no Brasil no mesmo período: uma tendência de altos valores de CPO médio aos doze anos de idade até o final da década de 1980, com forte tendência de declínio a partir da década de 1990. O principal papel redutor desta severidade deve ser atribuído a fluoretação de águas de abastecimento público, cujas políticas de ampliação ocorridas na primeira década mostraram seus resultados mais efetivos na década seguinte.

A terceira etapa no desenvolvimento de trabalhos epidemiológicos diz respeito àqueles que utilizam uma ferramenta estatística mais moderna, no sentido epidemiológico de seu uso, e mais consistente em relação aos testes mais utilizados anteriormente, qual seja regressão logística, que é uma técnica de análise multivariada em que o desfecho deve ser obrigatoriamente dicotômico. Isto obrigou a repensar o modo de olhar para a doença, pois não se trata mais de analisar a partir do CPO médio. Agora, fala-se em desfechos, dos quais os mais comuns são ter ou não ter cárie – que analisa a prevalência - e ter

pouca ou muita cárie, que analisa a severidade. Um dos primeiros publicados no Brasil foi o Peres et al (2000), que trabalhou com dados secundários de um levantamento epidemiológico feito em Florianópolis, SC. Suas conclusões remetem para uma associação entre maior severidade de cárie com menor renda familiar e maior consumo diário de alimentos cariogênicos, aos doze anos de idade. É interessante notar que muitas variáveis foram analisadas, como escolaridade do pai, da mãe, acesso ao dentista e frequência de escovação.

Aparentemente promissores, estes estudos parecem estar chegando a um ponto de saturação, em que informações realmente novas sobre o que provoca risco de adoecimento ou maior severidade de acometimento são cada vez mais raras.

Há um padrão de ocorrência que aponta para uma associação bem estabelecida entre escolaridade dos pais, renda e maior frequência de consumo de açúcar e cárie.

Outras variáveis, como uso de outras formas de flúor e acesso ao dentista não tem mostrado uma regularidade de associação. Pode-se explicar o primeiro pelo uso disseminado de duas formas de fluoretação na população brasileira: a fluoretação de águas de abastecimento, que atinge a maioria da população brasileira urbana, e os dentifrícios fluoretados, que respondem por mais de 95% do mercado brasileiro. Ou seja, formas suplementares têm efeito limitado em face destes métodos, e provavelmente suas indicações hoje sejam mais individuais que coletivas. Quanto ao acesso ao dentista, muitos estudos mostram a incapacidade destes profissionais em interromper o fluxo da doença por sua atenção individual, além do pequeno controle que as pesquisas dispõem sobre a frequência e formas de atendimento realizadas que sejam capazes de mensurar o quanto este acesso poderia efetivamente interferir na doença, do ponto de vista populacional. Há uma série de variáveis, por outro lado, que tem demonstrado baixos níveis de associação com a cárie, como frequência de escovação, acesso à informação ou campanhas de educação em saúde bucal, uso de fio dental.

Se pegarmos o exemplo citado acima, poderíamos perguntar: será que é necessário fazer estudos epidemiológicos complexos, que envolvem levantamentos primários, muitas vezes domiciliares, para concluir que a cárie ataca mais as crianças que comem mais açúcar, são mais pobres e cujos pais estudaram menos?

Este esgotamento anunciado se dá justamente pela repetição destes resultados, que passam a confirmar o que já sabíamos, os suspeitávamos fortemente. E a buscar qualquer explicação lógica para os padrões inesperados. Mas uma discussão importante tem passado ao largo, que a de buscar dentro dos modelos explicativos as lacunas existentes, como as que negam associação

entre escovação e uso de fio dental e prevalência ou severidade de cárie e a ineficácia de campanhas educativas. Ou retroagir a Chaves (1986), que em 1977 já negava ambas medidas como importantes para a cárie, ao listá-las como medidas de promoção de saúde e não de proteção específica.

É preciso um olhar mais crítico para os resultados e menos embevecimento pelas técnicas, para negar uma parte do conhecimento existente e buscar outras saídas melhores.

Em relação ao conhecimento acumulado do comportamento coletivo da cárie em adultos, a escassez de estudos é gritante, o que impede de se fazer até mesmo as comparações entre grupos populacionais em períodos diferentes, estratégia que foi utilizada na faixa etária de escolares para as primeiras análises mais consistentes. Desse modo, fica ainda difícil saber se os benefícios observados na população infantil da última década foram estendidos à população adulta. As referências óbvias para adultos no Brasil são os dois levantamentos nacionais, de 1986 e de 2003.

Mas o caminho a ser percorrido ainda é longo. Colussi e Freitas (2002), em 2002, analisaram a produção científica sobre saúde bucal de idosos no Brasil. Foram encontrados 29 artigos, dos quais apenas sete traziam algum tipo de dado epidemiológico sobre cárie. Entre estes, apenas um utilizou amostra probabilística; os demais trabalharam com institucionalizados, por amostragem de fácil acesso, e muitos nem mesmo respeitaram a faixa etária indicada para idosos. Os resultados, como esperado, eram conflitantes.

Os mesmos autores realizaram estudo (2004) de base domiciliar, com amostragem probabilística e metodologia recomendada pela OMS, o que foi inédito no Brasil até então. Os resultados indicaram CPO médio de 28,9 (dos quais 26,6 extraídos) e 48,4% de edêntulos; entre estes, cerca de 80% tinham alguma necessidade de prótese parcial ou total. Estes resultados são muito semelhantes no que diz respeito ao ataque de cárie, mas apontaram um percentual de edêntulos muito menor, que somente poderão ser aceitos como tendência a partir da realização de outros estudos representativos em diferentes regiões do país.

Finalmente, há os estudos longitudinais, que permitem a mensuração de riscos, relativos ou absolutos. Vou trabalhar dois exemplos, a forma como os dados foram analisados e as possibilidades que abrem para discussão.

O primeiro destes estudos é o de Santos (2003), que analisou uma coorte retrospectiva em escolares, com seis anos de acompanhamento. Foram acompanhados 256 escolares, que tinham entre seis e oito anos de idade no momento do primeiro exame. Este estudo mostrou que análises diferenciadas para prevalência e severidade são fundamentais para se compreender o que acontece nesta faixa etária. A prevalência em dentes permanentes experimentou

um crescimento de 134%, passando de 27% para 63,3% de crianças atacadas pela cárie, sem diferenças significativas para sexo e idade. Aparentemente ruim, mas a severidade observada foi muito baixa, com CPO médio = 1,91, sem diferença entre sexos, idade e residência em zona rural ou urbana. Aos 12 anos, idade de referência, o CPO médio foi de 1,47, abaixo das médias nacionais e regionais disponíveis na literatura.

O mais interessante, porém, são as análises de incidência. A incidência cumulativa no período foi de 49,7%, o que significa que quase metade das crianças estudadas foi atacada pela cárie neste período de seis anos. A incidência anual foi de 8,3% (novos casos de doença observados, por criança/ano). O risco de adoecer foi duas vezes maior para residentes em zona rural e para quem tinha histórico de cárie na dentição decídua. Por fim, calculou-se a densidade de incidência do grupo, que foi 0,23 lesões por pessoa/ano, ou seja, menos de um dente atingido a cada quatro anos por criança.

As principais conclusões do estudo apontam que o percentual atingido de crianças é alto, mas a severidade é baixa. A prevalência, quando comparada por faixa etária no período, apresentou redução. O uso da incidência cumulativa permitiu maior sensibilidade analítica, encontrando diferenças entre grupos socioeconômicos que as médias de CPO não demonstraram, no geral e por componentes.

O segundo estudo é o de Furtado (2002), que realizou levantamentos epidemiológicos em 264 escolares de 10 a 16 anos de idade, com um intervalo de quatro anos, em município sem fluoretação de águas. A severidade da doença, avaliada pelo CPO médio, foi de 2,53 em 1997 e de 4,60 em 2001, o que correspondeu a um aumento na severidade da ordem de 82%, aproximadamente, para todo o período. A prevalência aumentou de 75% para 93% no período. Este trabalho teve uma característica peculiar que o reveste de importância: quando do primeiro levantamento, o município em que foi realizado não possuía dentistas. O início da atenção odontológica se deu pela entrada de dentistas na rede pública, que fizeram o levantamento como censo. O estudo conclui que a atenção odontológica é fator de proteção para as necessidades de tratamento, mas aumentou a taxa de dentes restaurados e extraídos no grupo, embora não se possa atribuir significância estatística a estes aumentos. Mostrou também que o acesso ao dentista não alterou a progressão da doença, seu padrão de distribuição na população ou o risco de adoecer.

Interessante também é notar o padrão de distribuição da doença em 1997, quando a população, em sua grande maioria, não tinha acesso aos serviços de saúde bucal: cerca de 25% tinham CPO = zero e metade de todos os casos de doença estavam em cerca de 22% das pessoas. Em 2001, com evolução de casos, pouco mais de 26% reuniam metade dos casos de doença e apenas 6,6 % eram

livres, mostrando que a doença não estava controlada, nem tinha característica de endemicidade. Em cidades com severidade e prevalência menores, são necessários cerca de 15% da população para reunir metade dos casos de doença.

Sociedade com cárie: “odontologizada”, “epidemiologizada”, mas não “sociologizada”.

Ao analisar a sociedade brasileira, do ponto de vista da ocorrência de cárie, percebemos que há uma evidente “odontologização” desta percepção. Por este neologismo, falo da percepção que tem os dentistas – e mais quem eles conseguem convencer – de como a doença ocorre na população.

O pressuposto que vou tentar desenvolver aqui é que essa visão de mundo não é a mesma que terão os epidemiologistas, nem os sociólogos.

A visão odontológica trabalha, predominantemente, com aspectos como: a doença é multifatorial e de fluxo unidirecional; ou seja, um indivíduo só pode caminhar da saúde para a doença e nunca ao contrário. Não há cura para a doença. As estratégias preventivas se dão, para além da fluoretação de águas, por suplementações individuais de flúor tópico por diversas formas e por campanhas educativas, que propõem o ensino de higiene oral e dos fatores etiológicos, da mudança de hábitos e comportamentos dietéticos, sempre com uma abordagem isolacionista e, sem querer parecer tautológico, com aquilo que chamei em artigo anterior, de “concepção odontologizada do mundo” (17).

Ainda por esta concepção, há um entendimento subliminar sobre a doença que reporta a União Democrática Nacional (UDN) dos velhos tempos: o preço da liberdade é a eterna vigilância. Que liberdade? A de ter saúde bucal. Qual vigilância? A da placa bacteriana dental e do consumo de açúcar (não é preocupação com dieta saudável, nem com absorção nutricional adequada). O que é eterno? Visitar o dentista com regularidade, escovar os dentes quase que de forma neurótica, comer menos açúcar do que pede a nossa felicidade.

Como contraponto mais moderno e venturoso, tanto para a odontologia quanto para a população, estão os dentistas que escolheram a epidemiologia como seu objeto, portanto com outra concepção de mundo (confesso que não conheço epidemiologistas que optaram por se dedicar à cárie depois de eleger aquela área de conhecimento, a não ser como exceção que confirma a regra).

A concepção “epidemiologizada” trouxe contribuições importantes para o cotidiano – ainda que minoritário – da compreensão da cárie: é uma doença que ataca a população de maneira não uniforme, mas de forma mais severa e prevalente em alguns grupos: a faixa etária infanto-juvenil, os mais pobres, as crianças com pais de menor escolaridade. Estavam identificados os grupos de risco. Dentro destes, algumas nuances menos sedimentadas, pois nem sempre

os resultados se repetem de maneira consistente. Assim, maior consumo de doces, o acesso aos serviços de saúde, sexo e hábitos de higiene oral tem aparecido com frequência nos estudos.

Nunca é demais lembrar que o primeiro estudo publicado que demonstra uma relação positiva entre acesso ao dentista e menor severidade de cárie é de 1992 (Botazzo et al), e que ainda hoje encontramos uma tendência muito nítida de que acesso aos serviços de saúde bucal não provoca redução de doença, em prevalência nem severidade, mas apenas um aumento na atenção curativa que resulta em menor quantidade de dentes cariados, associado a um ligeiro aumento de extraídos e ao proporcional aumento de dentes restaurados.

Mas o inegável ganho de qualidade nos estudos epidemiológicos sobre cárie não logrou dois objetivos importantes. O primeiro, mais operacional, é orientar a programação em saúde bucal. Pode-se observar este baixo impacto da epidemiologia em dois aspectos: não há trabalhos publicados com relatos de reorientação programática de serviços de saúde bucal a partir dos resultados de levantamentos epidemiológicos. O segundo é a identificação de dados que mostram que os padrões de severidade da doença não se alteram em grupos que tenham ou não acesso aos serviços. Em estudos com escolares em que haja acesso regular ao dentista, os grupos de risco, identificáveis pela severidade de doença instalada, não estão com atenção diferenciada pela programação, e os poucos estudos que permitem comparações mostram que estes grupos continuam com suas trajetórias de maior incidência associada com alta severidade. Em resumo, se uma criança tem perfil epidemiológico de alto risco para cárie, ela muito provavelmente continuará sendo de alto risco ainda que vá ao dentista regularmente.

O outro aspecto que merece ser discutido com atenção, já indicado neste próprio texto, é a capacidade dos estudos epidemiológicos oferecerem respostas novas para elucidar os mecanismos causais e indicar o quanto os determinantes conhecidos do processo de adoecer na população conseguem explicar os casos reais de doença observados nos estudos.

Aqui, os epidemiologistas da cárie têm dois desafios: um reside na natureza do problema apontado por Ayres (2002), de que a epidemiologia ampliou quase que ilimitadamente as possibilidades técnicas de mensuração de risco ao mesmo tempo que diminuiu, de maneira sensível, as discussões teóricas sobre mecanismos causais.

O segundo desafio, que é mais de conjuntura que estrutural, está em ultrapassar o estágio atual de uso de técnicas sofisticadas que produzem pouco conhecimento novo, mas apresentam uma repetição muito regular de padrões de resposta (como colocado anteriormente, já não precisamos de modelos

ajustados de regressão logística para concluir que os mais pobres e de pais com menos escolaridade, que comem mais açúcar, têm mais cárie).

Apenas como exemplo, vou discutir aqui alguns estudos que tentaram trilhar outra via. Lacerda (1999) desenvolveu um trabalho que relacionou as condições de vida, mensuradas a partir de variáveis disponíveis nos censos populacionais brasileiros, com severidade e prevalência de cárie aos doze anos de idade. Foram definidos setores populacionais homogêneos, que se mostraram úteis para identificação de problemas de saúde em geral e caracterização de grupos de risco. Em relação à cárie, foi demonstrado que os setores socioeconômicos com as piores condições de vida têm menos acesso ao flúor, mesmo que a quase totalidade da população tivesse rede de água disponível, mostrando que o método é menos democrático que normalmente aceito e que alguma iniquidade pode ser identificada. Além disso, cerca de 70% da severidade e 65% das necessidades de tratamento acumuladas foram explicados pela caracterização de três variáveis socioeconômicas: morar em região que indicava a conjunção de: menor percentual de acesso à água tratada (menos de 80% dos domicílios) com alto percentual de pessoas com baixa escolaridade e, ao mesmo tempo, pequeno percentual de escolaridade alta.

Há uma nítida associação com a pobreza, pois em regiões onde não havia as duas condições de escolaridade ocorrendo simultaneamente o impacto era menor. Neste mesmo estudo, a perda precoce de dentes permanentes foi associada à pior coleta de lixo em alguns setores populacionais. Num município em que cerca de 98% da população tinha coleta pública regular, não receber este serviço pôde ser interpretado como uma “proxy” das condições especialmente vulneráveis destas crianças, a ponto de sofrer maior perda dentária.

O outro trabalho, de Kovalesski, Freitas e Botazzo (2004), nem trata de epidemiologia, mas da relação entre a bucalidade e a sociedade. Além de tratar da participação da odontologia na disciplinarização dos corpos, ao assumir para si a disciplinarização da boca, este trabalho propõe que se analise a determinação do processo saúde doença - orientado para a presença de perdas dentárias extensas - a partir de categorias de regime de vida. São propostos três regimes de vida: vivido, conhecido e desejado, e analisado como a escolha individual do exercício destes regimes poderia influenciar a existência dos indivíduos em relação a sua bucalidade.

A discussão identificou que a sociedade oprime a autonomia e a condição de saúde bucal dos indivíduos. Mas que estes têm um espaço de escolhas individuais que sempre esteve presente em suas vidas. O ocupar-se de si é um valor importante para se pensar a condição humana e a boca um espaço capaz de identificar e de se estudar o regime de vida das pessoas.

Apenas para aproximar de modo um pouco mais cru a odontologia das ciências sociais, compreender que existem regimes de vida que são conhecidos, mas não são adotados – principalmente porque o indivíduo pode optar pelo regime desejado, é compreender porque os pacientes comem açúcar sabendo que provoca cárie, como aliás também sabem que pode provocar a obesidade e o diabetes, que são muito mais graves. Os pacientes dos dentistas não vão passar a escovar os dentes com competência profissional e regularidade profilática apenas porque aprenderam sobre isso, do mesmo modo que os médicos não vão passar a dormir oito horas regulares e trabalhar o mesmo tanto, reservando o restante do tempo para o consumo moderado de comida e bebida. O regime de vida que cada um escolhe para si deve ser identificado, trabalhado e, em última análise, respeitado.

Não é demais sonhar que abordagens deste tipo possam ser incorporadas aos estudos epidemiológicos, mesmo que seja para se constatar a sua eventual falta de importância para explicar a doença. A questão não é introduzir e testar uma variável social ou antropológica mais ou menos exaustivamente, mas pensar que e como estas variáveis devem contribuir para o processo do desenvolvimento científico.

Como se pretende estabelecer alguma relação entre cárie, epidemiologia e sociedade, busco na história uma lição que nos pode ser útil. Ao analisar a passagem da história antiga para o renascimento e que obras de fato eram essências para se compreender esta transição, o historiador Josep Fontana afirma: “uma coisa são as ferramentas com que o historiador atua sobre seus materiais e outra, muito diferente, é a teoria que inspira o plano de investigação”. (FONTANA, 2004).

Esta parece ser a chave para o salto epistemológico de que continua carecendo a cariologia, ou a investigação odontológica sobre a cárie. A melhora das ferramentas já deu sua contribuição e trouxe informações novas que se consolidaram ou perderam importância. Mas qual é a teoria por trás dos planos de investigação?

Aquelas de Muller e Keyes? Os modelos explicativos mais recentes apartados da fisiologia e do conceito de normalidade? Ainda que se trabalhe no nível operacional de estudos epidemiológicos de cunho transversal, não se percebem modelos teóricos previamente estabelecidos, antes o contrário: levantam-se dados e buscam associações. Encontradas, o pesquisador sai à cata de alguma explicação razoavelmente lógica para o fenômeno matemático; se não encontra, também não é problema, pois sempre se pode antepor o dado à especulação.

Evidentemente, também há estudos que partem de um modelo teórico mais amplo, em que se substituiu a variável de desfecho proposta pela cárie.

Será esta transposição suficiente? O impacto da sociedade sobre a mortalidade infantil, por exemplo, e a hierarquização de seus determinantes pode ser adotada sem maiores problemas? E os fatores proximais, biológicos, terão o mesmo potencial de determinação para todos os desfechos?

Se pergunto tanto, não é por desconfiança dos modelos teóricos existentes, mas da pouca discussão teórica acumulada na área de Saúde Bucal.

Por isso, os neologismos. Não há dúvida que a cárie está “odontologizada”, e mais recentemente foi “epidemiologizada”. Mas ainda há muito que se fazer para que seja também “sociologizada”, principalmente pelos dentistas.

Referências Bibliográficas

- AYRES, JRCM - Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev. Bras. Epidemiol., Vol. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.
- BOTAZZO, C. - Pensando a integralidade da atenção e a produção do cuidado em saúde bucal. Perspectivas teóricas e possibilidades práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. Instituto de Saúde, SES-SP, 2007 (inédito).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasil: zona urbana, 1986. Brasília, CDMS, 1988.
- CALVO, MCM. Treinamento em saúde bucal. São Paulo, FUNDAP, 1995.
- CHAVES, MM. Odontologia social. 3ed, Rio de Janeiro, Artes Médicas, 1986.
- COLUSSI, CF, FREITAS, SFT; CALVO, MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. Rev. bras. epidemiol., Mar 2004, v.7, n.1, p.88-97.
- COLUSSI, CF; FREITAS, SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad. Saúde Pública, Out 2002, vol.18, n.5, p.1313-1320.
- FONTANA, J. – A história dos homens. Bauru, EDUSC, 2004.
- FREITAS, SFT. História social da cárie dentária. Bauru, EDUSC, 2001, 126 p.
- FURTADO, A. Efeito de um serviço odontológico no ataque de cárie de crianças e adolescentes do município Capão Alto – SC. Florianópolis, UFSC, 2002.
- KOVALESKI, DF; FREITAS, SFT; BOTAZZO, C. – A disciplinarização da boca:

das tecnologias do eu ao regime de vida. UFSC, 2004, 104 p.

LACERDA, JT - Prevalência e severidade da cárie dental em grupos homogêneos, segundo indicadores socioeconômicos no município de Florianópolis (SC). UFSC, 1999, 109 p. (dissertação).

LEAVELL, HR; CLARCK, EG. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill, 1976.

LOESCHE, W.J. Cárie dentária: uma infecção tratável. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1993.

MACMAHON, B; PUGH, T. Principios y métodos de epidemiología. México: La Prensa Médica Mexicana; 1975.

NARVAI, PC; CASTELLANOS, RA; FRAZÃO, P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Rev. Saúde Pública*, vol.34, n.2, p.196-200, 2000.

NEWBRUN, E. Cariologia. São Paulo, Ed. Santos, 1988.

PERES, KGA; BASTOS, JRM; LATORRE, MRDO. *Rev. Saúde Pública*, 2000, vol.34, n. 4, p.402-408.

PERES, MAA; NARVAI, PC; CALVO, MCM - Prevalência de cárie dentária em crianças aos doze anos de idade, em localidades do Estado de São Paulo, Brasil, período 1990-1995. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n.6, p.594-600, 1997.

SANTOS, RJ. Prevalência e incidência de cárie dentária e sua relação com o nível socioeconômico em escolares: um estudo longitudinal. Florianópolis, UFSC, 2003 (dissertação).

THYLSTRUP, A; FEJERSKOV, O. – Cariologia clínica. 2ed, São Paulo, Ed. Santos, 1995.

THYLSTRUP, A; FEJERSKOV, O. – Cariologia clínica. 3ed, São Paulo, Ed. Santos, 2001.

Capítulo 18

A cárie dentária como fetiche. Primeiras notas

Carlos Botazzo

“A vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganosa, o julgamento difícil. É preciso não somente fazer o que convém, mas ainda fazer com que o doente, os assistentes e as coisas exteriores contribuam para tanto.”

(Hipócrates, 2002, Primeiro aforismo)

Introdução

A Odontologia, como profissão separada da Medicina, surgiu em fins do século XIX com a promessa política de restringir-se às “operações sobre os dentes”, como se dizia então (GODON, 1901; BOTAZZO, 1999; 2000).

Para entender-se como profissão de saúde, ao longo do tempo foi ajuntando ao seu cabedal teórico-político reiteraões populares, sem comprovação de ordem empírica, uma das mais conhecidas a de que a saúde começa pela boca ou pelos dentes. E sendo os dentes humanos seu objeto de trabalho e justificação da existência, teve de qualquer modo que procurar as razões pelos quais se estragavam, e durante quase 100 anos, dos finais do século XIX até meados da década de 1960, a maior parte dos trabalhos científicos incidia sobre o papel dos carboidratos na produção de cáries, com ênfase na denominada “dieta cariogênica” com base na ingesta de amiláceos (HINE, SHAFFER, 1985).

Pensando ao modo de Thomas Kuhn (1992), a microbiologia de Müller e as teorias de Gotlieb ou Schatz (que correspondem, respectivamente, às teorias da cárie dentária ditas microbiana-acidogênica, proteolítica e da proteólise-quelação), todavia, pareceram – e durante um tempo consideravelmente longo - não ter sido suficientes para produzir um complexo explicativo que satisfizesse a comunidade odontológica.

A literatura científica desta época é cambiante e não há consenso com relação à etiologia da cárie, levando autores, como Freitas (1998), a reconhecerem este período como não científico, pela fragilidade ou escassez de evidências empíricas nas relações de causalidade entre agentes e efeitos observados, ainda que a literatura de certa “odontologia preventiva”, ligada à

prática pública, tenha produzido ou buscado estabelecer correlações entre escovação e uso de fluoretos, por exemplo, e ocorrência de cáries em crianças (KLEIN, PALMER & KNUTSON, 1938; Seleções do Readers Digest, 1948; 1949).

De não haver relação objetiva claramente estabelecida entre eventos observáveis, e que pudessem estar sujeitos às leis gerais da Patologia, a cárie dentária foi largamente concebida como doença da civilização e fenômeno “democrático”, isto é, que atingia a humanidade por igual, independente de classe social, sexo, idade, raça etc.

Nesta linha de generalização absoluta, Lerman (1964), um prestigioso historiador da Odontologia, afirmou, categoricamente, que “as afecções dentárias foram desastrosas para os animais da selva” e “apressaram a extinção das espécies”, insistindo que tais afecções “existiam muitos milhões de anos antes que o homem houvesse aparecido na Terra”, completando tal raciocínio com uma afirmação no mínimo estapafúrdia: “(...) se crê que estas afecções são as que atacaram e exterminaram os répteis do mesozóico (...)”!

Deixando de lado tal destampatório, tudo isto significa que se a cárie dentária existia na Terra entre os animais “da selva” milhões de anos antes dos homens, aumenta a impressão de que ter dentes ou perdê-los se trata antes de evento “natural”, e não “social”.

Como outros, também este autor vinculou a existência da profissão odontológica e a de dentistas à ocorrência de cáries, quando não, simplesmente, ao fato de os humanos terem dentes, como exagerará o prefaciador da mesma obra, um certo Juan Ubaldo Carrea, que dirá sem rodeios: “Nascido o homem e aparecido o primeiro dente na boca, nasceu o primeiro gesto de interesse odontológico (...)”...

Não devemos, por certo, imaginar que essas afirmações são coisas do passado. Ao contrário, elas se acham presentes no nosso cotidiano, compõem o imaginário odontológico e o imaginário social acerca do dentista e da profissão, e de tal modo, que dentes, cárie e dentistas vão e vem sempre juntos. A piada que conta o desacerto do aluno que vai examinar os dentes de um paciente pela primeira vez “em busca de cáries”, e não percebe tratar-se de dentadura artificial, ao lado de ingênua, é também a reiteração de que se examinam dentes com manifesta finalidade, foi veiculada pela internet e ainda há pouco.

Tudo isto compõe o que folgadoamente denominamos *apriori odontológico*, com a cárie dentária fantasmicamente recobrando o horizonte clínico do dentista e já não se sabendo, ao se falar de cárie, do que estamos falando, e assim impedindo ou dificultando o profissional de perceber outras patologias buco-dentárias e ver além dos dentes. Além disto, parece que a literatura especializada, a epidemiológica inclusive, registra sob a denominação cárie dentária um conjunto de processos mórbidos distintos como se formassem entidade nosológica única.

Assim, o objetivo deste capítulo é discutir algumas dessas correlações, fazer o registro histórico das posições políticas que determinaram o recorte dentário da profissão, discutir a retomada, no século XX, de teorias ultrapassadas e em voga no século XVIII, e apresentar o quadro do que se denominará de incongruências das teorias odontológicas sobre a cárie dentária.

Os limites gengivo-dentários

Um primeiro entendimento sobre as questões aqui propostas caminha no sentido de desvelar a Odontologia como uma bio-política. Isto significa dizer que ela é prática social dotada de historicidade, quer dizer, é produto do engenho e da ação política de homens concretos (IYDA, 1998; BOTAZZO, 2000; 2006; FIGUEIREDO, BRITO E BOTAZZO, 2003). Quando se diz que ela nasceu, no fim do século XIX, com a promessa de restringir-se “às operações sobre os dentes”, isto também significa afirmar que, logo no nascimento e de um só golpe, a nova profissão explicitou qual seria seu o projeto político e qual teoria sustentaria sua prática.

Ora, se a Odontologia surgiu apenas no final do século XIX, isto quer dizer que antes, e nos séculos anteriores, ninguém tratava dos dentes ou das doenças da boca? A resposta é negativa. Não se está afirmando que somente no século XIX é que se organizou o cuidado odontoestomatológico ou buco-dentário. Por certo, desde seu surgimento a sociedade humana dispensou cuidados bucais aos seus membros, conforme o grau de desenvolvimento do conhecimento e das tecnologias. É abundante a literatura que trata da arte de curar em geral e da arte dentária em particular, e não se fará aqui senão as referências necessárias à compreensão do tema em debate.

Um dos principais articuladores da nova profissão odontológica, Charles Godon, que será citado numerosas vezes no decorrer deste trabalho, reconhecia que tais cuidados pertenciam e sempre pertenceram ao conjunto da arte e da prática médica e cirúrgica dos antigos. Naturalmente, contam-se às centenas os livros escritos sobre “arte dentária” no século XIX, para fazer referência apenas a esse século, e são por demais conhecidos dos historiadores da medicina os textos hipocráticos e o dos filósofos (entre os quais Aristóteles) que tratavam dos dentes, e depois os de médicos e cirurgiões como Galeno, Razes, Albucassis, Avicena, Hemard, Guy de Chauliac e Pierre Fauchard.

O caso, entretanto, é que para Charles Godon e outros importantes epígonos da Odontologia, esses autores “do passado” não teriam se preocupado nem teriam tratado da prótese dentária ou dos materiais dentários ou das técnicas de obturação de cavidades ou restauração dos dentes, o que é rigorosamente falso. É historicamente aceito que a prática médico-cirúrgica produziu conhecimento e organizou cuidados bucais e dentários no interior da sociedade, mas surpreendentemente este não foi o foco da discussão processada nas últimas décadas do século

XIX. A questão então colocada pelos fundadores da Odontologia foi outra. Como era reconhecida a existência de *ajudantes* destes tais médicos e cirurgiões *antigos*, e como fossem em grande número, são esses ajudantes que se vão organizar e reivindicar sua *existência separada de cuidadores dentários*.

Para alguns autores, eram muitos os tipos de praticantes da arte, desde profissionais com formação médica, dentistas com formação na Alemanha, Inglaterra ou Estados Unidos, e a grande massa de praticantes que se desenvolveu nos gabinetes mais concorridos e, finalmente, a dos ajudantes dos ajudantes (REDIER, 1882; BOTAZZO, 2000). A tal divisão ou ordem de trabalhadores correspondia igual categoria social, de modo que aos primeiros tocavam as bocas bem pagantes enquanto aos últimos tocava atender o proletariado dos arrabaldes, como dizia Paul Dubois (1890).

A nota política desta construção é dada na França, onde adquiriu visibilidade e organicidade o movimento conduzido por dentistas com formação em gabinete, ajudantes e “mecânicos” (protéticos), com forte adesão do extrato inferior desta pirâmide, ao qual se prometia a possibilidade de “ascender” por meio de uma qualificação técnica respeitada e feita no curto prazo. A eles ajuntaram-se “patrões”, isto é, donos de gabinetes dentários, e também comerciantes e fabricantes de produtos de uso na arte. É na França, portanto, que a nova profissão ganha contorno e existência e depois o modelo é “exportado” ou influencia a organização odontológica em todos os países do mundo, com ligeiras alterações aqui e ali.

É importante lembrar que na época que estamos tratando não há regulamentação profissional acabada em praticamente nenhum país do mundo, e, assim, historicamente, o movimento que conduzirá à emergência da Odontologia ainda não tinha atingido sua meta. Para isso, faltava que se concluísse a construção do modelo pedagógico que poderia garantir a produção/reprodução do dentista. Neste particular, é também na França que se atingirá esta meta, com a Escola Dentária Livre de Paris. É preciso outra vez lembrar que a Escola de Baltimore, fundada em 1840, não é estrita e exatamente uma escola dentária, isto é, os alunos que nela ingressavam não se formavam em “odontologia” mas, sim, em cirurgia dentária (no 2º ano) e em medicina cirúrgica (no 3º ano), já que a escola toda era um centro de formação médico-cirúrgica. (Ring, 1985) Por outro lado, na Inglaterra, desde 1878 a formação do cirurgião dentário achava-se ligada ao ensino médico-cirúrgico, e os praticantes se afiliavam ao Real Colégio de Medicina e Cirurgia. O que vai diferenciar o percurso de “legitimação e outorga” da nova profissão nestes diferentes países – como fato político incontestável – é a fundação da Federação Dentária Internacional (FDI). É este o fator decisivo e nota de distinção entre todas as outras experiências, foi só com a *organização internacional da experiência odontológica que a odontologia adquiriu existência como prática social legitimada e institucionalizada*. E, coerentemente, foi no

âmbito da FDI que politicamente se definiu como dali por diante dentistas seriam formados, e a ênfase evidenciou a opção por um desenho que privilegiava “o trabalho de bancada e a habilidade manual”. Assim, o nascimento da nova profissão se completou quando se desenvolveu o projeto pedagógico de educação odontológica, e dentistas começaram a ser regularmente “produzidos”, garantido-se, deste modo e a um só tempo, a produção social de dentistas e a reprodução da Odontologia.

Chegado o momento, a nova profissão pôde anunciar que seu objeto era a realização de operações sobre os dentes, abandonando quaisquer outras pretensões cirúrgicas, e assim se restringindo resgataria o que sempre teria sido - e desde sempre, segundo essa concepção restrita - o trabalho dos verdadeiros dentistas de todos os tempos: “limar, obturar, extrair e substituir dentes” (GODON, 1901).

É preciso prestar atenção no que está sendo dito, pois tal concepção recobre nosso imaginário na contemporaneidade e nos impossibilita de perceber que na origem este “centramento dentário” se opõe às definições atuais sobre a profissão, contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), onde se declara a intenção de formar um profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, com conteúdo humanístico e ético e orientado para a promoção da saúde, *a prevenção e o tratamento das doenças bucais prevalentes* (CNE, 2002; HADDAD, 2006; ZILBOVICIUS, 2007; grifos meus). A esta questão se voltará um pouco adiante.

Aquela posição, portanto, respondia à pergunta: “o que caracteriza um dentista?”, e veio também responder a outras tantas: “há perigo na prática do dentista?”, “é preciso ter formação médica para exercer a arte?”, “existiriam doenças dentárias, isto é, os tecidos dentários seriam passíveis de adoecimento como os demais tecidos do corpo?”; e uma fundamental: “haveria dente normal?”. Estes questionamentos foram feitos no momento em que, no século XIX, as especialidades médicas se desenhavam e ganhavam forma as políticas de repartição do corpo humano segundo aparelhos e funções.

A legalidade dentária, isto é, a chancela pública que outorga a Odontologia à sociedade, teve por base os seguintes enunciados:

1. quase não se pode falar em patologias dentárias, antes são lesões:

Esta foi a posição de John Tomes, famoso anatomista e patologista inglês. Praticante da arte dentária, Tomes, e também seu filho Charles, entendia que os princípios que regiam a Patologia não se aplicavam ao órgão dentário. Não havia no esmalte, segundo ele, nenhum processo mórbido que poderia ser caracterizado nessa condição, isto é, numa condição patológica, fosse infeccioso ou de qualquer outra natureza. *Havia lesões*. Mesmo assim, o processo, ou *a causa*, era externo, não se comunicando sistemicamente com o organismo, não sendo influenciado por nenhuma disposição da fisiologia,

posto que, embriologicamente, a gênese dentária não está na dependência ou não se deixa influenciar pelo estado geral do indivíduo – metabolismo do complexo cálcio-fósforo, por exemplo. Por esse motivo, foi descartada a possibilidade de que a prática odontológica necessitasse ser regida pelos mesmos princípios que regem as demais especialidades médicas.

2. os dentistas manipulam medicamentos em doses anódinas:

Esta foi a posição de Paul Bert. Bert era médico anesthesiologista, professor de medicina, pesquisador, ex-ministro da Instrução Pública, ex-governador da Indochina e ex-ministro da Assistência Pública. Como outros notáveis da época, Paul Bert apoiava o projeto odontológico. Ele questionava a evidência de que os dentistas usavam substâncias tóxicas ou perigosas, como era afirmado por opositores de tal projeto. Claro, ele dizia, é verdade que os dentistas manipulam substâncias perigosas, mas isto é feito “em doses tão pequenas e anódinas que não resultam em nenhum perigo para os pacientes”. Daí, afirmava ele, o dentista não necessitar, em sua formação, de nenhum aprofundamento quanto à fisiologia e à patologia.

Mais duas posições se juntam ou são derivadas destas duas primeiras. Uma reafirma que a economia dentária (o funcionamento dentário) não comunica (interfere) com a economia do corpo (com o funcionamento do corpo); e outra realça não haver “normalidade dentária” (o dente normal seria um mito) e, assim, não haveria perigo na prática do dentista e, em consequência, não haveria necessidade de controle público da prática profissional, permanecendo no âmbito de uma relação privada.

Estes questionamentos foram respondidos quase que a um só tempo, e todas essas posições, finalmente, foram politicamente garantidas pela reiteração de que a atuação do “verdadeiro dentista” historicamente nunca havia ultrapassado os limites gengivo-dentários, e não ultrapassaria tais limites na contemporaneidade. Tendo agora existência material a associação e a escola, estavam dadas as condições de possibilidade para que emergisse a nova profissão, condição política e estatal, bem entendido, mas com respaldo do mundo acadêmico e científico.

Em conjunto, essas teorias tiveram por função dar efetividade à prática dos dentistas e legitimá-las perante a sociedade, procedendo à primeira separação entre o bucal e o dental, pois doravante os dentistas vão se dedicar, sobretudo, às operações sobre os dentes, tornando dispensável qualquer referência a uma clínica de doenças da boca e dos dentes, deste modo, então, uma clínica estomatognática.

Não deixa de ser oportuno associar esta separação ao desgarramento entre o dente e o alvéolo ósseo, esta separação do dente em relação ao corpo do homem. Não deixa de ser igualmente oportuno lembrar que este recorte de atuação do cirurgião-dentista corresponde àquilo que corriqueiramente se denomina de o “arroz-

com-feijão” da prática – dentística, um pouco de periodontia, cirurgia e prótese -, o dia-a-dia de um dentista comum e, surpreendentemente (ou não tão surpreendente assim), este dia-a-dia não é muito diferente do que faz o “dentista prático”, ou seja, no nível das operações sobre os dentes, dentistas com formação regular em universidades e os sem formação se equivalem (WARMILIG, 2006)

Prestemos atenção, pois trata-se e fala-se de uma clínica na qual não há patologia, apenas instituições. Por isso, Freitas dirá que “a odontologia se estabelece como profissão técnica, se firma enquanto prática e não como ciência, e só muito posteriormente se preocupará em tornar-se ‘científica’” (FREITAS, 2001).

Por certo, havia “cientificidade” no modo como pesquisadores odontológicos cuidavam da produção do conhecimento e buscavam dar embasamento científico para a eleição de novas técnicas ou a introdução de novos materiais de restauração, por exemplo. Não por acaso, um dos setores que mais se desenvolveu na odontologia mundial foi exatamente este, ao lado dos dentifrícios e enxagüatórios (MANFREDINI e BOTAZZO, 2006), não se esquecendo das técnicas operatórias de Black, do início do século XX, sobretudo as de preparo cavitário com extensão preventiva, só abandonadas muitas décadas depois, já quase no fim do século, pela evidente invasividade, comprometimento e destruição dos tecidos dentários sãos.

Mas o que significa, exatamente, dizer que não há clínica neste lugar ou que se trata de uma clínica na qual não há patologias, apenas instituições? Prestemos, novamente, atenção, vejamos como isto seria possível. Inicialmente, devemos reconhecer que toda atividade clínica se assenta ou se reparte entre a Anatomia, a Fisiologia e a Patologia. O praticante conhece a estrutura “normal” do corpo humano, seu funcionamento e as alterações a que poderá estar sujeito. São fundamentais três conceitos aliados e simultâneos: o de célula, o de tecido e o de órgão. A moderna descrição do ser vivo se tornará possível com o uso combinado desses três conceitos, que são também os termos que permitirão as descrições das alterações que sofrem, concebidos como processo patológico. Têm no final a propriedade de nos dizer quanto e o quê se afastou da estrutura “normal” e da correlata função “normal”. Função, já sabemos, é algo que não vemos mas cujos efeitos sentimos. Em resumo, a anatomia patológica nos permitiu compreender como tal sintoma ou sinal particular correspondia a tal ou qual alteração no órgão ou nos órgãos implicados. Este sentido de localização é fundamental para estabelecer os novos (e contemporâneos) sentidos médicos da doença. Junto com a Microbiologia, permitiram outra base epistemológica e outra justificativa técnico-política para sustentar, na sociedade capitalista moderna, a modernidade da clínica médica (CANGUILHEM, 1995; FOUCAULT, 1980).

E o que viria a ser, exatamente, a definição de clínica? Sabendo que na atualidade as clínicas são numerosas, incluindo as da esfera psicológica, a primeira

correlação deverá ser feita com a clínica médica, no nível de generalidade, e depois com suas especialidades, no nível concreto, pois é neste nível que aparecem as possibilidades práticas da arte de curar. Lembremos que dentre estas artes, historicamente, se inclui a arte dentária. Clínica, lembremos outra vez, diz respeito, etimologicamente, ao exame clínico feito com o paciente no leito – *klinomai*, que quer dizer: estar deitado (Hipócrates, 2002). Todas as clínicas, enfim, organizam-se segundo os mesmos preceitos e guardam semelhança quanto aos métodos: queixa, anamnese, exame físico (“perfil” psicológico), hipóteses diagnósticas, exames complementares, diagnóstico, tratamento, prognóstico. Inicialmente, tem relevo a história clínica, ela ocupa lugar central para a interpretação ou entendimento do mal estar do indivíduo ou do sujeito que procura a ajuda do especialista. Segundo o *corpus hipocraticus*, é exigido do profissional critérios rigorosos quanto aos procedimentos que devem ser adotados:

“examinem-se desde o começo as semelhanças e as diferenças, as mais fáceis, as que conhecemos por todos os recursos. O que se vê, o que se toca, o que se ouve; o que pode perceber-se com a vista, com o tato, com o ouvido, com o nariz, com a língua, com o entendimento; o que pode conhecer tudo aquilo com que conhecemos”. (ENTRALGO, 1998)

Como um epíteto, esta passagem marca a prática clínica e a atividade médica (ou médico-cirúrgica, entendamos bem) como uma *tékhnē*, isto é, um específico modo de fazer, “um saber fazer, sabendo porque se faz o que se faz”.

A organização do procedimento clínico ou o ensino da arte de curar obedece aos seguintes passos: 1) conhecimento do homem saudável; 2) conhecimento do homem doente, o que implica uma nosologia, uma etiologia, uma morfologia patológica, uma fisiologia patológica, uma fisiopatologia geral, uma fisiopatologia específica, e uma nosognóstica (ou o conhecimento científico da doença diante do homem que a sofre). Esta última tem para nós particular interesse porque envolve o estudo dos sinais e sintomas (os sintomas percebidos pelo médico merecem o nome de *signo*, *semeion*, e se constituem em objeto da semiologia ou semiótica), uma doutrina dos processos mórbidos (patografia ou doutrina da história clínica), uma classificação das doenças ou taxonomia e uma arte para reconhecer no doente os sintomas da sua doença, compreendida como arte da exploração e diagnóstico. Os demais passos, implicam a conservação do estado de saúde – uma *higiene privada* –, as relações do doente e da doença com a sociedade (medicina legal, saúde pública, medicina do trabalho etc) e, finalmente, o ensino e as condições de exercício da arte. (idem, p. 25-7)

Estes aspectos imbricados é que constituem os problemas por meio dos quais a arte de curar se ergue, se diversifica e pode ser exercida a contento, reiterando Entralgo, uma vez mais, para quem “sem uma constante alusão à

arte do diagnóstico, à classificação das doenças e a uma teoria da enfermidade, não é possível entender a estrutura, o conteúdo e a intenção de uma história clínica” (idem, p. 9). Isto é, a história da doença do homem doente ou simplesmente a história do homem. Pois, como se disse em outra ocasião, é *na anamnese que se constitui o caso clínico, é na anamnese que aparece o doente com sua doença* (BOTAZZO et al., 2007).

Adquirem relevo e são de surpreendente atualidade, por isso, as palavras de Hipócrates quanto ao significado filosófico dos estudos médicos:

“alguns sofistas e médicos dizem que não é possível saber medicina sem saber o que é o homem, e que aquele que quer praticar com habilidade a arte de curar deve possuir este conhecimento. (...) parece-me que estamos longe de tais conhecimentos, quero dizer, de saber o que é o homem (...) assim, creio firmemente que todo medico deve estudar a natureza humana e procurar com cuidado, se quiser cumprir suas obrigações, quais são as relações do homem com seus alimentos, com suas bebidas, com todo o seu modo de vida e quais influências cada coisa exerce sobre cada um.” (HIPÓCRATES, 2002, p. 36-7)

O velho médico aqui explicita sua posição de que é com os homens que a medicina deverá se ocupar, de certa maneira uma *antropologia*, tanto quanto explicitara a necessidade de estudar os lugares, as águas e os ares, largamente o que hoje denominariamos *ecologia*. Por isso, neste nível de generalidade ou de abstração, sempre é possível deduzir o homem (e a sociedade) da posição médica, mesmo se a julgamos equivocada.

Ora, na teoria odontológica não existe a concepção biológica de indivíduo, isto é, um indivíduo-corpo ou um sujeito-corpo; o dente ocupa lugar central para a fundamentação da prática, ele é o “indivíduo” da odontologia, o “corpo” que foi dessecado, diafanizado e aberto para compreender o processo mórbido que ali se instala. A tal ponto esta concepção dentária de “indivíduo” é presente que o dente é também denominado *elemento* - um “elemento dental” - e então se pode dizer: o cliente perdeu tantos elementos dentais, ou o elemento estava muito cariado. O dente isolado é concebido como signo da profissão, o representante, um significante. Está presente em todos os cartões de visita, placas de consultórios e ilustrações de publicações, mas foi antes entronizado na mente do estudante logo ao início dos estudos odontológicos, cientificado como uma disciplina e praticado por meio da sua escultura, como a produção de um totem - um *ex-voto* - em cera.

Do ponto de vista da função bucal – mastigatória, por exemplo - um dente isolado nada significa, pois sem o dente opositor sua estrita função – corte, dilaceração ou trituração - não se cumprirá. Um incisivo só cortará se tiver um incisivo opositor, e de igual modo um molar ou um canino. Mesmo que o sujeito

tenha 5, 10 ou 12 dentes em sua boca, se não houver oposição não haverá oclusão e, portanto, nada de função mastigatória. Nesta perspectiva é que o dente aparece como uma instituição, ele marcaria tempos, ritmos, modos de fazer - certas técnicas -, fixaria a identidade profissional e demarcaria o território de uma intervenção.

Neste exato sentido é que o dente, finalmente, apareceria como linguagem, *uma língua dental*, a quealaria do adoecimento deles e do seu cuidado, o modo como devem ser cuidados pelo próprio dono e pelos dentistas, evidentemente. Seria possível recuperar o homem por inteiro nestes discursos, pois é possível recuperar o homem por inteiro a partir de sua boca e dos seus dentes, mas a odontologia não logra fazer tal recuperação, e isto porque o conceito de elemento dental adoecido (ou são) não é ferramenta lingüística e sociológica suficiente e, assim, o homem que aparece no discurso odontológico não é mais que um simulacro. Na teoria odontológica não há o homem - doente ou não - mas, sim, *elementos dentais comprometidos*. Esta é a instituição, aquilo que funda ou dá estatuto à profissão, junto com o ensino técnico com ênfase na habilidade manual e na formação em bancada, e da qual deriva o esmero do profissional no seu trabalho. Nesta dimensão, basta pensar em lesão dentária, dispensando qualquer outra referência que seja à clínica.

De fato, do ponto de vista prático pouco interessa a causa da cavidade ou a do problema a ser corrigido; no plano das reconstruções dentárias imediatas, basta um ataque ácido e um condicionamento do esmalte, basta escolher a cor da resina. Não por acaso, na relação de especialidades do Conselho Federal de Odontologia, dos 220.000 cirurgiões-dentistas inscritos, tão somente 13.000 dedicam-se a alguma prática diagnóstica (por imagem, por semiotécnica ou anátomo-patologia), o que significa 5,90 % do total, e se consideramos tão somente os “estomatologistas”, especialidade que substituiu o que antes se denominava “diagnóstico bucal”, encontramos escassos 0,90% (CFO, 2008). Ou seja, majoritariamente, a odontologia intervém sem que haja diagnóstico ou, quando muito, contenta-se com um diagnóstico parcial. No fundo, mantém-se a antiga prática de fazer um “orçamento” logo na primeira visita. E assim se torna dispensável qualquer interesse pela história clínica.

3. Incongruências de uma teoria

Por mais técnica que fosse, a profissão muito cedo veio a necessitar de uma teoria com a qual explicasse o adoecimento dentário. A nova profissão entrou em cena sem que tivesse produzido conhecimento novo sobre seu objeto. Alguns autores, sobretudo Émile Magitot, foram rigorosamente ignorados, pois eram adversários políticos dentro do movimento emancipatório. A despeito disto, a profissão não pôde ignorar por completo as teorias em voga e assim tornou-se parcialmente herdeira do conhecimento produzido na modernidade do século XIX. Este, como é sabido, implicou, dentre outros aspectos, a plenitude da embriologia e a diferenciação dos tecidos dentários, a descrição das fases ou etapas da

dentição, a classificação dos cistos e tumores da cavidade bucal, e a dos dentes inclusos, o desenvolvimento da anatomia bucal e dentária, a produção *in vitro* da dissolução do esmalte na presença de ácidos, com a conseqüente formação de cavidades, e as primeiras descrições da microbiologia bucal. De igual modo, observou-se o desenvolvimento de novas tecnologias e novos materiais de uso protético-restaurador, instrumentos e técnicas. (BOTAZZO, 2000; RING, 1985)

O caso, todavia, continua sendo outro. É sabido que Fauchard, no século XVIII, classificou 130 espécies diferentes de doenças buco-dentárias. A classificação de doenças era específico modo de conhecer, tanto quanto a classificação nas ciências naturais, na botânica e na zoologia. O caso é que Fauchard, seguindo a tradição hipocrática e galênica, denominava “cárie” indistintamente um sem número de doenças buco-dentárias. Etimologicamente, a palavra vem do grego, através do latim, e significa “podre”, “apodrecido”, e também “rançoso” ou “carunchado”. No século XVIII, lembremos outra vez, dentes são ossos, a distinção embriológica ou o conceito de tecido não havia ainda emergido no conhecimento fisio-patológico, de modo que simplesmente a Medicina e a Cirurgia da época estão descrevendo o “apodrecimento” de ossos. Somente quando se separaram embriologicamente dentes de ossos, no século XIX, é que se tornou obrigatório o uso do adjetivo; assim, passou-se a distinguir “cárie dentária” de “cárie óssea”, por exemplo, e esta última, mais tarde, recebeu outras denominações: osteíte, que é a infecção do osso, e, quando na presença de sequestro, é chamada osteomielite. A denominação “carie” permaneceu por tradição, agora referindo-se exclusivamente aos dentes. (BOTAZZO, 2000).

Há significativa diferença entre cárie de esmalte e cárie de dentina. A primeira é de natureza química, sem reatividade do organismo; a segunda é proteolítica e inflamatória, com reatividade do organismo ou resposta fisiológica. Em todos os manuais e como confirmação da teoria, cárie de esmalte e cárie de dentina são descritos em capítulos distintos. É importante salientar, no entanto, que o processo clássico descrito nos manuais e aceito pelos autores diz respeito exclusivamente ao esmalte, incluindo-se nele as manifestações positivas ou negativas do flúor. Neste caso, chamemos essas manifestações negativas de efeito *teratogênico*, porque é produzido no período embrionário e afetam exclusivamente o órgão do esmalte. É assim com este efeito teratogênico do flúor conhecido como fluorose. Em nenhuma hipótese, verifica-se qualquer troca metabólica ou outra forma de interação entre dentina e flúor, qualquer que seja sua apresentação, dosagem ou modo de aplicação.

Do ponto de vista sociológico e midiológico, há pletora discursiva, pois no mundo ocidental fala-se muito em cárie dentária. É assunto cotidiano, toca a crianças e adultos em quaisquer situações sociais. Tal abundância de referências é atribuída à profissão mas seria mais seguro, se quisermos entender melhor tal abundância, interrogar antes a *indústria odontológica*. Ter bons dentes e cuidar deles é o tema

preferido em todas as comunicações nas grandes mídias. É notável, todavia, em todas essas manifestações midiáticas, o silêncio acerca dos mutilados socialmente produzidos pela prática odontológica. Sem dúvida, eis o ponto de amarre onde se constroem e aparecem no imaginário coletivo as bordas coalescentes da indústria e as da odontologia. Imaginam-se confundidas as prescrições de uma e as da outra, fica parecendo que seus interesses são os mesmos. E gerações de dentistas crêem que ao fazerem palestras educativas acerca do consumo da sacarose ou da necessidade da escovação estariam dando “cientificidade” às abordagens que a propaganda realizaria sem base clínica ou científica, como pensam alguns, quando a propaganda de escovas e cremes “anti-cárie”, atingindo milhões de pessoas, é criteriosa e cientificamente elaborada. Assim, é antes a indústria a construtora eficaz da cárie dentária como doença-mãe; a profissão legitima tal constructo e por meio da escola garante-se sua reprodução. Finalmente, as políticas públicas fornecem ou são a condição de possibilidade para que todo esse arranjo se instale e prospere. No Brasil, foi notável a expansão do mercado de produtos para limpeza bucal, produção e consumo de escovas, pastas e enxaguatórios, jamais conhecida nos tempos anteriores à Reforma Sanitária. Este aspecto da economia da saúde sem dúvida demanda maiores estudos, mas fica já indicada a procedência da observação, como demonstrado por Manfredini (2006).

Breve visita à literatura e aos manuais nos permitem, surpreendentemente, perceber as incongruências das teorias odontológicas acerca da cárie. É no plano discursivo que as afirmações bioquímicas se esboroam. Podemos elaborar o seguinte roteiro de questões:

1. Doença microbiana ou metabólica?

A pergunta cabe porque os autores incidem fortemente na etiologia microbiana da cárie e não há quem nos dias de hoje, e desde a década de 1980, não implique o estreptococo mutans, na produção de ácidos na placa, por estímulo da sacarose. Placas (ou biofilme, como se pretende hoje em dia) são formadas por bactérias e acumulam-se nas superfícies dentárias por falta de escovação. Tal qual mantra repetido numerosas vezes ao dia, uma citação é significativa:

“A cárie dentária é uma doença microbiana dos tecidos calcificados dos dentes, caracterizada pela desmineralização da parte inorgânica e destruição da substância orgânica do dente.” (SHAFFER, HINE & LEVY, 1985)

Mas a surpresa vem poucas páginas depois, nos mesmos autores, que então dizem:

“...o fator dietético parece ser mais significativo, especialmente porque a incidência da cárie aumenta pelo contato com alimentos ‘civilizados’.” (idem, ibidem).

Poderia parecer que esta tenha sido posição isolada, mas a consulta a outros autores revela o mesmo conteúdo:

“A dieta desempenha um papel central no desenvolvimento da cárie dentária.” (THYLSTRUP & FEJERKOV, 1988)

2. Doença étnica ou civilizatória?

Se lembramos a posição de Salvador Lerman, citado no início deste capítulo, não nos parecerá estranha a referência feita ao processo civilizador ou aos aspectos étnicos ou raciais envolvidos na etiopatogenia da cárie, sem que tais aspectos tenham merecido qualquer esforço teórico de pesquisadores para elucidação do seu mecanismo. Todavia, dizem:

“Será suficiente citar alguns estudos de várias áreas geográficas envolvendo diferentes raças, para ilustrar a influência evidente da civilização sobre a cárie dentária”. (SHAFFER, HINE & LEVY, 1985)

E o dizem impunemente.

3. A Tríade de Keys

Trata-se de concepção que esteve em voga nos anos 70 e 80, no âmbito da medicina preventiva de Leavell & Clark, e que tomava emprestado da parasitologia termos tais como hospedeito, agente infectante, meio ambiente etc, e na parasitologia é conhecida como Balança de Gordon. A Tríade de Keys tem largo emprego e aceitação ainda nos dias de hoje. Simplificadamente, Keys correlaciona dentes, sacarose e microrganismos, conforme Figura 1.

Na confluência dos fatores, produz-se a cárie; contrariamente, removendo-se um dos fatores não se produz cáries. O caso da notável fragilidade de tal arranjo

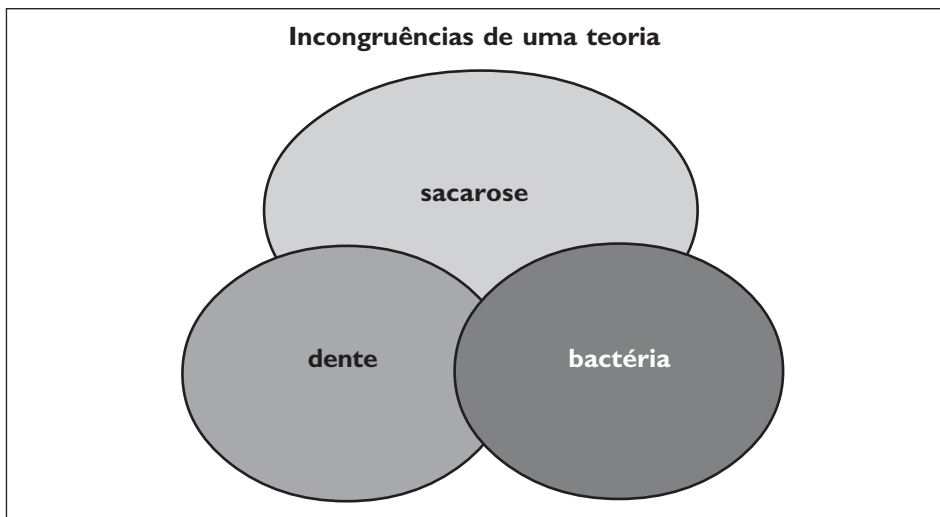


Figura 1: A Tríade de Keys: Hospedeiro (dente); Dieta (sacarose); Microrganismo (*Streptococcus mutans*)

está em que o “hospedeiro” não é o hospedeiro clássico da parasitologia, senão os dentes do homem, a dieta é a dieta do homem, a bactéria é a bactéria do homem e, finalmente, o meio ambiente não é outro senão que a própria boca do homem. Desaparecem quaisquer referências necessárias ao mundo exterior, ao meio circundante e, mesmo, à sociedade. No entanto, ela contém, ainda, uma mais notável fragilidade pois, se não existindo um dos fatores não se produz cáries, pode-se facilmente concluir que a remoção dos dentes da boca do homem é o meio mais eficaz para evitar cáries, já que sabemos que controlar a dieta e impedir a existência de microrganismos são tarefas difíceis, senão impossíveis (Figura 2).

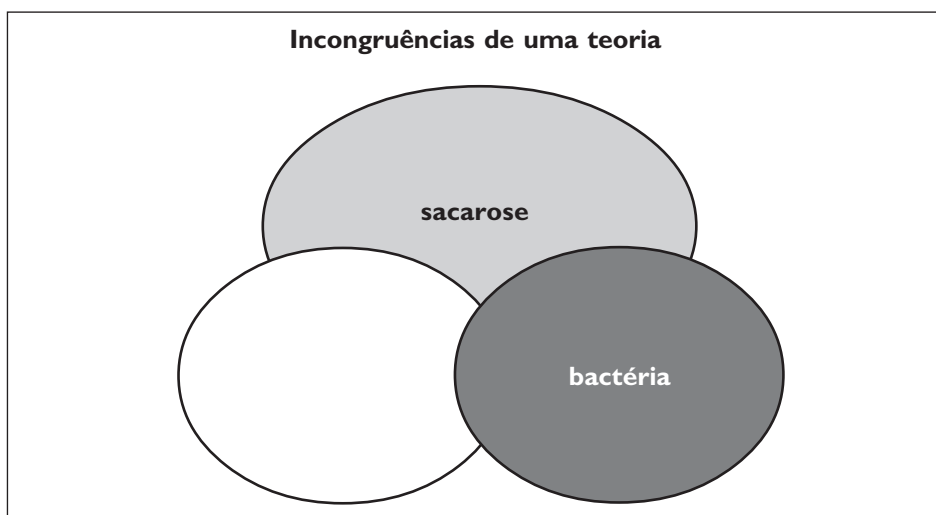


Figura 2: A Triáde de Keyes sem dentes

De fato, se levamos em conta o grau de desdentamento da população, esta vem sendo a prática “popular” da profissão, que seguiria à risca este postulado (OLIVEIRA, 2006). Com tal critério, poder-se-ia argumentar que o melhor meio de prevenir a cirrose hepática seria a remoção do fígado e também poderíamos prevenir um sem-número de patologias pulmões pela ablação completa dos pulmões. Afortunadamente, não se generalizou o argumento...

4. Outras incongruências de uma teoria

“As pessoas que jamais apresentam lesões de cárie são denominadas ‘isentas de cárie’, não se tendo encontrado explicação satisfatória para [essa] resistência...” (SHAFFER, HINE & LEVY, 1985)

Dever-se-ia investigar nestes grupos a ingesta de sacarose e a frequência da escovação, e ver se nelas se confirmam as teorias odontológicas. Prefere-se, antes, fazer afirmações encryptadas e pouco científicas.

“Durante mais de um século, a Odontologia foi considerada como uma profissão essencialmente preocupada com o *tratamento dos sintomas*, o que é confirmado pelo exagerado número de restaurações e extrações. (THYLSTRUP & FEJERKOV, 1988)

Eis outra afirmação desatenta. Sintoma, todos sabem, é algo subjetivo, é o que o doente relata ou sente. Assim, uma cavidade ou uma lesão num dente – sinal objetivo – não pode ser confundida com os sentimentos ou a percepção do paciente.

“...[é] clara a distinção entre a cárie dentária, uma doença infecciosa, e o seu resultado, *a lesão de cárie*, ficando bem evidente que *a doença* Cárie Dentária se estabelece na boca *alguns anos antes* do aparecimento dos seus sinais clínicos, as cavidades.” (WEYNE, 1988)

Outra afirmação que caminha à margem dos conceitos correntes da infectologia e da patologia geral. Uma infecção apresenta sinais e sintomas. Como qualquer outra patologia, no entanto, pode ser assintomática ou ter sinais sub-clínicos, mas não foi o que afirmou Weyne, que ainda utiliza inespecificamente o conceito de pré-patogênese, outra vez uma referência a Leavell & Clark, sem consistência, no entanto. O autor continuará:

“Isto implica (...) que é *possível diagnosticar* e interferir com o processo *antes que as lesões apareçam* na boca, estimando a *gravidade da doença* pela obtenção de informação sobre os *factos* que influenciam o curso dos eventos ...”. (idem, ibidem)

Sem dúvida, é possível fazer predições, sendo igualmente possível prever com certa margem de erro o curso de determinados eventos. Isto, no entanto, nada tem a ver com atividade clínica diante do homem doente da boca ou de outra parte do corpo. Tem, antes, a ver com a epidemiologia, mas não existem órgãos ou tecidos neste campo do conhecimento, e sim populações, de modo de outra vez nos encontramos diante da imprecisão conceitual ou flutuação terminológica de Weyne. Esta posição é, antes, a culpabilização do paciente ou a tentativa de transformar pessoas saudáveis em doentes, e deverá ser judiciosamente evitada pelo profissional consciente.

5. À guiza de conclusão

A forma da Ideologia precede a Ciência em numerosos momentos da vida prática. Segundo Canguilhem, muitas vezes a ciência se inicia nas formas ideologizadas da existência social que mais tarde buscarão modos de se tornar científicas ou de se cientificizar. Têm, assim, antes a ver com a Política ou com as manifestações coletivas de vontade e, por isso, implicam sistemas de crenças. São também construídas e reproduzidas nesta condição, isto é, de serem aparentemente científicas ou de

distantemente se basearem na ciência, funcionando como disciplinas, ou melhor, como dispositivos disciplinares. Nesta condição, são sistematizadas, ensinadas e metodicamente reproduzidas. Funcionam como estruturantes para a constituição de sujeitos práticos (CANGUILHEM, 1977; FOUCAULT, 1985).

Podemos ver nestas afirmações os momentos sociais e políticos que cercam a emergência da Odontologia e a permanência (reprodução) no tempo das suas teorias. É, como se disse em outra ocasião, para a profissão, englobados ensino e prática, a permanente necessidade de

“...expressar verdades sociais odontológicas, as da sociedade que a Odontologia recria, que são os discursos acerca do consumo de sacarose, as técnicas de escovação e os bons hábitos bucais, essas coisas de que os sujeitos concretos na sociedade deveriam se ocupar e que é dever do dentista permanentemente manter na lembrança deles (e que acabam permanecendo na do dentista).” (BOTAZZO, 2006)

Uma teoria assim formada – como são as teorias sobre a cárie dentária – só pode subsistir como Ideologia, sua demonstratividade como teoria é impossível e se submetida ao escrutínio dos fatos e da ciência, ver-se-ia em apuros. Por isso, e parcialmente que seja, a odontologia busca cientificizar-se permanentemente, mas é como crença que sua prática se sustenta.

Acredita-se que a Odontologia exista desde os primórdios da humanidade, que a cárie dos dentes seja entidade nosológica única, se acredita que havendo dentes haverá cáries, ou que basta haver dentes para que imediatamente se possa fundar a odontologia, se acredita que os répteis do mesozóico tiveram sua extinção acelerada por conta de “afecciones dentarias”, se acredita que dentistas foram desde Asclépio os ajudantes dos médicos, ou que a profissão odontológica seja sucedânea dos barbeiros medievais, que o tratamento dentário não interfere na fisiologia geral e que apenas as operações sobre os dentes (limites gengivo-dentários) interessa à prática, que prótese e dentadura natural se equivalem, que de comer açúcar o sujeito perderá seus dentes, e os perderá também se não se escovar corretamente, se acredita que as pessoas não dão importância à sua boca e aos seus dentes, se acredita que os procedimentos odontológicos são caros e os equipamentos e materiais são importados, e por isso a cobertura pública da assistência odontológica é escassa, se acredita que se bebês forem odontologicamente manipulados sairão com seus dentes indenados, tanto quanto se acredita que se a gestante for odontologicamente manipulada (e orientada a não comer doces) haverá transferência simpática ao feto, *que também sairá do ventre materno sem o doce desejo*, enfim, a lista das crenças é longa e forma um verdadeiro sistema, recobrando vastos campos do conhecimento, da história à antropologia, da psicologia à ciência política, passando pela bioquímica e pela física, conhecimentos que serão canhestramente convocados para dar-lhes sustento.

A fisiologia da placa, por exemplo, implica produção não apenas de ácidos, mas também de outros complexos bioquímicos, tais como peróxidos e hidroxilas, como de resto o resultado final da atividade microbiana – de qualquer bactéria – é a produção de ácidos (lático e outros), peróxidos etc. Finalmente, a boa teoria indica que a placa (ou biofilme) só atua mediante efeitos correlacionados com o efeito tampão da saliva, a duração da exposição aos açúcares (quaisquer açúcares: manitol, sorbitol, sacarose, frutose, lactose etc), a anatomia dentária, a extensão de tudo isso no tempo, e tudo isso junto só pode ser compreendido se entendemos o homem e sua relação com outros homens em sociedade e com ele mesmo.

Mas o discurso odontológico processa a redução desta tal complexidade a apenas poucos termos, positivamente dispostos como verdade, na qual tem lugar o consumo supostamente abusivo de açúcares e a escovação inadequada ou inexistente. De resto, a fixação do binômio escova-sacarose anima o imaginário da profissão, e a tal ponto, que mesmo frente a patologias imuno-dependentes, como é o caso da periodontite, se continuará insistindo na necessidade da remoção mecânica do biofilme, quando se sabe que as cerdas da escova não alcançam o fundo das bolsas nem removem as colônias de bactérias gram-negativas ou anaeróbicas ali instaladas.

Observam-se outras incongruências. Tal é o caso do CPO, índice composto por realidades qualitativamente distintas e que acabam englobadas num valor único, que se expressa como “a verdade” matemática acerca da cárie dentária. “C” é um dente cariado. Por “dente cariado” se entende um dente com uma cavidade ou uma cavitação óbvia. Contemporaneamente, não se aceitam exames epidemiológicos com exploradores de ponta aguda e sim com ponta rombuda, justo para evitar confundir cavidades com ranhuras na superfície do esmalte. Assim, se é de um dente “verdadeiramente cariado” que se trata isto é epidemiologicamente indiferente, mas registra-se a ocorrência ou presença de uma cavidade. Se esta cavidade foi produzida por uma bactéria ou por um dentista, esta diferenciação não se acha ao alcance do examinador. Do mesmo modo, o “O” indica um dente obturado, e achar-se o dente nesta condição equivale matematicamente ao seu contrário. Finalmente, “P” quer dizer dente perdido, e aumenta a incongruência pois então estar cariado, obturado ou mesmo não existir, realidades qualitativa e quantitativamente distintas, outra vez encontram correspondência ou equivalência matemática. Mas ainda é preciso dizer que para o examinador ou para a epidemiologia, se um dente não existe ou mesmo se não se acha presente na cavidade bucal, ademais do eufemismo de dizê-lo “perdido”, se dirá, singelamente, que foi “perdido por cárie”, quando poderá se ter perdido por traumatismo, por doença periodontal ou simplesmente, e o mais corrente, pela atuação da profissão. “P”, podemos dizer sem rodeios, é antes função de “O” ou “D” (odontologia ou dentista) que por “C” (cárie).

#####

Encerremos estas digressões que já não cobram efetividade. A despeito de não parecer, a profissão odontológica é parte dos dispositivos de biocontrole sobre os homens (e mulheres etc, ou sobre a sociedade). Crianças devem aprender a limpar o corpo e igualmente deverão aprender a limpar sua boca, sendo que limpeza, neste caso do processo civilizatório e da coerção e controle, significa controle da verbalização, não dizer palavras sujas, e controle mastigatório: não usar os dentes como arma ou instrumento de agressão. O controle das funções bucais, todavia, como aparência, se dá ou se estabelece pela reiteração do discurso sobre a necessidade (infantil) de ensinar aos homens e mulheres as técnicas de limpeza dos dentes e, desde a modernidade, recalcar o desejo de todos por alimentos doces.

Os reformadores da profissão e do ensino odontológico propõem, de certo modo, a permanência das teorias odontológicas no seu plano de reforma porque elas lhes são “familiares”. Ao mesmo tempo, propõem como perfil do profissional a ser formado: que ele seja “generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes” (HADDAD, 2006). É possível, à luz do que acaba de ser exposto, que a primeira destas consignas venha a ser removida pela segunda, e que ter sólida formação científica e técnica signifique repensar a prática odontológica e seus termos, tal com qual conhecemos um e outro, o que significaria instaurar, de modo definitivo, uma clínica de doenças da boca e dos dentes. Por outro lado, é também possível que continuemos a formar profissionais com base no velho sistema de crenças, onde predominam instituições mas não há clínica.

Para terminar, uma pitada de ideologia (desejo de liberdade) e um pouco de poesia: a boca é feita para brilhar, suas vísceras são vísceras que não ressam a intestino: em tudo elas são exterioridade, em tudo elas são a diferença entre o exterior e o interior, entre natureza e cultura.

Referencias Bibliográficas

BOTAZZO C, et al. Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Relatório científico. Disponível em <http://www.isaude.sp.gov.br/observatório/produção>.

BOTAZZO, C. Da arte dentária. 1ª. ed. São Paulo-SP: Fapesp/Hucitec, 2000.

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuições ao debate. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006. Botazzo, 2006.

BOTAZZO, C. A emergencia da clínica odontológica (Parte I). Odontologia e Sociedade, São Paulo-SP, v1, n. 11/2, p. 5-13, 1999

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Número de profissionais por especialidades. <http://www.cfo.org.br/profissionais> (acesso em 21/07/2008)

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em <http://www.portal.mec.gov.br/cne> (acesso em 21/07/2008)

CANGUILHEM G. Ideologia e racionalidade nas ciências da vida. Lisboa: Edições 70; 1977.

CANGUILHEM G. O normal e o patológico (4a. ed.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1995.

DUBOIS P. Lois intéressant la médecine devant la Chambre des Députés. Rapport. L'Odontologie 1890; 10:29-33.

ENTRALGO PL. La historia clinica (3a. ed.). Madrid: Editorial Tricastela; 1998.

FIGUEIREDO, GO; BRITO, DTS; BOTAZZO, C. . Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro-RJ, v. 8, n. 3, p. 753-763, 2003.

FOUCAULT M. La arqueología del saber. Mexico-DF, Siglo Veintiuno Editores, 1985.

FOUCAULT M. O nascimento da clínica (2a. ed.). Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.

FREITAS SFT. Uma história social da cárie dentária. Bauru: Edusc; 2001.

GODON Ch. L'École Dentaire. Son histoire, son action, son avenir. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fills; 1901.

HADDAD, A. E. et al.(Org.). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 531p.

HIPÓCRATES. Conhecer, cuidar, amar. O juramento e outros textos. São Paulo, Landy Livraria Editora, 2002.

IYDA M. Saúde bucal: uma prática social. In: Botazzo C. & Freitas SFT (Orgs.). Ciências sociais e saúde bucal. Questões e perspectivas. São Paulo-Bauru: Unesp-Edusc; 1998. p. 127-39.

KLEIN H., PALMER CE & KNUTSON JW. Studies on dental caries. Dental status and dental needs of elementary school children. Public Health Rep., 53:751, 1938.

- KUHN Th. A estrutura da revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1992.
- LEAVELL HR. & CLARK EG. Medicina preventiva. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil; 1976.
- LERMAN S. Historia de la odontología y su ejercicio legal. Segunda edicion. Buenos Aires, Editorial Mundi; 1964.
- MANFREDINI MA. Características da indústria de equipamentos odontológicos e de produtos para higiene bucal no Brasil entre 1990 e 2002 . 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005.
- MANFREDINI, MA. & BOTAZZO, C. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-177, 2006.
- OLIVEIRA AGRC. Edentulismo. In: Antunes JLF & Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- RATCLIFF JD. Agora é fácil salvar os dentes das crianças. *Seleções do Readers Digest*, jan./1949, p. 57-9.
- REDIER J. Sur l'exercice de la profession de dentiste en France. *Le Progrès Dentaire* 1882; 9:151-8, 193-200.
- RING ME. Dentistry. An illustrated history. New York: Harry N. Abrams-Mosby-Year Book; 1985.
- SHAFER WG, HINE MK & LEVY BM. Tratado de patologia bucal. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- THYLSTRUP A. & FEJERKOV O. Tratado de cariologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1988.
- WARMLIG CM, CAPONI S. E BOTAZZO C. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 115-122, 2006.
- WEYNE S. Prefácio da edição brasileira. In: Thylstrup A. e Fejerkov O. Tratado de cariologia. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1988.
- WHARTON D. Por que escovamos os dentes. *Seleções do Readers Digest*, out./1948, 97-100.
- ZILBOVICIUS C. Implantação das Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração: Odontologia Social). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.