

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Lucianna Leite Pequeno

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ: 1994 - 2003**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Fortaleza – Ceará

2005

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: A Política de Saúde Bucal na Atenção Primária do Estado do Ceará: 1994-2003

Autora: Lucianna Leite Pequeno

Defesa em: ____/____/____

Conceito obtido: _____

Nota obtida: _____

Banca Examinadora

José Jackson Coelho Sampaio Prof. Dr.
(Orientador)

Manassés Claudino Fonteles Prof. Dr. PhD
(1º examinador)

Léa Maria B. de Menezes Profa. Dra.
(2º examinador)

Maria Salete Bessa Jorge Profa. Dra.
(Suplente)

EPÍGRAFE

“Se não houver frutos, valeu o perfume das flores; se não houver flores, valeu a sombra das folhas; se não houver folhas, valeu a intenção da semente”.

Henfil

DEDICATÓRIA

Ao Exmo. Sr. Governador do estado do Ceará, Lúcio Alcântara, pela prioridade que tem dado à Saúde Bucal nas ações de seu governo.

Ao Dr. Manassés, por ter incentivado e participado do início da nossa carreira acadêmica.

Ao meu esposo Carlos Renato e ao meu filho Arthur, como pedido de desculpas pela ausência e distanciamento do convívio familiar.

À minha mãe Irismar, pelo amor, companheirismo e compreensão nos momentos difíceis.

Aos amigos e colegas de mestrado, Kilvia, Maciel, Fátima e Mércia pelo companheirismo e construção conjunta de conhecimentos.

Às amigas Dina, Valéria e Ângela pelo apoio e compreensão da nossa ausência da atividade profissional durante o período dedicado a este estudo.

Às amigas Ana Lúcia, Ivanília e Cristina pela amizade, carinho e contribuição em nossa carreira profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, pela orientação e efetiva contribuição para elaboração desta dissertação.

À Prof. Dra. Maria Salete Bessa Jorge pela contribuição e sugestões no processo de qualificação do projeto de pesquisa.

Ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, pelos conhecimentos adquiridos durante o Curso, os quais facilitaram a elaboração desta dissertação.

À Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa-FUNCAP pelo apoio e financiamento à realização deste estudo.

À Secretaria da Saúde do estado do Ceará que garantiu a viabilidade deste estudo, disponibilizando as informações necessárias e permitindo e facilitando o acesso às Células Regionais de Saúde.

À Coordenadoria das Células Regionais de Saúde e às equipes das Células Regionais de Saúde que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Ao Núcleo de Atenção à Saúde Bucal, na pessoa da Dra. Léa Maria Bezerra de Menezes, pelo apoio, credibilidade, oportunidades e pela coragem de ousar e buscar fazer diferente pela Saúde Bucal do Ceará.

À Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante, na pessoa do Prefeito Raimundo Nonato da Silva Neto, que sempre me oportunizou aperfeiçoar os conhecimentos e acreditou na minha capacidade profissional.

À Secretaria da Saúde de São Gonçalo do Amarante, na pessoa do Dr. Flávio Prata Crisóstomo, pela amizade, apoio e oportunidade oferecidos.

À Genier Lima da Silva pela importante colaboração e suporte técnico de informática.

RESUMO

A Política de Saúde Bucal do Ceará deve ser compreendida no contexto das políticas estadual e nacional de saúde e de saúde bucal e, essencialmente, no contexto do perfil demográfico, sócio-econômico, epidemiológico e sanitário da população cearense. O estudo e a análise crítica da implementação desta política na Atenção Primária à Saúde-APS do Ceará, no período 1994-2003, é o objetivo desta investigação. Trata-se de um estudo de caso, retrospectivo, qualitativo, analítico-crítico e propositivo. Como instrumentos de investigação utilizou-se o levantamento documental, o diário de campo e a entrevista aberta. Para interpretação das entrevistas utilizou-se a Análise de Discurso. As considerações gerais centram-se na constatação de que o Ceará não possui uma Política de Saúde Bucal realmente definida e priorizada na APS, permitindo concluir que sua implementação na APS traduz a lentidão e a marginalidade com que tem sido conduzida e operacionalizada. O modelo assistencial não tem refletido o que prega o Programa de Saúde da Família-PSF. Recomenda-se aos Governos a avaliação do PSF, incluindo a Saúde Bucal, enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial. Aos gestores municipais a definição clara de recursos financeiros, humanos e materiais necessários e de sua fonte de financiamento. Às entidades de classe o envolvimento no processo de elaboração e definição das políticas de saúde. Às instituições formadoras as mudanças curriculares a fim de que possibilitem maior fundamentação teórica-prática para as atividades na saúde pública. Aos profissionais da equipe de saúde bucal a incorporação ao trabalho em equipe no âmbito da vigilância à saúde.

ABSTRACT

The Oral Health Policy of Ceara must be understood in the context of the state and Brazilian national health and oral health policies and, essentially, in the context of the demographic, socio-economical, epidemiological and sanitary profiles of the state population. The interest in understanding and critically analyzing the implementation of this policy in Ceara's Primary Health Care (PHC), during the period of 1994-2003, is the objective of this investigation. The research is a qualitative case-study that performs a retrospective critical analysis and that generates recommendations. Literature search, field diaries and open interviews were used as investigative tools. In order to interpret the interviews, Speech Analysis was applied. The evidence shows that Ceara does not have an Oral Health Policy that has been well defined and prioritized in the PHC, thus allowing to conclude that its implementation in the PHC reflects the slow and marginal way with what the policy has been conducted and put into operation. The assistance model has not reflected what is called for in the Family Health Program (FHP). The recommendations are: (i) to the state and national government, that a FHP evaluation be performed that includes the Oral Health, as this is a strategy for changes in the assistance model; (ii) to the municipal district managers, that the necessary financial, human and material resources as well as sources of funds be defined; (iii) to the class entities, that they get involved in the process of elaboration and definition of health policies; (iv) to the educational institutions, that they perform the curricular changes in order to enable a greater theoretical and practical basis for public health activities; and, finally, (v) to the oral health professionals, it is suggested the inclusion of the team work in the health surveillance scope.

LISTA DE QUADROS

QUADRO I	Periodização Básica da Histórica do Ceará	47
QUADRO II	Série Histórica dos Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica do Estado do Ceará: 1998-2003	82

LISTA DE SIGLAS

ACD	- Auxiliar de Consultório Dentário
ACO	- Academia Cearense de Odontologia
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AIS	- Ações Integradas de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CEC	- Conselho de Educação do Ceará
CEO	- Centro Especializado em Odontologia
CERES	- Célula Regional de Saúde
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CNSB	- Conferência Nacional de Saúde Bucal
CODAS	- Coordenadoria de Assistência à Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPOD	- Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
COPOS	- Coordenadoria de Políticas de Saúde
CRO	- Conselho Regional de Odontologia
DCNT	- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Equipe de Saúde da Família
ESP/Ce	- Escola de Saúde Pública do Ceará
GPAB	- Gestão Plena da Atenção Básica
GPAB-A	- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	- Gestão Plena do Sistema Municipal
GED	- Grupo Especial para a Descentralização

IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IDS-O	- Índice de Desenvolvimento Social de Oferta
IDS-R	- Índice de Desenvolvimento Social de Resultado
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPECE	- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
KFW	- Kreditanstalt Für Wiederaufbau
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	- Piso da Atenção Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	- Programa de Extensão de Cobertura
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	- Produto Interno Bruto
PITS	- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PPA	- Plano Plurianual
PROESF	- Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	- Programa de Saúde da Família
SB Brasil	- Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SESA/Ce	- Secretaria Estadual da Saúde do Ceará
SESP	- Serviços Especiais de Saúde Pública
SIA	- Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SILOS	- Sistemas Locais de Saúde
SIM	- Secretaria Extraordinária de Inclusão e Mobilização Social
SNAS	- Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SUDS	- Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
THD	- Técnico em Higiene Dental
UCA	- Unidade de Cobertura Ambulatorial
UBASF	- Unidade Básica de Saúde da Família
UECE	- Universidade Estadual do Ceará
UFC	- Universidade Federal do Ceará
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPSF	- Unidade do Programa de Saúde da Família

SUMÁRIO

Introdução.....	13
1.Conformação das políticas de saúde, atenção primária e saúde bucal no Brasil	16
2.O contexto do Ceará	39
Tratamento metodológico.....	45
1. Processo e instrumentos de investigação	46
2. Processo e instrumentos de interpretação.....	53
3. Forma de exposição	58
Capítulo I- As políticas de saúde, atenção primária e saúde bucal no Ceará: 1994-2003	60
Capítulo II- A política de saúde bucal na atenção primária do Ceará: a realidade dos fatos	88
1. A saúde bucal na atenção primária: “há pouco tempo atrás era uma área da saúde que praticamente não existia”	88
2. A prática da ESB no PSF e a realidade do modelo assistencial: “uma colcha de retalhos dos modelos herdados”.....	98
3. Os dificultadores e as limitações da ESB no PSF	106
Considerações finais.....	114
1. Considerações gerais	114
2. Conclusões	115
3. Recomendações	117
Referências bibliográficas.....	119
Anexos.....	127
Anexo I- Roteiro de entrevista não estruturada	128
Anexo II- Termo de consentimento livre e esclarecido	129
Anexo III- Termo de compromisso da pesquisadora	130
Anexo IV- Agrupamento dos municípios por célula regional de saúde.....	131
Anexo V- Mapa das macrorregiões de saúde do Ceará	132
Anexo VI- Mapa das microrregiões de saúde do Ceará	133
Anexo VII- Termo de compromisso do projeto dentista da família	134
Anexo VIII- Indicadores do pacto da atenção básica - 2005.....	138
Anexo IX- Estrutura organizacional da secretaria da saúde do estado do Ceará.....	140

INTRODUÇÃO

O presente estudo surge do interesse em conhecer o processo de implementação da Atenção à Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde-APS do estado do Ceará, tomando como referencial a discussão da estratégia do Programa de Saúde da Família-PSF, começada em 1993, com a participação de formuladores de políticas do estado do Ceará¹, resultando na inclusão de municípios deste estado no projeto piloto² de implantação do PSF.

As motivações para o desenvolvimento desta pesquisa referem-se ao fato de que, como cirurgiã-dentista da rede pública, desde 1995, e Coordenadora de Saúde Bucal do município de São Gonçalo do Amarante, desde 1997, a autora identifica uma grande dificuldade na implantação ou mesmo na implementação de uma política efetiva, nacional e estadual, de Saúde Bucal.

A opção pelo estado do Ceará, como caso desta investigação, dá-se por vários motivos: a autora formula política de um município cearense, colabora com a gestão estadual de Saúde Bucal e considera o Ceará uma das unidades da federação brasileira que mais tem se destacado com suas experiências inovadoras, pioneiro que é na implantação de políticas públicas de saúde no país, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde–PACS, o PSF, a territorialização, a municipalização e a microrregionalização da saúde.

Inicialmente, é necessário diferenciar Saúde Bucal e Odontologia. A definição obriga a significar cada termo, a estabelecer as relações entre um e outro e entre os dois e a dinâmica histórico-societária na qual se inscrevem. O tema Saúde Bucal tem hoje sua relevância dada pela ampliação da cidadania política das

¹ Os referidos formuladores de políticas foram os, à época, secretários municipais de saúde das cidades de Quixadá e Beberibe.

² O município piloto foi Quixadá.

populações, o acesso das comunidades à Saúde Bucal como direito, a realidade dos serviços públicos que necessitam dar respostas às demandas sociais e epidemiológicas, as dificuldades na implementação dos programas e a crise interna da profissão, incluindo as controvérsias sobre a formação, o mercado de trabalho e a inclusão de cirurgiões-dentistas nas equipes do PSF (Botazzo, 2003).

A Saúde Bucal inclui-se no campo da Saúde Pública ou Coletiva e inclui a Odontologia, esta última centrada no cuidado a dentes e boca, como objeto de investigação e fonte de informações e de técnicas. A Saúde Bucal, portanto, está inserida no campo das práticas coletivas - sanitárias, sociais ou de investigação - dimensionando, para seus objetivos, e atendendo, em suas especificidades, indivíduos, populações, serviços de saúde e movimentos sociais, que se transformam criticamente e, por sua vez, a transformam.

É igualmente importante salientar a diferença entre atenção à saúde e assistência. Enquanto a **assistência** refere-se ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos, dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não, a **atenção à saúde** é constituída pelo conjunto de ações, inclusive da assistência individual, mas atingindo grupos populacionais por meio de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde. A atenção à saúde atua concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença, transcendendo, portanto, o setor saúde, requerendo a articulação multisetorial e a ação intersetorial³, de modo coordenado, ambas desenvolvidas no conjunto da sociedade (Narvai, 1994).

“Precisa-se desvendar o processo de formulação de políticas públicas em Saúde Bucal, no qual estão envolvidos interesses, contradições, conflitos e, principalmente, os formuladores⁴, agentes⁵ e sujeitos⁶”, também como parte de uma realidade social, econômica, política e cultural determinante (Martins-Fo, 2001:2).

³ A intersectorialidade consiste na integração dos serviços de saúde com os serviços dos vários setores da estrutura operacional da Sociedade e do Estado, agindo sobre tema ou problema (Sampaio, 2003).

⁴ Secretário Estadual de saúde e Coordenador Estadual de Saúde Bucal.

⁵ Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal.

⁶ População de um território, adstrita a uma Equipe de Saúde Bucal.

Quando se fala em políticas públicas, admite-se que a sociedade, por meio do Estado e de outras instituições, intervém sobre a realidade buscando o bem-estar, a emancipação e o desenvolvimento saudável, utilizando as diversas dimensões econômicas, políticas, sociais, culturais e psicológicas. Logo, podem-se compreender as políticas públicas como resultado histórico das relações estabelecidas entre a Sociedade e o Estado (Paim, 2002). O que determinado Governo de determinado Estado, em momento histórico específico, propõe para a sociedade da qual emana, na qual se ampara e à qual deve servir, constitui uma política pública.

Analisando as inúmeras definições de política pública de saúde, Paim (2002) considera que existem, na verdade, três concepções básicas:

- conjunto de princípios, diretrizes e proposições gerais voltados para o setor;
- projeto de distribuição do poder no setor;
- forma de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde e sobre os problemas de saúde da população.

Assim, o referido autor define política de saúde como:

Ação ou omissão do Estado enquanto resposta social diante dos problemas de saúde (danos e riscos) e seus determinantes, bem como a intervenção sobre a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (Paim, 2002:392).

Finalmente, pode-se reconhecer que a saúde tornou-se campo específico e estratégico das políticas públicas, como forma de prestação de serviço do Estado à sociedade ou como forma de controle, via cooptação, da sociedade pelo Estado. A lógica, gradativamente, tem abandonado a setorização e a especialização, passando a adquirir características inter ou transeitoriais⁷, considerando-se o conceito ampliado de saúde, o bem-estar comum, a qualidade de vida e o desenvolvimento humano saudável (Paim, 2002).

⁷ Transeitorial significa a integração de vários setores da estrutura operacional da Sociedade e do Estado, visando uma maior eficiência e eficácia de resultados, numa relação em que a autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação é superada (Sampaio, 2003).

A Política de Saúde Bucal do Ceará deve ser compreendida, portanto, no contexto da política estadual de saúde, das políticas nacionais de saúde e de Saúde Bucal e, essencialmente, no contexto do perfil demográfico, socioeconômico, epidemiológico e sanitário da população cearense.

Como a proposta da autora é conhecer a implementação da Atenção à Saúde Bucal, na APS do Ceará, necessita-se compreender a APS enquanto conceito e recorrer à fértil idéia de ciclos de expansão da APS, no Brasil, esboçada por Mendes (2002) para que seja melhor compreendida a relação entre as políticas de saúde e a APS no Brasil.

1. Conformação das políticas de saúde, atenção primária e saúde bucal no Brasil

A década de 1970 foi marcada no cenário internacional pelo conceito de “campo de saúde”, proposto por Marc Lalonde, durante a reforma do sistema de saúde canadense, em 1974, quando ele considera que a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde são componentes importantes para compreensão do conceito de saúde.

Ainda na década de 1970, aconteceu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde⁸, em Alma-Ata, que reafirma:

A saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS/UNICEF, 1979:28).

Em busca da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, foram desencadeadas as discussões sobre APS, que teve seus princípios enunciados em Alma-Ata, 1978, que tratou do que seria “Atenção Primária à Saúde⁹”, definida como:

⁸ Cuidados Primários de Saúde – entende-se como a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de sua participação integral e a custos que a comunidade e o país possam absorver. Como tal, constituem o núcleo, como do desenvolvimento sócioeconômico geral da comunidade (OMS/UNICEF, 1979:28)

⁹ A concepção de atenção primária à saúde discutida em Alma-Ata surgiu no reino Unido, em 1920, no relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: centros primários e

Atenção essencial à saúde em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis a eles e a um custo que tanto a comunidade como o País possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Starfield, 2002:30).

A APS não pode ser então dissociada de componentes como educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (Starfield, 2002). A APS necessita ainda que os serviços de saúde estejam próximos às pessoas e relacionados às suas necessidades. A proximidade com a comunidade permite que fatos determinantes da saúde coletiva, como processos ambientais e sociais, sejam identificados e trabalhados, na busca de sua melhoria.

Para Starfield (2002:27):

Para que a Atenção Primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação de outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.

O grande desafio é assegurar a APS, vista não somente como acessibilidade aos serviços, mas no seu conceito mais amplo de integração de todos os aspectos dos serviços de saúde, convertendo a Atenção Médica Primária convencional em Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002). Segundo Vuori (1985, apud Starfield, 2002), a atenção médica convencional focaliza a doença e a cura, trabalhando os problemas específicos, priorizando a atenção por episódio e o tratamento deste; ela é desenvolvida por médicos especialistas e individualmente, ficando a saúde do indivíduo apenas como responsabilidade do setor saúde.

secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino, estabelecendo as funções de cada um deles, bem como deveriam se relacionar, constituindo assim a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde (Mendes, 2002: 9).

A APS focaliza a saúde envolvendo prevenção, atenção e cura; baseia-se na promoção de saúde, na atenção abrangente e continuada; é desenvolvida por clínicos gerais em atividades interdisciplinares com outros profissionais, de maneira intersetorial, buscando a participação da comunidade para que desenvolva o autocuidado (Vuori, 1985 apud Starfield, 2002). A APS não deve ser compreendida somente no sentido da não tecnologia, mas sim pela sua característica de promoção de saúde e prevenção de doenças, de maneira continuada e, necessariamente, integral, permitindo referências ao especialista quando necessário, e que a responsabilidade sobre a saúde do indivíduo seja não somente da APS, mas do sistema do qual esta faz parte. Destaque-se que o indivíduo deve ser visto no contexto de suas necessidades e, desta forma, impõe-se a compreensão de que a APS nem sempre será o primeiro contato deste com o sistema de saúde, permitindo que possa buscar o sistema de saúde através das demais instâncias hierarquizadas sem, no entanto, obrigatoriamente seguir a trajetória da hierarquização. A diferença é que na APS o acesso deve ser universal, para indivíduos doentes ou não, o que diferencia do acesso ao serviço direto especializado, que depende da necessidade apresentada pelo indivíduo.

Os sistemas de serviço de saúde têm se organizado baseando-se na lógica da garantia universal à APS e acesso aos demais níveis, quando necessário, cercados ainda pelo desafio de prestar serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e equitativa. A identificação dos determinantes da saúde e o desenvolvimento de uma tecnologia complexa estão aumentando a capacidade dos sistemas de saúde em detectar e manejar enfermidades, promover a saúde e prevenir doenças, mesmo com o envelhecimento da população e mudança nos padrões e riscos de enfermidade (Starfield, 2002).

Enquanto internacionalmente discutiam-se os cuidados primários, acordados em Alma-Ata, em 1978, com a compreensão da APS como estratégia de reorganização da saúde, permitindo maior eficiência, satisfação da clientela e impacto sobre os níveis de saúde, permanecia, no Brasil, uma política reducionista de atenção primária seletiva, com programas de Medicina simplificada e cuidados

com os grupos de risco. No Brasil dos anos 1970, coincidiram com a emergência na cena internacional da proposta da APS, os programas de extensão de cobertura, entre eles, o Programa de Interiorização das Ações e Saneamento no Nordeste-PIASS (Mendes, 2002).

O PIASS, criado em 1976, foi o primeiro programa de Medicina simplificada em nível federal, possuindo ações concentradas nas Secretarias Estaduais de Saúde, que passaram a desconcentrá-las nas diversas regiões do Estado. O PIASS, bem como o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil foram constituídos como Programas de Extensão de Cobertura-PEC, e representavam uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos, com a ressalva de que os interesses privados do setor saúde fossem resguardados (Paim, 2002).

Segundo Aguiar (1998:37):

No Brasil, a Atenção Primária foi traduzida com o objetivo institucional de ampliar a cobertura médica pública para população mais carente e excluída dos serviços de saúde, numa perspectiva de reduzir a incorporação tecnológica de equipamentos neste nível de atenção, ou seja, pressupunha a implementação de uma atenção simplificada e supostamente mais barata.

Compreende-se que os programas de extensão de cobertura caracterizavam-se pela implantação de serviços básicos de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou que se encontravam nas áreas rurais, enfatizando ações preventivas e curativas, sendo o indivíduo integrante da comunidade o objeto de atenção e não a família. Logo, as ações de saúde não eram integrais nem universais. A expansão do PIASS para todo o território nacional, em 1979, significou o segundo ciclo de expansão da APS no Brasil, na forma de programa de Medicina simplificada (Mendes, 2002).

Mas podemos considerar que, antes disso, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública-SESP, em 1946, se dava o que Mendes (2002:24) chamou de primeiro ciclo de expansão da APS, que, inspirado no modelo sanitarista americano, foi o pioneiro na criação de unidades de APS, que realizavam ações preventivas e curativas, embora restritas às doenças infecciosas e carenciais.

Com a Nova República, em 1985, vários profissionais do movimento sanitário passaram a ocupar postos políticos de importância estratégica, significando certa institucionalização do projeto da Reforma Sanitária. Os discursos da Nova República falavam do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la, e operacionalmente propugnava-se amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde (Mendes, 1999a).

Para Paim (1986), havia a necessidade de implementação de uma estratégia-ponte que reorientasse as políticas de saúde e reorganizasse os serviços, enquanto estava sendo elaborada a Constituição de 1988, o que evitaria a descontinuidade na prestação de serviços à população. Essa estratégia-ponte, que devia ser implementada e fortalecida naquele momento, eram as Ações Integradas de Saúde-AIS, em virtude de seus princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização de saúde; planejamento e administração descentralizados, instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta de participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do sistema unificado de saúde; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade da universidade na formulação e na implementação das políticas de saúde.

Para Mendes (1999a), as AIS na Nova República não alcançaram os principais objetivos, que consistiam em superar o caráter de política social compensatória e constituir-se em estratégia de mudança do Sistema Nacional de Saúde. As AIS representaram, conforme Mendes (2002), o terceiro ciclo da expansão da APS no Brasil, levando, às unidades de saúde, parte da cultura médica do Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social-INAMPS.

As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, em 1987, em meio à fragilidade política do Ministério da Saúde e à falta de legalidade das ações concretas que o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS/INAMPS vinha executando. Segundo Paim (2002), a estratégia das AIS precisava ser aperfeiçoada, enxugando as estruturas e descentralizando as ações do INAMPS, transferindo recursos e atribuições para

estados e municípios, o que resultou no SUDS, que passou a ter um caráter de transição, pois as discussões oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, originaram o relatório que serviu de base aos Constituintes dedicados à elaboração da Carta de 1988, que constituiu o Sistema Único de Saúde-SUS.

O SUDS objetivava prioritariamente a universalização do atendimento, baseada nos princípios da integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social. Sua implementação deu-se por meio de convênios firmados entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde (Muller Neto, 1991). O SUDS conseguiu alguns avanços como o processo de desconcentração, estadualização e a municipalização da saúde. Contudo, apesar dos avanços, pôde-se observar clientelismo no processo de municipalização, pouca valorização, na prática, da implantação dos distritos sanitários, como maneira de modificar o modelo assistencial vigente (Mendes, 1999a).

Segundo Paim (2002), enquanto em 1986, a polêmica norteava-se em torno das AIS, se atrapalhavam ou não a Reforma Sanitária, em 1987 eram impostos os limites do modelo convencional do SUDS, levando críticas aos tecnocratas dos aparelhos estatais e denunciando os clientelismos políticos e até mesmo negociações para assinatura de convênios entre as esferas estadual e federal. Desta forma, o SUDS não comungava com a proposta da Reforma Sanitária, defendida e discutida pela Assembléia Constituinte, que acolheu as proposições da Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

Concomitantemente ao SUDS, elaborava-se a Constituição Federal de 1988, com a garantia da saúde como direito social universal e dever do Estado. É criado o SUS. Segundo Mendes (1999a:47), a questão da saúde na Constituição e no SUS ressaltam alguns aspectos fundamentais:

- a) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- c) a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- d) a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade;
- e) a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

O processo de municipalização da saúde deflagrado com a transferência da APS do estado para os municípios, caracterizando a descentralização do SUS, consiste no quarto ciclo de expansão da APS no Brasil.

Dá-se a vitória da Reforma Sanitária, com a criação do SUS, pela Constituição de 1988. Daí origina-se um grande desafio para o movimento sanitário, o de fazer cumprir a Constituição, regulamentando-a por meio das Leis Orgânicas de Saúde-LOS, que disciplinam legalmente o cumprimento do mandamento constitucional da proteção e da defesa da saúde.

Na LOS 8.080, de 19 de setembro de 1990, os principais mandamentos constitucionais são mantidos: saúde como direito e dever do Estado; conceito ampliado de saúde incluindo sua determinação social; o SUS com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização política-administrativa, com mando único em cada esfera de Governo (Mendes, 1999b). A LOS 8.142/90 reparou os vetos feitos à Lei 8.080/90 e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências entre as esferas de governo de recursos financeiros na área da saúde (Andrade, 2001).

Portanto pode-se observar que as políticas de saúde no Brasil seguiram uma trajetória em busca da universalidade, que veio consolidar-se com a legislação constitucional e infraconstitucional, permitindo a ruptura da proteção social ligada ao corporativismo. O processo de democratização da saúde, por estar intimamente ligado à democratização de vida social, não pode restringir-se ao SUS e à promulgação de Constituição de 1988, bem como das LOS, mas deverá perseguir a utopia de um projeto socialista para o povo brasileiro (Paim, 2002).

Ainda que tenham sido criadas as bases legais do SUS que coadunam com a saúde enquanto direito de cidadania e dever do Estado, a realidade histórica brasileira, em decorrência da crise fiscal e política, configurava contexto adverso a esse cenário. No setor saúde, a crise se expressava pela ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da população com o sistema de saúde. O SUS era um projeto em construção, em que a organização e a distribuição dos serviços de saúde

começavam a obedecer à lógica do planejamento local, procurando atender às necessidades de saúde da população, como direito de cidadania, e garantir o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde, buscando a integralidade da atenção por meio da rede de serviços hierarquizada e regionalizada, organizada em diferentes níveis de complexidade, conforme a distribuição da população e o perfil de morbi-mortalidade.

Com o SUS, o sistema público que antes atendia apenas à parcela da população integrada ao mercado de trabalho formal, passou a oferecer assistência a todos os cidadãos brasileiros, embora em um contexto econômico desfavorável que determinava a restrição do gasto público. Sabe-se que o resultado foi a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos, permitindo a expansão dos sistemas de planos e seguros privados de saúde, que atraíram os trabalhadores do mercado formal e os extratos de maior renda, ficando a maior parte da população de menor renda dependente do sistema público de saúde.

O grande desafio passou a ser a estruturação de um novo modelo que suplantasse o modelo hegemônico de conceitos e programas de assistência médica individual, caracteristicamente hospitalocêntrico, medicalizador, excludente, mercantil, dicotomizado e pouco resolutivo; de um modelo que defendesse os interesses coletivos e direitos de cidadania e que realizasse efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde. Fazia-se necessário melhorar a qualidade da atenção, elevar a resolubilidade da rede básica e garantir acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Para superar esse desafio, foram implantadas propostas como a dos Distritos Sanitários¹⁰, Medicina Geral e Comunitária¹¹, Ação Programática em

¹⁰ Distrito Sanitário – processo social de mudança das práticas sanitárias, de natureza tática, referido pela estratégia da Reforma Sanitária, direcionado no sentido da eficiência e eficácia sociais, da equidade e da democratização e que se manifesta no espaço operativo, no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de saúde, sob gestão de uma autoridade sanitária local e reorientadas de acordo com certos princípios organizativo – assistenciais, e os conjuntos sociais, com seus problemas, delimitadas por um território-processo. (Mendes, 1999a:152).

¹¹ Medicina Geral e Comunitária – desenvolveu-se em Porto Alegre, a partir de 1983, com uma proposta inspirada em países que desenvolveram a medicina familiar, supondo uma prática médica voltada para indivíduos, núcleos familiares e comunidade aos quais pretende-se prestar uma atenção integral, contínua e personalizada (Abath, 1985 apud Mendes, 2002).

Saúde¹², Médico de Família¹³ e Defesa da Vida¹⁴, mas o impacto na estruturação dos serviços de saúde foi pouco perceptível, por não promoverem mudanças do modelo assistencial. Corrobora-se com Mendes (1999b), quando aponta que a mudança do modelo assistencial perpassa pela mudança do paradigma sanitário, da concepção do processo saúde-doença e da prática sanitária¹⁵ e exige a introdução de um novo pensar e agir em saúde, no sentido político, tecnológico e gerencial.

A operacionalização do SUS era orientada pelas Normas Operacionais Básicas – NOB, editadas em 1991, 1993 e 1996, sobre as formas de habilitação de gestão de estados e municípios, financiamento do setor saúde, dentre outras.

A NOB-SUS 01/91, embora mantivesse o INAMPS como estrutura previdenciária na intermediação da relação de convênios entre estados e municípios, possibilitava a continuidade da implantação de programas de focalização de grupos de risco, como o materno-infantil, com baixos custos e elevado impacto na melhora dos indicadores de saúde. Ainda que o orçamento para financiamento do setor saúde estivesse atrelado à Previdência Social, para Andrade (2001), o conjunto de Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde-SNAS/MS foi importante para o processo de descentralização do financiamento das ações e serviços de saúde, merecendo destaque a criação do Sistema de Informação Hospitalar-SIH e do Sistema de Informação Ambulatorial-SIA, bem como o estabelecimento da quantidade de Autorização de Internação Hospitalar-AIH e Unidade de Cobertura Ambulatorial-UCA, para estados e municípios.

¹² Ação Programática em Saúde – surgiu em São Paulo, nos anos 70 e se conformou com a reforma sanitária. Pode ser definida como uma forma de organizar o trabalho em saúde baseada no ideal de integração sanitária, inspirada na base epidemiológica e fundamentada na lógica da estruturação dos programas de saúde (Wendes, 1996 apud Mendes, 2002).

¹³ Médico de Família foi implantado em Niterói, em 1992, influenciado pelo modelo cubano, onde a atenção primária à saúde é prestada por uma equipe (médico e auxiliar de enfermagem) que desenvolve atividades no ambulatório, na comunidade e de acompanhamento nos hospitais. O foco é a família; as ações de saúde têm orientação comunitária e a atenção é integral (Rodrigues, 1996 apud Mendes, 2002).

¹⁴ Defesa da Vida supõe uma descentralização da gestão dos serviços de saúde através de colegiados e organiza a atenção primária à saúde através do acolhimento, assistência à saúde e vigilância à saúde. (Campos, 1997 apud Mendes, 2002).

¹⁵ Prática Sanitária é a forma como a sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde (Mendes, 1999b).

No contexto político de realização da IX Conferência Nacional de Saúde, sob o tema central “Saúde: Municipalização é o Caminho”, um grupo técnico-político do movimento sanitário assume a gestão da saúde, expressa na NOB-SUS 01/93, em que foram definidas as formas de habilitação¹⁶ para estados e municípios e pleiteadas formas de financiamento para a saúde, junto ao governo federal, garantindo os repasses denominados Fundo a Fundo¹⁷.

A NOB-SUS 01/93, ao ser implementada, trouxe à tona a necessidade de construção de novo modelo assistencial, cuja proposta havia sido construída pelo Grupo Especial para a Descentralização-GED¹⁸, que originou o *Documento da Ousadia de Fazer e Cumprir a Lei* (Andrade, 2001). A proposta desse novo modelo assistencial compreendia as seguintes características (Andrade, 2001:46):

- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- controle social por intermédio dos Conselhos de Saúde, com poder deliberativo sobre a política e recursos na área de saúde;
- acesso às informações e dados em saúde;
- acesso gratuito a todos os níveis de complexidade do sistema;
- implementação de um sistema de referência e contra-referência municipal, estadual e federal;
- hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde em âmbito municipal, estadual e federal;
- controle sobre a produção, distribuição e consumo de serviços que envolvam riscos à saúde;
- participação complementar dos serviços privados;
- controle e avaliação efetivos sobre a qualidade dos serviços prestados pela rede;
- ações individuais e coletivas visando à promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação em saúde;
- ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial visando à redução das internações;
- incorporação das atividades de vigilância em saúde como parte da rotina dos serviços, incluindo ações voltadas ao ambiente e à saúde do trabalhador.

No final de 1993, cresce no Brasil a discussão sobre a organização de um programa nacional de saúde geral, comunitária e de família, o que fez surgir a proposta do PSF, que resultou das solicitações dos Secretários Municipais de

¹⁶ As formas de habilitação de acordo com a NOB-SUS 01/93 eram: incipiente, parcial e plena.

¹⁷ Repasse fundo a fundo – significa o repasse diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual e/ou Fundo Municipal de Saúde, desde que cumpridos alguns requisitos como: formação de Conselhos de Saúde, Plano de Saúde aprovado nos Conselhos e por autoridades do Executivo, Programação e Orçamentação Integrada, Relatório de Gestão e criação de uma comissão para elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários a ser implementado em até dois anos (Andrade, 2001).

¹⁸ O GED surgiu como necessidade das propostas da IX CNS e contou com a participação do CONASS, CONASEMS e outras representações da sociedade civil organizada.

Saúde, que buscavam, no MS, o apoio para mudança das formas de financiamento da rede básica e a expansão do PACS. Tal solicitação baseava-se na constatação de que o PACS gerava demanda por serviços de saúde e, conseqüentemente, necessitava incorporar outras categorias profissionais, médico e enfermeiro, para otimização do programa. Deu-se, então, uma reunião em Brasília, nos dias 27 e 28 de Dezembro de 1993, cujo tema central foi “Saúde da Família” (Viana & Dal Poz, 1998).

Como resultado concreto, veio a proposta do PSF, com o objetivo de:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com a definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 1997:8).

Criado pela Portaria 692/93 do MS, o PSF não deixa de ter certa articulação com o conceito de interiorização da saúde do PIASS, da década de 70, visto que, com a proposta do PSF, pretendia-se interiorizar o SUS (Vasconcelos, 1999). Já em 1994, diversas foram as experiências municipais do PSF, configurando-o como alternativa concreta de reordenação de serviços na rede básica de saúde e como política oficial do Governo Federal, na gestão Itamar Franco.

A implantação do PSF foi justificada como estratégia de mudança do modelo de assistência à saúde então vigente no país, que priorizava a cura em detrimento da prevenção das doenças. O novo modelo de assistência deve ser voltado à família e à comunidade, envolvendo desde a proteção e a promoção da saúde ao diagnóstico precoce e ao tratamento das doenças (Brasil, 1999).

A política nacional para expansão da APS, no Brasil, correspondente ao quinto ciclo de Mendes, é representada pelo PSF, existente desde 1993. O PSF foi inicialmente influenciado pelos modelos canadense, cubano e inglês, mas sua origem está no PACS, no estado do Ceará, em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca, buscando principalmente a redução da mortalidade infantil (Mendes, 2002).

Em relação ao PSF, afirma Vasconcelos (2001:174):

Um significado positivo do PSF foi tornar central no setor saúde a discussão do modelo de atenção local, superando parcialmente a preocupação quase absoluta com aspectos do planejamento e administração do sistema.

Assim, o PSF, ao ser introduzido no município como estratégia de transformação do modelo assistencial, modificando a lógica da organização da assistência à saúde, por meio da mudança do objeto de atuação, poderá favorecer a transformação do modelo assistencial hegemônico.

O PSF insere-se na forma de interpretação da APS descrita por Mendes (1999b), como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, e não simplesmente na forma reduzida de atenção primária seletiva ou como nível primário do sistema de serviços de saúde. Embora o PSF atue de modo focalizado, ele tem contribuído com o debate sobre as contradições da utilização das práticas focalizadas da política universalizada da proposta do sistema de saúde brasileiro. Para que a APS oriente os sistemas e serviços de saúde, há que operacionalizar seus princípios ordenadores¹⁹, que são longitudinalidade, integralidade, coordenação, primeiro contato, focalização na família e orientação comunitária (Starfield, 2002).

O PSF foi criado com o objetivo geral de:

Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseada na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (Brasil, 1994:8).

A equipe do PSF é multiprofissional composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde, e tem a família da área adstrita como

¹⁹ Os princípios ordenadores da Atenção Primária são: ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO – acesso e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas busquem atenção à saúde; LONGITUDINALIDADE – existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; INTEGRALIDADE – arranjos que as unidades de atenção primária devem fazer para que o cliente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas; COORDENAÇÃO – continuidade, por parte dos profissionais, por meio de prontuários médicos ou por ambos, além de reconhecimento de problemas; FOCALIZAÇÃO NA FAMÍLIA / ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA – entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual o paciente vive (Starfield, 2002:51; 61 – 63).

centro da atenção à saúde, entendida a partir do espaço em que vive, para a qual presta assistência integral e contínua, com promoção e manutenção de sua saúde.

As primeiras discussões sobre a expansão do PSF, de forma a incluir outras categorias profissionais e, conseqüentemente, outras ações básicas em saúde, surgiram na esfera federal, já em 1994, quando o PSF ainda era projeto em vias de institucionalização no MS. Organismos de alcance nacional, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS e, especialmente, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde–CONASEMS, chegaram a formalizar documentos neste sentido. Mas essas primeiras discussões não se traduziram na engenharia programática do PSF, ainda que possam ter alcançado, ou simplesmente correspondido a algumas iniciativas estaduais e municipais isoladamente (Zanetti, 2001). Portanto, enquanto a Atenção Primária era operacionalizada pelo PSF, a Saúde Bucal permanecia como item à parte, apenas com a inclusão dos procedimentos na tabela do SIA/SUS.

Em 1995, foi desencadeada uma articulação, estando à frente principalmente o CONASS e o COANSEMS, no sentido de reformular a NOB-SUS 01/93, buscando maior e melhor definição do financiamento em saúde. Segundo Andrade (2001), em decorrência disso e das limitações da NOB-SUS 01/93, no que diz respeito à vigilância sanitária, epidemiológica e de endemias, como também quanto ao estímulo para inversão do modelo de atenção, editou-se a NOB-SUS 01/96²⁰.

Com a NOB-SUS 01/96 estabeleceram-se tetos financeiros mínimos para financiamento das ações básicas, utilizando critérios populacionais e geográficos, conforme orientação desde a Lei 8.080/90. Criou-se o Piso da Atenção Básica-PAB, garantindo-se repasse automático Fundo a Fundo. Para Andrade (2001), houve ainda progresso importante propiciado pela NOB-SUS 01/96, em virtude da disponibilidade de recursos para descentralização da vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças. Outra novidade da NOB-SUS 01/96 foi a

²⁰ Na NOB-SUS 01/96 as formas de habilitação de estados e municípios passa a ser Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

criação do incentivo adicional ao PAB fixo²¹, denominado PAB variável²², para os municípios que haviam implantado o PACS e o PSF e mantinham-nos em funcionamento. Isso evidencia a preocupação em incentivar os programas nos quais o MS havia depositado confiança em busca da mudança do modelo assistencial. A grande novidade para a área da saúde bucal foi a inclusão, na NOB-SUS 01/96, dos procedimentos odontológicos na tabela do SIA/SUS, como elenco dos procedimentos da atenção básica, financiados com o valor *per capita* do PAB. Anteriormente, esses procedimentos eram divididos em Procedimentos Coletivos²³ I, II e III, pagos por produção.

A NOB-SUS 01/96 dispõe que o financiamento do PSF deve respeitar as realidades locais, desde que mantidos os princípios e diretrizes fundamentais do programa. A preocupação maior deve ser o impacto favorável nas condições de saúde da população adstrita, buscando a humanização da assistência, o vínculo entre os serviços de saúde e a população, bem como a co-responsabilidade, tendo como grande objetivo a transformação do modelo assistencial (Brasil, 1996).

Em consequência à mudança da lógica de financiamento do PSF, que deixa de ser em forma de convênio e passa a fazer parte do incentivo variável do PAB, o programa passa a se configurar mais efetivamente como modelo estruturante, que reaparece no cenário brasileiro para inversão do modelo assistencial vigente, buscando transformar e superar por meio da mudança do objeto de atenção, da organização geral dos serviços e da forma de atuação. Logo, o PSF não pode ser considerado um programa pobre para pobre, que recorta a população em grupos, mas que mantém, na sua atuação, os princípios do SUS, como o da integralidade, reunindo articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersetorial (Brasil, 1996).

²¹ O PAB fixo corresponde ao valor repassado conforme o número de habitantes do município.

²² O PAB variável é referente aos programas que são implantados no município: PACS, PSF, ESB, Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica.

²³ PC I – levantamento epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada; PC II – exame clínico para diagnóstico e terapia intensiva com flúor; PC III – remoção de cálculos e polimento dentário, escariação e selamento de cavidade com cimento provisório, aplicação de selante, remoção de raízes residuais e aplicação de carióstático.

O PSF passa a ter proposta de atuação mais ampliada, orientando a organização dos sistemas e serviços de saúde, imprimindo nova dinâmica de atenção à saúde nas unidades básicas, enfatizando os princípios do SUS, definindo responsabilidades e nova forma de inserção dos profissionais de saúde no processo de trabalho, integrados na prática multiprofissional.

Referindo-se a essa nova configuração, Viana (1998) afirma que o PSF começa a perder o caráter de programa e passa a ganhar o de reestruturante dos serviços, isto é, passa a se constituir (mais) claramente em um instrumento de (re) organização ou (re) estruturação do SUS.

O MS reafirma os valores que fundamentam as ações do PSF, agora como proposta de substituição do modelo anteriormente vigente, baseado em um eixo estruturante, composto das dimensões técnica e política-administrativa: a dimensão técnica enfatizando a unidade de saúde da família como porta de entrada do sistema e como indutora do reordenamento dos demais níveis de atenção; a dimensão político-administrativa buscando viabilizar mecanismos que permitam o financiamento e o desenvolvimento dos recursos humanos fundamentais à efetivação do PSF (Brasil, 1997).

Neste contexto, o MS define algumas atribuições para o PSF (Brasil, 1997):

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco em que vivem as famílias;
- elaborar com participação da comunidade, plano para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença;
- prestar assistência integral e contínua à demanda organizada ou espontânea, com ênfase na promoção da saúde;
- utilizar adequadamente o sistema de referência e contra-referência;
- desenvolver atividades de educação em saúde voltadas para o autocuidado e
- promover ações intersetoriais.

Essas atribuições devem conduzir à reorganização das práticas de trabalho, permitindo que a equipe de PSF elabore o diagnóstico de saúde da população a ela adstrita, realize o planejamento local, busque a complementaridade da atenção, a abordagem multiprofissional, a referência e contra-referência, seja sujeito da educação continuada, promova a ação intersetorial, o acompanhamento, avaliação e o controle social.

A partir dos avanços propiciados pela NOB-SUS 01/96, como a intensificação da municipalização/descentralização e o estímulo à implantação do PSF, evidenciam-se vários problemas de ordem conjuntural e estrutural, como a dificuldade de organização dos sistemas de saúde municipais e microrregionais e dos processos de referência e contra-referência.

Apesar do surgimento de experiências inovadoras no âmbito dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS, assim como das parcerias entre gestores municipais para a efetivação dos consórcios intermunicipais e das microrregiões de saúde, objetivando melhorar a oferta de serviços de média, e mais restritamente, de alta complexidade, principalmente em decorrência da falta de recursos financeiros e do compromisso político-administrativo e gerencial do SILOS, evidenciou-se a não resolubilidade do então sistema proposto.

Diante do diagnóstico, iniciou-se a formulação de novos indicativos que, segundo Andrade (2001:90), deveriam compatibilizar três princípios organizativos:

- a descentralização, com ampliação da responsabilidade e autonomia dos municípios sob gestão de seus sistemas de saúde;
- a regionalização, com ênfase no planejamento territorial;
- a hierarquização, através da estruturação de redes assistenciais funcionais e resolutivas.

Para superação das dificuldades de operacionalização dos sistemas de saúde, foi publicada, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS-SUS 01/2001, que estabelece diretrizes para a regionalização da assistência, fortalecimento da capacidade do SUS e atualização dos critérios de habilitação de gestão para estados e municípios. Na prática, objetiva “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (Brasil, 2001a:14).

A maior responsabilização dos municípios na gestão de serviços, sem alteração expressiva do teto financeiro, tem dificultado não somente a expansão do sistema, como também retardado a adesão dos municípios aos novos critérios e formas de habilitação ²⁴da NOAS-SUS 01/2001. Assim, a Portaria GM/MS Nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002, cessa os efeitos da Portaria GM/MS Nº 95, que aprovava a NOAS-SUS 01/2001, e aprova a NOAS-SUS 01/2002 que:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Brasil, 2002:1).

A ampliação da responsabilidade dos municípios na Atenção Básica compreende o acréscimo de procedimentos aos assistenciais cobertos pelo PAB. A NOAS-SUS 01/2002 define também as áreas estratégicas mínimas de atuação da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPAB-A, que são: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do Diabetes *Mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

Ressalte-se que, após a publicação da Portaria 1.433 GM/MS, de 14 de Julho de 2004, que redefinia critérios de avaliação para habilitação de municípios em GPAB-A e em Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM, a nova Portaria de Nº 2.023 GM/MS, de 23 de Setembro de 2004, dispõe que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde, na organização e na execução das ações da atenção básica, sem prejuízo das competências definidas na Lei Nº 8.080/90. Desta forma, cessa o processo de habilitação de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica-GPAB e GPSM, conforme a NOB-SUS 01/96 e em GPAB-A conforme a NOAS-SUS 01/2002.

Falando-se em Saúde Bucal, a política nacional, no período que antecedeu a inclusão dessa no PSF, ou seja, no período entre 1994 e 2000, norteou-se por cinco grandes princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, regionalização e integração institucional. Esses

²⁴ As formas de habilitação propostas pela NOAS-SUS 2001/2002 são: Gestão Plena da Atenção Básica

princípios estavam colocados na denominada **Política Nacional de Saúde Bucal**, que afirmava, ainda, que as ações de Saúde Bucal devem ser de responsabilidade do setor público que as prestará por serviços diretos (Brasil, 1989).

A inserção da Equipe de Saúde Bucal-ESB, composta pelo cirurgião-dentista, Auxiliar de Consultório Dentário-ACD e Técnico em Higiene Dental-THD, no PSF, e não a desses profissionais na Equipe de Saúde da Família-ESF foi oficializada em 28 de Dezembro de 2000, através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, que estabelece o financiamento para reorganização da Atenção à Saúde Bucal nos municípios, por meio do PSF, criando separadamente o incentivo da ESB, ao invés de incorporá-lo ao já estabelecido para o PSF. Criou-se, portanto, uma equipe à parte.

A relação entre a ESB e o PSF, inicialmente, foi determinada na proporção de uma ESB para duas ESF, permanecendo assim na vigência da Portaria 1444/MS. A nova Portaria GM/MS 673, de 03 de Junho de 2003, estabelece que podem ser implantadas tantas ESB quantas forem as ESF em funcionamento nos municípios.

As ESB podem ter duas modalidades: I composta por um cirurgião-dentista e um ACD; e II, composta por um cirurgião-dentista, um ACD e um THD. Os profissionais de saúde bucal devem desenvolver atividades obedecendo aos princípios do PSF, incorporando-se ao trabalho das equipes.

A proposta inicial limitava o verdadeiro envolvimento da ESB nas atividades desenvolvidas pelo PSF e um grande avanço foi dado no sentido de superar o problema, quando o MS permite a incorporação das novas equipes, de acordo com o número de equipes de PSF em funcionamento. O número de ESB implantadas, a critério do gestor municipal, por não ser parte da equipe mínima do PSF, evoluiu de 124 (cento e vinte e quatro) ESB em Março de 2001 para 8.384 (oito mil, trezentas e oitenta e quatro) em Agosto de 2004.

O MS, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, em 2003, retomou a proposta do levantamento epidemiológico nacional em Saúde Bucal denominado “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” (Brasil, 2004:9), projeto que teve início em 1999, com a realização de estudos-piloto em 2001 para validação da metodologia e oficinas de treinamento e calibração das equipes, em 2002 e 2003. A retomada desse processo e sua execução deram-se em 2003, envolvendo várias instituições e entidades odontológicas, movimento que mobilizou todos os estados e respectivos municípios sorteados para composição da amostra nacional. Os problemas de saúde pesquisados foram: cárie dentária, doença periodontal, má-oclusão, fluorose, uso e necessidade de prótese e alterações de tecidos moles. Foram também avaliados indicadores sócioeconômicos por meio da avaliação sócioeconômica, acesso e utilização de serviços de saúde bucal e autopercepção em saúde bucal (Brasil, 2004a).

Aproximadamente 2.000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros) de 250 municípios estiveram envolvidos na realização do estudo. Sem considerar os ajustes necessários com vistas à expansão das taxas para a população em geral, a amostra obtida permite a produção de estimativas segundo as principais variáveis de estratificação previstas no projeto. A amostra pesquisada torna os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas, além do próprio município para alguns agravos e faixa-etária (Brasil, 2004a:9).

O objetivo geral do SB Brasil consiste em (Brasil, 2004a:11):

Produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, por meio da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo dessas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal.

Os resultados do SB Brasil demonstram que, no país, o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados-CPOD, aos 12 anos de idade, é de 2,78, atingindo a meta da OMS para o ano 2000 (CPOD =3,0). Outras considerações relevantes são: as crianças do Norte e do Nordeste apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados; o ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são profundamente elevados; a perda dentária é considerada grave, com a necessidade do uso de prótese iniciando na faixa-etária de 15 a 19 anos, evidenciando que o edentulismo continua sendo um grave problema em nosso

país, especialmente entre os idosos; municípios com flúor na água de abastecimento apresentaram menor CPOD aos 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos (Brasil, 2004a).

Há a perspectiva de que a doença bucal seja incorporada às Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT, não somente pela característica de não transmissibilidade, como de não ser possível identificar o caso índice e proceder à notificação. Esta é uma proposta ainda em fase de estruturação na Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS do MS, para que a doença bucal e suas principais conseqüências possam ser tratadas epidemiologicamente pela vigilância à saúde do país, estados e municípios. Novos indicadores estão sendo pensados, baseados nos resultados do SB Brasil. Espera-se que, embora já tenha havido modificação na NOAS-SUS 01/2002, até bem recente, seja possível alterar as responsabilidades postas para a área estratégica de saúde bucal, com fundamento no resultado do SB Brasil, para assim tornar-se epidemiologicamente justificável.

Considerando que, na última década, embora a situação de saúde bucal de adolescentes, adultos e idosos brasileiros esteja entre as piores do mundo, o Brasil avançou nessa área. Desta forma, o Governo Federal, por meio do MS, criou a Política de Saúde Bucal denominada “Brasil Sorridente”, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, permitindo que as ações não se restrinjam aos repasses de incentivos financeiros isolados, mas que propiciem aumento dos incentivos para as ESB; implantação de laboratórios de prótese em todo o país e disponibilização de procedimentos de prótese dentária na rede de assistência básica, ampliando e qualificando a Atenção Básica; inclusão de insumos odontológicos²⁵ na farmácia básica do PSF, com distribuição trimestral, sendo enviados diretamente aos municípios; fluoretação da água de abastecimento em 100% dos municípios com água tratada; reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal por meio do aumento de número de ESB, objetivando alcançar 9 (nove) mil equipes até o final de 2004 e 12 (doze) mil até 2005; implantação de uma política de rede com implantação de serviços de referência para atenção secundária e terciária; conclusão do SB Brasil; formação

dos trabalhadores em Saúde Bucal; consolidação de parceria com o Ministério da Educação, na formação de pessoal e em ações de prevenção, como adicionar escova, creme dental e cartilha educativa sobre saúde bucal aos materiais e uniformes que serão distribuídos na rede de ensino para cerca de 500 (quinhentos) mil crianças; inclusão do cirurgião-dentista e ACD na equipe de profissionais de saúde, com atuação no Sistema Penitenciário (Brasil, 2004b).

Até o lançamento do “Brasil Sorridente” (Brasil, 2004b), em Março de 2004, a atuação do governo federal, na Saúde Bucal, se resumia ao repasse de recursos para cada equipe de profissionais montada pelo município. Em 2002, foram investidos R\$ 56,6 milhões (cinquenta e seis milhões, seiscentos mil reais), ampliados para R\$ 84,5 milhões (oitenta e quatro milhões e quinhentos mil reais) em 2003. Com o aumento do repasse, o número de ESB passou de 4,2 mil (quatro mil e duzentas), no início da atual gestão do governo federal, para quase 9 (nove) mil atualmente, proporcionando uma cobertura populacional de mais de 36 milhões (trinta e seis milhões) de pessoas. A meta do “Brasil Sorridente” (Brasil, 2004b) é investir aproximadamente R\$ 1,3 bilhão (um bilhão e trezentos milhões de reais) até o final de 2006.

Falando-se em financiamento e fortalecimento/ampliação da Atenção Básica, desde sua implantação, o PSF tem sido operacionalizado por meio de parceria entre os governos federal, estadual e municipal. O governo federal, a partir da qualificação e cadastramento das ESF, nos sistemas de informação SIA e SIAB²⁶, transfere direto para o fundo municipal uma parcela única, hoje correspondente ao valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), e mensalmente valor que varia de acordo com a cobertura populacional do PSF ²⁷no município. O repasse dos recursos está atrelado à presença dos profissionais médico e enfermeiro; na ausência de um destes, o MS permanece repassando o incentivo por dois meses; não suprida a carência do profissional, a ESF é descadastrada e o repasse do

²⁵ Os insumos odontológicos para cada ESB são: 1.000 escovas de dentes, 1.000 tubos de creme dental, três caixas de ionômero de vidro, 500 sachês de 1g de flúor e seis tubos de flúor-gel acidulado.

²⁶ Sistema de Informação da Atenção Básica

²⁷ O valor do incentivo por ESF repassado mensalmente pelo MS varia segundo a cobertura populacional do PSF, chegando ao valor máximo de R\$ 5.400,00/ESF/mês, com cobertura populacional igual ou maior a 70%.

incentivo, cancelado. Os incentivos financeiros para Saúde Bucal²⁸ variam conforme a modalidade da equipe I ou II, compreendendo também o incentivo inicial único no valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais). Para manter a regularidade dos recursos, é indispensável a presença do cirurgião-dentista na ESB. O financiamento da Atenção Básica por parte do governo federal compreende ainda o incentivo ao PACS²⁹, o incentivo para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, ações de vigilância à saúde, anteriormente denominadas ações de epidemiologia e controle de doenças, e para assistência farmacêutica básica³⁰. A contribuição do governo estadual nessa parceria tem se dado por meio do pagamento do salário dos ACS, atualmente em número de 9.888 (nove mil oitocentos e oitenta e oito); do treinamento das ESF por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP/Ce; do estabelecimento de convênios com os municípios para construção e reforma de unidades básicas de saúde e aquisição de equipamentos; além da pactuação para compra de medicamentos do elenco da farmácia básica, em parceria com o município e o governo federal.

A consolidação do SUS tem sido dificultada pela ausência, insuficiência e qualidade de recursos humanos em alguns municípios brasileiros, particularmente nos de pequeno e grande porte. A proposta do MS para fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, nos municípios desprovidos ou com precários serviços médico-sanitários, é o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS, ofertando incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes. A interiorização dos profissionais, objetiva impulsionar a reorganização da Atenção Básica e do PSF. O PITS foi implantado em 2001, permanecendo até Julho de 2004, beneficiando 145 (cento e quarenta e cinco) municípios em todo o país. No Ceará, foram incluídos 12 (doze) municípios: Alcântaras, Alto Santo, Ararendá, Aurora,

²⁸ O valor do incentivo por ESB repassado mensalmente pelo MS é estabelecido conforme a modalidade da equipe. A modalidade I recebe R\$ 1.700,00/ESB/mês, enquanto para a modalidade II o valor é de R\$ 2.200,00/ESB/mês. Ressalte-se que o repasse destes incentivos está atrelado à qualificação e ao cadastramento da ESB vinculada a uma ESF qualificada e em funcionamento.

²⁹ O incentivo financeiro ao PACS corresponde ao valor de R\$ 260,00/ACS/mês, multiplicado pelo número de ACS qualificadas no município. Há também o incentivo adicional ao PACS, conforme o número de ACS qualificadas no mês de julho do respectivo ano, o que corresponderia ao 13º salário. No Ceará, este adicional corresponde ao 14º salário, uma vez que o governo estadual, o contratante das ACS, tem como obrigação trabalhista o pagamento do 13º salário de seus funcionários.

³⁰ A compra de medicamentos da farmácia básica tem financiamento tripartite, onde o governo federal pactua o valor de R\$ 1,00 hab/ano, o governo estadual R\$ 0,80 hab/ano e o governo municipal poderá pactuar valores de R\$ 1,00 a 2,50/hab/ano.

Cariré, Coreaú, Ererê, Frecheirinha, Ipaumirim, Mirafma, Morrinhos e Senador Sá (Brasil, 2001b).

Em decorrência da dificuldade de reorganização da Atenção Básica nos grandes centros urbanos, o governo federal lançou o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família-PROESF, que propõe a conversão do modelo de atenção à saúde para o saúde da família com mudanças na dinâmica do PSF, viabilizando recursos para estruturação de equipes e unidades, buscando também integrar procedimentos de outros níveis de complexidade do SUS e aperfeiçoar tecnologias de gestão. O PROESF direciona-se aos municípios com população superior a 100 mil habitantes, concentrando os investimentos em recursos humanos, monitoramento e avaliação (Brasil, 2003b). Sobral, Maracanaú, Juazeiro do Norte, Crato, Caucaia e Fortaleza foram os municípios do Ceará incluídos no PROESF.

Vale ressaltar que, programas com o objetivo de fortalecer e ampliar a Atenção Básica e o PSF, como o PITS e o PROESF, não contemplaram a Atenção à Saúde Bucal.

Desde o início da atual gestão do governo federal, vários reajustes têm sido feitos nos valores dos incentivos denominados PAB-fixo e PAB variável. Em relação ao PAB variável, a Portaria Nº 1.434 GM/MS, de 14 de Julho de 2004, define mudanças no financiamento da Atenção Básica em saúde, no âmbito da estratégia Saúde da Família, determinando as seguintes providências: aumentar em 50% o valor atual dos incentivos do PSF e Saúde Bucal dos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano-IDH menor ou igual a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais estados do país, dos municípios que atualmente integram o PITS e dos municípios com populações remanescentes de quilombos ou residentes em assentamentos que não se enquadrem nos citados anteriormente. As mudanças no PAB-fixo, determinadas pela Portaria Nº 1.432 GM/MS, de 14 de Julho de 2004, incluem: incorporação da população assentada entre os anos de 2000 e 2003, na base de cálculo do valor deste incentivo; fixação do valor mínimo de R\$ 13,00 (treze reais) e

o valor máximo de R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante/ano, conforme a Portaria de Nº 2.024 GM/MS, de 23 de Setembro de 2004.

Observa-se o esforço do atual governo em co-financiar a Atenção Básica para que seja possível, juntamente com os incentivos estaduais e investimentos municipais, a execução de todas as ações que nela se enquadram.

2. O Contexto do Ceará

Falando-se em antecedentes do setor saúde do estado do Ceará, pode-se considerar que este enfatiza a construção do SUS, obedecendo aos princípios constitucionais, seguindo os conhecimentos epidemiológicos para eleger as prioridades, num contexto de interação e co-participação das esferas municipal, estadual e federal. O primeiro momento abordado compreende o período 1987-1990, considerado, pelas próprias forças políticas que assumiram o poder, como “primeiro governo das mudanças”, momento bastante tenso e difícil, em decorrência da ruptura da estrutura de poder representada pela lógica político-social, denominada Coronelismo. Mas é nesse momento que o Ceará investe na descentralização das ações, priorizando a municipalização, proporcionando o fortalecimento da APS por meio da implantação do PACS e, conseqüentemente, a melhoria dos indicadores de saúde da população, principalmente o da mortalidade infantil. A redução da mortalidade infantil foi motivo de premiação concedida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF à Secretaria da Saúde do estado do Ceará-SESA/Ce. A experiência bem sucedida do PACS, bem como as demandas geradas por ele dão origem ao PSF, implantado em 1994, no “segundo governo das mudanças”, 1991-1994, paralelo à expansão do PACS para 98,9% dos municípios, contando com 7.805 ACS distribuídos em 182 municípios (Ceará, 1999).

Foram metas estratégicas do período 1987-1990 (Coelho,1997:36):

- reduzir a mortalidade infantil de 126 para 76 óbitos por 1.000 nascidos vivos;
- reduzir a mortalidade materna de 100 para 50 óbitos por 100.000 habitantes;
- realizar cobertura vacinal homogênea da população infantil;

- implantar ações preventivas e a promoção de saúde bucal nos grupos de 6 a 14 anos e gestantes em 100% dos municípios cearenses;
- expandir o atendimento hematológico e hemoterápico do Hemoce em 100% da rede hospitalar do governo estadual;
- garantir atendimento médico em 100% dos municípios cearenses.

Como resultados alcançados nesse período destacam-se a descentralização, unificação e expansão dos serviços, cobertura vacinal de 97% e redução de 37% da mortalidade infantil.

No governo sucessor, 1991-1994, sendo o setor saúde ainda considerado crítico, é-lhe dada prioridade absoluta, buscando-se ampliação do acesso aos serviços de saúde, maior investimento em hospitais e unidades de saúde e consolidação e fortalecimento do SUS nos municípios. Neste contexto foram definidas como metas estratégicas (Coelho, 1997:48):

- reduzir a mortalidade infantil de 65 para 51 por 1.000 nascidos vivos;
- reduzir o índice CPOD de 7,2 para 5,0 (dentes cariados, perdidos e obturados);
- realizar cobertura vacinal homogênea;
- ampliar a cobertura de assistência médica em 47 municípios, passando de 0,63 para 2,00 consultas/habitante/ano;
- expandir o processo de municipalização dos serviços de saúde, passando de 79 para 178 o número de municípios com municipalização dos serviços de saúde.

Segundo Martins-Fo (2001:11), na década de 1990...

As políticas públicas vão orbitar em torno da norma legal e do arranjo jurídico-institucional consagrados na Constituição do Brasil de 1988, com avanços e retrocessos típicos da arena política da disputa entre atores sociais díspares.

No período 1987-1990, as ações de Saúde Bucal eram subordinadas ao Departamento de Atenção Básica e, embora contempladas nas metas desse governo, continuava priorizando crianças de 6 a 14 anos, utilizando um sistema precário, não respondendo às expectativas da categoria e dos gestores. A responsabilidade pela fragilidade das políticas públicas de saúde bucal no Ceará, é, em parte, da própria categoria de cirurgiões-dentistas, pois, conforme Martins-Fo (2001:73),

A formação profissional do cirurgião-dentista, de forma hegemônica, era voltada para a prática liberal, abordando tangencialmente as políticas públicas de saúde e apontando na perspectiva da reprodução da prática individual, já secular, que se limita a um paciente, a uma cadeira e a um profissional em um espaço mais ou menos padrão.

No ano de 1989, criou-se a Comissão Interinstitucional de Odontologia por meio da Portaria Nº 227, de 25 de Junho de 1989, da SESA/Ce, que define como suas competências:

1. Promover coordenação, integração, funcionamento, melhoria e avaliação das atividades desenvolvidas pelas pessoas físicas e jurídicas credenciadas, entidades conveniadas, entidades públicas do Sistema Único de Saúde–SUS ou que ele venham a ser integradas no Ceará;
2. Compatibilizar modelos de programação teórica, em consonância com as diretrizes oriundas do órgão especializado do Ministério da Saúde;
3. Definir padrões, indicadores, parâmetros, modelos e técnicas com vistas à coordenação, integração, funcionamento, melhoria e orientação das atividades específicas das unidades odontológicas do SUS no Ceará;
4. Estabelecer normas e padrões técnicos sobre a aquisição, manutenção e utilização de equipamento, material e instrumental empregados pelo subsistema, objetivando o maior rendimento dos serviços com o menor gasto operacional por parte do poder público;
5. Acompanhar e avaliar o desempenho das atividades da área de competência da Coordenação;
6. Sugerir, pronunciar e acompanhar os setores competentes das instituições, os processos de lotação, remoção ou remanejamento e disposição de servidores, para melhor adequação dos mesmos;
7. Implementar os treinamentos de recursos humanos (CDs, THDs e ACDs), integrando-os interinstitucionalmente;
8. Promover a articulação e o intercâmbio técnico-cultural e administrativo como os demais órgãos vinculados às atividades do SUS, a nível federal, estadual e municipal;
9. Colaborar no planejamento e acompanhamento dos recursos financeiros dos programas de saúde bucal, alocados pela Programação e Orçamentação Integradas – POI (Ceará, 1989:1).

No **Plano de Saúde – 1991/95 – “Geração Ceará Melhor”** (Ceará, 1991:5), o Programa de Saúde Bucal está definido, objetivando reverter o quadro epidemiológico da cárie dentária no estado, por meio de ações odontológicas voltadas para prevenção, diagnóstico, tratamento, limitação do dano e reabilitação oral. Para tanto, são definidas as seguintes metas.

- Realizar levantamento epidemiológico da cárie dentária no Estado.
- Estender a aplicação de flúor em bochecho de modo a atingir 100% dos municípios do Estado.
- Expandir a aplicação tópica de Flúor Gel, visando atingir 60% dos municípios do Estado.
- Elevar os percentuais de cobertura de 50% para 80% em relação às ações realizadas em Odontologia.
- Implementar assistência odontológica ao excepcional no Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Geral de Messejana.
- Implantar um centro cirúrgico e uma central de esterilização no Centro Especializado em Odontologia – CEO.
- Realizar 48 supervisões técnicas nas regionais, por amostragem.
- Reativar o serviço de prótese dentária no Centro Especializado em Odontologia e implantar em 50% dos Departamentos Regionais de Saúde.

- Institucionalizar a função de THD – Técnico em Higiene Dental, para o atendimento a 4 e 6 mãos.
- Adquirir 320 consultórios odontológicos simplificados, 80 a cada ano, sendo 30 para a capital e 50 para o interior.
- Implantar em cada Distrito Sanitário uma Unidade Odontológica de Referência.

Para Martins-Fo (2001:79), “um plano de saúde originado do núcleo central do governo estadual contempla, pela primeira vez e com clareza, as diretrizes e metas a atingir para o subsetor”, numa estrutura organizacional de Secretaria que contava com uma Divisão de Saúde Bucal, subordinada diretamente a uma Diretoria de Saúde.

No entanto, pode-se observar que, desde 1989, existe a preocupação com a formação de recursos humanos em Odontologia, incluindo Cirurgião-Dentista, ACD e THD, mas que de fato, desde então, não tem sido priorizada pelos governos federal e estadual como meta essencial para o avanço da implementação da Odontologia no SUS. Observa-se também a intenção em realizar levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, o que de fato somente ocorreu, em 1996, sem que houvesse democratização da metodologia, implicando fatos pontuais destacados em alguns municípios, não resultando na concretização de um banco estadual de dados epidemiológicos em Saúde Bucal que refletisse a condição epidemiológica, em relação à cárie dentária em escolares, grupo ao qual ficou limitado o já restrito levantamento.

Percebe-se também a preocupação em criar indicadores para melhorar, coordenar e orientar as ações em Odontologia no SUS. A idéia não se concretizou e, conseqüentemente, as ações de Odontologia e não de Saúde Bucal foram sendo implementadas, mas sem embasamento epidemiológico e sem ferramentas para acompanhamento e avaliação.

Diante de expectativas frustradas, o reflexo pode ser observado na primeira Conferência Estadual de Saúde do Ceará que apontou, em seu relatório final, a necessidade de “ampliar a assistência odontológica para todos os municípios e a todos os escolares da rede pública de ensino, considerando prevenção, reabilitação e cura” (Ceará, 1992:2). Embora consistindo em marco histórico

significativo, Martins-Fo (2001:82) considera que “a meta definida na Conferência não é atingida, nem muito menos a inclusão das ações de Saúde Bucal na estratégia do PSF”.

Nesse cenário de priorização da Atenção Básica³¹, visando instituir um novo modelo de atenção no país, de grandes investimentos do MS na universalização da Atenção Básica, especialmente nos anos 1990, e conseqüentemente, do avanço da municipalização e do estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, é que se inscreve o presente objeto de investigação, focando a experiência singular do Ceará.

Estudos anteriores, como os de Bleicher (2000), Martins-Fo (2001), Dias (2001), Cordeiro (2001), sistematizaram grandes temas e realizaram grande levantamento de fatos, avanços, omissões e retrocessos das políticas cearenses de Saúde Bucal. Destaque-se a pesquisa de Moacir Tavares Martins Filho, **Políticas de Saúde Bucal no Estado do Ceará: 1964 a 1998**, pela grande retrospectiva histórica, que inclui extensos depoimentos dos principais atores, como base a partir da qual o presente trabalho ganha impulso.

No estudo de Martins-Fo (2001:29), o foco foi “o esclarecimento dos princípios, critérios, procedimentos, programas, técnicas e instrumentos que envolveram a Política de Saúde Bucal no estado do Ceará, no período de 1964 a 1998”. No atual caso, que recorta o fenômeno estudado em nível da Atenção Primária à Saúde, o período obrigatoriamente precisa ser outro, o de 1994 a 2003, em virtude da temática ter sido esboçada, mas não aplicada antes de 1994.

Alguns questionamentos relacionados ao objeto de estudo podem ser apontados:

- já existe uma Política de Saúde Bucal, real, efetiva, no Ceará?
- como tal política vem sendo implementada na Atenção Primária à Saúde, em articulação com a estratégia do PSF?
- qual a cobertura populacional das ESB no PSF do Ceará?

- como são organizadas as práticas, a oferta e produção dos serviços de saúde bucal no PSF?
- que avanços, limites e perspectivas podem ser identificados com a nova lógica de Atenção à Saúde Bucal no PSF?

A partir da problemática identificada, o estudo traçou, como objetivo geral e objetivos específicos:

Objetivo Geral

Analisar, criticamente, a implementação da Política de Saúde Bucal na APS do Ceará, em articulação com a estratégia do PSF, no período de 1994 a 2003.

Objetivos Específicos

- a) Identificar limites, avanços, retrocessos, omissões e perspectivas da Política de Saúde Bucal no PSF do Ceará, no período citado, sugerindo alternativas.
- b) Analisar, criticamente, a cobertura populacional da Atenção à Saúde Bucal no PSF no Ceará, e a proporção ESB/ESF.

³¹ Atenção Básica “é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 1999:9).

TRATAMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa desenvolve estudo sobre a implementação da Política de Saúde Bucal, na APS do estado do Ceará, no período 1994 a 2003. Na contextualização do objeto de estudo, formulam-se as hipóteses operacionais, denominadas pressupostos teóricos, que orientam o caminho teórico-metodológico traçado na presente investigação. Para Minayo (1996a), a formulação de hipóteses pode ser vista como elaboração de pressupostos ou questões, resultantes do diálogo estabelecido entre o olhar do pesquisador e a realidade a ser investigada.

O **primeiro pressuposto** é que a implementação da Política de Saúde Bucal, na APS no estado do Ceará, vem acontecendo de maneira retardatária e marginal, semelhante ao que ocorre nacionalmente, com alguns avanços pontuais.

O **segundo pressuposto** é que a inserção da Saúde Bucal no PSF ainda centraliza suas ações em grupos populacionais restritos, como determinado pela NOAS-SUS 2001/2002, quando coloca, como responsabilidades estratégicas, o grupo compreendido na faixa etária de zero a quatorze anos e o de gestantes, desarticulando-os das demais ações do PSF e contradizendo os princípios da universalidade e da integralidade do SUS.

O **terceiro pressuposto** é a predominância da lógica assistencial terapêutica, centrada na recuperação da saúde, em detrimento da promoção de saúde bucal e prevenção de transtornos, doenças e agravos bucais.

Têm-se, a seguir, os procedimentos e instrumentos de investigação, referentes à identificação de sujeitos e de informações, e os de interpretação, referentes às técnicas de análise dos discursos provocados pelas entrevistas.

1. Procedimentos e instrumentos de investigação

A presente pesquisa caracteriza-se como estudo de caso, retrospectivo, qualitativo, analítico-crítico e propositivo, refletindo o caminho percorrido no processo de elaboração do conhecimento, por meio de questionamentos e descobertas da realidade, nas aproximações sucessivas entre o objeto investigado e a produção teórica sobre este, de maneira dinâmica, inacabada e transformadora.

O estudo de caso do estado do Ceará permite o aprofundamento da investigação sobre a implementação da Política de Saúde Bucal na APS, numa unidade específica da federação brasileira, no período 1994-2003. O início do período foi escolhido por corresponder à implantação do PSF, nacionalmente, com seus impactos imediatos sobre as experiências pioneiras do Ceará.

Segundo Triviños (1987:134), o estudo de caso consiste em:

Uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente (...) e suas características são dadas por duas circunstâncias, principalmente. Por um lado, a natureza e abrangência da unidade (...) Em segundo lugar, também a complexidade do estudo de caso está determinada pelos suportes teóricos que servem de orientação (ao) trabalho de investigador.

A característica retrospectiva deste estudo, instrumentalizado pela análise de documentos e pelo recordatório das lideranças político-administrativas do processo, baseia-se no método histórico que, conforme Lakatos & Marconi (1995:82):

Consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar suas influências na sociedade de hoje, pois as instituições alcançaram sua forma atual através de alterações de suas partes componentes ao longo do tempo, influenciadas pelo contexto cultural particular de cada época.

Para Martins-Fo (2001:30):

O método histórico permite descrição, análise e crítica das políticas públicas de saúde bucal no contexto social no qual são produzidas, permitindo a visibilidade de suas origens, desenvolvimento e expressões, bem como de suas transformações, sem negar a possibilidade de comparação e sem lacunas temporais.

Nesta investigação, busca-se compreender a problemática da implementação da Política de Saúde Bucal na APS do Ceará, em articulação com a estratégia do PSF, por meio da descrição de fatos passados e dos discursos dos que gerenciaram e gerenciam as instituições selecionadas. Em decorrência do método histórico, utilizamos a periodização que, segundo Sampaio (1994:13):

(Toda) periodização traz um arbitrário que só pode ser reduzido caso sejam aclarados os critérios de escolha. Existem datas que simbolizam fraturas estruturais e expõem o funcionamento sócio-econômico desnudado dos velamentos ideológicos habituais. Para que tal data tenha poder simbólico, urge que congregue fatos político, econômico e social, direta ou indiretamente ligados ao fenômeno estudado.

A periodização esboçada para esta pesquisa permite a articulação das Políticas de Saúde Bucal com as Políticas de Saúde e as características políticas-econômicas do Ceará, articuladas ao panorama nacional. Desta forma, para o estudo, é aceita a divisão de fases efetuada por Sampaio et alii. (2001), conforme segue:

QUADRO I

Periodização Básica da História do Ceará

ERA	PERÍODO	DATA
COLONIAL	-	1500/1822
IMPERIAL	-	1822/1889
REPUBLICANA	Fundação e Turbulência Republicana	1889/1930
	Ceará Getulista	1930/1945
	Ceará Populista	1945/1964
	Ceará dos Coronéis	1964/1987
	Ceará dos Empresários	1987/2003

Fonte: Sampaio et alii. (2001)

Utiliza-se uma faixa de tempo incluída no período “Ceará dos Empresários”. Em 1987, inicia-se o Período da Democracia Liberal e o Ciclo dos Empresários, no Ceará, ascendendo ao poder um sistema político com ideário social-democrata e base econômica situada no empresariado urbano. O primeiro governador do Ciclo foi Tasso Jereissati (1987-1990), seguido por Ciro Gomes (1991-1994), retornando Tasso Jereissati para dois mandatos consecutivos (1995-1998; 1999-2002), no momento Lúcio Alcântara é governo (2003-2006).

Sobre esse período, Queiroz-Campos (1993) afirma que o Ceará deu um passo importante na solução da problemática sanitária, com redução dos índices de mortalidade infantil e elevação nos níveis de imunizações, muito embora os dados estatísticos oficiais, pelo menos no campo epidemiológico, ainda não sejam perfeitamente confiáveis.

Para Coelho (1997) e Fonseca-Neto (1999), o uso inadequado da Epidemiologia e dos sistemas de informação para tomadas de decisões estratégicas e operacionais, na maioria dos municípios, tem dificultado o direcionamento de ações para a prevenção e o controle das doenças e agravos de maior magnitude e gravidade em comunidades e em grupos mais vulneráveis. O modelo de atenção centrado na doença, que, apesar de todos os esforços, ainda prevalece no Ceará, e a necessidade de integralidade da atenção, que tem seus pontos fortes na promoção da saúde, prevenção das doenças e humanização do atendimento, sem menosprezar a necessidade de ações de recuperação da saúde, pressupõe o rompimento com este modelo curativo, emergencial e setorial e pode melhorar o processo saúde-doença. Os Conselhos de Saúde favorecem a participação de setores orgânicos da sociedade na tomada de decisões, mas, por outro lado, ainda favorecem os vícios da participação consentida e distorcida, por interferências politicamente incorretas, autoritárias e centralizadoras.

Com relação aos SILOS, observam-se os seguintes aspectos: 1) atendimento ainda quase exclusivo à demanda espontânea e às necessidades sentidas, sem identificação dos determinantes complexos dos problemas de saúde, secundarizando a atenção às necessidades reais da população e fazendo com que as ações de promoção de saúde e de prevenção das doenças não alcancem a prioridade necessária; 2) planejamento centralizado; 3) duplicidade e paralelismo de ações; 4) centralização administrativa e financeira; 5) grau limitado de envolvimento e participação comunitária no processo de decisão sobre prioridades; 6) profissionais de saúde operando, em muitos casos, sem objetivos e visão de futuro a desafiá-los, sem explicitação clara de sua missão no processo de melhoria da qualidade de vida e saúde da população e, conseqüentemente, desmotivados.

A pesquisa caracteriza-se como analítico-crítica e propositiva, por basear-se na análise crítica dos dados empíricos e das fontes documentais, a partir das quais são formuladas as proposições. A metodologia qualitativa torna possíveis várias táticas de abordagem do objeto em estudo, a Política de Saúde Bucal, permitindo que esta possa ser apreendida num espaço concreto, desde a concepção dos atores sociais, a implementação na APS em articulação com o PSF, a contextualização das políticas sociais e de saúde, até a conformação maior enquanto estratégia de política pública que visa reforma do estado e economia sustentada, com inclusão social. As informações estatísticas podem estar presentes, mas apenas como coadjuvantes e não como ferramenta principal da análise dos dados.

Minayo (1996b) considera a metodologia qualitativa, nas ciências sociais, como sendo a lógica de pesquisa que trabalha o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes percebidos no espaço mais profundo das relações. Deste modo, define Metodologias de Pesquisa Qualitativa como:

Aqueles capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 1996b:10).

Isso permite concluir que é possível trazermos a pesquisa qualitativa para o campo da saúde, uma vez que este está inserido em outras instâncias da realidade social, sendo igualmente submetido aos avanços, rumos, interrogações e perspectivas da problemática teórica e metodológica da totalidade social de que faz parte (Minayo, 1996b).

O campo do estudo é o estado do Ceará, objetivamente a Secretaria Estadual da Saúde-SESA/Ce e as Células Regionais de Saúde-CERES, totalizando 22 instituições participantes da pesquisa.

Visando atingir os objetivos propostos na Introdução, utilizou-se como estratégias metodológicas de investigação:

- a) levantamento documental no Ministério da Saúde, por meio de pesquisa virtual, e na SESA/Ce, por meio de pesquisa real, compreendendo legislação, normas, planos operacionais, relatórios e dados em relação à Política de Saúde Bucal na Atenção Primária, no período 1994-2003; e
- b) identificação e realização de entrevistas com os atores envolvidos na formulação das Políticas de Saúde Bucal do Ceará no período 1994-2003, focando a questão da Atenção Básica:

A análise documental permitiu a compreensão das expressões, conceitos, estruturas organizativas, bem como das relações estabelecidas entre o discurso oficial e a prática operacional.

A entrevista foi aberta ou não estruturada, seguiu um roteiro temático, e foi utilizada para compreensão das experiências e da formulação das Políticas de Saúde Bucal no estado do Ceará. Segundo Minayo (1996b), a entrevista é parte da relação mais formal do trabalho de campo em que o pesquisador colhe informações por meio da fala dos atores sociais. A entrevista aberta permite que os entrevistados discorram livremente sobre o assunto proposto, deixando ao entrevistador a busca à “emergência de valores, concepções introjetadas e opiniões decorrentes da experiência empírica, singular dos atores-sujeitos” (Barroso, 1998:30). Assim:

A entrevista não estruturada, também chamada “entrevista em profundidade”, em vez de responder à pergunta por meio de diversas alternativas pré-formuladas, visa obter do entrevistado o que ele considera aspectos mais relevantes de determinado problema: as suas descrições de uma situação em estudo (...) procura saber o que, como e por que algo ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita (Richardson, 1999:208).

Minayo (1996b) considera a entrevista fora do campo supostamente neutro da coleta de dados, e reporta-a para a arena dos conflitos e contradições, em que o *status* da palavra, da fala individual revela os códigos dos sistemas e os valores contraditórios, reconhecendo na fala a representatividade qualitativa na pesquisa social. Nessa arena, encontra-se ainda a interação social na relação pesquisador/pesquisado, trazendo implicações sócio-políticas, culturais e ideológicas de uma prática social que pretende ter critérios de objetividade.

As entrevistas abertas foram realizadas com os sujeitos da pesquisa, identificados na fase exploratória do campo, devendo tais sujeitos ter ocupado ou estar ocupando as seguintes funções, no período 1994-2003:

- Secretários Estaduais da Saúde:

- * Anamaria Cavalcante e Silva
- * Anastácio de Queiroz Sousa
- * Jurandi Frutuoso Silva

- Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal:

- * Maria Aragão Sales
- * Clélia Maria Nolasco
- * Léa Maria Bezerra de Menezes

- Orientadores das Células Regionais de Saúde:

- * Sebastiana Shirley de Oliveira Lima – 1ª CERES/FORTALEZA
- * Luiza de Marilac Barros Rocha – 2ª CERES/CAUCAIA
- * Leni Lúcia Leal Nobre – 3ª CERES/MARACANAU
- * Zita Maria da Rocha – 3ª CERES/MARACANAU
- * Maria de Fátima Ferreira de Oliveira – 4ª CERES/BATURITÉ
- * Rosélia Maria Soares Mesquita – 5ª CERES/CANINDÉ
- * José Teixeira Alves – 6ª CERES/ITAPIPOCA
- * João Batista Oliveira Maia – 7ª CERES/ARACATI
- * Benedita de Oliveira – 8ª CERES/QUIXADÁ
- * Israel Guimarães Peixoto – 9ª CERES/RUSSAS
- * Helmo Nogueira de Souza – 10ª CERES/LIMOEIRO DO NORTE
- * Maria Lucila Magalhães Rodrigues – 11ª CERES/SOBRAL
- * Francisco Rosemiro G. Neto – 12ª CERES/ACARAU
- * Liduína Fátima Freitas dos Santos – 12ª CERES/ACARAU
- * Maria da Conceição Furtado de Souza – 13ª CERES/TIANGUÁ
- * Maria Zenilda Leopoldo F. dos Santos – 14ª CERES/TAUÁ
- * Domingos Sávio de Carvalho Souza – 15ª CERES/CRATEÚS
- * Mariluce Dantas Soares – 15ª CERES/CRATEÚS
- * Francisco Márcio Pereira da Silva – 16ª CERES/CAMOCIM

- * Lúcia de Fátima Barreto de Alencar – 17ª CERES/ICÓ
- * Lúcia do Nascimento – 18ª CERES/IGUATU
- * Francisco Magliônio Gomes – 19ª CERES/BREJO SANTO
- * Sayonara Moura de Oliveira Cidade – 19ª CERES/BREJO SANTO
- * José Leiva Cabral – 20ª CERES/CRATO
- * Estela Auxiliadora Almeida Lopes – 21ª CERES/JUAZEIRO DO NORTE

- Coordenadores de Saúde Bucal das Células Regionais de Saúde:

- * Herbene Solange Aragão Sales – 1ª CERES
- * Neyardo Lourival de A. Cavalcante – 2ª CERES
- * Meyriane Fontenele Martins – 3ª CERES
- * Francisco José Silveira – 4ª CERES
- * Célia Viana da Silva Brasileiro – 5ª CERES
- * Luisa Maria Oliveira Pinto – 6ª CERES
- * Maria Marta Andrade de Sousa Oliveira – 7ª CERES
- * Maria Irisdalva Melo – 8ª CERES
- * Regina Helena Chagas de Andrade – 9ª CERES
- * Márcia Lúcia de Oliveira – 10ª CERES
- * José Roberto Paula P. de Azevedo – 11ª CERES
- * Edgard Correa Neto – 13ª CERES
- * Regina Claudia Macedo Castelo – 14ª CERES
- * José Ozanilton Mourão Soares – 15ª CERES
- * Maria das Graças Dias Carneiro – 16ª CERES
- * Zuila Maria Maciel Melo Peixoto – 17ª CERES
- * Ana Márcia Lopes Sarmento – 18ª CERES
- * Terezinha Lucena Nogueira – 19ª CERES
- * Adriane de Brito Cardoso – 20ª CERES
- * Andréa Couto Feitosa – 21ª CERES

Na fase exploratória de campo, para identificação dos sujeitos, pôde-se constatar que, em algumas CERES, houve mudança dos orientadores no período 1994-2003, bem como de alguns Coordenadores de Saúde Bucal, identificando-se ainda algumas CERES sem o Coordenador de Saúde Bucal. Vale ressaltar que o

citado coordenador foi identificado como o sujeito que respondia oficialmente ou extra-oficialmente pela Coordenação de Saúde Bucal da CERES.

Uma indagação geral serviu como ponto inicial e norteador da entrevista: **“Na sua opinião, como vem se dando a implementação da Saúde Bucal na Atenção Primária do Ceará?”** E como roteiro temático, foram utilizados os seguintes lembretes: **saúde bucal e PSF; cobertura populacional, prática, limites, avanços e perspectivas**. Todas as entrevistas foram gravadas e os sujeitos foram convidados a discorrer sobre o tema em estudo.

Além das entrevistas, utilizou-se o diário de campo como instrumento de investigação. Para Minayo (1996b), o diário de campo deve conter todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais, compreendendo comportamentos, gestos, expressões, conversas informais que digam respeito ao tema da pesquisa, possibilitando, desta maneira, a expressão da subjetividade do pesquisador.

2. Procedimentos e instrumentos de interpretação

Para análise das entrevistas foi utilizada a Análise de Discurso, proposta por Orlandi (1996:11) que a define como:

Uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas (...) pressupõe a lingüística, mas se destaca dela (...) considera como fato fundamental a relação necessária entre a linguagem e o contexto de sua produção (...) procura problematizar as evidências e explicitar seu caráter ideológico, revela que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia.

De acordo com Minayo (1996b: 211):

O objetivo básico de Análise de Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico, jurídico e sócio-político. Ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido.

Enquanto procedimento, a Análise de Discurso considera que o discurso é determinado por condições de produção e por um sistema lingüístico (Minayo, 1996b), a partir do ponto de vista dos autores concretos do discurso, como

acrescenta Orlandi (1996). A consideração de ser essencial a compreensão do processo de produção do discurso e menos importante a interpretação deste, é que faz Orlandi (1996) e Pêcheux (1997) marcarem uma linha divisória entre Análise de Discurso e Análise de Conteúdo.

De acordo com Pêcheux (1997), a linguagem deve ser trabalhada articulando-se o materialismo histórico, a lingüística, a teoria do discurso e a teoria da subjetividade. O discurso é produzido pelo sujeito, mediado pelo inconsciente, pela ideologia e pela história, sendo essas dimensões consideradas essenciais para a compreensão das condições de produção do discurso.

Mas faz-se necessária a apreensão de outros conceitos para melhor compreensão do discurso, como as definições de texto, leitura e silêncio, os tipos de discurso, bem como as relações de sentido, mecanismos de antecipação, relação de forças (Minayo, 1996b). Dentro do discurso, o texto é a unidade de análise, que é completo enquanto *corpus* e infinitamente inacabado enquanto objeto teórico, pois a análise recupera a consistência e a totalidade, permitindo múltiplas possibilidades interpretativas.

De acordo com Minayo (1996b:213):

Do ponto de vista analítico, o texto é o espaço mais adequado para se observar o fenômeno da linguagem: ele contém a totalidade. Essa totalidade se revela em três dimensões de argumentação: (a) Relações de Força: lugares sociais e posição relativa do locutor e do interlocutor; (b) Relação de Sentido: a interligação existente entre este e vários discursos, o “coro de vozes” que se esconde em seu interior; (c) Relação de antecipação: a experiência anteprojeta do locutor em relação ao lugar e à reação de seu ouvinte.

O texto permite múltiplas possibilidades de leitura e, assim, como a significação, as múltiplas possibilidades são produzidas e baseadas na experiência concreta do leitor, do interlocutor ou do analista. Orlandi (1996) enfatiza a necessidade de estar atento, assim como na produção do discurso, às condições de produção do silêncio, pois ele é ambíguo e eloquente. Ele pode representar uma forma de exclusão, de opressão ou de resistência; o silêncio precisa ser compreendido por meio do dito e do não-dito. Logo, com a apreensão de que a fala

e o silêncio expressam relações e revelam as pessoas que os empregam, conclui-se que a fala e o silêncio nada dizem por si.

A tipologia do discurso deve compreender o contexto do discurso, tanto em sentido estrito, situação de interlocução, comunicação, instância de linguagem, como em seu sentido lato, os determinantes histórico-sociais e ideológicos. Portanto, o que caracteriza o discurso é o seu funcionamento discursivo “como atividade estruturante de um discurso determinado, por um interlocutor determinado, por um falante determinado, com finalidades específicas” (Orlandi, 1996:153).

Os tipos de discurso, caracterizados como autoritário, polêmico e lúdico, não devem ser compreendidos pelo sentido restrito das palavras autoritário, polêmico e lúdico, mas pelas relações estabelecidas entre a interação e a polissemia na sua produção. No autoritário, a polissemia é contida e o locutor é o agente exclusivo, apagando sua relação com o interlocutor. No discurso polêmico, a polissemia é controlada e os interlocutores disputam pelos sentidos. No lúdico a polissemia é aberta e os interlocutores não regulam a relação com os sentidos. No entanto, não há um discurso em sua forma pura, pois ele não se define em essência, mas seguindo uma tendência entre paráfrase e polissemia (Orlandi, 1999).

Quando as relações de sentido são referidas, observa-se que não há discursos individualizados, mas que todos se relacionam entre si. Assim, os sentidos resultam de relações entre discursos que os sustentam ou indicam dizeres futuros, realizados, imaginados ou possíveis. O mecanismo de antecipação permite que o sujeito produtor do discurso antecipe-se ao interlocutor, produzindo o efeito desejado no ouvinte. Podemos dizer que o dito pelo sujeito pode ter sido previsto por ele, e tem também uma relação de dependência do lugar que ele ocupa durante a produção do discurso; é a chamada relação de forças.

Conforme Brandão (1993:83):

O desafio a que a análise de discurso se propõe é o de realizar leituras críticas e reflexivas que não reduzam o discurso a análises de aspectos puramente lingüísticos, nem o dissolvam num trabalho histórico sobre a ideologia. Ela opera com o conceito de ideologia que envolve o princípio da contradição que está na base das relações de grupos sociais, cujas idéias entram em confronto, numa correlação de forças, considera também as

noções de interpelação-assujeitamento e de Aparelhos Ideológicos de Estado que governam, regulam essas relações. Ela busca não eliminar essas contradições, mas, ao contrário, fazê-las aflorar na materialidade lingüística do discurso, apreendê-las nas formas de organização discursiva, possibilitando captar as relações de antagonismo, de aliança, de dissimulação, de absorção que se processam entre diferentes formações discursivas.

A proposta operacional utilizada para análise dos dados é a de Análise de Discurso de Orlandi (1996), que trabalha na seguinte ordem:

- 1) Análise das palavras do texto (separação dos termos constituintes, análise dos adjetivos, dos substantivos, dos verbos, dos advérbios);
- 2) Análise das construções de frases;
- 3) Construção de uma rede semântica, intermediária entre o social e a gramática;
- 4) Consideração da produção social do texto como constitutivo de seu sentido.

Observa-se que Orlandi (1996) avança nas propostas concretas de ação, permitindo que as reflexões sobre o discurso ampliem o campo da abordagem crítica e desvendem os mecanismos de dominação que estão escondidos atrás da linguagem.

As entrevistas passaram inicialmente por um processo de ordenação por meio da transcrição das fitas-cassete, releitura do material, sistematização dos relatos e identificação dos elementos narrativos principais. Simultaneamente foram também ordenadas as observações registradas no diário de campo, com sistematização dos registros e identificação de temas. Os elementos das entrevistas e os temas do diário confluíram para o que segue: Saúde Bucal na Atenção Primária, cobertura populacional, Conferências de Saúde Bucal, financiamento, vínculo empregatício, salário do cirurgião-dentista, integração entre ESB e PSF, planejamento em saúde bucal, atenção focalizada em grupos populacionais, capacitação/formação dos membros da ESB, atenção integral e focalizada na família, sensibilização dos gestores municipais, falta de equipamentos, Atenção à Saúde Bucal voltada para recuperação do dano, deficiência das ações de promoção e prevenção para a Saúde Bucal.

Para identificação das categorias conceituais e guias para análise, várias releituras foram feitas, recortando a fala dos entrevistados, objetivando apreender melhor os discursos, assim permitindo a compreensão do objeto em estudo, dentro de um contexto em constantes modificações tecnológicas e sociais.

Os guias para análise que compõem o capítulo central da investigação são assim denominados:

- 1) A Saúde Bucal na Atenção Primária: “há pouco tempo atrás era uma área da saúde que praticamente não existia”;
- 2) A prática da ESB no PSF e a realidade do modelo assistencial: “uma colcha de retalhos dos modelos herdados”;
- 3) Os dificultadores e as limitações da ESB no PSF.

A análise e a interpretação dos discursos estão relacionadas à compreensão do que significa a posição do sujeito como formulador de determinada política de saúde, submetido às condições históricas-políticas inerentes ao processo ou modos de produção do discurso. Desta forma, a política, segundo Orlandi (1996), mostra-se fundamental para elucidação do processo.

Entendendo a política como uma “dimensão” do indivíduo, seja ele quem for, executando não importa qual atividade na sociedade. Não existe vida social e individual que não esteja impregnada pelo contexto no qual estamos inseridos e sobre o qual agimos; por esse lugar onde o indivíduo age e fala sobre si mesmo, sobre o que se refere aos outros e cuja objetivação depende do falar e do agir que, por sua vez, são construídos nesse processo relacional (Figueiredo, 2000:54).

Assim foram analisados os discursos coletados nesta pesquisa, como produtos da fala dos sujeitos afetados pela ideologia, pela formação histórica-política e, portanto, “variável, possível do sujeito, podendo contrariar a tentativa de uma verbalidade inequívoca” (Figueiredo, 2000:55).

No complexo das formações ideológicas é que se constitui a “realidade do sujeito enquanto evidências e significações, portanto a noção de dado já é um efeito ideológico. Nesse sentido, é impossível captar a totalidade inequívoca do discurso; o que vamos atingir são totalizações e re-totalizações produzidas de uma ideologia (Figueiredo, 2000:55).

De acordo com Pêcheux (1997:56):

Todo discurso marca a possibilidade de uma desestruturação-reestruturação das redes de memória e trajetos sociais; todo discurso é índice potencial de uma agitação nas filiações sócio-históricas de identificação, na medida em que ele constitui ao mesmo tempo um efeito dessas filiações e um trabalho de deslocamento no seu espaço; não há identificação plenamente bem sucedida, isto é, ligação sócio-histórica que não seja afetada (...) pelo objeto de identificação.

3. Forma de exposição

A dissertação ora apresentada divide-se em Introdução, Tratamento Metodológico, Capítulo I: Políticas de Saúde, Atenção Primária e Saúde Bucal no Ceará: 1994-2003, Capítulo II: A Política de Saúde Bucal na Atenção Primária do Ceará: a realidade dos fatos, e Considerações Finais.

Na Introdução, são descritos os principais conceitos necessários à compreensão da pesquisa e são apresentadas as políticas de saúde, Atenção Primária e Saúde Bucal no Brasil e no Ceará, relatando a evolução, os determinantes e condicionantes dos modelos assistenciais do país por meio de um percurso histórico, contextualizado na conjuntura política, considerando-se as tendências dominantes no setor saúde, nas últimas décadas, e os ciclos de expansão da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

No Tratamento Metodológico, buscou-se caracterizar a pesquisa como retrospectiva, qualitativa, analítico-crítica e propositiva, optando-se pelo estado do Ceará como caso, considerando-se a lógica do método histórico e ensaios de periodização como instrumentos facilitadores para composição de cortes históricos correspondentes às gestões governamentais.

No Capítulo I: Políticas de Saúde, Atenção Primária e Saúde Bucal no Ceará: 1994-2003, foi exposta a estruturação destes três elementos no estado do Ceará, articulada às políticas nacionais a partir de 1994, ano de implantação do PSF como estratégia de implementação da APS.

No Capítulo II: A Política de Saúde Bucal na Atenção Primária do Ceará: a realidade dos fatos, estão apresentados os discursos dos sujeitos formuladores das políticas de saúde no estado confrontados com o que encontramos durante a revisão e análise documental.

Nas Considerações Finais, são explicitadas as dificuldades e facilidades encontradas durante o processo de investigação, bem como as conclusões baseadas na análise dos resultados, além das recomendações necessárias.

CAPÍTULO I

AS POLÍTICAS DE SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA e SAÚDE BUCAL NO CEARÁ: 1994-2003

No período político “Ceará dos Empresários” (Sampaio et alii., 2001), no qual se inclui avançada política inicial denominada “Governo das Mudanças” (1987 a 1994, primeiro mandato Tasso Jereissati e mandato Ciro Gomes), muitos êxitos foram alcançados, fazendo com que o estado do Ceará pudesse ser caracterizado por novas dimensões no trato com a realidade social, sobretudo no campo da saúde, propiciando que os indicadores econômicos evidenciassem substanciais modificações no perfil global do estado. Como consequência, as gestões imediatamente sucessivas, segundo e terceiro mandatos de Tasso Jereissati, colocaram como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida de todos os cearenses, por meio da implantação do desenvolvimento sustentável. O plano de governo 1995-1998, por exemplo, baseia sua racionalidade nos princípios da sustentabilidade ambiental, social, política e econômica; visão de longo prazo; participação e parceria; descentralização; qualidade; integração e regionalização (Ceará, 1999).

Alguns dados demonstram o crescimento anteriormente citado. Segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE, no período de 1992 a 2002 houve redistribuição de renda, pois o Índice Gini, que mede grau de desigualdade na distribuição de renda domiciliar *per capita*, no Ceará, registrou uma queda de 0,600 para 0,588, enquanto, no País, o mesmo índice aumentou de 0,580 para 0,587. Pela proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza, considerando o corte situado na linha da renda *per capita*, de U\$ 30.00 por mês, o Ceará também apresentou melhora: passou de 63% para 52,56%, permanecendo ainda superior aos 29,3% do Brasil e pouco menor que a média nordestina, que é de 52,76%. A taxa de analfabetismo adulto, outro indicador relevante de desenvolvimento, passou

de 34,5% das pessoas com 15 anos ou mais de idade, para 22,6%. No Nordeste, a taxa é de 24,4%, enquanto no Brasil é de 11,8%. Mudando o período, para 1991 a 2000, percebe-se que o IDH, indicador de máxima importância entre os que avaliam desempenho econômico-social, apresentou crescimento no Ceará, passando de 0,593 para 0,699, assim mesmo manteve-se em patamar inferior ao brasileiro, de 0,766. Nesse mesmo período, a expectativa de vida, no Ceará, passou de 63,4 para 66,4 anos, indicando uma melhora em relação ao nível nordestino, que é de 65,8, porém ainda distante da expectativa de vida nacional que é de 68,6 anos (Ipece, 2004).

Os avanços do Ceará são significativos e indicam avanço real na redução dos problemas sociais e econômicos. Os gastos com educação, que em 1998 representavam 30,2% da receita líquida de impostos e transferências, em 2003 correspondiam a 31,7%. Em relação à saúde, os gastos do governo saltaram, no mesmo período, de 7,6% para 10,3% da receita líquida. Apesar da queda do Produto Interno Bruto-PIB, em 2003, o crescimento acumulado desse indicador, no período de 1985 a 2003, foi de 69,2% contra 51,9% do nacional. A dívida do Ceará em relação ao PIB manteve-se praticamente estável e, em valores absolutos, a dívida pública passou de R\$ 3,56 milhões para R\$ 4,37 milhões, embora o estado seja um dos poucos que esteja pagando o principal da dívida (Ipece, 2004).

Apesar do impacto negativo nas contas do estado em 1995, decorrente do plano econômico denominado Plano Real, o Ceará teve, a favor, o cenário político nacional com a eleição do Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, do mesmo partido do então governador Tasso Jereissati, possibilitando o incremento de investimentos federais no estado. Esse período caracteriza-se também pelo ajuste fiscal e outras medidas moralizadoras no Ceará, fazendo aumentar a confiança dos investidores estrangeiros.

Sendo os indicadores de saúde uma consequência da característica socioeconômica do estado e igualmente um indicativo de qualidade de vida, a busca pela melhoria dos mesmos, nos dez últimos anos, tem sido meta dos governos estaduais. Para garantir o direito à saúde, considerando o período 1995-1998, a SESA/Ce adotou como princípios norteadores de suas ações, a igualdade, a

participação social, a descentralização, a intersectorialidade e a valorização dos profissionais de saúde. Neste contexto foram definidas as metas do setor saúde para o período citado (Ceará,1999):

- redução da mortalidade infantil para 40 por 1000 nascidos vivos;
- redução da mortalidade materna para 107 óbitos por 100 mil nascidos vivos;
- controle das doenças transmissíveis, principalmente as de veiculação hídrica, e
- redução dos anos de vida potencialmente perdidos por causas externas e doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares e as neoplásicas.

Em meados de 1997, inicia-se novo reordenamento do processo de gestão, incluindo novas perspectivas da atenção à saúde, com a formulação do modelo assistencial e com reestruturação organizativa capaz de possibilitar tais mudanças. A SESA/Ce, objetivando chegar ao ponto de equilíbrio entre a municipalização autárquica e a descentralização estadualizada, coloca em pauta o desenvolvimento do conceito de autonomia compartilhada por meio da formação dos sistemas microrregionais de saúde, passando a dispor de dois novos âmbitos de atuação: o microrregional, que corresponde às 21 microrregiões de saúde, atualmente denominadas CERES, as quais foram delimitadas obedecendo à lógica de agregação econômica, social, cultural e sanitária, com auto-suficiência na oferta da atenção primária e secundária de serviços de saúde; e às três macrorregionais de saúde, responsáveis pela atenção terciária da saúde. Nessa estratégia, a SESA/Ce passa a exercer papel de regulação e de coordenação mais evidentes, devendo os municípios estabelecerem parcerias intermunicipais na estruturação de sistemas de referência em saúde que permitam a aplicação de conceitos de eficiência e eficácia na organização dos sistemas e serviços de saúde (Ceará, 2002a).

Para o desenvolvimento dos trabalhos, a SESA/Ce contratou serviço de consultorias externas, consideradas, na maioria, “oportunas, adequadas, desenvolvendo projetos-piloto, melhorando o uso de informações, modificando a inserção de áreas de trabalho dentro da própria SESA/Ce, a exemplo da inserção da Saúde Bucal no PSF e da Vigilância Sanitária” (Ceará, 1999:53). Ressalte-se que a consultoria para Saúde Bucal foi contratada para o nível central e para as unidades

de referência, os Centros Especializados em Odontologia-CEO. Essa consultoria, realizada pela empresa Estação Saúde, de Minas Gerais, desenvolveu o trabalho denominado Sistema de Inversão da Atenção, processo implantado em alguns municípios, onde eram mapeados os dados básicos para realização de levantamento epidemiológico, a partir do qual deveriam ser operacionalizadas as ações coletivas semanais (Ceará, 1999).

Dentre as realizações do período 1995-1998, estão, entre as de destaque, o atendimento a 98% (noventa e oito por cento) das famílias cearenses com a ampliação do PACS para 183 (cento e oitenta e três) municípios, consolidação da APS em 161 (cento e sessenta e um) municípios, queda do índice de mortalidade infantil para 39,6/1.000 nascidos vivos e de mortalidade materna para 69,6/100mil nascidos vivos.

Em relação à gestão do SUS/Ce, no período de 1995 a 1998, percebe-se que este se caracteriza por dois referenciais normativos: a NOB-SUS 01/93, no espaço de 1994 a 1997, e a NOB-SUS 01/96, no exercício de 1998. Segundo a NOB-SUS 01/93, foram habilitados 148 (cento e quarenta e oito) municípios, sendo 136 (cento e trinta e seis) na gestão incipiente, permanecendo tutelados pela SESA/Ce no que diz respeito à assistência, e 12 (doze) na gestão semiplena, os quais assumiram controle, avaliação, processamento e pagamento das internações e das ações ambulatoriais, básicas e especializadas. Todos os municípios passaram a ter responsabilidade de coordenar o processo de planejamento e de programação local, submetendo-os à aprovação dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde-CMS. O nível primário da atenção à saúde e seus serviços foram reorganizados por meio da implantação do PSF. Os demais níveis tiveram a organização definida por cada gestor, sem normalização do sistema, exceto aquelas relacionadas às condições de funcionamento que seguem critérios de vigilância sanitária e os aspectos de controle e avaliação do SUS (Ceará, 1999).

Sob vigência da NOB-SUS 01/96, foram habilitados 169 (cento e sessenta e nove) municípios, sendo 26 (vinte e seis) em GPSM e 143 (cento e quarenta e três) em GPAB. A proposta da SESA/Ce, com a NOB-SUS 01/96, era de que a APS fosse reorganizada por meio do PSF, sob responsabilidade e gerência dos

municípios, com as unidades básicas de saúde integradas aos SILOS. A organização da atenção secundária dar-se-ia pela estratégia das microrregiões de saúde, composta de unidades ambulatoriais e hospitalares de atendimento secundário, integrantes do sistema de referência; a atenção ambulatorial de alto custo permanece como responsabilidade da SESA/Ce, utilizando a estratégia das macrorregiões de saúde, por meio das unidades ambulatoriais de alto custo e hospitais terciários integrantes do sistema de referência.

No período 1995-1998, foi possível observar a mudança do aparato burocrático do estado, a gestão pública comprometida com as metas propostas no plano de governo, resultantes das demandas sociais, e a área da saúde sofrendo reformulações com vistas à superação dos problemas que então configuravam o quadro sanitário. Mas permaneciam os mesmos donos do poder, formando um bloco cada vez mais compacto.

É dada a continuidade ao ciclo de investimentos do período governamental anterior. O Plano de Governo “Consolidando o Novo Ceará”, para o período 1999-2002, define, para esta gestão, o avanço no crescimento econômico com desenvolvimento social. Desta forma, as ações de governo são orientadas por quatro grandes estratégias: capacitar a população para o desenvolvimento, avançar no crescimento econômico, melhorar a qualidade de vida da população e garantir a oferta permanente de água e o convívio com o semi-árido. O setor saúde, como parte da melhoria da qualidade de vida, direcionou esforços para garantia do acesso democrático e universal aos serviços de saúde, à integralidade das ações e à equidade da atenção, estabelecendo grandes compromissos para esse período (Ceará, 2001:44):

- Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 25/1.000 nascidos vivos;
- Reduzir a mortalidade materna para 50/100.000 nascidos vivos;
- Eliminar/controlar as doenças transmissíveis com prioridade para: tétano neonatal, sarampo, hanseníase, raiva, dengue, AIDS, tuberculose, cólera e outras doenças diarréicas;
- Reduzir as mortes por doenças cardiovasculares, doenças neoplásicas, acidentes de trânsito e homicídios.

No final dessa gestão, encerrada por Beni Veras, que substituiu Tasso Jereissati, então candidato ao Senado Federal, constatou-se a redução da

mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida e o aumento do número de equipes de PSF, passando para 1.345 (mil, trezentos e quarenta e cinco) distribuídas nos 184 (cento e oitenta e quatro) municípios. Entretanto, muito ainda havia por fazer, quando se fala em articulação entre conhecimento técnico e racionalidade política, disponibilidade de recursos financeiros, descentralização, planejamento, permanecendo como verdadeiros desafios.

Os denominados “governos das mudanças” (Sampaio et alii., 2001) cumpriram o papel histórico e determinaram alguns avanços em termos de desenvolvimento. No entanto, a administração pública estadual isolada da sociedade e fragilmente integrada aos demais níveis de governo permitiu que o Ceará fosse caracterizado pela 23ª (vigésima terceira) taxa de alfabetização, segunda maior desigualdade de renda, só perdendo para Alagoas, e quinto mais pobre comparado com os demais estados da federação (Brasil, 2003a).

Em relação à organização do sistema estadual de saúde, no que diz respeito às condições de gestão conforme a NOB-SUS 01/96, em 2001 16% (dezesesseis por cento) dos municípios cearenses encontravam-se habilitados em GPSM, enquanto 84% (oitenta e quatro por cento) estavam habilitados em GPAB (Ceará, 2001: 147). Com o advento da NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002, em 2002 alguns municípios habilitaram-se conforme essas Normas, sendo 14 (quatorze) em GPSM e 13 (treze) em GPAB-A. Em 2003, houve expansão do número de municípios habilitados conforme a NOAS-SUS 01/2002, totalizando 44 municípios em GPSM.

Inicia-se a Administração Lúcio Alcântara, para a qual é elaborado o Plano de Governo 2003-2006, “Ceará Cidadania: Crescimento, com Inclusão Social”, fundamentado numa ação integrada que parte da percepção da situação socioeconômica atual e das transformações recentes por que passa o estado. Tem como eixo central a combinação de políticas indutoras do desenvolvimento econômico e estratégias de redução da pobreza e da desigualdade. Para isso, adota fundamentos como participação, cooperação e parceria, transparência, racionalidade, integração com descentralização, equidade e inclusão social, sustentabilidade. O plano é estruturado sobre a base de quatro eixos de articulação:

“Ceará Empreendedor - desenvolvimento econômico; Ceará Vida Melhor – desenvolvimento social, cultural e do meio ambiente; Ceará Integração – desenvolvimento local e regional; Ceará Estado a Serviço do Cidadão” (Ceará, 2003a:14). O eixo “Ceará Vida Melhor” (Ceará, 2003a:14), está baseado em propostas que possibilitem o avanço na melhoria da qualidade de vida da população, buscando a elevação do padrão dos serviços sociais básicos, como educação, saúde, qualificação profissional, assistência social, segurança, justiça, cultura, esportes e lazer, saneamento básico, habitação, proteção e preservação do meio ambiente. Em relação à saúde, a linha de ação para o quadriênio 2003-2006 é direcionada para “organização da prestação de ações e serviços de promoção de saúde, preventivos, curativos e de reabilitação por meio de um sistema integrado voltado para redução dos indicadores de morbi-mortalidade, respaldado nos princípios de equidade e universalidade” (Ceará, 2003a:101). O objetivo estratégico para o setor saúde consiste em “prestar assistência integral, contínua e personalizada, centrada na vigilância à saúde” com o objetivo meio de “expandir os serviços de saúde e a capacidade de atendimento com qualidade” (Ceará, 2003a:109). Foram propostas linhas de ação que agrupam e integram programas como os de vigilância à saúde, saúde da família, saúde bucal, assistência farmacêutica, rede estadual de laboratórios de saúde pública, rede estadual de hemocentros, financiamento dos hospitais regionais e prevenção e controle de acidentes, violências, demais agravos e atendimento às vítimas de acidentes de trânsito.

Em 2003, a SESA/Ce definiu nove focos estratégicos norteadores do Plano Plurianual-PPA 2004-2007 (Ceará, 2003b:1) baseados nas ações de:

- Fortalecimento e expansão da atenção à saúde no nível primário;
- Fortalecimento da atenção à saúde nos níveis secundário e terciário;
- Vigilância à saúde;
- Controle social e institucional do SUS;
- Desenvolvimento institucional;
- Humanização da atenção à saúde e qualidade do atendimento;
- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Ensino e pesquisa em saúde;
- Ciência e tecnologia em Saúde.

As metas estabelecidas incluem (Ceará, 2003b:2):

* Reduzir:

- em 20% a Mortalidade Infantil (25 para 20/1000 nascidos vivos até 2006);

- em 20% a Mortalidade Materna (79 para 63/100 mil nascidos vivos em 2006);
- em 10% os óbitos por Causas Externas até 2006;
- em 25% os óbitos por Câncer (57 para 43/100 mil) até 2006;
- em 10% a taxa de partos e abortos em adolescentes (43 para 39/1000 adolescentes) em 2006;
- em 30% os óbitos precoces na faixa etária da população de 20 a 49 anos por AVC (de 21 para 15 óbitos por 100.000 habitantes), até 2006;
- em 50% a proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais (13 para 6,7) em 2006;
- * Acompanhar e manter controlado 75% dos diabéticos e hipertensos;
- * Erradicar Sarampo, Tétano neonatal, Raiva Humana e a Hanseníase;
- * Garantir atenção aos pacientes com dependência química ao álcool e/outras drogas nos municípios cearenses com população > 100.000 habitantes;
- * Controlar Dengue, AIDS, Tuberculose, Doenças Diarréicas, Hepatite B, Rubéola, Sífilis e as Meningites por *Haemophilus influenzae*;
- * Promover o desenvolvimento saudável em 80% das crianças menores de 2 anos, até 2006.

Vários planos de governo foram elaborados e muitos avanços puderam ser observados, a exemplo das áreas da saúde e da educação. Mas o grande salto poderá ser dado quando a rede pública de planejamento pensar e executar as políticas públicas em articulação com as várias instâncias da sociedade.

Torna-se importante salientar a preocupação do governo Lúcio Alcântara com a inclusão social, representando o resgate da cidadania no Brasil e no Ceará de hoje. O debate sobre inclusão social tem referências fundamentadas em fóruns internacionais e adquiriu contornos mais definidos quando, na sessão plenária de 08 de Setembro de 2000, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou a “Declaração do Milênio” (Nações Unidas, 2000), traçando metas de desenvolvimento até o ano de 2015.

Falando sobre inclusão social, Cordeiro (2004:1) afirma:

Inclusão social diz respeito à necessidade de distribuir com mais justiça os benefícios que o nível de conhecimento e de recursos para o desenvolvimento atingido em nossa sociedade consegue, em tese, colocar à disposição das pessoas. Ora, é exatamente o fato de que nem todas as pessoas conseguem usufruir de tais benefícios, o que nos leva a falar de excluídos, e a dar tratos à bola para alcançar um modelo de distribuição de benefícios mais eficiente. Falar de inclusão social é reafirmar a idéia de direitos e, principalmente, de sujeito político, para assegurar a autonomia do cidadão na busca de gozar dos benefícios que, de alguma forma, ajudou a construir.

Tornou-se indispensável a criação da Secretaria Extraordinária de Inclusão e Mobilização Social – SIM, com o objetivo de integrar as ações desenvolvidas nas demais secretarias estaduais, em parceria com outras organizações governamentais, e de manter permanente articulação com a sociedade civil, desempenhando um papel de vanguarda na implementação de políticas públicas. Várias são as dimensões que envolvem inclusão social, pois são vertentes ligadas aos direitos básicos e fundamentais relacionados à educação, saúde, moradia, renda, segurança, infra-estrutura, cultura, esporte e cidadania. Foram identificadas cinco dimensões básicas: educação, saúde, condições de moradia, emprego e renda e desenvolvimento rural, expressas nas seguintes metas globais (Ceará, 2004b: 4):

- Aumentar a oferta e melhorar a qualidade da educação;
- Aumentar a cobertura e melhorar o atendimento à saúde;
- Ampliar os serviços de infra-estrutura urbana;
- Avançar na empregabilidade como meio de combate à pobreza;
- Melhorar as condições de vida da população rural.

O social, que parecia imensurável em decorrência da falta de indicadores precisos, agora pode ser avaliado pelo conjunto de indicadores e metas sociais que buscam orientar as ações do governo e da sociedade no combate às diversas formas de exclusão social. A metodologia para mensuração do desenvolvimento social do Ceará está apoiada em dois indicadores: o Índice de Desenvolvimento Social de Resultado-IDS-R e o Índice de Desenvolvimento Social de Oferta-IDS-O. Os indicadores de saúde que compõem o IDS-R são: taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral-AVC; os que compõem o IDS-O são: proporção de gestantes assistidas no 1º trimestre de gravidez, proporção de crianças menores de dois anos acompanhadas e proporção da população coberta pelo PSF. Os programas setoriais da saúde incluídos são: melhoria do nível de saúde da criança, saúde do adolescente, prevenção e controle das doenças crônico-degenerativas e PSF. As metas de inclusão social do campo da saúde até 2006, logicamente desdobradas dos termos teóricos anteriores, são:

- Reduzir a mortalidade materna em 20% e ampliar a abertura assistencial para os agravos mais frequentes na população feminina em todos os municípios;
- Reduzir a desnutrição materna e infantil nos municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano-IDH no Estado;

- Beneficiar 806.476 pessoas, através das ações de promoção da saúde e controle dos agravos degenerativos nas 21 microrregiões de saúde do Estado (Ceará, 2004b:19).

Com o sistema de inclusão social, o governo, apoiado no conjunto de indicadores e metas, pode dar transparência à sua atuação e permitir, com a participação da sociedade, avaliar o impacto de suas ações na redução dos déficits sociais.

Finalmente o planejamento parece estar de volta e nova visão de futuro com um Ceará moderno, na busca do desenvolvimento de forma sustentável, com distribuição de renda, inclusão e justiça social.

Os planos são rotina dos governos, pelo menos a partir da década de 1950, na América Latina. Temas como redução das desigualdades sociais, crescimento econômico e inclusão social, têm sido comuns nos planos dos últimos quarenta anos de planejamento do Ceará. Várias tecnologias de planejamento têm sido utilizadas, sempre na perspectiva de aumentar a capacidade de governo e a governabilidade de atores, com determinado projeto político, mas com recursos limitados para execução. Desta forma, analisar a viabilidade do plano e definir como será a sua gestão são determinantes importantes para o sucesso do mesmo. Devem ser envolvidos todos os atores que controlam os recursos críticos para o plano para que possam assumir compromissos de executar o estabelecido. O sistema de petição e prestação de contas deve estar regularmente implantado, permitindo avaliação constante e dinâmica das metas propostas (Cecílio, 1997).

Uma das maneiras de prestação de contas da SESA/Ce consiste no relatório de gestão, anual ou de determinado período, com a “finalidade de registrar as ações consolidadas durante a gestão do ano [constantemente comparando-as com as dos períodos anteriores] os resultados alcançados e os avanços obtidos e o reflexo nos indicadores de saúde do nosso estado” (Ceará, 2004a:1).

Situada a saúde do estado do Ceará, nos períodos 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2006, importantes por serem o contexto no qual foram implementados os dispositivos básicos da APS, o PACS e o PSF, parte do objeto de estudo desta

pesquisa, cabe ressaltar que o PSF foi idealizado como sendo um modelo de atenção voltado para a família e que determina mudança radical na prática do setor saúde, redefinindo a responsabilidade sanitária, vinculando os profissionais de saúde a um número determinado de famílias. A recomendação inicial da SESA/Ce foi que as equipes de PSF fossem compostas de um médico, um enfermeiro e, em média, dez ACS, devendo a equipe ser responsável pelo acompanhamento, em média, de 1000 famílias ou 4.500 habitantes, utilizando-se a média de 4,5 pessoas por família. A primeira proposta de alteração da composição mínima da ESF, somente na esfera estadual, surgiu em 1998, com o documento “Diretrizes da Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará”, no qual a SESA/Ce passa a recomendar que o PSF deve ter equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, um assistente social, dois auxiliares de enfermagem, um THD, seis agentes de saúde, garantida a inserção de um cirurgião-dentista para cada duas ESF. Cada equipe de PSF deve dispor de uma Unidade do Programa de Saúde da Família-UPSF para dar suporte ao desenvolvimento das atividades, cobrindo, em média, 3.420 habitantes.

Centrado na família e no coletivo, o PSF necessita estabelecer relações com outros atores sociais do governo local, na busca de parcerias intersetoriais para a solução de problemas que afetam a saúde. O processo saúde-doença³², o estado de saúde, seja individual ou coletivo, não é condicionado somente pela quantidade e qualidade dos serviços e programas de saúde, mas pela sinergia entre esses serviços e programas e alimentação, saneamento básico, moradia, educação, trabalho, renda, meio ambiente, enfim, todo o entorno sóciohistórico do indivíduo na família, do indivíduo e da família. Embora a dívida de assistência seja muito grande, com muita demanda reprimida e muita herança acumulada de carências, a compreensão da mudança de paradigma e da conversão do modelo já se faz cada vez mais considerando os determinantes sóciohistóricos. Espera-se, portanto, que a equipe de profissionais do PSF compreenda o processo saúde-doença no complexo de determinantes, atue respaldada pela vigilância à saúde da família, com base no

³² Saúde e Doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, pois estão profundamente vinculadas ao contexto socioeconômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções. Todas as concepções de doença pressupõem norma objetiva que permita determinar modelo referencial (Sampaio, 1998:88).

enfoque de risco, configurando-se no conjunto de ações capaz de implementar a APS, estabelecendo vínculo com os demais níveis da atenção.

Já em 1994, no ano da implantação, 81 (oitenta e uma) ESF estavam em 20 (vinte) municípios do estado do Ceará, aumentando para 184 (cento e oitenta e quatro) equipes em 1995. Os municípios ainda se encontravam na fase de estruturação do PSF, enquanto, na esfera estadual, inexistia documento normativo para o mesmo. Assim, eram seguidas as diretrizes básicas dos princípios doutrinários do SUS, enquanto os princípios organizativos eram focados no impacto, orientação por problema, intersetorialidade, planejamento e programação local, hierarquização, autoridade local sanitária, co-responsabilidade, intercomplementaridade, integralidade, adstrição, heterogeneidade e realidade (Ceará, 1995).

A SESA/Ce assumiu, com a implantação do PSF, o compromisso de “melhorar a qualidade de vida e saúde das famílias, a partir da construção de um novo modelo de atenção direcionado para a promoção da saúde” (Ceará, 1995:5), destacando-se os princípios orientadores para implantação e desenvolvimento das ações dos profissionais do PSF (Ceará, 1995:11):

A assistência prestada à população através das equipes de PSF deve desenvolver a prática holística da atenção, compreendendo o ser humano como um todo e não como conjunto segmentado e desagregado da sua realidade sócio-econômica e cultural.

Assume ainda os seguintes objetivos específicos (Ceará, 1995:13):

- 1) Cadastrar 100% das famílias das áreas de atuação;
- 2) Estabelecer a área geográfica – populacional de abrangência de cada equipe;
- 3) Identificar e mapear, em cada área de abrangência, grupos familiares mais vulneráveis;
- 4) Desenvolver ações para a promoção da saúde e a prevenção contra agravos específicos, direcionadas, prioritariamente, para os grupos familiares de maior risco;
- 5) Promover a articulação e a atuação intersetorial entre os diversos órgãos governamentais e não-governamentais, bem como a parceria com as lideranças comunitárias em busca de soluções que possibilitem o enfrentamento dos fatores determinantes dos problemas de saúde;
- 6) Estabelecer um sistema de referência que assegure às famílias atendidas no nível primário o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade;
- 7) Desenvolver um sistema de informação que identifique, com rapidez e veracidade, os problemas de saúde prioritários de modo a possibilitar uma intervenção precoce e programada;

- 8) Promover uma nova relação entre os serviços de saúde e a população, baseada no mútuo conhecimento e na co-responsabilidade, a partir da vinculação nominal das famílias a determinados profissionais/serviços;
- 9) Assegurar um processo de educação continuada das equipes do programa, de modo a melhorar o seu desempenho e a qualidade da atenção.

Diversas foram as dificuldades encontradas pela SESA/Ce durante o período de implantação: deficiência de pessoal na equipe de coordenação central, dificultando a assessoria aos municípios quanto à nova proposta de vigilância à saúde da família e à avaliação e o acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas equipes já implantadas; inexistência de vínculo contratual com as equipes de PSF, além das diferentes remunerações oferecidas, determinando alta rotatividade dos profissionais.

Atualmente, a totalidade dos municípios cearenses (n=184) tem ESF qualificadas, mas, em um desses municípios, o qualificado não se encontra funcionando. No total, são 1.525 (mil, quinhentas e vinte e cinco) equipes qualificadas em todo o estado, mas 1.190 (mil cento e noventa) em funcionamento, beneficiando 51 % (cinquenta e um por cento) da população do Ceará. São necessárias 2.248 (duas mil, duzentas e quarenta e oito) para cobertura de 100% (cem por cento) da população do estado, considerando-se 1 ESF para 3.450 (três mil, quatrocentos e cinquenta) habitantes. Das equipes qualificadas e em funcionamento, 74 (setenta e quatro) estão na capital e 1.116 (mil, cento e dezesseis) no interior (Ceará, 2004d).

A experiência da implantação do PSF no Ceará completa 10 anos, o que não implica consolidação como mudança de modelo assistencial. Na perspectiva histórica, o processo está em construção, visando, estrategicamente, à organização sistêmica e crítica da APS, impulsionando a reorganização dos serviços, programas e políticas dos demais níveis. No ponto de partida, em 1994, embora o modelo tradicional então vigente tivesse capacidade de recuperação da saúde, era evidente a incapacidade de superar problemas, como excessiva e desordenada demanda espontânea, financiamento insuficiente do setor saúde, ausência de vínculo paciente/profissional, atenção centrada no indivíduo e não na família e no coletivo.

Alguns indicadores de saúde foram melhorados em decorrência do trabalho desenvolvido pelas ESF, destacando o trabalho das ACS, entre os quais pode-se enfatizar a redução da taxa de mortalidade infantil de 80 por 1.000 nascidos vivos em 1994, para 24,53 por 1.000 nascidos vivos em 2003. Esse indicador de mortalidade infantil faz parte do elenco de indicadores que constituem o chamado Pacto da Atenção Básica, instrumento de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos municípios e estados da federação (Ceará, 2004f).

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de conhecer melhor a prática das ESF em funcionamento no Ceará; estudos como os de Fonseca (1997), Andrade (1998), Oliveira (2000), Sá-Fa (2001), Silva (2001), Domício (2003) e Lima (2004) que conheceram a realidade em que se insere o PSF, como está sendo praticado e como foi idealizado, permitindo que sejam feitas reflexões e recomendações, tanto técnicas como políticas.

Andrade (2001) cita, como limitações ou dificuldades mais significativas, que implicam a deficiência de funcionamento do PSF, a escassez de recursos financeiros; a falta de alguns insumos, dentre eles, medicamentos; a inexperiência dos profissionais da ESF para o trabalho com a família e o coletivo; a estrutura precária das unidades básicas de saúde; a alta rotatividade de profissionais das equipes, especialmente médicos; a precariedade da natureza de vínculo empregatício dos profissionais; bem como o desconhecimento da população sobre a proposta de trabalho do PSF. A autora recomenda realização de concurso público para contratação dos profissionais do PSF; cumprimento da carga-horária de trabalho de 40 horas semanais; estabelecimento de tetos salariais mínimos para as diferentes categorias profissionais do PSF; adequação do currículo das universidades para formação dos profissionais para o PSF. Essas recomendações permanecem válidas na atual conjuntura, em decorrência da permanência de muitos dos problemas identificados, à exceção de alguns municípios. Os trabalhadores, no momento, estão otimistas com a promessa do governo estadual, proferida como parte das comemorações pelos 10 anos do PSF no Ceará, de realizar concurso único dirigido à efetivação, como servidores públicos municipais, de inúmeras categorias a serem alocadas em variados programas e serviços de APS.

Ao confrontar ideologia X prática do PSF, Sá-Fa (2001) observa que a implantação do PSF não proporcionou mudanças reais na prática das ACS, evidenciando a falta de conscientização destas sobre as novas práticas a serem adotadas e sobre a incorporação da concepção efetiva de nova estratégia de organização da Atenção Primária. A autora ainda conclui que: as atividades de promoção e prevenção ainda são realizadas de maneira incipiente; o programa evidencia a implementação de ações para grupos específicos [mais carentes] da população, persistindo a lógica da oferta de serviços voltada para segmentos da população historicamente contemplados; a comunidade não participa do planejamento das atividades do PSF; persistem características marcantes do modelo assistencial hegemônico, com reprodução de antigas práticas paralelamente ao novo modelo, não se configurando nas propostas concebidas para o PSF.

Considera-se que o saldo dos 10 anos de PSF seja positivo: a expansão progressiva dessa estratégia tem obtido avanços importantes na estruturação e acessibilidade aos serviços da APS, na relação entre os profissionais e a população, proporcionando melhoria dos indicadores de saúde. Silva (2004:15) considera que o PSF é “o melhor programa de inclusão social que o País já viu nos últimos 10 anos [e ainda] com potencial muito forte de reestruturar todo o sistema de saúde do Brasil”.

Além de ser momento de comemorar, também o é o de repensar a estratégia do PSF levando-se em conta seus retrocessos, corrigindo equívocos e reestruturando ações. A SESA/Ce, no intuito de construir um diagnóstico do PSF do Ceará, instituiu uma força tarefa para visitar todas as ESF e ESB observando estrutura física das unidades, planejamento e ações desenvolvidas pelas equipes, vínculo profissional e carga horária. Os dados já foram consolidados, mas ainda não constituíram um relatório e, muito menos, um conjunto de estratégias para mudança de algumas realidades.

Fala-se constantemente em implementação da APS por meio da estratégia do PSF, no entanto a composição mínima recomendada pela SESA/Ce, em 1994, acatada posteriormente pelo MS, não contemplava a inclusão do cirurgião-dentista, do ACD e do THD, bem como de outros profissionais na equipe. Como se

daria, então, a implementação da APS sem que fosse considerada a Saúde Bucal como parte da saúde do indivíduo, da família e do coletivo? Já teria sido esquecida a orientação tão recente de que a equipe de PSF devia compreender o ser humano no seu todo e não fragmentado? Como devia estar colocada a Saúde Bucal no âmbito da SESA/Ce?

No governo 1991-1994, a Saúde Bucal fazia parte do organograma da SESA/Ce como Divisão de Saúde Bucal, ligada a um Departamento Técnico, que coordenava todos os programas e contemplava duas chefias: uma para trabalhar com escolares em todo o estado, integrada com a Fundação SESP, e outra que trabalhava a saúde comunitária.

Para esse período, Martins-Fo (2001:83) considera que “o modelo da Fundação SESP continua hegemônico nas ações de saúde bucal, com algumas variações e trabalhos, centrava-se muito no escolar, quando o SUS já preconizava a universalização das ações”. Segundo o mesmo autor (2001:85),

O desenho de uma política para a saúde bucal requeria, para além da implementação de ações e serviços, um arcabouço teórico que definisse estratégias. É buscado então um modelo à semelhança do que ocorria na Secretaria da Saúde de uma forma geral. A opção por assessoria técnica estava dada.

A partir de Maio de 1994, implantou-se no Ceará um projeto de Atenção à Saúde Bucal com a proposição de cumprir três fases: fase 1: subprojeto de “Capacitação de Equipes Locais para Implantação do Programa de Saúde Bucal”(1994-1995); fase 2: subprojeto de “Construção de Modelos Locais de Saúde Bucal”(1996-1997) e fase 3: “Saúde Bucal – um novo modelo de atenção no PSF” (Ceará, 1999:119).

A fase 1 consistiu em implantar o Programa Saúde Bucal, organizando a atenção em unidades ambulatoriais de referência estadual e iniciando o processo de cooperação técnica com os municípios. Foram implantados os Centros Especializados em Odontologia, Benfica e Rodolfo Teófilo, onde foram iniciados os sistemas coletivos de atenção desenvolvidos pela equipe cirurgião-dentista, ACD e THD. As atividades de cooperação técnica com os municípios envolveram a

ESP/Ce, a Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS e os consultores da “Estação Saúde”, citada anteriormente. O projeto piloto deu-se nos municípios de Beberibe, Fortim, Icapuí, Icó, Iguatu, e Quixadá.

Na fase 2 ampliou-se a cooperação com os municípios, abrangendo mais 60 (sessenta), os quais deviam construir os modelos locais de Saúde Bucal. A produção de indicadores da situação epidemiológica de Saúde Bucal no Ceará restringiu-se ao conjunto de municípios participantes do projeto. Dos resultados encontrados constatou-se um CPOD superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde-OMS, isto é, superior a CPOD 3,0. Pode-se destacar também como ações dessa fase, não menos importantes que as demais, a sistematização das ações coletivas e de promoção da saúde; o dimensionamento de recursos para implantação das atividades individuais; e a aquisição de 36 (trinta e seis) equipamentos completos, instrumental e periféricos, por meio de convênios entre SESA/Ce e os municípios do projeto piloto. Essa fase insere-se na lógica de focar as ações no sentido da estruturação de programas de saúde bucal, com investimento em capacitação, obras e equipamentos nos municípios do projeto piloto.

Para Martins-Fo (2001:85),

A escolha dos municípios nunca ficou clara, tendo como justificativa um interesse manifesto e o nível organizacional do Sistema Local de Saúde (...) os pressupostos para implementação de Sistemas Locais de Saúde, e os subsistemas, como o de Saúde Bucal, já haviam sido definidos pelo Sistema Único de Saúde e sua respectiva legislação e normalização, não cabendo assim outros caminhos que incidissem em paralelismos e ou desvios no processo de construção do Sistema (...). o PSF já se apresentava como uma estratégia de atenção primária da saúde, com amplo poder de respostas mas na saúde bucal a prioridade era: escolares de 6 a 14 anos.

Nesse período, definiu-se como competência da SESA/Ce a “formulação e a coordenação da política estadual de saúde bucal, com a construção de modelos assistenciais nesta área, que contribuam de fato para melhoria da qualidade de vida da população” e como principais objetivos da Atenção à Saúde Bucal (Ceará, 2002b:107):

- regular e assessorar o processo de construção dos sistemas locais e microrregionais na área da saúde bucal;
- normalizar o processo de trabalho em saúde bucal coletiva;

- construir e acompanhar os indicadores das condições de saúde e doença bucal do Ceará;
- desenvolver estudos e pesquisas na área de saúde bucal coletiva;
- assessorar o desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde bucal para o SUS.

A fase 3 correspondeu à inclusão das ações de Saúde Bucal no PSF, iniciada em 1998, e compreendeu ações como: capacitação para implantação das ações coletivas e sistematização das ações clínicas; capacitação de equipes locais visando à ampliação do número de municípios participantes dos subprojetos desenvolvidos em 1995-1997, incorporando-se mais 20 (vinte) municípios e implantação do Projeto de Acompanhamento e Avaliação da prestação de serviços do CEO, visando à melhoria na qualidade da atenção oferecida e fortalecimento como Unidade de Referência Estadual.

Segundo Martins-Fo (2001:89):

A contratação da empresa de assessoria denominada “Estação Saúde” é efetivada para implementar o “Modelo de Inversão da Atenção” em 60 municípios. A contratação se efetiva por meio de licitação (...) com protocolo firmado entre Ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Divisão de Saúde Bucal, Projeto de Saúde Básica do Nordeste-NEBE II e um acordo de empréstimo com o Banco Mundial (...) representando um endividamento do Ceará que seria justificado com a expectativa de bons resultados, mas foi amplamente discutido, de forma pública, as dificuldades e impossibilidades dos mesmos serem atingidos, o que, de fato, comprovou-se com o tempo.

O documento “Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará”, elaborado em 1998, no anexo 7, que tratava da Saúde Bucal, lançava a proposta da Saúde Bucal em novo modelo de atenção, inserido no PSF, elaborando estratégias de reorganização da atenção primária e secundária. A orientação passa a ser de implementação das ações coletivas e individuais de promoção, prevenção e recuperação para a Saúde Bucal, com base no modelo de atenção voltado para vigilância e construção social da saúde suportadas na análise de dados (geográficos, demográficos, sócioeconômicos, de recursos disponíveis e epidemiológicos), no dimensionamento de recursos necessários e na construção do plano de ação. As ações coletivas e individuais estavam contempladas pela NOB-SUS 01/96, como elenco de procedimentos garantidos pelo PAB, e, no caso das ações coletivas, deveriam ser realizadas no âmbito da ESF, com atuação do THD, em espaços sociais e núcleos

familiares em articulação com o ACS; assim como, no caso das ações individuais, serem realizadas em espaços clínicos da Unidade Básica de Saúde da Família-UBASF, com atuação do cirurgião-dentista, do THD e do ACD.

Talvez o primeiro grande obstáculo para colocar o novo programa em prática tenha sido a ausência de THD, assim como de cursos para formação. Há, atualmente, registro no Conselho Regional de Odontologia do Ceará-CRO/Ce de 54 (cinquenta e quatro) THD; quando da idealização deste programa, em 1998, havia um (Ceará, 2005c). A ESP/Ce, responsável pela articulação do Pólo de Capacitação para o Estado, também não estava preparada para tal demanda, ao ponto de iniciar um curso para formação de THD apenas em Dezembro de 1999, efetivando somente o primeiro módulo, cuja retomada aconteceu em 2002, sob gerenciamento de nova equipe de saúde bucal selecionada pela ESP/Ce, com adequações na estrutura e novo reconhecimento pelo Conselho de Educação do Ceará-CEC, após atendimento a variadas diligências. A formação da primeira turma de THD, pela ESP/Ce, foi em Maio de 2003. Desde então, desfeita a equipe inicialmente selecionada para conduzir e orientar a formação em saúde bucal na ESP/Ce, espera-se nova turma de THD, ofertada para uma microrregional de saúde, a de Caucaia, em face de anterior solicitação, presença de estrutura favorável, interesse político e real demanda. O problema ainda persiste, pois a capacidade de formação é de 30 THD, sendo contemplados os 11 municípios da microrregião de Caucaia. Há também o projeto para realização do curso de THD mediante financiamento do banco alemão Kreditanstalt für Wiederaufbau-KfW para os municípios de Acaraú, Chaval, Coreaú, Granja, Marco, Paracuru e Santana do Acaraú, formando um total de 30 (trinta) THD. Levando-se em consideração que o curso para formação de THD proposto pela ESP/Ce possui carga horária de 1.340 (mil e trezentas e quarenta) horas, incluindo horas profissionalizantes e estágio supervisionado, com duração de 18 (dezoito) meses, conclui-se que ainda é muito tímida a proposta de formação de THD diante da demanda existente.

O novo modelo de Saúde Bucal proposto em 1998 previa, como estratégia de reorganização da Atenção Primária de Saúde Bucal, a inserção de um cirurgião-dentista, dois THD e um ACD na equipe para cada duas equipes de PSF; no entanto, era uma proposta restrita ao governo estadual, sem perspectivas de

financiamento para a equipe de saúde bucal, a exemplo do que já acontecia com o PSF do MS. O resultado, como era esperado, foi a adesão de poucos municípios.

Estava prevista também adequação da estrutura das UBASF, incluindo módulo saúde bucal composto de área clínica, para lotação de dois equipamentos odontológicos completos, e área de processamento de materiais e instrumental com acesso à clínica; sala de educação em saúde, situação e planejamento em que seriam colocados lavatórios com espelhos para servirem como “escovódromo”. Se a adequação contemplasse a inclusão de aparelho de Rx odontológico, como nos Centros de Saúde, devia ser construída uma sala baritada para realização do procedimento de radiografia e processamento da mesma. Essa adequação de estrutura foi realizada em alguns municípios, nos do projeto piloto, em convênio com o governo estadual.

A ESP/Ce também não estava preparada para incluir, nos cursos de Especialização em PSF, o cirurgião-dentista. A iniciativa partiu de outras instituições como a Universidade Estadual do Ceará-UECE, Universidade Federal do Ceará-UFC e Academia Cearense de Odontologia-ACO, em convênio com a UECE. Atualmente a ESP/Ce está se preparando para oferecer um curso de Residência em Saúde da Família para todos os profissionais.

Ao que parece, a reorganização da Atenção Primária de Saúde Bucal, embora inserida na proposta de reorganização da APS da SESA/Ce como um todo, com comprometimento de significativo volume de recursos, não representava ação ampla e capaz de mudar o modelo assistencial.

Fazendo uma análise do período 1995-1998, há que se concordar com as considerações feitas por Martins-Fo (2001:92):

O período que se encerra apresenta uma tentativa de recuperação do atraso histórico das políticas de saúde bucal em relação às políticas de saúde (...) há uma clara preocupação em formalizar, através de documentos, diretrizes e metas a serem seguidas e atingidas (...) a busca por alavancar uma discussão com a sociedade civil sobre a necessidade ou não de serviços de atenção e assistência em saúde bucal (...) a intenção, em determinado espaço temporal, em valer-se de uma assessoria que facilitasse o trabalho e desenvolvimento de sistemas locais de saúde bucal é um momento ímpar de aprendizado para o subsetor, pois o resultado pífio

não justificou o investimento [e, por outro lado] atropelou as nascentes experiências com características culturais-epidemiológicas locais (...) [deste modo, é possível considerar que] a tendência geral de todo o período [foi] a de se adequar, adaptar ao sistema maior de saúde, sem grandes ousadias (...) e com um considerável grau de passividade.

Conforme revisão documental em planos de governo e relatórios de gestão, a Saúde Bucal, no período 1999-2002, restringiu-se a tentar colocar, em prática, a inserção do cirurgião-dentista no PSF, sem estar contemplada no conjunto de grandes compromissos firmados para essa gestão.

A partir de dezembro de 2000, conforme orientação do governo federal, foi possível a inclusão de uma ESB, como denominou o MS, para cada duas ESF, o que foi colocado em prática somente no decorrer de 2001, em decorrência do atraso na definição da forma de financiamento dessa nova equipe. O Ceará, que já possuía experiências isoladas de inserção do cirurgião-dentista no PSF, conseguiu, em 2001, qualificar e cadastrar 459 (quatrocentos e cinquenta e nove) ESB, em relação ao total de 1.055 (mil e cinquenta e cinco) ESF (Ceará, 2005a).

Como forma de trabalhar o princípio da equidade, o Governo do Ceará criou, em fevereiro de 2003, o “Projeto Dentista da Família”, que devia ser implantado em dez municípios, com o objetivo de manter a paridade de uma ESB para uma ESF, demonstrando o “compromisso do governo estadual de expandir a assistência odontológica na Atenção Básica” (Ceará, 2003c:3). Para seleção dos municípios, elegeu-se o critério de pior IDH. Assim, foram contemplados os seguintes municípios: Barroquinha, Granja, Croatá, Salitre, Saboeiro, Quixelô, Aiuaba, Itatira, Choró e Tarrafas. Em janeiro de 2004 foi lançado o “Projeto Dentista da Família II”, passando o primeiro a ser chamado “Projeto Dentista da Família I”. No segundo projeto foram beneficiados mais dez municípios, cinco pelo critério do IDH: Altaneira, Grangeiro, Miraíma, Chaval e Uruoca e cinco com os melhores Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica de 2003: Acarape, São Gonçalo do Amarante, Paraipaba, Mulungu e Quixeramobim (Ceará, 2004c).

Compreende-se a necessidade urgente de implantar projetos na área da Saúde Bucal, prioridade do atual governo Lúcio Alcântara, o que não justifica a eleição de critérios isolados como IDH ou Indicadores de Saúde Bucal para seleção dos municípios, quando outros fatores poderiam ser considerados, como a organização dos sistemas e serviços de saúde, analisando cobertura e resolubilidade da rede assistencial básica, a qualidade dos serviços prestados, envolvendo nesse processo de avaliação e escolha dos municípios, a Coordenação da Atenção Primária e a instância microrregional, além de considerar o comprometimento e a decisão política do gestor municipal, fator de extrema importância para o êxito do programa.

Os municípios contemplados com o Projeto Dentista da Família têm como responsabilidade (Ceará, 2003c:4):

1. A contratação dos recursos humanos mediante compromisso firmado com a SESA.
2. A aquisição dos equipamentos e instrumentos odontológicos para execução das atividades clínicas em Saúde Bucal.
3. O custeio do Projeto no que diz respeito à manutenção de equipamentos e garantia de material de consumo e outras condições favoráveis ao desenvolvimento das atividades da Equipe de Saúde Bucal.
4. A emissão de relatórios mensal e anual, comparando as metas com os resultados alcançados pelas Equipes de Saúde Bucal;
5. A fluoretação da água da estação de Tratamento Oficial do município na dosagem ideal para a prevenção da doença cárie.

À SESA/Ce cabe repassar os recursos financeiros para pagamento de pessoal e aquisição inicial dos equipamentos, assessorar a seleção dos profissionais, promover cursos de capacitação para os profissionais e acompanhar e supervisionar as ações e os serviços odontológicos nos municípios.

Um incremento maior no número de ESB foi possível quando da portaria do MS que passou a permitir o cadastramento de uma ESB para cada ESF. Em 2002 havia 507 (quinhentas e sete) ESB cadastradas, passando, em 2003, para 708 (setecentas e oito), sendo atualmente 877 (oitocentos e setenta e sete) ESB qualificadas pela CIB/Ce (Ceará, 2005a).

Vale ressaltar que 793 (setecentos e noventa e três) ESB são da modalidade I e 45 (quarenta e cinco) da modalidade II, o que ainda evidencia a incapacidade do sistema em estar formando profissionais THD e qualificando os profissionais do PSF como necessário. O quantitativo de ESB anteriormente citado corresponde às ESB publicadas pelo Diário Oficial da União; levando-se em conta o número de ESB aprovado pela CIB/Ce, tem-se o total de 877 (oitocentos e setenta e sete) equipes (Ceará, 2005a).

Para avaliação e comparação de resultados são utilizados os Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica que consistem em: cobertura da 1ª consulta odontológica, razão de procedimentos coletivos na população de faixa etária entre zero e quatorze anos e proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos da Atenção Básica. Embora não reflitam a melhoria do acesso da população nem da qualidade dos serviços de saúde bucal, ainda são os indicadores nacionalmente utilizados e adotados pelo Ceará.

O quadro, a seguir, apresenta a série histórica dos indicadores de Saúde Bucal do Ceará, no período de 1998 a 2003. Observa-se que, no geral, poucos avanços podem ser observados, uma vez que, sobre a cobertura de primeira consulta odontológica, a maior cobertura alcançada foi de 14,01% (quatorze por cento), com declínio em 2003. Considerando que o indicador de procedimento coletivo está direcionado para crianças e adolescentes da faixa etária entre zero e quatorze anos, isso trás à tona a estratégia de eleição da população-alvo do Sistema Incremental que, em decorrência de incapacidade de abranger todas as famílias da área adstrita, faz opção por determinado grupo. Ainda assim, para um grupo restrito, a maior cobertura do período analisado foi de 27% (vinte e sete por cento). O aumento da proporção de exodontias, em relação às ações básicas individuais, tem sido justificado como sendo o resultado da implantação de maior número de ESB, que, no momento inicial, está saldando a dívida das políticas anteriores.

QUADRO II

Série Histórica dos Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica do Estado do Ceará: 1998 – 2003

INDICADORES	FONTE	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cobertura de 1ª consulta odontológica	SIA/SUS	13,23	13,44	11,75	11,60	14,01	13,89
Razão de procedimentos coletivos e a população de 0 a 14 anos	SIA/SUS	0,05	0,08	0,10	0,16	0,27	0,20
Proporção de exodontias em relação às ações básicas	SIA/SUS	12,77	12,91	14,52	14,47	13,11	18,44

Fonte: Brasil, 2004c.

Apesar de serem estes os indicadores por meio dos quais a melhoria da Saúde Bucal de estados e municípios está sendo avaliada, há que se reconhecer suas limitações. Faz-se necessária essa crítica, uma vez que a Coordenação Nacional de Saúde Bucal e a da Atenção Básica não têm se preocupado com a padronização da alimentação dos sistemas de informação que acumulam os dados para produção desses indicadores. O que está sendo contabilizado como primeira consulta odontológica? Cada vez que o paciente vai ao consultório? E os procedimentos coletivos? O código referente a esse procedimento não permitia que o dado fosse informado conforme a faixa etária que está descrita na tabela SIA/SUS; a falha permaneceu até Setembro de 2004, quando foi publicada portaria e modificado o programa do SIA/SUS, para que pudessem ser informados os procedimentos conforme a faixa etária. Assim, até Setembro de 2004, estavam sendo contabilizados não somente os do grupo de zero a quatorze anos, mas todos os que eram realizados; sendo que o denominador continuava o mesmo: a população de idade entre zero e quatorze anos estimada pelo IBGE para o respectivo ano. Sem contar que muitos municípios, por falta de atenção ou qualquer outro motivo, estavam informando ou informam o número de procedimentos, quando devia ser o número de pessoas beneficiadas. Obteve-se, de fato, cobertura de 20% (vinte por cento) em 2003? Em relação à proporção de exodontias, a dúvida permanece em virtude de o denominador ser o somatório das demais ações

individuais, exceto procedimento coletivo e primeira consulta, uma vez há várias formas de interpretar o que está descrito na tabela SIA/SUS.

O Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da SESA/Ce, preocupado com a qualidade das informações, promoveu, no decorrer do ano de 2004, seminários microrregionais, com o objetivo de padronizar informações dos procedimentos da Atenção Básica. Fica a dúvida se a informação foi de fato repassada aos profissionais responsáveis pela execução e informação destes. Outro questionamento merece ser colocado: na CERES há um profissional que se dedique à avaliação da qualidade das informações?

Para a vigilância epidemiológica em Saúde Bucal deve também ser considerado o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados-CPOD, obtido por meio do levantamento epidemiológico. Nacionalmente, foram realizados três exames epidemiológicos: em 1986, considerando a zona urbana das capitais brasileiras e a população de 6 a 59 anos, analisando cárie, doença periodontal e necessidade de prótese, relacionando-as à renda familiar; o de 1996, que pesquisou a doença cárie em escolares de 6 a 12 anos das capitais; e o SB Brasil, em 2003. O Ceará participou do levantamento de 1986, estando o município de Fortaleza compondo a representatividade da região Nordeste, com resultados demonstrando alta prevalência de cárie: CPOD aos 12 anos de 6,7. No de 1996, buscou-se comparação com os resultados de 1986, ficando o CPOD para os escolares de Fortaleza de 2,34. Embora a SESA/Ce, por meio da Divisão de Saúde Bucal, tenha ampliado a amostragem do Ceará, no levantamento de 1996, para 58 municípios, figurando entre os que apresentaram resultados, os municípios de Itaitinga, Maracanaú, Pindoretama, Aracati, Itapiúna, Quixeramobim, Acaraú, Palhano, Aurora, Crato e Missão Velha, não foi possível a elaboração do resultado que pudesse ser inferido para o estado. Para o SB Brasil 2003, somente cinco municípios do Ceará compuseram a amostra nacional: Fortaleza, Quixadá, Palhano, Tianguá e Brejo Santo. Outros vinte foram sorteados para compor a amostra ampliada³³ do Ceará: Paraipaba, Parambu, Ipueiras, Aurora, Ararendá, Sobral,

³³ O Levantamento Epidemiológico - SB Brasil 2003 – Amostra Ampliada do Ceará é o levantamento que permitirá a construção do perfil epidemiológico de saúde bucal do Ceará. A incorporação de mais 20 municípios

Monsenhor Tabosa, Piquet Carneiro, Beberibe, Juazeiro do Norte, Guaiuba, Aracati, Itapipoca, Quixeramobim, Limoeiro do Norte, Barreira, Caucaia, Horizonte, Euzébio e Viçosa do Ceará. Alguns municípios fizeram o levantamento espontaneamente, como Quixelô, Iguatu e São Gonçalo do Amarante (Ceará, 2003d).

Lamentável é o fato de que, mesmo sendo uma ferramenta indispensável ao adequado planejamento das ações em Saúde Bucal, com metodologia acessível, poucos são os municípios cearenses que fizeram o levantamento epidemiológico em Saúde Bucal, em 2003. Observa-se que, embora seja uma exigência para os municípios contemplados com o Projeto Dentista da Família, somente dois dos 20 do projeto o fizeram.

A meta de Saúde Bucal que consta no plano do atual governo estadual restringe-se à redução da proporção de exodontias em relação aos demais procedimentos individuais da Atenção Básica, o que não contempla a informação da melhoria do acesso, da qualidade do atendimento e, principalmente, a meta estruturante de inclusão social.

Considerando a organização da atenção à saúde e os níveis de hierarquização, a Atenção à Saúde Bucal secundária é ofertada por meio dos CEO, que têm como objetivo garantir a saúde bucal da população usuária do SUS, priorizando as ações especializadas em Odontologia, em suas diversas modalidades, incluindo serviços de urgência e emergência. Atualmente existem três CEO funcionando em Fortaleza. O governo do estado, em parceria com o governo federal, implantará novas unidades no interior do estado, ampliando o atendimento especializado. A proposta do governo do estado é implantar um CEO em cada microrregião de saúde, tendo sido iniciada a construção dos CEO da CERES de Caucaia, Aracati e Tauá. Seguindo a orientação do “Brasil Sorridente” para

credenciamento³⁴ do CEO, foram cadastrados três CEO no Ceará, nos municípios de Sobral, Quixelô e Juazeiro do Norte.

Como extensão da 12ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema “Saúde: Um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que Temos, O SUS que Queremos” e como eixos temáticos: direito à saúde, seguridade social e saúde, intersetorialidade das ações de saúde, as três esferas de governo e a construção do SUS, organização da atenção à saúde, gestão participativa, o trabalho na saúde, ciência, tecnologia e saúde, financiamento da saúde e comunicação em saúde, e como necessidade de direcionar a Política Nacional de Saúde Bucal, foi convocada a terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal com o tema central “Acesso e Qualidade: Superando a Exclusão Social”. Entre os meses de Abril e Junho de 2004, foram realizadas as Conferências Municipais e Microrregionais de Saúde Bucal, como etapas da segunda Conferência Estadual de Saúde Bucal, que aconteceu em Junho de 2004. A segunda Conferência Estadual de Saúde Bucal teve quatro eixos temáticos: educação e construção da cidadania, controle social e gestão participativa, formação e trabalho em saúde e financiamento do sistema de saúde. Em seu relatório final, apresenta, entre as proposições discutidas e aprovadas (Ceará, 2004e:195):

1. Ampliar a compreensão da Saúde Bucal no sentido de qualidade de vida, garantindo o seu tratamento de forma intersetorial como política de governo para a inclusão social e a construção da cidadania, seja no plano individual ou no plano coletivo, com ações convergentes e integradas, implementadas pelos governos dos Municípios, dos Estados e da União, pelas instâncias representativas do controle social;
2. Efetivar a integralidade das ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, dirigidas a todas as fases da vida e de forma abrangente para toda a população, garantida por meio de políticas públicas sustentadas em adequado arcabouço legal e pelo efetivo controle social;
3. Garantir abastecimento de água fluoretada a 100% da população beneficiada pelos sistemas de abastecimento e elaboração de projetos e pesquisas para a cobertura das populações rurais que não usufruem dos sistemas de abastecimento coletivo.
4. Criar cursos de formação para THD, ACD, TPD, APD, obedecendo à legislação vigente, incluindo as escolas técnicas e as universidades públicas no processo de capacitação dos trabalhos em Saúde Bucal, bem como descentralizar os pólos de capacitação profissional garantindo o custeio pelo Governo Federal (CD/ACD/THD/TPD);
5. Exigir o cumprimento da carga horária pelos profissionais da equipe;

³⁴ O MS caracteriza o CEO em dois tipos: I, com três cadeiras odontológicas e II, com quatro ou mais cadeiras. Após o cadastramento, o MS repassa mensalmente recursos para custeio, sendo R\$ 6,6 mil para o tipo I e R\$ 8,8 mil para o II, além da parcela única para reforma, ampliação ou construção, no valor de R\$ 40 mil e R\$ 50 mil para os tipos I e II, respectivamente.

6.Reafirmar o concurso público como único meio de seleção dos trabalhadores em saúde bucal;

Andrade (2003: 3) faz a seguinte consideração:

O SUS, nos seus 15 anos, já pode mostrar resultados da ampliação dos seus princípios, a universalidade do direito à saúde, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, com a inclusão de 70 milhões de brasileiros antes excluídos de qualquer acesso ao sistema de saúde, com avanços significativos na atenção básica (...) apesar das dificuldades históricas de sua implementação, dado o seu caráter de política contra-hegemônica, a desigualdade social e o aumento da pobreza no país nas últimas décadas. O SUS traz na sua concepção a diretriz da participação e do controle social e viabiliza, através das Conferências Nacionais de Saúde, que o povo brasileiro se manifeste, oriente e decida os rumos do sistema.

Podem ser observados avanços quando se fala em ferramentas de controle social, quando as conferências, inclusive as setoriais, como a de Saúde Bucal e da Assistência Farmacêutica, conseguem reunir representantes de órgãos públicos, entidades de classe, conselhos profissionais de saúde, entidades e organizações da sociedade civil, usuários e pessoas interessadas nas questões relativas à saúde e à atenção à saúde com melhoria e ampliação do acesso e, conseqüentemente, da qualidade de vida.

Analisando-se as metas dos Planos de Governo para a área da saúde apresentadas neste capítulo, observa-se a busca constante da redução da mortalidade infantil e materna, bem como do controle, prevenção e erradicação de doenças preveníveis. Esta persistência configura-se como conseqüência do crescimento econômico, urbano-industrial, sobre o perfil epidemiológico da população cearense, paralelamente à permanência de condições de vida e sanitárias muito precárias (Rigotto, 2001).

Quando o tópico é crescimento industrial, a atenção à saúde dos trabalhadores tem sido esquecida enquanto meta de governo, imprescindível para o contexto de industrialização crescente e de elevada empregabilidade em atividades insalubres e perigosas. Para Rigotto (2001: 58),

Esta postura pode ser caracterizada como uma *estratégia de negação*, estabelecida para resultar em ocultamento dos conflitos ecológicos e de saúde, na medida em que, se a rede de serviços não está apta a identificar os danos do trabalho e do ambiente sobre a saúde da população – acidentes de trabalho, doenças relacionadas ao trabalho, intoxicações de origem ambiental, etc – o diagnóstico delas não será feito [...], a notificação também não, a informação não será gerada, o problema não aparecerá na estatística, nem nas prioridades do setor saúde [...] ou seja, ele não terá visibilidade, embora perpassasse o cotidiano das pessoas.

O período estudado na presente pesquisa caracteriza-se pela priorização do crescimento econômico do Ceará, “pontualmente maquiado com preocupações verdes e sociais” (Rigotto, 2001:60), permanecendo à margem a busca e a manutenção da qualidade de vida da população.

CAPÍTULO II

A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO CEARÁ: A REALIDADE DOS FATOS

Neste capítulo coloca-se o material empírico, resultante das entrevistas e do diário de campo, para ser descrito, analisado e discutido, refletindo o contexto dos sujeitos e dos fatos.

Os guias para análise, nomeados no Tratamento Metodológico, foram construídos a partir de uma reflexão sobre a linguagem expressa pelos entrevistados, considerando os elementos constitutivos do contexto em que foi produzida, na relação com determinada situação, em que o uso das expressões faz sentido. Os aspectos abordados estão separados apenas para facilitar a compreensão, pois, na prática, estão intimamente articulados, refletindo a Política de Saúde Bucal no contexto da APS do Ceará.

1. A Saúde Bucal na Atenção Primária: “há pouco tempo atrás era uma área da saúde que praticamente não existia”.

Tomando-se como ponto de partida a colocação de um dos entrevistados, da presente pesquisa, observa-se que a Saúde Bucal parece ter vindo à tona quando da inclusão da ESB no PSF. A mesma opinião foi compartilhada por outros participantes:

A Saúde Bucal na verdade é que há pouco tempo atrás era uma área de saúde que praticamente não existia, apesar de que a gente sabe que a Saúde Bucal está inserida na Atenção Primária.

No período de 1994 a 2000, quase não se tem nada a respeito de Saúde Bucal.

Então, na Atenção Primária, o que era feito era só atendimento (...) era a assistência nos postos, tanto do estado como no município (...) por alguns profissionais do município e alguns funcionários contratados pelo estado e pela federação.

Em 1999 nós fizemos um diagnóstico da Saúde Bucal e constatamos a inexistência de profissionais de saúde, principalmente o dentista, a inexistência de estrutura física das

unidades na questão da organização dos consultórios, a inexistência de acesso aos serviços de Saúde Bucal.

Antes o que é que existia: aquele atendimento descentralizado, não existia um dentista com vínculo na família, não existia aquele relacionamento entre os demais profissionais.

Essa melhoria da Saúde Bucal (...) na época que você citou, a gente só veio perceber do ano passado para cá, antes disso realmente a Saúde Bucal ficou fora da agenda dos programas mais importantes da Atenção Primária.

Existiam os consultórios, consultórios odontológicos, certo, mais diversificados, dentro das unidades de saúde que não eram organizados (...) a Saúde Bucal é como se fosse um programa solto, à parte.

De 1994 até 2000, existia um Centro de Saúde, os dentistas trabalhavam lá, não tinham 40 horas, não tinha uma política organizada, nem planejada, era aquele atendimento, só exodontia; as restaurações eram só na sede e não era uma coisa universal.

Eu acho que a Saúde Bucal começou a ter qualquer ação concreta mesmo, na Atenção Básica, a partir do momento que o dentista foi incluído no PSF; então de 2001 pra cá é que a gente pôde perceber uma melhor organização, ainda muito precária, mas que a gente vê algum resultado.

Os dados epidemiológicos do último levantamento do Ceará³⁵ demonstram que a Saúde Bucal da população é fator preocupante no sentido de que, apesar de a determinação deste quadro estar colocada em esfera que extrapola, em muito, a simples assistência odontológica, não exige os serviços de encaminharem soluções que contribuam para sua reversão. Na realidade, as ações odontológicas até bem pouco tempo desenvolvidas, e, provavelmente, até as atuais, pouco contribuíram para a modificação do processo saúde-doença bucal da população.

O primeiro tipo de atendimento prestado pela Odontologia, nos serviços públicos, caracterizou-se por ser de livre demanda e tipicamente flexneriano, especializado, em linha de produção, técnico-biológico, tendo sido também o primeiro modelo de Odontologia a ser introduzido nos espaços das escolas públicas (Zanetti et alii., 1996). A atenção odontológica aos escolares ganhou expressão em 1980, com a Fundação SESP utilizando o método de atendimento do Sistema Incremental³⁶. A programação para o atendimento odontológico sespiano não estava

³⁵ Os resultados preliminares demonstram: ceo-d 18 a 36 meses = 0,82; ceo-d aos 5 anos = 3,19; CPO-D aos 12 anos = 3,00; CPO-D 15 a 19 anos = 7,14; CPO-D 35 a 44 anos = 21,01; CCPO-D 65 a 74 anos = 28,26. Ressalte-se que, na composição do CPO-D aos 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, os componentes cariado e perdido participam com os seguintes percentuais respectivamente: 71,00 e 9,33%; 50,84 e 20,87%; 13,18 e 76,49%; 3,64 e 95,8% (Ceará, 2005b:23).

³⁶ O Sistema Incremental baseou-se no entendimento de que as crianças já atendidas deveriam ser mantidas sob cuidados nos anos subseqüentes, tratando as novas cáries que surgiram no intervalo de tempo entre a alta e

vinculada à unidade de saúde, mas à escola e suas demandas. O Sistema Incremental focalizava o curativo, enquanto marginalmente aconteciam as práticas preventivas e promocionais. A busca pelo aumento da produtividade e da diminuição dos custos fez com que surgisse o SESP simplificado. Posteriormente, a Odontologia Integral que, por mais que tenha mudado a rotina nas clínicas, não foi suficiente para romper o modelo sespiano.

Faz-se necessária esta breve retrospectiva por demonstrar que os modelos buscados pela Odontologia, nem mesmo a proposta da Odontologia enquanto parte do PSF, não têm conseguido romper com o modelo sespiano, no que diz respeito à eleição da população-alvo, forma de acesso e espaço de realização das práticas. Falando-se em PSF, enquanto no Ceará se discutia a implantação dessa estratégia como ferramenta de reestruturação da APS, para a Saúde Bucal se estruturava uma consultoria por meio da empresa Estação Saúde, para implantação do Modelo de Inversão da Atenção. Voltando aos nossos sujeitos:

Na realidade, a implantação do PSF não teve uma relação direta com a implantação do Programa de Saúde Bucal da SESA, até porque já havia em 1994 o início de um projeto financiado pelo Banco Mundial, que nós fizemos toda a negociação a partir de 1995, que objetivava a inversão do modelo de Atenção à Saúde Bucal, onde realmente se tentava dar prioridade à prevenção. Inclusive esse foi um trabalho que tivemos consultoria externa.

Enquanto o dirigente pontua a iniciativa e a intenção, autores que se debruçaram sobre o tema apontam fragilidades. Para Zanetti et alii. (1996:30):

Em termos de desafios à programação em saúde bucal, a proposta da Inversão fica devendo soluções mais orgânicas e potencializadoras dos processos de politização sanitária historicamente pretendidos e mais ousados em termos de construção de Sistemas Locais de Saúde no SUS.

Embora o paradigma de programação clássico, Incremental Escolar sespiano, tenha perdido sustentabilidade técnica, com o avanço da prevenção em Saúde Bucal e sustentabilidade político-programática com a instituição do Sistema Único de Saúde, ainda não despontou nacionalmente um novo paradigma de planejamento e programação da Atenção Básica, como reclama Zanetti (2001).

o novo exame bucal. "No Incremental a população-alvo é constituída pelos alunos de 6 a 14 anos matriculados nas escolas públicas de 1º grau da área geográfica afeta ao programa. Quando o volume de crianças por atender é muito elevado, é comum reduzir a população-alvo à faixa de 7 a 12 anos considerando a reduzida presença da faixa de 6 anos na escola e a impossibilidade de abranger idades terminais (Zanetti et alii.,1996:23).

Segundo Martins-Fo (2001:95):

As políticas nacionais e/ou as tentativas de grupos de pensadores em formular um novo *modus operandi* eram assimilados de forma mecânica, ora tardia, ora não hegemônica e assim e por tudo isso consideradas de baixo impacto no Estado: assim foi o PISE, a Odontologia Simplificada, a Inversão da Atenção e, no fim, com a adesão à estratégia de atenção primária denominada Programa de Saúde da Família.

A Saúde Bucal, como Atenção Básica, é condição e diretriz definida, desde 1980, pela VII Conferência Nacional de Saúde, não devendo mais ser considerada somente como referência especializada no SUS. No entanto, a implementação da Política de Saúde Bucal, na APS do Ceará, tem sido lenta, retardatária e marginal às demais políticas de saúde, o que é percebido pelos entrevistados:

Eu particularmente acho que (...) este processo, ele vem se dando de forma lenta, muito embora a gente possa já estar observando algumas mudanças. No entanto, eu vejo que esse processo poderia se tornar mais acelerado (...) a Atenção Primária em Saúde Bucal está lenta, por questões estruturais, por questões do processo de trabalho e pela questão do entendimento do que eu quero buscar, que resultados eu quero alcançar.

A Política de Saúde Bucal, na minha opinião, ela ainda é, na sua prática, em tanto incipiente, incipiente em relação a outras políticas de saúde pública.

A implementação da Saúde Bucal na perspectiva da Atenção Primária vem seguindo de uma forma lenta.

Eu percebo que ela vem sendo, na verdade, implementação, de forma ainda lenta, porque lenta também, eu creio, é a compreensão dos gestores da importância da saúde bucal, não como um privilégio, mas como um direito.

Na opinião dos sujeitos da pesquisa, a implementação das ações de Saúde Bucal tem sido lenta. Mas não há, verdadeiramente, uma compreensão política e análise histórica. Eles vêem, apenas, a própria implantação da ESB no PSF, à luz das necessidades e das demandas. Contudo a contradição entre os ritmos de implantação e o volume das necessidades não é diferente quando analisadas as políticas anteriores citadas. A Odontologia, compreendida em seu conceito e diferenciada da Saúde Bucal, tem, ao longo dos anos, centrado esforços e recursos na sofisticação tecnicista, o que parece ignorar o triste paradoxo de ser uma profissão elitista em um país de desdentados.

Conhecendo-se a escassez de recursos governamentais, a ausência de programação ou mesmo a inadequação do modelo de programação, a população

depara-se com a situação generalizada de pouca resolatividade dos serviços frente às necessidades sanitárias acumuladas (Zanetti et alii., 1996).

O pequeno incentivo financeiro tem sido fator limitante à expansão da Atenção à Saúde Bucal na estratégia no PSF. Não é o discurso de que a Saúde Bucal faz parte da saúde do indivíduo que tem sensibilizado os gestores para implantação ou implementação desta. Ainda que o MS tenha criado uma política de financiamento para implantação das ESB, igualmente como o fez para o PSF, não proporcionou a expansão adequada da cobertura populacional pelas ESB.

O próprio MS tem se contentado em superar a meta de ESB implantadas para o ano de 2004. Pela maneira como foi regulamentada a inclusão destas, sendo uma equipe à parte e não profissionais de saúde bucal incluídos na equipe mínima da saúde da família, o MS propôs meta muito acanhada, com o discurso de que não tem interesse em verticalizar e, muito menos, em impor a implantação de modelos ou políticas de saúde aos municípios. Não parece ser muito heróico superar metas quantitativas acanhadas, sem identificação de parâmetros de qualidade. Ainda se valem da desculpa de que, se fosse colocada a implantação da ESB como obrigatória, fazendo parte da equipe mínima, a implantação de novas ESF podia ser frustrada. Ao que parece, a ESF é mais importante que a ESB, mas, sem medir forças, o próprio MS tem compartimentalizado o indivíduo, deixando o sistema estomatológico em segundo ou, até mesmo, em terceiro ou quarto plano.

Mesmo que o atual governo federal tenha reajustado os incentivos financeiros da Atenção Básica e mudado a lógica de cadastramento das ESB, antes uma ESB para duas de PSF e atualmente uma ESB para cada ESF, a cobertura populacional da saúde bucal, no Brasil e no Ceará, corresponde a 26,2 % e 49,1%³⁷, respectivamente, enquanto a de PSF chega a 39,4% e 56,4% (Brasil, 2004d). Considerando que a Saúde Bucal é prioridade para o governo Lula, a proposta para a área na Atenção Básica tem sido evidentemente acanhada, além de não estar incluída nos grandes programas de expansão do PSF, a exemplo do PROESF.

³⁷ Estimativa com base de cálculo em 6.900 pessoas por ESB, limitada a população total.

Valendo-se da justificativa de que a Odontologia é cara, os gestores municipais não têm ousado na expansão das ESB, ficando dependentes do que o governo federal estabelece. Assim indicam os depoimentos:

A cobertura, em termos de Saúde Bucal (...) nós tivemos uma evolução fantástica do número de equipes instaladas nos municípios (...) precisamos de mais; nós precisamos é que os gestores se conscientizem que nós temos que ter um profissional de odontologia para cada equipe de PSF.

Um aspecto maior é a questão do financiamento, que ainda é deficiente, que apesar de ter sido um incremento, apesar de ter, mas realmente a saúde bucal tem um ônus extremamente pesado no orçamento dos municípios, e que seria interessante uma ampliação na questão dos orçamentos para operacionalizar a atividade da saúde bucal.

A gente quer desenvolver outro trabalho, fazendo a prevenção, atendendo às crianças, fazendo restaurações e tal. Ainda tem que caminhar, porque os municípios se queixam muito da falta de recursos, não é, e do custo que é, então assim o incentivo talvez precisasse ser mais efetivo (...) levando-se em conta que é um trabalho que requer um gasto maior com insumos. As despesas com profissionais são bem inferiores, mas os gastos com insumos são muito elevados.

Não houve essa ampliação do número de equipes de saúde bucal com base nas de PSF que já vinham trabalhando. Porque eu ainda vejo a questão da prioridade, eu vejo também a questão orçamentária do município, por isso eu digo que tem que ser repensado, muito tem que ser rediscutido e tem que ter decisão política para fazer. Então essas equipes não foram ampliadas.

Eu diria que tudo termina em recurso, quer dizer, se você quer melhorar a saúde bucal, você tem que pagar os profissionais, você tem que disponibilizar escova, pasta, flúor, mas ao mesmo tempo você tem que disponibilizar equipamento, porque aquele indivíduo que tem cárie, que tem necessidade de restauração, ele tem que fazer.

Então a política de incentivo, de financiamento, a gente avalia como deficiente, não cobre todas as despesas, na parte de financiamento ele não cobre as despesas necessárias para implementar e implantar uma equipe de saúde bucal no município.

Em relação à Saúde Bucal, não é, e como um trabalho mais ativo em relação aos gestores públicos, e aí eu coloco os prefeitos, os secretários municipais de saúde e outras instâncias governamentais da importância da saúde bucal no contexto da saúde coletiva.

Necessitaria de um trabalho de sensibilização com os gestores para mostrar a importância da saúde bucal a nível municipal, porque parece que eles observam a saúde bucal como se fosse uma coisa à parte, à parte da saúde, então necessitaria desse trabalho de sensibilização e de integração dos gestores nesse processo de mudança que o Ceará está vivenciando.

Se o financiamento para a Saúde Bucal tem sido fator limitante em decorrência do custo desta atenção, como têm feito os gestores que conseguiram lograr êxito na implementação da Atenção à Saúde Bucal em seus municípios? Talvez dependa também da prioridade e da decisão política. Mas a Emenda

Constitucional 29-EC29³⁸ determina que os gestores municipais invistam, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação própria no setor saúde, não fiquem apenas dependentes dos recursos federais. Sobre isto, um dos entrevistados comenta:

Um gestor que tem consciência de co-participação, ele identifica o Ministério com o recurso que passa em incentivo e em PAB fixo, que é insuficiente para garantir a ação; mas, enquanto governo municipal, existe a consciência de que se pode fazer um esforço maior do que a contrapartida esperada em cima da Emenda Constitucional 29 (...) tem município passando acima dos 15%.

Outra questão se impõe. Se o poder público tem três níveis, qual é o papel do nível estadual? O atual governo estadual, por meio do Projeto Dentista da Família, tem implantado ESB nos municípios. Ao todo, são 20 (vinte) municípios beneficiados com 41 (quarenta e um) equipes. A previsão é que, em 2005, sejam implantadas mais 20 (vinte) equipes e, até o final de 2006, mais 90. Sobre o Projeto Dentista da Família. Dos relatos sai um perfil bem delineado da iniciativa estadual, no caso do Ceará:

E outra coisa é interessante; é que o Dentista da Família, ele seja aumentado, pois existem municípios ainda que não têm a condição de pagar, não têm a condição de adquirir o equipamento, a gente sabe que a realidade das prefeituras, por mais que elas planejem, priorizem, há que ter um investimento do governo federal, há que ter um investimento do governo estadual, e aí eu louvei muito esse investimento do governo estadual de botar a Odontologia para frente, e que ela pudesse também ser um dos destaques do Ceará.

A iniciativa na política estadual, hoje eu vejo em cima do Projeto Dentista da Família. tiva na política estadual, hoje eu vejo em cima do Projeto Dentista da Família. Acho uma boa iniciativa, [que] tenta contemplar justamente aquele mais injustiçado, mais pobre pelo índice de desenvolvimento humano, então é interessante essa política. Mas também tem aqueles que são mais pobres, também tem muitos deles que têm mais dificuldades e não conseguem manter um médico e uma enfermeira trabalhando em seus municípios.

Eu acho que o Projeto Dentista da Família é novidade, mas poderia ser expandido, ainda está muito restrito. Eu lembro que assisti [uma] reunião de orientadores, aí o critério de escolha era o melhor e o pior (...) Por que não ter mais dentista da família para mais municípios? Como o estado durante muito tempo e até hoje financiou o programa do PACS, para todo o estado, por que nesse momento não dá um passo mais largo, não amplia essa possibilidade?

A Odontologia entrou assim de reboque, de trator. Isso foi errado, era para ter entrado ntrou assim de reboque, de trator. Isso foi errado, era para ter entrado um para um; um para dois já entrou errado. Agora já estão corrigindo um para um, mas é o caminho mesmo. E o Dr. Lúcio Alcântara implantou agora esse Projeto Dentista da Família que também é uma ajuda grande para aqueles municípios com Índice de Desenvolvimento Humano – IDH baixíssimo, entrou com consultórios e dentistas.

³⁸ A EC 29 foi aprovada no ano 2000, originada do Projeto de Emenda Constitucional – PEC 169, de autoria do então Deputado Federal Eduardo Jorge. A União tem que destinar à saúde o que investiu no ano anterior, somado à variação nominal do PIB. Estados e municípios deverão, a partir de 2004, investir no mínimo 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas próprias.

O estado tem dado um salto significativo com relação a estar possibilitando o co-financiamento pra estruturação desse serviço a nível de município, principalmente àqueles que têm ainda uma garantia de acesso aos serviços de odontologia, inclusive a básica. Nesse sentido a política estadual priorizou municípios com IDH baixo. Esse co-financiamento trouxe, além de investimento com relação a equipamento, trouxe também a possibilidade de garantir um serviço de forma permanente com a contratação de pessoal.

Nem sempre a solução é somente o incremento do incentivo financeiro, a que devem estar atreladas a vontade e a decisão política do gestor. Fatos acontecidos em projetos, como o da Inversão da Atenção e até recentemente com o Projeto Dentista da Família, demonstraram o descaso de alguns gestores em relação à Saúde Bucal. Sobre o momento da implantação do Projeto de Inversão da Atenção, um ex-dirigente expõe o problema:

Eu acho que, naquele momento, o estado do Ceará foi quase uma liderança dentro do Brasil, porque nós tínhamos um empréstimo do Banco Mundial. Houve muito investimento, compramos material para os municípios, só para dar uma idéia, teve município para o qual nós compramos todos os equipamentos. No entanto, depois de seis meses eles não tinham vindo pegar os [equipamentos] ainda, mostrando o descaso.

Para Martins-Fo (2001:96), ao debater o Sistema de Inversão da Atenção, fica evidente que não bastam recursos financeiros, sem visão e decisão política:

A despeito do investimento financeiro (...) e do esforço pessoal do núcleo dirigente, a experiência é catastrófica, pois não guardava organicidade ao SUS (...) muito menos era uma política de Estado (...) e não se apoiava, por fim, sobre a trama social própria construída por nossos municípios. Após muito esforço e alarde, nada de efeito final significativo ou mesmo organizacional do modelo restou em pouco tempo, provando a impossibilidade de replicação mecânica de “pacotes” políticos-sanitários.

Um dos orientadores foi incisivo ao retratar o descaso político, mesmo na evidência de oferta de financiamento:

Tem um município que o estado destinou aquele projeto que estava acontecendo do dentista da família, mas o município não cooperou no momento e os dentistas do programa foram retirados para outro município.

A gente procurou aqueles municípios que estavam no ranking com IDH mais baixo e conversou com o gestor, teve também, é lógico, a anuência do gestor; a gente colocou quais seriam as contrapartidas do município, e começou a implantar (...) dos municípios, a gente vê alguns com resultados bem melhor e outros a gente vê pouquíssimo envolvimento. Então, nesses municípios que a gente não tem conseguido avançar, a gente tem dado uma, duas, na terceira chance a gente realmente desiste (...) porque não adianta você querer se o município não quiser (...) o projeto não acontece mesmo. Por exemplo, dos dez municípios que a gente implantou em 2003, um a gente teve que mudar (...) realmente a gente não conseguiu trabalhar (...) os dentistas eram muito comprometidos, mas a gente não conseguiu sensibilizar o gestor, a secretária de saúde também era uma pessoa que não tinha muita autonomia. A gente passou o ano inteiro

com um resultado muito pequeno, insuficiente na nossa avaliação, então ele foi substituído em 2004.

Observa-se que não é somente a garantia de insumos, de profissionais, de equipamentos e de incentivos financeiros que vai proporcionar a melhoria da Atenção à Saúde Bucal.

Melhores condições de Saúde Bucal para a população brasileira não serão alcançadas com medidas técnicas isoladas, mas no bojo dos avanços políticos que a sociedade conquistar (...) O mais importante é a reafirmação de que é impossível alcançar níveis adequados de saúde bucal para a população do país, se não existir um pleno processo de cidadania (Garrafa, 1993:56,57).

Para a configuração dos avanços políticos, a população deve se engajar às propostas transformadoras que objetivem o benefício do coletivo, por meio de participação popular e de controle social conscientes. Os entrevistados também apontam este caminho:

Aqui nessa cidade só vai ficar dentes de alho, que esse dentista sai arrancando dente de todo mundo. Quando termina o expediente, ele sai com o saquinho bem cheio.

O grande desafio é fazer com que todo mundo no Brasil sinta-se no direito de cuidar bem dos seus dentes porque é um dever do Estado e um direito de cidadania de todo o povo brasileiro.

A população está entendendo que o dente é importante. E ela não precisa mais extrair, porque a cultura nossa era deixar ficar ruim pra depois botar uma prótese, pedir a um político que colocasse uma prótese nele. A gente começa a ver essa cultura reverter, dentro do próprio seio familiar, que as pessoas hoje já estão exigindo dentista, que tenha uma pessoa que trabalhe nessa ação coletiva.

A questão dos aspectos voltados à parte curativa, eles continuam ainda, embora já com uma visão diferenciada, uma visão voltada mais para tratar o dente, resolver o problema e não mutilar, que era a visão anterior.

A população também tem se conscientizado da força, da existência desses serviços e buscando sempre mais, né, também se, numa tendência, numa progressão geométrica de querer mais serviços, favorecendo conseqüentemente um maior aporte para o atendimento da população.

Então eu vejo assim: que todo mundo tá assim preocupado na questão da saúde. O avanço foi esse, um dos avanços eu acho, que é a sensibilização do gestor sobre a importância da saúde bucal. Agora falta a gente levar isso à população para ela cobrar, e uma reorganização desse sistema para dar mais acessibilidade pra população.

Nos outros municípios, onde não tem um para um e nem um pra dez, o que a gente tem visto é a população reclamar muito e [serem] uma verdadeira população de desdentados.

Outro ponto também que eu acho que essa medida trouxe de importante é a conscientização, que ela hoje está levando os filhos para o acompanhamento odontológico que não existia.

A gente considera que está sendo desenvolvido um trabalho junto a estudantes, à população nas escolas, aquela faixa etária de estudantes, isso faz com que [nossa atividade] a gente deixe a desejar. Quando a gente conversa com a população (...) é visível a insatisfação, vamos dizer assim, da população em relação à Atenção à Saúde Bucal.

A população, o cidadão comum, que não tem acesso à informação, que ela compreenda que o dente, se nasce dente na minha boca, é porque ele tem uma função fisiológica e não apenas estética; e que a extração de um dente tem repercussão sistêmica. E é essa falta de informação que faz com que o cidadão não cobre uma ação pontual do governo.

Hoje, claramente, você já sente que há por parte da população, de cobrar dos gestores a ampliação desses serviços pra que eles possam ter acesso a eles para poder tratar corretamente dos seus problemas. Eu quero crer que agora é um caminho sem volta (...) a população que cresce em termos de cidadania, ela não vai mais permitir que os gestores trabalhem a Saúde Bucal com descaso.

O processo de participação da população na implementação das políticas, sejam sociais, econômicas ou da saúde, precisa concretizar-se por meio dos diversos canais para controle social, como Conselhos de Saúde, Promotorias, Ouvidorias e Conferências de Saúde.

Não basta apenas ser garantida a presença numérica da população em conselhos setoriais de saúde ou em eventos democráticos como as conferências estaduais e municipais, apesar destes tipos de atividades terem também características formativas. Em diversas ocasiões, frente à oportunidade de manifestar-se, significativa parcela desta população simplesmente se omite ou passa a discorrer exaustiva e desordenadamente sobre temas alheios, à parte. A participação popular exige o pré-requisito indispensável da informação, do conhecimento, do preparo, da educação (Garrafa, 1993:56).

Os entrevistados relatam que o ano de 2004 foi marcado pela realização das Conferências Municipais, da segunda Conferência Estadual de Saúde Bucal e da terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal, e que, no Ceará, alguns municípios não fizeram conferência e sim seminários, alegando dificuldade financeira e falta de apoio técnico e logístico da SESA/Ce:

Aconteceram momentos importantes, como as Conferências de Saúde Bucal, [das quais] saíram propostas de mudanças dessa realidade.

Não participei de nenhuma Conferência. Dos sete relatórios que eu [apresentei ao Conselho Estadual], só dois foram de Conferência, o resto foi seminário ampliado (...) Os eixos temáticos foram diferentes da Conferência de Saúde, então a gente foi penalizada um pouco por isso e aí ficamos meio sem apoio, porque quando é Conferência de Saúde, todo mundo se mobiliza; o CESAU faz contatos, corre atrás. Até nisso tem preconceito, aquela preocupação de quem vai, quem fica com a regional, e agora a gente não teve isso, o que fizemos foi esforço nosso e do município. Mas lá na Regional, o Coordenador de Saúde Bucal acompanhou todas, esteve presente e comenta que realmente é um momento de amadurecimento.

Para que a Atenção à Saúde Bucal saia da inércia em que se encontra, faz-se necessário que as Políticas de Saúde Bucal sejam vistas, tanto pelos formuladores, quanto pelos executores, como parte de uma dimensão social ampla, como mais um instrumento a ser utilizado para construir a cidadania popular. A Política de Saúde Bucal deve oferecer sua parcela de contribuição para a construção de rigorosa democracia social, participativa, que possa superar a insuficiente democracia liberal-representativa de nossa história recente (Garrafa, 1993).

Sobre a Política de Saúde Bucal no Ceará, Martins–Fo (2001:96) constata:

A indefinição de parâmetros suficientes de recursos financeiros, ou até mesmo a ausência de dotação orçamentária própria (...) os coordenadores de saúde bucal concordam com a permanente secundarização do subsetor sobre seus cuidados, sua efetiva marginalização aceita de modo naturalizado e fatalista (...) tais situações históricas reforçam a percepção de um caráter marginal das políticas de saúde bucal em relação até às políticas de saúde.

2. A prática da ESB no PSF e a realidade do modelo assistencial: “uma colcha de retalhos dos modelos herdados”.

A prática das ESB parece continuar condicionada à presença de insumos e equipamentos odontológicos, ignorando a gama de outras atividades que podem ser desenvolvidas, todas atreladas à promoção e à prevenção em saúde. Esse fato foi citado como justificativa para que a Saúde Bucal não tenha sido incorporada ao PSF quando da sua criação. Os entrevistados descrevem, com cuidado, as possibilidades:

Nesse primeiro momento, em que o programa assumia a estratégia de já ter os agentes comunitários de saúde, mas não tinha a inclusão de dentista na equipe mínima, era apenas o médico, o enfermeiro e o agente comunitário de saúde. Não tinha dentista e isso não espantou ninguém, até porque se imaginava trabalhar com saúde, no interior, em equipe (...) que pudesse sair dos muros do Centro de Saúde e fazendo ação coletiva na comunidade e, embora na universidade saúde coletiva e odontologia já [fossem] uma realidade, a gente não via [no Ceará] tantos profissionais que aderissem a uma proposta de trabalhar a Odontologia sem ser dentro do consultório (...) Nos primeiros momentos o que a gente via era a meta a ser cumprida, a gente perseguia aquela meta (...) as metas eram muito de cobertura, eram muito ligadas à assistência, que dava conta de controle de lesão, mas a gente não buscava controle de doença e a gente não ia chegar aos indicadores de cobertura para a resposta que a gente estava esperando.

Com a implantação das equipes de saúde bucal no programa de saúde da família o consultório passou a ser só um instrumento de trabalho. Mas o importante era a presença daquele profissional que soubesse não só fazer procedimentos no paciente,

mas que [tivesse] uma visão coletiva, de entender de planejamento, de financiamento, porque se eram caras as ações de Odontologia, o que a gente precisava era reduzir custos, era minimizar, e isso a gente tem encontrado, dentistas que estão nas equipes do programa de saúde da família com essa boa vontade de estar se atualizando, de estar se modernizando, e apresentando ao município [propostas viáveis].

A gente não é formada para trabalhar junto à comunidade (...) a gente não quer sair das quatro paredes do consultório, quer ficar lá sentadinha no mocho, esperando o povo chegar, independente de ser demanda organizada ou demanda espontânea, ninguém se interessa, ninguém sai para fazer reconhecimento de área. Como a Saúde Bucal chegou depois, a gente deveria estar indo para a comunidade para saber como é que foi feito e as pessoas saberem o que a gente está fazendo lá, se elas querem que a gente faça da forma como a gente planejou. Na verdade não se escuta a população para saber se eles querem daquele jeito, se querem de outro jeito.

Quer dizer, não é só ter a garantia do profissional (...) mas, principalmente, a questão da falta dos instrumentos. Como é que a gente pode colocar equipamento e instrumental para aquele profissional trabalhar atendendo a urgência em saúde bucal, lá, dentro daquela população.

Entende-se por cuidado básico “o conjunto de ações orientadas para a identificação, prevenção e solução afetada, o qual se produz junto da participação consciente e de sua cooperação com as instituições de saúde” (Brasil, 1997:3).

Referindo-se ao desenvolvimento das atividades pelas ESB, observa-se o foco assistencial da atenção, ainda direcionada somente a determinados grupos, como crianças e adolescentes com idade entre zero e quatorze anos, gestantes e, em algumas situações, hipertensos e diabéticos, sem considerar o aspecto epidemiológico. Desta forma, o indivíduo não tem sido visto em seu contexto sócioeconômico-cultural, o que permite a realização do diagnóstico de saúde adaptado às reais necessidades da população. Uma das conseqüências, é o não cumprimento de princípios básicos do SUS como universalidade, equidade e integralidade da atenção.

O princípio da universalidade com equidade, compreendido como o livre acesso a todos os serviços por parte de qualquer cidadão, fatalmente não encontrará solução a persistir o atual modelo de prática vigente. Quanto à integralidade da atenção à saúde bucal, sua compreensão implica em remover do cotidiano dos serviços a história e falsa dicotomia entre as ações curativas versus preventivo-educativas. Para tal, se faz necessário resgatar a integralização das atividades promocionais, preventivas e reabilitadoras, sob hegemonia das duas primeiras com o objetivo de manter a saúde, recuperá-la, e novamente mantê-la quando ela for rompida (Souza, 1991:7).

Torna-se difícil modificar o quadro epidemiológico da Saúde Bucal enquanto o modelo focalizado e assistencial perdurar. Sabe-se, como bem

demonstrou o recente levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Ceará, referido anteriormente, que os problemas de saúde bucal acometem todos os grupos populacionais, o que torna indispensável que a atenção ao indivíduo seja multidisciplinar, integrando outras áreas médicas, recuperando a integralidade da prática da atenção à saúde, deixando de ser segmentada, embora utilizando e respeitando as especificidades do conhecimento científico. A necessidade de superar a fragmentação, a descontinuidade e a mistura acrítica de modelos é bem identificada pelos entrevistados:

O que precisa a gente modificar? Eu parto do princípio de que a NOAS colocou como uma área prioritária a Saúde Bucal, mas [sobretudo] para crianças de 0 a 14 anos e para gestantes. E aí a gente se pergunta: e o restante da população, não precisa ter acesso, não tem necessidade de saúde bucal?

O atendimento aqui é centralizado na sede, sem demanda agendada e, de certa forma, frio, indo para um sorteio. Então, se a pessoa chega com uma urgência, uma emergência, tem que aguardar para saber se vai ser atendida.

Não entendo por que a gestante vai à Unidade para fazer o pré-natal e não passa pelo dentista? Mas aí falta o planejamento, como normalmente eles fazem na nossa Regional, dias a, b e c tem atendimento para gestante, então naquele dia podia ter o dentista para atender aquele grupo de gestantes, e isso não acontece.

A opção de centrar nas escolas, sobretudo as públicas, uma Política Básica de Atenção à Saúde Bucal, já vem sendo questionada. Segundo Zanetti (1994:21):

Grande parte dessa insuficiência politizadora dos programas (patrocinados nacionalmente ou não) está na opção de se programar atividades sob a estrutura das escolas públicas. Mesmo que tecnicamente esta opção seja a mais coerente (dadas as facilidades de operacionalização), politicamente ela é muito fraca. Na implementação destas medidas, todo o apelo psicossocial inerente à força simbólica da escolha das crianças como população-alvo, é reduzido pela interposição da estrutura formal da escola entre os serviços operantes e o público potencialmente capaz de produzir uma repercussão política às medidas públicas.

Acredita-se que, dentre os fatores que têm contribuído para a atenção focalizada em grupos, estejam o desconhecimento ou a não realização de levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal, bem como ausência de planejamento e avaliação das ações. Crianças e gestantes compõem escolha ideológica primitiva, que ocorre na ausência de estudos reais sobre o comportamento da população em relação a uma dimensão específica de saúde. Como não há dinheiro para a cobertura universal e como não existe perfil epidemiológico crítico, então (...) crianças e gestantes impõem-se como prioridade.

Há quem concorde que a Saúde Bucal realmente não deve ter iniciado com a implantação do PSF:

No primeiro momento da implantação do PSF eu até concordei que Saúde Bucal não fosse uma das prioridades. Achei, como achamos interessante lá na Regional, que se implantassem todas as equipes, que se delimitasse as suas áreas, que se conhecesse a clientela e então, após isso, seria importante a inclusão de um dentista na família.

Independente de ter estado desde o início da implantação do PSF ou de ter sido posteriormente incorporada, torna-se imprescindível que a ESB se apodere da área adstrita e que passe a conhecer as famílias que lhe pertencem, inseridas contexto histórico-sócioeconômico e cultural específico. Somente esse conhecimento permite a apreensão do processo saúde-doença concreto e de como tem historicamente evoluído, conforme determinantes atuantes.

Para Cordón Portillo (1997:558, 559):

Qualquer proposta de intervenção em saúde deve, como obrigatório, observar, apreender a realidade em cada espaço social, para poder compreender o indivíduo, o cidadão e as redes sociais que se constroem, podendo, desta forma, definir as necessidades dos cidadãos, seus problemas e os processos coletivos de transformação do modelo de vida em sociedade para conseguir a saúde bucal. O novo trabalhador em saúde bucal deve dominar o método científico, saber reconhecer-se, biológica e socialmente, estudar de forma participante um espaço-território com a população, ser crítico, criativo e, sobretudo, acompanhar as mudanças do tecido social, as costuras necessárias para inter-relacionar esforços e aumentar sua possibilidade de sucesso no espaço social em que desenvolve a atividade profissional.

A realidade demonstra o completo afastamento das ESB desta lógica de planejamento, a partir da base familiar e de suas necessidades epidemiológicas; nem há interesse em conhecer a família conforme ela está descrita no prontuário familiar da ESF, quando esse instrumento existe. Tem sido mais fácil reproduzir o modelo focado em grupos de idade (zero a quatorze anos, p.ex.), de gênero (mulheres, p.ex.), de condição sanitária (gestantes, p.ex.), com indivíduos isolados da família e do contexto em que se encontram. As ações da ESB são desvinculadas das desenvolvidas pela ESF, efetivando a separação entre estas e, conseqüentemente, a dicotomia da atenção. O desafio é compreender que ESB e ESF integram-se na lógica da Atenção Básica, são partes de um todo cuja filosofia é

promoção, vigilância e prevenção. Secretários, orientadores e coordenadores apresentam estas visões:

O problema ainda existe, é a falta do entrosamento do dentista com a equipe, que eles pensam que a equipe é só médico, enfermeiro (...); o dentista foi recebido assim como um enteado, um irmão enteado.

Outra dificuldade que a gente enfrenta por conta da Saúde Bucal ter entrado depois, é que parece uma coisa à parte, dá impressão que ESF é uma e ESB é outra. A gente tem que enfiar na cabeça dos secretários e dos dentistas que ESB está dentro da proposta da ESF, que dentista e auxiliar fazem parte; agora, tanto a ESF marginaliza a ESB, como elas mesmas se auto-isolam.

Esse momento que a gente vai passar agora vai ser um momento de muita mobilização, de ficar junto da equipe, ficar realmente entendendo o que é um dentista na equipe de PSF e não a equipe de saúde bucal e a equipe de PSF. Que ela está lá porque ela tem que estar perto da população, que ela tem que entender os problemas da população, que ela tem que ver que ela não está lá só para exercitar uma cobertura de procedimentos, mas tem que dar saúde para as pessoas.

Com relação à Atenção Primária que envolve toda essa questão de PSF, na saúde bucal eu observo que ela vem muito separada (...) então a equipe de saúde bucal está muito à parte da Atenção Primária, das reuniões das equipes de PSF, dos cronogramas de atividades (...) a gente nota que há uma separação.

O odontólogo é uma pessoa fechada que não interage com a equipe (...) ele é realmente à parte.

Ainda é paradoxal as atividades de saúde bucal com as atividades de saúde da família, porque nós analisamos hoje que por mais que haja toda essa política, por mais que haja toda essa diretriz, ainda não existe um consenso, ainda não existe a equipe em si, há uma dicotomia (...) a prática do cirurgião-dentista é ainda um pouco isolado (...) e há também um distanciamento ou um desinteresse dos dentistas do PSF em estar participando de atividades de planejamento, dos indicadores básicos de saúde, incorporando uma visão, se apropriando, entrando nas outras ações.

Eu acho que tudo é um processo e que já foi bem mais difícil. Agora o médico e o enfermeiro já conseguem ver o dentista como alguém que faz parte da equipe e não como se fosse uma referência para eles. Claro que depende também dos profissionais (...) tem dentista que não se vê como profissional que faz parte daquele meio; ele pensa que tá ali só dentro daquele consultório.

É evidente que os profissionais da ESB não realizam um planejamento de ações como instrumento orientador da prática da atenção e dos cuidados assistenciais em Saúde Bucal, integrada à Atenção Básica, capaz de criar condições de mudança social. A realização do levantamento epidemiológico, como atividade primordial para identificação das necessidades em Saúde Bucal de determinada população, ainda não é rotina, tanto pelo desconhecimento científico como por ser considerada atividade onerosa e de difícil realização. A competência não se encontra instalada, a ferramenta é vista como dispendiosa e até a informação eventualmente disponível, oriunda de estudos em regiões semelhantes, não é utilizada.

Os sujeitos da pesquisa desenham uma realidade muito mais problemática: não são acompanhados os sistemas de informação e muito menos os Indicadores de Saúde Bucal do Pacto da Atenção Básica, ou outros que se façam necessários.

Tentar operacionalizar um sistema de Saúde Bucal eficiente, que a gente pudesse então incorporar a questão do próprio odontólogo na Atenção Básica, extremamente deficiente em relação à área de Saúde Bucal; eles são extremamente limitantes, limitantes sob o ponto de vista do dentista se apropriar do sistema como um todo.

Porque é que há tanta burocracia, tanto entrase, para a realização do levantamento epidemiológico? (...) O secretário diz que não tem dinheiro, que o recurso para Saúde Bucal é pouco e não tem nenhum incentivo a mais que poderia ser dado pelo estado.

Então eu achei fundamental isso aí, para o desenvolvimento dessas ações, e eu acho que se deve implementar essas ações de exame epidemiológico, avaliação dos resultados como um todo.

Primeiro eu acho que tem que haver, que tem que fazer exame epidemiológico, treinar os profissionais pra isso, como rotina, rotina que eu digo assim, periodicamente, mas tem que ser rotina, epidemiologia tem que entrar na saúde bucal.

Poucos deles fazem o levantamento epidemiológico para saber o que é ou não é risco. O que é mesmo um procedimento coletivo? Tem que seguir um procedimento científico para isso, não é só improvisado, não.

Eles disseram não ter tido oportunidade de discutir o pacto, não tiveram participação nessa meta, não sabiam, não entendiam por que tinha de alcançar essa meta.

Tem municípios que não conhecem bem o indicador, então eles não informam corretamente; tá havendo muita distorção.

Zanetti (2001) acredita que o processo de inclusão da Saúde Bucal no PSF depende, entre outras medidas, de o MS definir um mínimo de requisitos para o que fazer nos SILOS: fluoretação da água do abastecimento, vigilância da qualidade de fluoretação da água, instituição de procedimentos coletivos³⁹, estruturação de mecanismos de controle e avaliação, criação de um sistema de indicadores e parâmetros de avaliação. Tais necessidades ficam evidentes para, pelo menos, um dirigente entrevistado:

Você só pode realmente modificar uma realidade injusta, uma realidade cruel, como é o de nossa saúde ou da nossa doença, na Odontologia, quando a gente puder mexer com os fatores sociais também. Se a gente pudesse fazer com que as pessoas tenham acesso à educação, se a gente pudesse fazer com que as pessoas tenham oportunidade de ganhar melhor, de se alimentar melhor, então essa coisa da gente trabalhar a saúde

³⁹ Procedimento Coletivo é o conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados (0 a 6 anos, 7 a 14 anos, adolescentes, gestantes e adultos). Envolve a realização do exame epidemiológico, de atividades de educação em saúde, atividades com flúor e higiene bucal supervisionada.

bucal separada não dá certo para saúde bucal, não dá certo com saúde nenhuma. Programa nenhum dará certo se as pessoas não tiverem emprego.

O enfoque na doença e a reprodução de modelos preocupados com as ações curativas constituem visão estreita, imprópria e pouco econômica da realidade, além de ser equipamento-dependente. No entanto, a ESB no PSF tem reproduzido o modelo centrado na cura da doença do indivíduo, conforme observam os sujeitos entrevistados:

Antes a Saúde Bucal que existia era simplesmente a extração de dentes, era o ato cirúrgico de você remover os dentes daquelas pessoas que estavam com emergência, estavam sentindo dores.

Partindo do princípio de 1994, o que a gente via era um Modelo Incremental, onde a maioria dos gestores tinha uma visão puramente curativa em relação à saúde (...) Era uma Odontologia extremamente curativa né, e a ação promocional-preventiva ficava num segundo plano (...) aquele modelo era exclusivista, implementava o privilégio de uma faixa etária específica (...) e quando a gente pega a análise de 2003, é que a gente vê a perspectiva do dentista incluindo a Saúde Bucal no PSF, e a gente percebe que há uma mudança na lógica do sistema, de tentar envolver, fazer a promoção de saúde, o estímulo ao autocuidado.

A verdade é que hoje nós temos uma demanda reprimida muito alta; nós temos ainda um número expressivo de profissionais da odontologia que ao olhar uma cavidade bucal, só olha uma lesão, um dente cariado ou alguma coisa relacionada à arcada dentária.

Eu queria que fosse traçada uma estratégia, montada uma estratégia de sugestões em relação à Atenção à Saúde Bucal, dentro daquilo que a própria formação profissional coloca, eu quero que saia do modelo, porque tudo que a gente quer é que saia do modelo curativo para entrar no modelo preventivo. Então assim, que esse modelo realmente seja invertido como preconiza o programa, mas com o foco no preventivo, obviamente sem descuidar do curativo, porque tem toda uma realidade na área curativa a ser enfrentada.

Essa prática hoje ainda precisa melhorar bastante, precisa melhorar muito em relação aos procedimentos coletivos, existe uma deficiência muito grande e tem que ser essa preocupação desde já, pra que não se volte a fazer o ambulatório médico que tá sendo dentro das equipes do PSF, que o dentista na realidade ele se preocupe, tenha uma preocupação maior em estar fazendo a questão da promoção e prevenção.

É de conhecimento de todos, no campo da saúde, que existe uma dívida de assistência odontológica, principal motivo, juntamente com o objetivo eleitoral, que motivou o então Ministro da Saúde José Serra a incluir a Saúde Bucal do PSF. Os dados da Pesquisa Suplementar Saúde, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-PNAD/IBGE, apontaram flagrante nível de exclusão no acesso aos serviços odontológicos em todo o país, estimando em 29,6 milhões de brasileiros que nunca consultaram dentista.

O Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003 demonstrou que o declínio da cárie dentária, na população infantil, está ocorrendo de forma desigual na população brasileira: as crianças do Norte e do Nordeste apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados; a perda dentária precoce é grave, sendo que o ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são profundamente elevados (Brasil, 2004a). Não seria racional que aleatoriamente fosse feita a mudança da atenção centrada no modelo curativo sem o conhecimento do quadro epidemiológico. Logicamente não é o desejável e, muito menos, o recomendável.

Parte-se do princípio de que deva existir a programação/planejamento em Saúde Bucal, na busca pela construção de um novo paradigma sustentável de programação que traduza os princípios do SUS em ações assistenciais concretas, evitando assim a repetição de erros como a redução aleatória da jornada curativa ou ao contrário, a involução total para atenção curativa baseada na forma de ambulatorios de livre demanda, operados mediante a simples distribuição de lotes diários de fichas de atendimento (Zanetti, 2001).

Portanto, faz-se necessária a revisão da clínica básica de Saúde Bucal para que seja adequada às demandas epidemiológicas fundamentadas no núcleo familiar, a implementação de um sistema eficaz de controle e avaliação dos serviços, a ampliação do trabalho com o coletivo por meio de ações promocionais e de prevenção, proporcionando a criação de condições favoráveis à manutenção da saúde bucal, como a fluoretação da água de abastecimento e dos dentifrícios, aliadas à manutenção de ações coletivas preventivas e educativas em escolas e outros espaços sociais.

A ênfase no promocional e a relevância do núcleo familiar como espaço de prática decorrem da compreensão como objetivo a ser alcançado e mantido não apenas pelo sistema e serviços de saúde, mas também pelo próprio cidadão, beneficiário do sistema, por tradição paternalista, muito comum entre os povos latinos. Os serviços de saúde cuidam das pessoas, por vezes furtando-se a estimulá-las a assumir o papel de agentes do processo de atenção. A educação para a saúde incorpora o usuário neste processo, otimizando a possibilidade de

sucesso na prevenção de agravos, promoção de bem-estar e recuperação da saúde (Trezza, 1994).

O modelo assistencial centrado na assistência médica individual deve ser substituído pelo modelo constituído sobre uma base epidemiológica e que garanta acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, equitativa e integralmente, em um sistema de complexidade crescente.

O atendimento integral, desta forma, deve ser visto como assistência integral em saúde e não como atendimento médico exclusivamente. O não entendimento desta situação pode ser um fator a mais para dificultar a composição de equipes multiprofissionais e a integralidade das ações de saúde, incluindo assistência psicológica, assistência em saúde bucal, nutricional, farmacêutica, etc (Barbosa, 1993:71).

Considerando que para a Saúde Bucal a realidade não é diferente, corrobora-se com Lima (2004:144):

São ainda incipientes e pontuais as mudanças do modelo de saúde realizadas por meio do dispositivo PSF, não se podendo afirmar que os paradigmas da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, que tem no PSF ferramenta estratégica para estruturação do seu modelo, estejam efetivamente acontecendo. A maioria das ações do PSF ainda estão voltadas para a cura das doenças. Os profissionais encontram-se aprisionados às cadeiras dos consultórios nas UBASF, ainda chamados de “posto”, pressionados e oprimidos pela excessiva demanda espontânea, permanentemente pressionados pela sobrecarga concreta e simbólica de trabalho, e com pouca visão da realidade que os cerca. Atribuem à essa população esta situação, pela falta de educação e vícios por consultas e remédios, não se dando conta de que eles próprios desenvolvem, no cotidiano de trabalho, o modelo vertical permanente, cuja única opção oferecida à população é procurá-los para queixar-se e consultar-se, nos consultórios.

3. Os dificultadores e as limitações da ESB no PSF

A proposta do PSF tem como base a atuação de equipe multiprofissional, embora o próprio MS passe a desconsiderar a existência da ESF quando da ausência de um dos profissionais de nível superior, médico ou enfermeiro, da chamada equipe mínima. A roupagem é nova, mas ainda traz na proposta, ainda que indiretamente, a centralização na figura do profissional médico, sobretudo devido ainda à volumosa necessidade de assistência, decorrente da dívida histórica acumulada. Não se faz saúde sem o médico, mas não se faz saúde apenas com médico. A descentralização

dessa figura profissional poderá ocorrer em momento posterior, quando a Atenção Básica tornar-se mais Atenção Primária, promocional, educacional, preventiva.

Ressalte-se que a qualificação e o cadastramento da ESB estão atrelados à existência da ESF, na área correspondente, ou seja, só pode haver ESB se existir PSF, mas o contrário não é exigência. Nem podia ser, uma vez que o próprio MS reconhece que a exigência do cirurgião-dentista como membro da equipe mínima de PSF podia retardar a implantação de novas ESF em todo o país. Os dirigentes entrevistados sabem disso:

O médico e o enfermeiro já conhecem mais a situação epidemiológica, já conhecem mais a situação de saúde, e são profissionais que a população ainda referencia muito mais do que o próprio dentista.

A gente considera também, o médico, como até analisando o ato médico, como ele é, como se fosse soberano; a equipe sem o médico ela não existe, mais ou menos assim, a filosofia, como se eles tivessem um grau de importância maior que os outros profissionais.

Por exemplo, o PSF, só se falava o nome do médico certo, e isso pra mim foi um fator limitante com relação à atuação da Odontologia dentro da Saúde Pública (...) só se pode qualificar uma equipe de saúde bucal, se realmente, formalmente, estiver a figura de um profissional médico.

Está sendo discutido agora, dentro do Congresso Nacional, o ato médico, e que no passado foi uma questão até de cultura, de que só quem entendia de Saúde Pública era o médico, só quem entendia de prescrever um remédio era o médico; esta coisa ainda de problema de cultura, e esse tabu, ainda existe dentro da Saúde Pública, certo; é preciso que realmente o profissional médico faça sua parte, a enfermeira faça sua parte e o cirurgião-dentista faça a sua; através de uma ação conjunta, a gente pode obter mais êxito.

A inserção da ESB no PSF traduz a intenção de buscar uma Odontologia voltada para os reais interesses e demandas da população/famílias adstritas, o que necessariamente passa pela formação de recursos humanos em Saúde Bucal.

As universidades, salvo algumas exceções, não proporcionam elementos teórico-metodológicos que permitam aos estudantes de Odontologia compreender a realidade social da profissão, deste modo os graduam de forma despreparada para enfrentar o exercício profissional, detentores que são do domínio de algumas técnicas, com pouca capacidade crítica. Além disso, prevalece o modelo uniprofissional, não vinculando a uma equipe de trabalho, numa formação extremamente individualista, elitista e corporativista.

A gente teria mais condição de desenvolver a Odontologia do serviço público, onde o profissional de Odontologia ele ainda vive muito entre quatro paredes; eu acho que é um perfil que a gente leva por muito tempo dentro da nossa formação.

Eu acho que as universidades precisam começar a trabalhar no currículo dos acadêmicos de Odontologia, precisa tirar isso da cabeça, de que dentista é pra trabalhar em consultório particular; dentista também pode trabalhar em saúde pública, e tem um campo vasto, uma área excelente de ação e que isso impacta, impacta na saúde da população, impacta na qualidade de vida do povo.

A questão de análise dos currículos nas universidades, na questão da Odontologia, é um currículo voltado mais pra pessoa né, de começar a trabalhar com enfoque epidemiológico não só bucal, mas da saúde do indivíduo como um todo (...) os dentistas acabam incorporando aquele modelo de hoje, que as universidades oferecem, um modelo extremamente voltado para as ações de especialidades, aquela visão toda, e esquecem a questão da visão integral de saúde.

Esse profissional dentista, ele tem que ser cada vez mais formado pra trabalhar em equipe; pra não chegar no município e se sentir diferenciado, porque ele atende sozinho numa sala, num consultório, mas ir com essa idéia de que tem mesmo que se juntar e que ele faz parte da equipe de saúde bucal do município.

A universidade às vezes é muito ausente dos problemas que a sociedade enfrenta.

Outro aspecto também é a própria capacitação dos profissionais pra saúde pública, embora o processo nos eduque, mas eu acho que os profissionais, eles não estão ainda preparados para trabalhar realmente na saúde coletiva.

Não há um entrosamento do dentista com o médico e a enfermeira da equipe, é meio dividida, e também a gente vê que a herança do dentista com aquela formação de tratamento, de extração; a prática educativa, de procedimentos coletivos deixa a desejar.

Tem que trabalhar mais o profissional de odontologia no sentido de trabalhar o coletivo; a própria formação da faculdade comete esse erro, então é corrigir esse erro de formação do profissional.

O dentista tem que mudar. Eu acho também que as universidades também têm que procurar outro caminho, porque eu, por exemplo, fui educado pra ser clínico, nunca tive uma visão de saúde pública.

Quando se reporta à vinculação do cirurgião-dentista à equipe, fala-se não somente da ESF em sua composição multiprofissional, mas, diante do novo modelo assistencial e do remodelamento dos serviços odontológicos, da ESB, uma vez que não há mais como negar a importância do THD e do ACD nesse processo.

Urge a necessidade de adequação dos currículos dos Cursos de Graduação em Odontologia e, paralela e simultaneamente, os cursos para formação de ACD e THD precisam ser priorizados e urgentemente ofertados. Espera-se que o MS veja a necessidade de formação e qualificação de ACD e THD, assim como tem saldado a dívida com a área da enfermagem.

O MS exige que o THD tenha inscrição no Conselho Regional de Odontologia-CRO, tornando-se imprescindível a apresentação do comprovante de curso reconhecido pelo Conselho de Educação. Em consequência, há um número bastante restrito de ESB cadastradas como modalidade II. Para que seja feito o cadastramento da modalidade I, o MS aceita uma declaração do cirurgião-dentista em lugar da inscrição do CRO. Vale ressaltar que para a inscrição de ACD no CRO não é exigido o comprovante do curso; pode ser somente a declaração do cirurgião-dentista. Também essa questão é enfrentada pelos entrevistados:

Nós saímos daquele nosso paradigma que o dentista fazia tudo e resolvia tudo e ele viu que não deu conta, arranjou novos parceiros, arranjou uma atendente, a questão do THD, que o THD dentro dos princípios é um profissional super importante dentro da equipe de saúde bucal, principalmente porque ele vai dar tempo para o dentista fazer o que é específico dele.

Um dos prejuízos maiores que a gente precisa resgatar através dos Pólos de Capacitação, é a questão da formação dos Técnicos em Higiene Dental. Esse resgate tem que se fazer em nome da estruturação do SUS (...) pra que essa política não sofra prejuízo com a falta de mão-de-obra qualificada pra poder atender a esse serviço.

Essa construção é lenta, quer dizer, o reconhecimento que a gente precisa priorizar os cursos de formação de THD, principalmente a gente vê a necessidade nos municípios que não temos esse profissional disponível para compor as equipes.

Já tem, embora pelos caminhos não muito corretos, quase toda equipe já tem dentista, ACD, ainda falta a gente ter um curso de formação de THD, que a gente não consegue também habilitar as equipes tipo II porque não tem esse profissional.

Aconteceu um fato interessante [com uma secretária municipal de saúde] quando eu falei para ela do THD, ela disse, Deus me livre, eu não quero o THD, porque estão desvirtuando o papel do THD.

Com relação ao THD (...) há uma busca na forma plena desses recursos humanos não só por Portaria, mas por uma necessidade de serviço; a gente tem observado já a necessidade e a busca desses profissionais em todas as CERES (...) essa visão é de demandas municipais.

Podíamos contar também com o trabalho muito bom dos THD; não existe THD no Ceará, o que existe é um número literalmente pequeno (...) o curso de THD, essa é uma necessidade identificada nos pólos de educação permanente; ACD, qual é a capacitação técnica dos ACD, existe algum curso pra formar ACD? Não tem para THD, não tem para ACD.

Os municípios querem abrir modalidade II, não só modalidade I, mas essa diferença é complicada pro município porque não tem profissional THD no mercado.

Vale ressaltar que o ACS, membro da equipe mínima do PSF, deve desenvolver ações de saúde bucal, as quais estão entre suas atribuições determinadas pelo MS. No entanto, as ações de saúde bucal têm sido relegadas a segundo plano pelas ACS e tidas como atribuições a mais, o que não deixa também

de ser consequência de a Saúde Bucal não ter sido incorporada no momento da implantação do PSF. Não se pode deixar de registrar é que o próprio cirurgião-dentista da equipe não tem orientado e explorado mais adequadamente o trabalho das ACS de sua equipe, o que é bem destacado por um dirigente:

A outra questão também é a própria desarticulação do ACS em relação à saúde bucal; em todo o processo de capacitação do ACS, em todo o material que foi elaborado, que foi discutido com o ACS, que faz um trabalho domiciliar, né? É um trabalho de mobilização social; o agente comunitário de saúde não foi educado ao longo do processo pra trabalhar a Saúde Bucal, né? Então o odontólogo, ele passa a não reconhecer a importância desse profissional, do agente, junto à família.

Quanto à remuneração, observa-se que os padrões salariais do cirurgião-dentista são defasados, desestimulando os profissionais à dedicação nos serviços públicos, fazendo com que sejam vistos como simples ofício, levando ao descrédito da população. Claro que isso não pode e não deve ser generalizado a todos os profissionais, indiscriminadamente. A ausência de vínculo empregatício tem sido também fator limitante da atuação do cirurgião-dentista no PSF, uma vez que o seu trabalho passa a não depender somente do profissional, mas muito mais da vontade do gestor.

Selecionar os profissionais ideais para a ESB e para o PSF não é tarefa fácil quando se sabe que o melhor, tanto para o gestor em termos administrativos quanto para os profissionais enquanto trabalhadores da saúde, é a realização de concurso público, alternativa defendida pelos entrevistados:

Agora um retrocesso é que no período eleitoral os dentistas se voltam muito para fazer exodontia, pra atender à demanda política, e isso é um retrocesso na Saúde Bucal, o dentista se presta a fazer esse papel para não perder o emprego.

Em muitos lugares esses profissionais não têm perfil; ele está na equipe mas não tem perfil, então seria interessante realmente a contratação por concurso, porque deveria ser analisado o perfil do profissional, se ele tem ou não tem compromisso.

Ver a questão do vínculo empregatício do profissional, do dentista (...) ainda existe muita rotatividade, não só do dentista, mas de outras categorias também.

Há uma grande implementação dentro da Regional em cima da Saúde Bucal; o que resta a saber da Saúde Bucal, o que me deixa assim, é a estória da carga-horária, porque você sabe que no interior a gente ainda tem muitos municípios que não tem aquele cumprimento total.

Isso complica muito a Assistência da Saúde Bucal à população e não são só os procedimentos coletivos. Não tá fazendo tratamento e também a gente observa que não é valorizado pelos secretários de saúde o cumprimento da carga horária dos dentistas; os dentistas não dão quarenta horas, dão duas horas da manhã; duas à tarde, às vezes só pela manhã.

E o profissional também se conscientizar dessa abertura que houve, e ele corresponder pra ir ganhando mais credibilidade, e eu acho que é trabalhando bem, fazendo o bem que a gente vai se firmar como profissional e como pessoa humana. Eu acho que houve um avanço na odontologia, e agora eles devem lutar por um melhor salário pra eles.

Uma outra coisa que a gente verifica é a desvalorização salarial do profissional odontólogo né, ele é um profissional de nível superior como o médico e a enfermeira, e a gente vê a super valorização do médico, até salarial, deixando o odontólogo insatisfeito, e isso tem que mudar, tem que igualar ou pelo menos aproximar-se mais, e seria uma maneira até de fixar o profissional no município.

Eu percebo como ponto forte e urgente a equiparação salarial da equipe, onde há um desnível muito grande e que hoje não se concebe essa disparidade. Os salários realmente são díspares (...) e quando a gente fala de trabalho em equipe, de integralidade da atenção, soa falso se a gente não tratar toda essa questão.

A ausência do Coordenador de Saúde Bucal nos municípios e nas CERES foi colocada pelos entrevistados como fator dificultador para a implementação da Política de Saúde Bucal no Ceará:

A gente verifica que precisa ter uma Coordenação de Saúde Bucal que se arme de argumentos e realmente desarme o gestor de qualquer alegativa de impossibilidade financeira [e operacional].

A gente tem que ter em cada município um responsável por essa área; é uma área muito específica (...) então eu acho que nem o médico, nem o enfermeiro, nem o administrador, eles não entendem muito as questões da Odontologia. Então, quando fica a critério do médico, ou do enfermeiro ou de outra pessoa que não um profissional dentista, a gente vê que as informações não são corretas, a gente vê que não acontecem as coisas. Então eu acho que tinha que ter um Coordenador [de Saúde Bucal] em cada município.

Uma das dificuldades nossas com relação ao acompanhamento das ações de Odontologia, é a necessidade de que as microrregionais sejam contempladas com recursos humanos na formação de odontólogo, pra que a gente tenha uma coordenação e acompanhamento dessas ações básicas que são as principais que têm que ser consolidadas dentro do município.

Nós temos uma dificuldade que é de um profissional dentista na equipe da CERES. A gente tem que reconhecer essa limitação porque, na perspectiva da inclusão [da ESB no PSF], tudo bem, mas na perspectiva do trato de algumas questões específicas, nós temos essa deficiência.

Infelizmente a gente não tem como conhecer, de um por um, os 184 municípios. Portanto, é imprescindível um supervisor ou um coordenador específico da área de Saúde Bucal nas regionais, para que pudesse nos dar uma ajuda, um subsídio.

Pra conseguir conscientização nos 184 municípios, mudar realmente a conduta deles, faz-se necessário um Coordenador [de Saúde Bucal] em cada regional.

As regionais também tinham que ter uma pessoa, que fosse um coordenador, que fosse um gerente, mas uma pessoa responsável por essa organização [da Atenção à Saúde Bucal] nos municípios de cada regional.

Finalmente constata-se que, “em linhas gerais, portanto, a incorporação da estratégia/programa de saúde da família ao modelo assistencial brasileiro parece ser um caminho sem volta (...) não há como ignorar esse processo que, certamente, definirá os rumos da política de assistência à saúde no Brasil nos próximos anos” (Roncalli, 2003:47).

A incorporação da Saúde Bucal ao novo modelo significa sua inserção em equipe multiprofissional, introduzindo a mudança, afrontando valores, lugares e poderes construídos e consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam. Surge uma nova maneira de fazer as ações cotidianas, de reorientação do processo de trabalho, mas não se pode perder de vista que a defesa da promoção da saúde não pode ser desvinculada da garantia do acesso universal à assistência odontológica.

O grande desafio consiste em os profissionais da saúde bucal passarem a ter entendimento mais amplo de compromisso comunitário, de trabalho em equipe multidisciplinar e com ações interdisciplinares, do trabalho no PSF, em promoção da saúde e, principalmente, em rede de serviços para assistência de acordo com os princípios do SUS. Desta forma, poder-se-á alcançar a expansão da cobertura com resolutividade, desenvolvendo ações equânimes com possibilidades universalizantes, que conjuntamente mobilizem estratégias preventivo-promocionais também no espaço clínico, associando-as às ações recortadas em programas isolados.

Há que se reforçar o entendimento que o modelo de atenção deve atingir o núcleo familiar, com a consciência de que estender a atenção às famílias é um processo que deve ser acompanhado da reestruturação dos sistemas e serviços de saúde, para que sejam a retaguarda curativa das ações preventivo-promocionais domiciliares.

Para que a prática odontológica possa inserir-se ao SUS e à estratégia do PSF, faz-se necessário que incorpore à sua rotina as ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção coletivas, bem como as ações reabilitadoras do dano bio-social. As práticas de saúde bucal precisam ser transformadas e

desvinculadas do modelo assistencial paternalista, viciado, para o modelo de atenção à saúde, incorporando outras categorias da saúde, assumindo o trabalho intersetorial pela qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Considerações gerais

A pesquisa desenvolvida para elaboração desta dissertação enfrentou algumas dificuldades que merecem ser relatadas.

A primeira surgiu em decorrência do período histórico escolhido e dos sujeitos identificados na fase exploratória, conforme já apresentado no Tratamento Metodológico. Refere-se especialmente aos orientadores das CERES, uma vez que o processo de microrregionalização da saúde, no Ceará, foi deflagrado em 1999, tendo como projeto piloto a microrregião de Baturité, a qual estava entre as cinco microrregiões, efetivamente implantadas no ano 2000. As demais, em número de dezesseis, foram sendo implantadas a partir de 2001. Logo, na maioria das CERES, a implantação coincidiu com a da Saúde Bucal no PSF, fazendo com que a fala desses sujeitos refletisse o resgate do período 2001 a 2003. Tal dificuldade igualmente foi identificada quando do discurso de alguns dos Coordenadores de Saúde Bucal, ou dos que respondessem por esta coordenação na CERES.

Há ainda que se considerar a dificuldade de estabelecer contato com alguns e a impossibilidade de realização da entrevista com outros atores sociais apontados no Tratamento Metodológico, por terem sido substituídos nos cargos, por priorizarem suas atividades em detrimento da contribuição científica a ser dada ou por completo desinteresse em discorrer sobre o tema da pesquisa.

Considerando que a autora é também sujeito do processo de implementação da Política de Saúde Bucal, no Ceará, como formuladora de política de um município cearense e colaboradora da gestão estadual de Saúde Bucal, o fato de os sujeitos da pesquisa ainda considerarem que o Ceará não possui uma

Política de Saúde Bucal realmente definida e priorizada enquanto parte indissociável da APS, não se revelou novidade.

Vale ressaltar que os atores sociais participantes da pesquisa destacaram, basicamente, duas iniciativas políticas do governo estadual: o Projeto Dentista da Família, na Atenção Primária, e a expansão da atenção secundária em Saúde Bucal por meio do projeto de implantação dos CEO nas microrregiões de saúde. Considerando o período de uma década, as iniciativas parecem poucas. Provavelmente não houve avanço maior, pelo passar dos anos e das sucessivas gestões governamentais, nas quais se repete a indefinição de parâmetros de recursos financeiros suficientes, devido à marginalização do setor pela respectiva coordenação, agravada pelo reflexo desses fatos, nas CERES, além da ausência de profissional, seja em absoluta, falta real de pessoal, seja em relativa, falta de pessoal qualificado na perspectiva da construção do SUS e não de iniciativas espontâneas, especializadas ou corporativas, para coordenar a Saúde Bucal nas instâncias municipal e microrregional.

As observações do diário de campo permitiram interpretar comportamentos e atitudes de determinados sujeitos, facilitando a compreensão do discurso e suas nuances, permitindo a apreensão do não dito. Em estudos qualitativos, propositivos, o diário de campo constitui-se em ferramenta fundamental, a par da competente análise dos discursos dos informantes privilegiados.

2. Conclusões

As concepções sobre a implementação da Política de Saúde Bucal na Atenção Primária do Ceará traduzem a lentidão e a marginalidade com que tem sido conduzida e operacionalizada. Verifica-se a posição de vanguarda na implantação de algumas ações pontuais, mas não são reconhecidos os impactos, inclusive pela própria natureza pontual e esporádica, e a história dominante que é de dependência em relação às recomendações da política nacional, principalmente no que concerne ao financiamento.

O modelo assistencial da Atenção à Saúde Bucal não tem refletido o que prega o PSF, ou seja, constitui-se em um apanhado dos modelos anteriores - flexneriano, sespiano, simplificado, integral -, sem alcançar a intenção de fazer Saúde Bucal Coletiva, verticalmente integrada, nos níveis de atenção, e horizontalmente integrada, transversal, com as demais políticas de saúde. Na prática tem se traduzido em um modelo centrado no curativo, tradicional e mutilador, ofertado a parcelas específicas da população, os então denominados grupos prioritários, com o agravante de não terem sido identificados como grupos de risco, ou seja, sem qualquer justificativa epidemiológica, e de excluir o restante da população, à qual fica reservada uma assistência restrita às urgências e emergências odontológicas.

A Atenção à Saúde Bucal não tem sido incorporada à rotina do PSF, fato demonstrado pela falta de integração entre ESB e PSF, desde o reconhecimento da área adstrita e das respectivas famílias, construção do perfil epidemiológico e identificação dos riscos eminentes, elaboração de estratégias para garantia da promoção e manutenção da saúde, de prestação e oferta de serviços para reabilitação e cura dos agravos, bem como de educação para a saúde. O que se observa é a redução da atenção global à saúde bucal, a uma Odontologia estática, isolada e individualizada.

A ausência de planejamento e de programação em Saúde Bucal faz com que a Odontologia esteja no PSF de forma desorganizada, muitas vezes fazendo o tradicional ambulatório de livre demanda, tendendo a gerar um crescimento não-sustentável. Considerando que ainda não existem instruções normativas quanto à organização da assistência, a oferta dos serviços ainda se baseia na distribuição de fichas, o que comprovadamente apresenta limitação de cobertura e, conseqüentemente, baixa resolubilidade.

A ampliação da cobertura populacional pelas ESB tem sido favorecida pelo incentivo financeiro por parte dos governos federal e estadual, mas, na ausência de orientação para uma nova organização dos sistemas e serviços em Saúde Bucal, adequada à proposta do PSF, esta ampliação tem feito surgir o pessimismo que leva a proposta ao descrédito e à desvalorização.

É evidente que somente a garantia de incentivo financeiro, sem que haja efetivação de uma política de formação/capacitação de recursos humanos em saúde bucal, reordenamento da atenção seguindo os princípios do SUS e do PSF, incluindo melhoria da política salarial, não são suficiente para provocar a mudança do modelo assistencial em saúde bucal.

3. Recomendações

Acredita-se que para a construção e a efetivação de nova Política de Saúde Bucal na APS, organicamente vinculada à estratégia do PSF, faz-se necessária a transformação dos cirurgiões-dentistas em agentes de mudança de uma prática de vanguarda, a avaliação crítica do próprio PSF como modelo assistencial que completa dez anos de implantação e, conseqüentemente, a reorientação do modelo assistencial em Saúde Bucal.

As recomendações são direcionadas aos Governos, como formuladores de políticas; aos gestores municipais; às entidades de classe; às universidades e aos profissionais da equipe de saúde bucal.

Os resultados permitem recomendar a avaliação do PSF e da atuação da ESB como estratégia de mudança do modelo assistencial, a fim de que sejam identificados e corrigidos os equívocos, permitindo a obtenção de subsídios para elaboração de novas instruções normativas e de novo paradigma de planejamento e programação da APS, desta vez, efetivamente incorporando a saúde bucal como parte do indivíduo.

Outras recomendações tornaram-se possíveis, como a de definir claramente os recursos financeiros, humanos e materiais necessários, bem como da fonte de financiamento, no sentido de garantir o pleno funcionamento da atenção à saúde em todos os níveis de hierarquização, conforme modalidade de gestão estadual e municipal. Evidencia-se a inadequação, no nível estadual, da vinculação do Núcleo de Saúde Bucal à Coordenadoria de Políticas de Saúde-COPOS e não à Coordenadoria de Assistência à Saúde-CODAS, para integrá-la ao Núcleo de Atenção Primária, como parece mais lógico. Hoje, o atestado das duas equipes, de

saúde da família e de saúde bucal, é realizado por instâncias diversas e estanques da SESA/Ce.

Também é necessário recomendar o envolvimento das entidades de classe no processo de elaboração e definição das políticas estaduais de saúde, incluindo a Saúde Bucal, buscando a participação e a colaboração dos profissionais; recomendar às instituições formadoras, as mudanças curriculares a fim de que possibilitem maior fundamentação teórica-prática para as atividades no campo da saúde pública, além da oferta de cursos de atualização/aperfeiçoamento em Saúde Bucal, como espaço para discussão de novos modelos de assistência à saúde baseados nos princípios do SUS; e, por último, recomendar aos profissionais da ESB que se incorporem à perspectiva de trabalho em equipe, que incorporem a vigilância epidemiológica à sua prática e trabalhem no âmbito da vigilância à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, D.S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 1998. 153 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- ANDRADE, Francisca Maria. **O programa saúde da família no Ceará**. Fortaleza: Expressão Gráfica Ltda, 1998.
- ANDRADE, Luiz O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo – Sobral – Hucitec – Edições UVA, 2001.
- _____. Apresentação. In: BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **Conferências municipais de saúde passo a passo**. Brasília, 2003.
- BARBOSA, Swedenbeger. Cidadania, saúde bucal e o SUS. **Divulgação saúde em debate**. vol. 39. p. 70-71.1993.
- BARROSO, Sara M. C. **Epidemiologia e planejamento em saúde: caso da reforma da Prefeitura Municipal de Fortaleza**. Fortaleza, 1998. 86 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará).
- BLEICHER, Lana. **Fluoretação das águas de abastecimento público no Ceará**. Fortaleza, 2000. 109 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- BOTAZZO, Carlos. Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. In: PEREIRA, Antonio C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BRANDÃO, Helena H. N. **Introdução à análise do discurso**. 5 ed. Campinas: Ed. da Unicamp, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Política nacional de saúde bucal: princípios, objetivos, prioridades**. Brasília, 1989.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília, 1994.

- _____. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Estabelece a norma operacional básica do sistema único de saúde NOB/SUS 01/96. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996. Seção 1.
- _____. Ministério da saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica de saúde**. Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde**. Brasília, 2001a.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de interiorização do trabalho em saúde**. Brasília, 2001b.
- _____. Ministério da Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM de 27 de fevereiro de 2003**. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/GM de 3 de junho de 2003**. Brasília, 2003.
- _____. PNUD, IPEA & FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do desenvolvimento humano**. Brasília, 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. **Programa de extensão de cobertura do saúde da família**. Brasília, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais**. Brasília, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. **Brasil sorridente: a saúde bucal levada a sério**. Brasília, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. **Pacto de indicadores de atenção básica – 2004**. Brasília, 2004c.
- _____. Ministério da Saúde. **Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal, em atuação – competência setembro de 2004**. Brasília, 2004d.

- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1432/GM de 14 de julho de 2004.** Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1433/GM de 14 de julho de 2004.** Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1434/GM de 14 de julho de 2004.** Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2023/GM de 23 de setembro de 2004.** Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2024/GM de 23 de setembro de 2004.** Brasília, 2004.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde. Coordenação Interinstitucional de Odontologia. **Portaria nº 227 de julho de 1989, convalida e regulamenta o funcionamento da coordenação interinstitucional de Odontologia do estado do Ceará, na forma que indica e dá outras providências.** Fortaleza, 1989, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **Plano de saúde-1991-95: “Geração Ceará Melhor”.** Fortaleza: SESA-CE, 1991, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. Conferência estadual de saúde do Ceará, 1ª, Fortaleza, 1992. **Relatório final**, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **Saúde da família: um novo modelo de atenção à saúde.** Fortaleza, 1995, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **A saúde no Ceará: 1995-1998.** Fortaleza, 1999, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **A saúde no Ceará.** Fortaleza, 2001.
- _____. Secretaria da Saúde. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde: uma estratégia de reorganização do SUS-Ceará.** Fortaleza, 2002a.
- _____. Secretaria da Saúde. **O modo de fazer saúde no estado do Ceará.** Fortaleza, 2002b.
- _____. Secretaria de Planejamento e Coordenação. **Ceará cidadania: crescimento com inclusão social. Plano de Governo 2003-2006.** Fortaleza, 2003a, mimeo.
- _____. Gabinete do Governador. **Plano plurianual 2004-2007.** Fortaleza, 2003b, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **Projeto dentista da família: saúde bucal no programa de saúde da família – novo referencial.** Fortaleza, 2003c, mimeo.

- _____. Secretaria da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal no estado do Ceará-SBCeará. **Relatório de consultoria para delineamento do plano amostral**. Fortaleza, 2003d, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **Relatório de gestão 2003**. Fortaleza, 2004a, mimeo.
- _____. Secretaria Extraordinária de Inclusão e Mobilização Social. Secretaria de Planejamento e Coordenação. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Inclusão social – Ceará: SIM – é impossível ser feliz sozinho**. Fortaleza, 2004b.
- _____. Secretaria da Saúde. **Projeto dentista da família: saúde bucal no programa de saúde da família – novo referencial**. Fortaleza, 2004c, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **Quadro demonstrativo da implantação do PSF no Ceará no período de 1994 a 2003**. Fortaleza, 2004d, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. 2ª Conferência Estadual de Saúde Bucal. **Relatório final**. Fortaleza, 2004e, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. **Indicadores do pacto da atenção básica – Ceará 2003**. Fortaleza, 2004f, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. Situação da qualificação e cadastramento das equipes de saúde bucal no programa de saúde da família. Fortaleza, 2005a, mimeo.
- _____. Secretaria da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal-SBCeará. **Resultados principais**, Fortaleza, 2005b, mimeo.
- _____. Conselho Regional de Odontologia do Ceará. **Ofício** nº 39/2005. Fortaleza, 2005c.
- CECÍLIO, Luiz C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicado ao setor governamental. In: **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- COELHO, Vera M.C. **Política e gastos em saúde: o caso do Ceará no período de 1987 a 1994**. Fortaleza, 1997. 129 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- CORDEIRO, Cleonice M. **Avaliação do sistema municipal de atenção à saúde bucal em Maracanaú-CE**. Fortaleza, 2001. 106 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

- CORDEIRO, Celeste. **Inclusão social**: a coragem de dizer sim [online]. Abri 2004. [cited 17.12.2004]. <http://www.sim.ce.gov.br/> Art _ 04 – InclusãoSocial.htm.
- CORDON PORTILLO, Jorge Alberto. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, 13(3): 557-563, jul-set, 1997.
- DIAS, Aldo A. **Políticas de saúde para o câncer de boca no Ceará**. Fortaleza, 2001. 106 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- DOMÍCIO, Aline M. B. **Espaços de representações da saúde mental na atenção primária**: para além do cotidiano das equipes de saúde da família. Fortaleza, 2003. 244 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- FIGUEIREDO, Ana E. B. **A doença mental e as religiões pentecostais**: um estudo interpretativo sobre as relações entre a atitude religiosa e a reabilitação psicossocial no Brasil. Rio de Janeiro, 2000. 199 p. Tese (Doutorado em Psiquiatria , Psicanálise e Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- FONSECA, Maria Imaculada F. **Programa de saúde da família de Beberibe-CE**. Fortaleza, 1997. 153 p. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará.
- FONSECA-NETO, Manoel D. da. **Desafios para a saúde pública no Ceará**: um olhar sobre as internações hospitalares em 1997. Fortaleza: Tipogresso, 1999.
- GARRAFA, Volnei. Saúde bucal e cidadania. **Divulgação saúde em debate**. Vol.41. p. 50-57. 1993.
- IPECE. **Evolução dos indicadores sociais do Ceará**: 1992-2002. Fortaleza, 2004.
- LAKATOS, Eva M & MARCONI, Marina A. **Metodologia do trabalho científico**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- LIMA, Sebastiana Shirley O. **A trajetória da saúde**: concepção do programa de saúde da família, práticas da equipe e a saúde familiar. Fortaleza, 2004. 150 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

- MARTINS-Fo, Moacir T. **Políticas públicas de saúde bucal no estado do Ceará: 1964 a 1998.** Fortaleza, 2001. 106 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- MENDES, Eugênio V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 4 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1999a.
- _____. **Uma agenda para a saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999b.
- _____. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MINAYO, Maria C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1996a.
- _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 4 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1996b.
- MUELLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em debate.** Londrina, n. 31, p. 54-66, mar.1991.
- NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do milênio.** Cimeira do Milênio, Nova Iorque, 200.
- NARVAI, Paulo C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- OLIVEIRA, Dilma L. **Educação em saúde no programa de saúde da família: uma tecnologia institucionalizada?** Fortaleza, 2000. 106 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde.** Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, p. 6-12, setembro, 1979.
- ORLANDI, Eni P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso.** 4 ed. Campinas: Pontes, 1996.
- _____. **Análise de discurso: princípios e procedimentos.** Campinas: Pontes, 1999.
- PAIM, Jairnilson S. Ações integradas de saúde: por que não dois passos atrás. **Caderno de saúde pública.** Rio de Janeiro, 2 (2), p. 167-183, abr – jun. 1986.
- _____. **Saúde, política e reforma sanitária.** Salvador: CEPS – ISC, 2002.
- PÊCHEUX, Michel. **O discurso: estrutura ou acontecimento.** 2 ed. São Paulo: Pontes, 1997.
- QUEIROZ-CAMPOS, Juarez. **Política e sistemas de saúde.** São Paulo: Jotacê, 1993.

- RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RIGOTTO, Raquel Maria. Trabalho industrial, meio ambiente e saúde: discutindo aspectos da sustentabilidade do processo de desenvolvimento do Ceará. In: RIGOTTO, Raquel Maria. **As tramas da (in)sustentabilidade: trabalho, meio ambiente e saúde no Ceará**. Fortaleza: Inesp, 2001.
- RONCALLI, Ângelo G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- SÁ-Fa, Zenaide de S. **Programa de saúde da família: como ele é idealizado e como de fato funciona**. Fortaleza, 2001. 113 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- SAMPAIO, José J.C. **Hospital psiquiátrico no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública. Vol. 1, 1994.
- _____. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- SAMPAIO, José J.C.; SANTOS, Afonso N.; SILVA, Aderlaine O. Periodização histórica do Ceará: instrumento de apoio à análise das políticas de saúde. **Revista de Humanidades e Ciências Sociais da UECE**. Fortaleza: UECE, 2001.
- SAMPAIO, José J.C. **Relatório final da regional nordeste I do PNHAH**, 2003.
- SILVA, Maria R.F. **Subjetividade e a arte de viver o programa de saúde da família: o pensar e o agir dos médicos e enfermeiros a partir de sua prática**. Fortaleza, 2001. 86 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- SILVA, Jurandi F. PSF indutor de inclusão social. In: CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará. **10 anos do programa de saúde da família no Ceará: 1994-2004**. Fortaleza, 2004.
- SOUZA, Djalmo S. A saúde bucal no Sistema único de Saúde. **Divulgação saúde em debate**. vol.6. p. 4-9. 1991.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

- TREZZA, E. Atenção de primeira linha no final do século XX, o desafio da resolutividade. **Divulgação saúde em debate**. nº 9. p. 15-18. agosto, 1994.
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- VASCONCELOS, Eymar M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, n. 53, p. 6-19, set - dez, 1999.
- _____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2 ed. São Paulo – Sobral: Hucitec – Edições UVA, 2001.
- VIANA, A. L. D. **Diário da pós-modernidade**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil**: informe final. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- ZANETTI, Carlo H.G. Saúde bucal: um desafio à democratização do setor. **Divulgação saúde em debate**. vol. 45. p. 17-22. 1994.
- ZANETTI, Carlo H. G. et alii. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulgação saúde em debate**. vol.13. p.18-35. 1996.
- ZANETTI, Carlo H.G. **Opinião**: a inclusão da saúde bucal no PACS/PSF e as novas possibilidades de doenças no SUS [online]. Mar. 2001. [cited 16.01.2002]. <http://saudebucalcoletiva.unb.br/ZANETTI.HTM>.

ANEXOS

ANEXO I: Roteiro de Entrevista Não Estruturada

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CURSO DE MESTRADO ACADEMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

PROJETO DE PESQUISA – A Política de Saúde Bucal na Atenção Primária do Estado do Ceará: 1994 – 2003

Autora: Lucianna Leite Pequeno

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Nome do entrevistado**
- 2) Cargo que ocupou**
- 3) Período que ocupou o cargo**
- 4) Governador do Estado do Ceará à época**
- 5) Secretario de Saúde do Estado do Ceará à época**
- 6) Indagação inicial: Na sua opinião, como vem se dando a implementação da Saúde Bucal na Atenção Primária do Ceará?**
- 7) Roteiro temático**
 - 7.1 – saúde Bucal e PSF**
 - 7.2 – cobertura populacional, prática, limites, avanços e perspectivas.**

ANEXO II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96, IV – V

Através do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – UECE – estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO ESTADO DO CEARÁ: 1994-2003**. Com a mesma, pretendo analisar, criticamente, a implementação da Política de Saúde Bucal na Atenção Primária do Ceará, em articulação com a estratégia do PSF, no período de 1994 a 2003. Assim, gostaria de contar com sua participação, respondendo a uma entrevista aberta, de uma única pergunta sobre o tema referido, que poderá ser realizada na Secretaria Estadual da Saúde do Ceará-SESA, na Célula Regional de Saúde-CERES ou em seu domicílio. Informo ainda, que a pesquisa não trará risco a sua saúde e que no momento da aplicação do questionário serão resguardadas todas as condições de confidencialidade e que você tem plena liberdade para aceitar ou não em participar da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Você pode e deve fazer as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar da pesquisa. Além disso, garanto que os resultados da pesquisa serão publicados sem revelar a sua identidade. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa. Espera-se que esta pesquisa traga benefícios à população, tendo em vista que a partir dos resultados, poder-se-ão elaborar proposições para implementação da política de saúde bucal na atenção primária do Ceará, para melhor efetivação dessas políticas. Caso necessite de outros esclarecimentos, você poderá ligar para a coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE – telefone 299 2726 – ou para a própria pesquisadora – telefone (85) 258-5307/9994-2905.

1) Dados da pesquisadora: Lucianna Leite Pequeno

CPF: 426.157.553-15

RG: 1536153/88-SSP-CE

Rua Henriqueta Galeno, 960/1102 – Dionísio Torres – Fortaleza - CE

CEP: 60.135-420

2) Dados do sujeito da pesquisa:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Consentimento Pós- esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO III
TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA

Termo de Compromisso do pesquisador responsável em cumprir os termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, Lucianna Leite Pequeno, pesquisadora responsável por este projeto, tenho o compromisso de cumprir os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Fortaleza, ___/___/___

Lucianna Leite Pequeno

ANEXO IV

AGrupamento dos Municípios por Célula Regional de Saúde

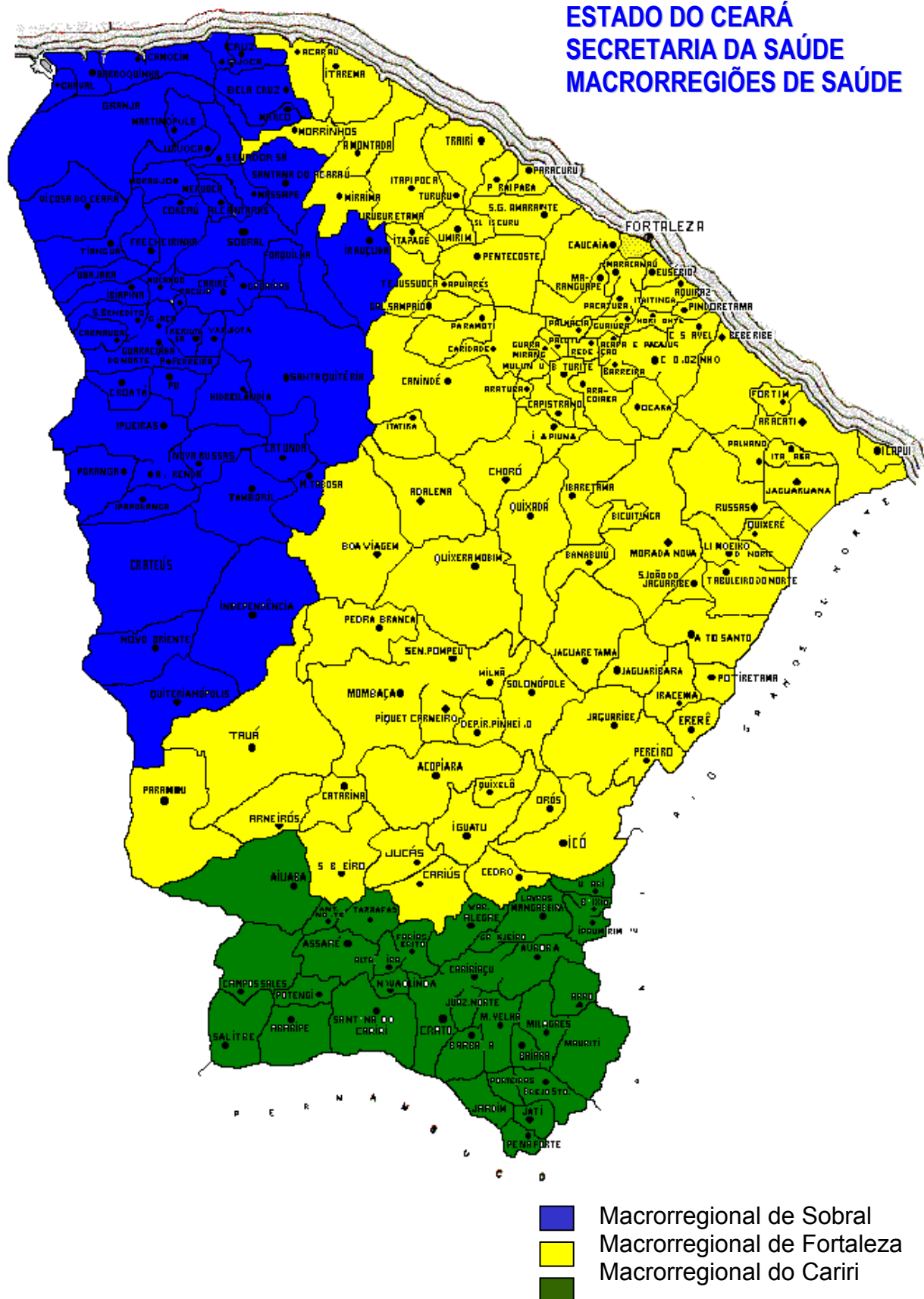
ESTADO DO CEARÁ

1 - FORTALEZA MUNICÍPIO Aquiraz Chorozinho Cascavel Euzébio Fortaleza Horizonte Itaitinga Ocara Pacajus Pindoretama Orientadora: Sebastiana Shirley de Oliveira	2 - CAUCAIA MUNICÍPIO Apuiarés Caucaia General Sampaio Itapagé Pentecoste Paracuru Paraipaba São Gonçalo Amarante São Luiz do Curu Tejuçuoca Umirim Orientadora: Luiza de Marillac B. Rocha	3 - MARACANAÚ MUNICÍPIO Acarape Barreira Guaiuba Maracanau Maranguape Pacatuba Palmácia Redenção Orientadora: Zita Maria da Rocha	4 - BATURITÉ MUNICÍPIO Aracoiaba Aratuba Baturite Capistrano Guaramiranga Itapituna Mulungu Pacoti Orientadora: Maria de Fátima Ferreira	5 - CANINDÉ MUNICÍPIO Boa Viagem Canindé Caridade Itatira Madalena Paramoti Orientadora: Rosélia Ma. Soares Mesquita	6 - ITAPIPOCA MUNICÍPIO Amontada Itapipoca Miraima Tururu Trairi Uruburetama Orientador: José Teixeira Alves	7 - ARACATI MUNICÍPIO Aracati Beberibe Fortim Icapuí Itaíçaba Orientador: João Batista Oliveira Maia	8 - QUIXADA MUNICÍPIO Banabuiu Choró Ibaretama Milhã Pedra Branca Solonópole Senador Pompeu Quixadá Quixeramobim Orientadora: Benedita de Oliveira
9 - RUSSAS MUNICÍPIO Ibicuitinga Jaguaratama Jaguaruana Morada Nova Palhano Russas Orientador: Israel Guimarães Peixoto	10 – LIMOEIRO DO NORTE MUNICÍPIO Alto Santo Ererê Iracema Limoeiro do Norte Jaguaribara Jaguaribe Potiretama Pereiro São João do Jaguaribe Tabuleiro do Norte Quixerê Orientador: Helmo Nogueira de Souza	11 - SOBRAL MUNICÍPIO Alcântaras Carire Catunda Coreau Forquilha Frecheirinha Graça Groairas Hidrolândia Irauçuba Ipu Massapé Meruoca Moraújo Mucambo Pacujá Pires Ferreira Reriutaba Santana Acarau Santa Quitéria Senador Sá Sobral Uruoca Varjota Orientadora: Maria Lucila M. Rodrigues	12 - ACARAU MUNICÍPIO Jijoca de Jericoacoara Acarau Bela Cruz Cruz Itarema Marco Morrinhos Orientadora:	13 - TIANGUÁ MUNICÍPIO Croatá Carnaubal Guaraciaba Norte Ibiapina São Benedito Tianguá Ubajara Viçosa do Ceará Orientadora: Maria da Conceição Furtado	14 - TAUÁ MUNICÍPIO Aiuaba Arneiroz Parambu Tauá Orientadora: Mª Zenilda L. F. dos Santos	15 - CRATEÚS MUNICÍPIO Ararenda Crateús Ipaporanga Independência Ipueiras Monsenhor Tabosa Nova Russas Novo Oriente Poranga Tamboril Quiterianópoles Orientadora:	
16 - CAMOCIM MUNICÍPIO Barroquinha Camocim Chaval Granja Martinópolis Orientador: Fco. Márcio Pereira	17 - ICÓ MUNICÍPIO Baixio Cedro Ícó Ipaurim Lavras da Mangabeira Orós Umari Orientadora: Lúcia de Fátima B. de Alencar	18 - IGUATU MUNICÍPIO Acopiara Cariús Catarina Iguatu Deputado Irapuan Pinheiro Jucás Mombaça Piquet Carneiro Saboeiro Quixelô Orientadora: Lúcia Nascimento	19 - BREJO SANTO MUNICÍPIO Abaíara Aurora Barro Brejo Santo Jati Mauriti Milagres Penaforte Porteiras Orientadora: Sayonara M. de O. Cidade	20 - CRATO MUNICÍPIO Assaré Altaneira Araípe Antonina do Norte Campos Sales Crato Farias Brito Nova Olinda Potengi Santana do Cariri Salitre Tarrafas Várzea Alegre Orientador: José Leiva Cabral	21 – JUAZEIRO NORTE MUNICÍPIO Barbalha Caririaçu Granjeiro Jardim Juazeiro do Norte Missão Velha Orientadora: Estela Auxiliadora Almeida		

ANEXO V

MAPA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ

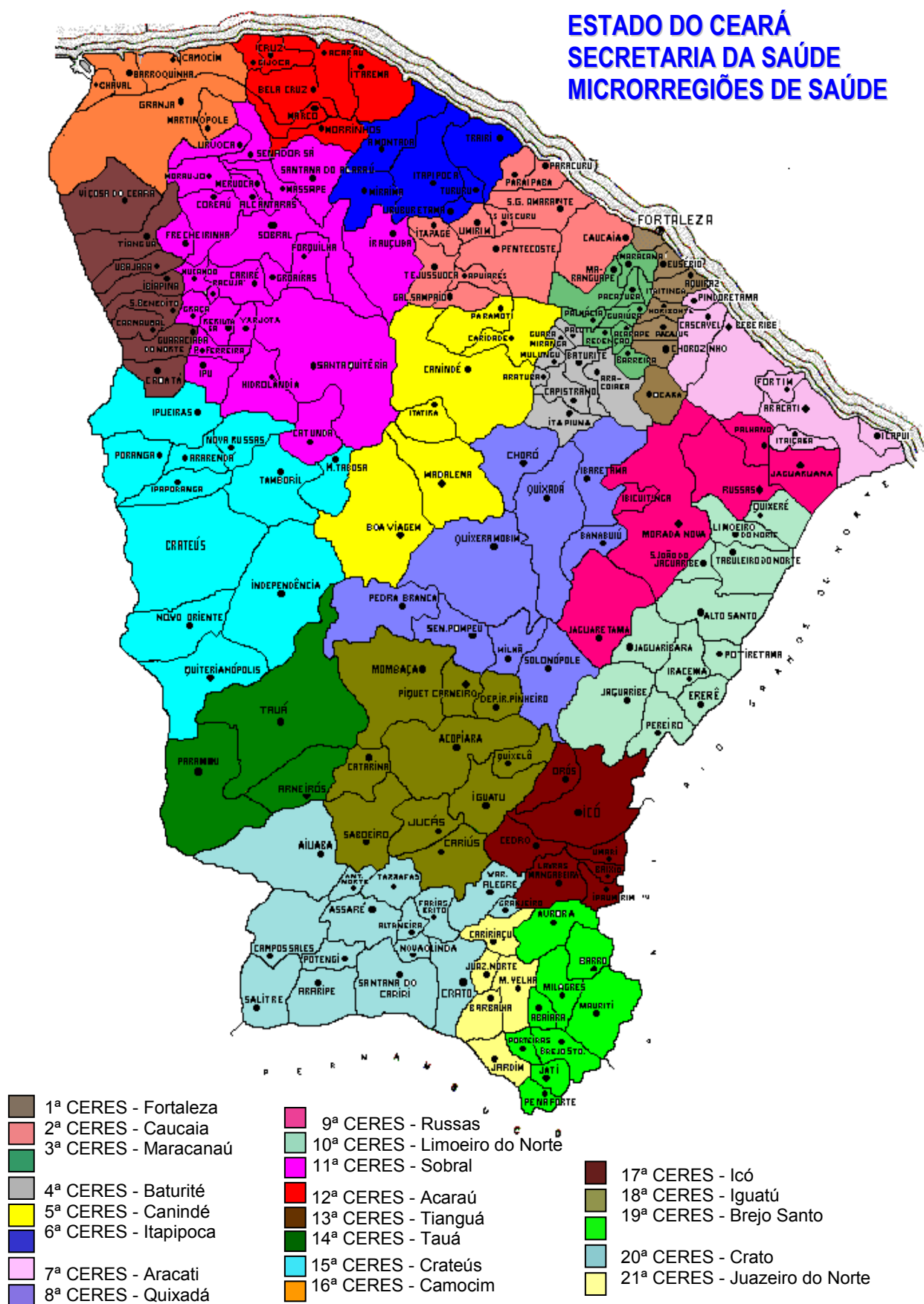
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE
MACRORREGIÕES DE SAÚDE



ANEXO VI

MAPA DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE
MICRORREGIÕES DE SAÚDE



ANEXO VII

TERMO DE COMPROMISSO DO PROJETO DENTISTA DA FAMÍLIA

Termo de Compromisso que entre si celebram o Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA e o Município de _____ - CE, através de sua Prefeitura Municipal, para os fins que nele se declaram.

O Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, estabelecida na Av. Almirante Barroso nº 600, Praia de Iracema, em Fortaleza, inscrita no CNPJ sob o nº 07954571/0001-04, doravante denominada simplesmente SECRETARIA, neste ato representada por seu Titular DR. JURANDI FRUTUOSO SILVA, RG. nº559.147-SSP-CE e CPF nº 104.643.443-87 e o Município de _____ - CE, através de sua Prefeitura Municipal, doravante denominado simplesmente MUNICÍPIO, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. _____, firmam o presente Termo de Compromisso, em consonância com os objetivos estabelecidos pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA) para a reforma e melhoria da Atenção Primária em Saúde, conforme processo nº 03486679-5, resolvem celebrar o presente Termo de Compromisso, conforme o disposto nas cláusulas seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente convênio tem como fundamentação legal na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Art. 14 da Lei Estadual nº 10.760/82 e no que couber na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

O presente Instrumento tem como objeto deste acordo a formalização deste compromisso de ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal sob a gerência da Secretaria Municipal de Saúde de _____, visando lotar um dentista e um auxiliar de consultório dentário em todas as equipes do Programa de Saúde da Família elevando a cobertura de ações e serviços de Saúde Bucal, ofertadas a população adstrita as Unidades de Saúde da Família, com base nos objetivos e metas estabelecidas no Projeto Dentista da Família.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O Presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 (doze) meses com início a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por igual e sucessivos períodos, mediante acordo entre as partes.

CLÁUSULA QUARTA – OS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - A SESA se compromete:

a – Repassar recursos financeiros para o Fundo Municipal de Saúde – FMS para pagamento de pessoal, para apoiar a estrutura do serviço de saúde bucal no município, mediante comprovação do devido pagamento de pessoal e recolhimento de encargos;

b – Repassar, em parcela única, recurso financeiro visando aquisição de equipamentos e/ou instrumentais odontológicos e mobiliários a serem empregados no objeto da cláusula Segunda.

c – Assessorar o processo de seleção dos profissionais odontológicos e a estruturação das unidades de saúde quanto a adequação de espaços físicos, dos equipamentos e instalações;

e - Acompanhar os indicadores, as ações e serviços realizados pelas Equipes de Saúde Bucal, monitorando-os com vistas ao cumprimento do compromisso pactuado;

II – São compromissos da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

a) – Contratar os recursos humanos (dentista e atendente de consultório odontológico) mediante;

b) – Garantir o custeio das ações e serviços e a manutenção dos equipamentos e instrumentos necessários, ao desenvolvimento do trabalho das Equipes de Saúde Bucal;

c) – Emitir relatórios mensalmente e anualmente, comparando as metas com os resultados alcançados pelas Equipes de Saúde Bucal;

d) – Monitorar o processo de Fluoretação da água da Estação de tratamento oficial do Município na dosagem ideal a prevenção da doença cárie;

e) – Responder as informações solicitadas pelo NUNAS/SAÚDE BUCAL/COPOS/SESA relativas ao cumprimento do compromisso pactuado;

f) – Alimentar, permanentemente, o sistema de informação que irá acompanhar os indicadores do presente Termo, bem como, os demais sistemas de informação do Sistema Único de Saúde – SUS em funcionamento ou que venham a serem implantados;

g) – Ofertar ações e serviços de Saúde Bucal com qualidade, com atendimento humanizado à sua clientela, de maneira a evidenciar um padrão de serviço, de acordo com as melhores condições possíveis de funcionamento em função das necessidades de saúde da população;

h) – Estruturar as Unidades Básicas de Saúde Bucal nas condições preconizadas pela Vigilância Sanitária;

l) - Comprovar, mediante recibos, o pagamento de profissionais e o recolhimento dos encargos sociais;

j) – Pactuar com a Secretaria da Saúde do Estado a compra centralizada de creme dental e escova.

CLÁUSULA QUINTA – DO GERENCIAMENTO.

O gerenciamento do presente convênio ficará a cargo do(a) Coordenador(a) de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção à Saúde - CODAS, através da Microrregional de Saúde e da Coordenadoria de Políticas de Saúde – COPOS, através do NUNAS/Saúde Bucal.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E DO REPASSE

As despesas decorrentes da execução deste Termo correrão à conta dos recursos do Tesouro do Estado: Fonte 00, que serão repassados pela SESA destinados ao pagamento de 01 (uma) Equipe(s) de Saúde Bucal no valor mensal de R\$ 2.750,00 (DOIS MIL SETECENTOS E CINQUENTA REAIS) e o valor de R\$ 20.000,00 (VINTE MIL REAIS) para aquisição de 01 (um) equipamento e instrumental odontológico constante do anexo I.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS ALTERAÇÕES

Cabe tão somente à SESA alterar a forma e o conteúdo do presente Termo de Compromisso, bem como, deliberar sobre novos objetivos e metas a serem perseguidas com a implantação das Equipes de Saúde Bucal no município.

Parágrafo Único – A SESA poderá proceder alterações no documento somente após análise e discussão de relatórios pela SMS – CHAVAL, decorrido, no mínimo, 90 (noventa) dias após a assinatura deste.

CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO

A SESA providenciará a publicação do Extrato do presente Termo no Diário Oficial do Estado de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA NONA – DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda por qualquer uma das partes, após 90 (noventa) dias a partir da sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos ou excepcionais não previstos neste Termo serão consultados aos partícipes por escrito e resolvidos conforme disposto na legislação aplicável.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

Fica eleito o foro da comarca de Fortaleza/CE, para dirimir todas as questões e dúvidas oriundas da execução deste Termo bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que virem a ser celebrados.

E, assim, por estarem acordes e ajustados, as partes assinam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Fortaleza, de _____ de 2005

JURANDI FRUTUOSO SILVA
SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

PREFEITO MUNICIPAL DE _____

TESTEMUNHAS:

01 - _____

02 - _____
C:\DENTISTA DA FAMÍLIA\Termo de Compromisso.sxw

ANEXO VIII
INDICADORES DO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA 2005

Saúde da Criança			
Indicadores Principais	Município c/ menos de 80 mil habitantes	Município c/ 80 mil ou mais habitantes	Estado
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	X	-	-
Taxa de Mortalidade Infantil	X	X	X
Proporção de nascidos vivos com baixo – peso ao nascer	X	X	X
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;	X	X	X
Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade;	X	X	X
Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade.	-	-	X
Indicadores Complementares			
Número absoluto de óbitos neonatais;	X	-	-
Taxa de mortalidade neonatal.	X	X	X
Saúde da Mulher			
Indicadores Principais			
Taxa de mortalidade materna;	-	X	X
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal;	X	X	X
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;	-	X	X
Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;	X	X	X
Indicadores Complementares			
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de colo do útero;	X	X	X
Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama;	X	X	X
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	X	X	X
Controle da Hipertensão			
Indicadores Principais			
Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC);	X	X	X
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares.	X	X	X
Indicador Complementar			
Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	X	X	X

Controle da Diabetes Mellitus			
Indicador Principal			
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus	X	X	X
Indicador Complementar			
Proporção de internações por diabetes mellitus	X	X	X
Controle da Tuberculose			
Indicador Principal			
Proporção de abandono de tratamento da tuberculose.	X	X	X
Indicadores Complementares			
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;	X	X	X
Taxa de mortalidade por tuberculose.	X	X	X
Eliminação de Hanseníase			
Indicadores Principais			
Proporção de abandono de tratamento da hanseníase;	X	X	X
Taxa de detecção de casos novos de hanseníase.	X	X	X
Indicadores Complementares			
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados	X	X	X
Taxa de prevalência da hanseníase;	X	X	X
Proporção do grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico.	X	X	X
Saúde Bucal			
Indicadores Principais			
Cobertura de primeira consulta odontológica;	X	X	X
Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos.	X	X	X
Indicador Complementar			
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.	X	X	X
Gerais			
Indicadores Principais			
Proporção da população coberta pelo programa de saúde da família (PSF);	X	X	X
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas.	X	X	X
Indicador Complementar			
Média mensal de visitas domiciliares por família.	X	X	X