

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS**

CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA CARNEIRO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ**

**FORTALEZA
2012**

CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA CARNEIRO

AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ-CE

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

FORTALEZA
2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- C288a Carneiro, Carlos César de Oliveira.
Avaliação da saúde bucal no Programa Saúde da Família no município de Maracanaú-CE / Carlos César de Oliveira Carneiro. – 2012.
116 f. : il., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Avaliação de políticas públicas.
Orientação: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.
- 1.Saúde bucal – Política governamental – Avaliação – Maracanaú(CE) – 2006-2011. 2.Programa Saúde da Família(Brasil). I. Título.

CARLOS CÉSAR DE OLIVEIRA CARNEIRO

AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE MARACANAÚ-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas do Núcleo de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Aprovada em: ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. WALDA VIANA BRÍGIDO MOURA
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. MOACIR TAVARES MARTINS FILHO
Universidade Federal do Ceará – UFC
UNIABO – CE

Dedico à minha muito amada esposa, Roberta Lopes de Sousa, por seu companheirismo e compreensão, que me impulsionaram a conquistar mais um degrau na minha jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo.

Aos meus pais, Raimundo Piragibe e Francisca Ires, colaboradores fiéis do primeiro.

Aos filhos amados, Caio, Beatriz (Bia), Bruna e Sophia por serem razões da minha vida.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, muito mais que um orientador.

A todos os professores e funcionários do MAPP.

Aos colegas da 5^a. Turma do MAPP, com quem tive a oportunidade e a sorte de conviver e compartilhar muitas incertezas e alguns sucessos.

“Encontrar uma verdade maior, iluminar os caminhos do saber, definitivamente passa pela precisão da ciência, pelo misticismo da religião e pela abrangente e reflexiva compreensão harmônica da filosofia. Isoladamente, nenhuma delas dá conta”.

(Miguel Falcão)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a saúde bucal no Programa Saúde da Família no município de Maracanaú-Ce, no período de 2006 a 2011. Trata-se de um estudo de caso descritivo e analítico. Assim, a pesquisa definiu-se como avaliativa quantitativa do tipo documental-qualitativa. Teve como metodologia de coleta de dados, inicialmente, uma pesquisa literária, entrando em contato com o universo pesquisado. Após, utilizou-se a pesquisa documental complementada pelos dados secundários, originados do banco de dados dos entes nacional, estadual e municipal, tendo, ainda, como parâmetro os dados dos municípios de Fortaleza. Em seguida, foram utilizados como instrumento de interpretação e de instrumentação indicadores que possibilitam o planejamento e o monitoramento das ações preventivas em saúde bucal. Para a análise dos dados coletados elaborou-se tabelas e gráficos, utilizando-se o *software* acrônimo de *Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as Ciências Sociais, que instruíram e nortearam todo o conteúdo da pesquisa, gerando média, desvio padrão, análise de correlação e de regressão linear. Teve como principais resultados a existência de um crescimento irregular, no período de 2006 a 2011, no atendimento a pacientes de primeira consulta, além do acesso a essa atividade não garantir a atenção integral ao cidadão; uma tendência decrescente em propiciar tecnologias leves de fomento ao autocuidado; e incoerência quantitativa nos dados relativos à cobertura populacional pelas Equipes de Saúde Bucal. Conclusivamente, é necessário disponibilizar dados confiáveis e de fácil acesso para o planejamento de ações em saúde e promover a calibração, monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde bucal para um serviço de melhor qualidade.

Palavras Chave: Avaliação, Saúde Bucal, Odontologia, Programa Saúde da Família, Políticas Públicas.

ABSTRACT

The present study aims at evaluating oral health in the Family Health Program in Maracanaú-Ce, in the period 2006-2011. This is a case study of descriptive and analytical. Thus, the survey was defined as evaluative quantitative, qualitative documentary type. The data collection methodology was, initially, a literary research, for contacting the research universe. After, was used the document research complemented by secondary data, sourced from the database of bodies national, state and municipal and, also as a parameter, data of the municipalities of the Fortaleza. Indicators that enable planning and monitoring of preventive oral health were used as a tool of interpretation and instrumentation. For the analysis of the collected data were elaborated tables and graphs, using the software, acronym of Statistical Package for the Social Sciences, who instructed and guided throughout the content of the research, generating average, standard deviation, correlation and linear regression analysis. The main results were the existence of an irregular growth in the period 2006-2011, in the care of patients on their first visit, the access to this activity does not ensure full attention to the citizen, a declining trend in providing lightweight technologies for promoting self-care, and inconsistency in quantitative data on population coverage by the Oral Health Teams. Conclusively, it is necessary to provide reliable data and easy access to the planning of public health and promote the calibration, monitoring and evaluation of oral health indicators for better service.

Key Words: Evaluation, Oral Health, Dentistry, Family Health Program, Public Policy.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Organograma Estrutural do Programa Brasil Sorridente52
- Figura 2** – Fluxograma Institucional - Atendimento do Programa Brasil Sorridente .53
- Figura 3** – Análise de tendência do número de 1ª consulta, segundo o tempo,84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Média da Ação Coletiva de Escovação Dental	76
Quadro 2 – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática	77
Quadro 3 – Atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantidade de pacientes atendidos na primeira consulta odontológica segundo a localidade, 2006 a 2011.....	82
Tabela 2: Percentual de escovação supervisionada por localidade, 2006 a 2011....	86
Tabela 3: Quantidade de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação segundo a localidade, 2006 a 2011.....	88
Tabela 4: Quantidade de pacientes por atendimento de urgência segundo a localidade, 2006 a 2011.	92
Tabela 5: Percentual de população coberta por Equipe de Saúde Bucal, 2000 a 2007.	93
Tabela 6: Percentual de cobertura de equipe por localidade, 2007 a 2011.....	96

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Primeira Consulta - Brasil	82
Gráfico 2 – Primeira Consulta - Ceará	83
Gráfico 3 – Primeira Consulta – Fortaleza	83
Gráfico 4 – Primeira Consulta – Maracanaú.....	83
Gráfico 5 – Escovação Supervisionada – Ceará.....	86
Gráfico 6 – Escovação Supervisionada – Fortaleza.....	86
Gráfico 7 – Escovação Supervisionada – Maracanaú.....	87
Gráfico 8 – Evolução Quantitativa de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação - Brasil, 2006 a 2011.	88
Gráfico 9 – Evolução Quantitativa de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação - Ceará, 2006 a 2011.	89
Gráfico 10 – Evolução Quantitativa de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação - Fortaleza, 2006 a 2011.	89
Gráfico 11 – Evolução Quantitativa de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação - Maracanaú, 2006 a 2011.	89
Gráfico 12 - Evolução Quantitativa de pacientes por atendimento de urgência - Brasil, 2006 a 2011.	91
Gráfico 13 - Evolução Quantitativa de pacientes por atendimento de urgência - Ceará, 2006 a 2011.....	91
Gráfico 14 - Evolução Quantitativa de pacientes por atendimento de urgência - Fortaleza, 2006 a 2011.	92
Gráfico 15 - Evolução Quantitativa de pacientes por atendimento de urgência - Maracanaú, 2006 a 2011.	92
Gráfico 16 - Evolução Percentual de população coberta por equipe de saúde bucal no Ceará, 2000 a 2007.....	94
Gráfico 17 - Evolução Percentual de população coberta por equipe de saúde bucal em Fortaleza, 2000 a 2007.....	94
Gráfico 18 - Evolução Percentual de população coberta por equipe de saúde bucal em Maracanaú, 2000 a 2007.....	94
Gráfico 19 - Evolução percentual de cobertura de equipe por localidade no Ceará, 2007 a 2011	96
Gráfico 20 - Evolução percentual de cobertura de equipe por localidade em Fortaleza, 2007 a 2011	96
Gráfico 21 - Evolução percentual de cobertura de equipe por localidade em Maracanaú, 2007 a 2011	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Auxiliar de Cirurgião Dentista
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
APS	Atenção Primária à Saúde
AVISA	Áreas de Vigilância à Saúde
CD	Cirurgião Dentista
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CONASP	Conselho Consultivo de Administração em Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CPMF	Contribuição Previdenciária de Movimentação Financeira
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos, obturados
DF	Distrito Federal
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
EEUU	Estados Unidos da América
ENATESPO	Encontros Nacionais de Técnicos e Especialistas em Saúde Pública Odontológica
ESBF	Equipe de Saúde Bucal da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
FSESP	Fundação de Serviços Especiais e Saúde Pública
GT/ODONTO	Grupo de Trabalho/Unidade do Sistema de Odontologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Indicadores de Dados Básicos para a Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

MS	Ministério da Saúde
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PB	Paraíba
PC	População Coberta
PIB	Produto Interno Bruto
PMA2	Produção de Marcadores para Avaliação
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PP	Políticas Públicas
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PR	Paraná
PRAOD	Proposta de Reorientação da Assistência Odontológica
PRECAD	Programa de Redução de Cárie Dentária
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
RIPSA	Rede Internacional de Informações para a Saúde
RO	Rondônia
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SB	Saúde Bucal
SC	Santa Catarina
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SESP	Serviços Especiais e Saúde Pública
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SILOS	Sistema Local de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPT	Saúde Para Todos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
TO	Tocantins
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA PÚBLICA EM CONSTANTE APRIMORAMENTO NO BRASIL	20
1.1 PSF: uma estratégia de universalidade do sistema	22
1.2 Estratégia de Saúde da Família	22
1.2.1 Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.....	29
1.3 Saúde Bucal no Brasil antes e depois do SUS	30
1.4 Princípios e Diretrizes do SUS	35
1.5 Estratégias de Organização dos Serviços.....	37
1.6 Políticas Públicas em Saúde Bucal	41
1.6.1 Sobre as práticas em saúde bucal	41
1.7 O Brasil Sorridente: uma política pública que se destaca	50
2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	55
2.1 Indicadores de saúde no Brasil	66
3 CAMINHO METODOLÓGICO	70
3.1 Perfil sócio-histórico-político-econômico-sanitário.....	70
3.2 O Processo Metodológico	71
3.3 Os instrumentos de investigação e de interpretação.....	73
4 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL (PSB) EM MARACANAÚ-CE	80
4.1 Análise dos indicadores.....	80
4.1.1 Análise do Indicador: quantidade de pacientes atendidos na primeira consulta odontológica segundo a localidade.	81
4.1.2 Análise do Indicador: Percentual de escovação supervisionada por localidade, 2006 a 2011.	85
4.1.3 Análise do Indicador: Quantidade de pacientes por atendimento de urgência segundo a localidade, 2006 a 2011.....	90
4.1.4 Análise do Indicador: Percentual de População Coberta (PC) por ESB, 2000-2007.	93
4.1.5 Análise do Indicador: Percentual de cobertura de equipe por localidade, 2007 a 2011.	95
4.2 Conclusão do Estudo no Universo Pesquisado.....	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
7 ANEXOS	112

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), desde 1994, fora proposto pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia para reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Assim, a primeira aproximação com o objeto desta dissertação foi a monografia de conclusão do curso de especialização em Saúde Coletiva, realizado pela Associação Brasileira de Odontologia-Ceará, no período de fevereiro de 1999 a março de 2000, a qual vigora sob o título: “A Inserção da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Município de Maracanaú”.

Durante o citado curso, vários questionamentos surgiram, trazendo um repensar controverso à prática profissional que, do ponto de vista deste pesquisador, até aquele momento, era fruto do aprendizado obtido na graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará que pregava a cura do indivíduo, segmentado na boca e no dente.

Neste contexto, longe da visão analítica-qualitativa dos fatos apresentados sobre saúde pública naquela ocasião, quantitativamente foi surpreendente a justificativa de que 90% dos problemas de saúde dos brasileiros poderiam ser solucionados com medidas simples, economizando recursos e diminuindo filas em hospitais. Isso seria possível através da APS (PINTO, 2006).

Hoje, integrante do PSF de Maracanaú-Ce, busca-se contribuir para a melhoria das condições de saúde daquela população, incentivo motivador para a pesquisa, tanto no trabalho desenvolvido como na política a qual se insere no município e cuja população passa a ser beneficiada.

Outro fator motivador desta pesquisa são as políticas públicas que norteiam as tomadas de decisões de assuntos públicos e políticos, cujas ações coletivas visam a garantia dos direitos sociais, assegurados pela Constituição Federal de 1988, e configuradas num compromisso público que visa dar conta das demandas de diversas áreas, direcionadas para a promoção humana e ainda não conseguem atingir seus objetivos.

Embora sejam programas, projetos, serviços e benefícios que vem transformando em realidade as políticas, estas precisam ser planejadas, monitoradas e avaliadas.

Para tanto, considera-se a necessidade de realizar uma pesquisa cujo objeto dissertado será sobre o processo de implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF de Maracanaú-Ce, no período de 1997 a 2011, na tentativa de aclarar alguns questionamentos identificados:

a) Qual o impacto da implantação das equipes de saúde bucal no PSF em Maracanaú-Ce, utilizando como indicadores a média das ações coletivas de escovação dental supervisionada, a cobertura de primeira consulta odontológica programática, e a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante, no período de 1997 a 2011?

b) Como se comportam esses indicadores no período anterior à implantação das equipes de saúde bucal no PSF (1994 a 1997) e no período posterior à implantação do PSF (1997 a 2011)?

c) Como se enquadram os indicadores municipais de média das ações coletivas de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, e a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante de acordo com os critérios preconizados pela OMS e Ministério da Saúde?

d) Que relação existe entre os indicadores de média das ações coletivas de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, e a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante quando confrontados às médias estaduais?

Assim, o presente estudo encontra justificativa na necessidade de uma constante avaliação da conformação do processo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF em Maracanaú-Ce, a fim de que sejam construídas projeções futuras e efetuadas correções de possíveis equívocos, para a melhoria da saúde bucal da população residente no município em apreço.

A partir dessas considerações, esta pesquisa pretende avaliar a situação da saúde bucal no Município de Maracanaú-Ce, desde a implantação das Equipes

de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, problematizando suas dificuldades, potencialidades, avanços e limites, podendo este se consolidar como instituição responsável pela gestão e pela democratização da política de saúde implementada no Município. E, por extensão, contribuir, em sua esfera de atuação, para a efetivação e garantia do direito à saúde de um contingente populacional estimado em aproximadamente 210 mil hab (Censo IBGE 2010).

Para a consecução do proposto, o estudo tem como objetivo geral avaliar a saúde bucal no Programa de Saúde da Família no município de Maracanaú-Ce, no período de 2006 a 2011. Especificamente, comparar os indicadores: média das ações coletivas de escovação dental supervisionada, cobertura de primeira consulta odontológica programática, e a média de atendimentos de urgência odontológica por habitante do antes e do depois à implantação do PSF; analisar os mesmos indicadores supracitados, após a implantação do Programa Brasil Sorridente; e confrontar os dados destes indicadores, com as taxas relativas à média no Ceará, Fortaleza e no Brasil.

A intenção é comparar/problematizar e analisar criticamente, à luz dos conhecimentos teóricos já produzidos, a lógica de funcionamento e atuação das Equipes de Saúde Bucal no PSF com a realidade observada na tentativa de desvendar o seu cotidiano.

Para tanto, desenvolveu-se um percurso metodológico baseado no modelo de estudo de caso, descritivo e analítico crítico, incluindo construção retrospectiva, dentro da lógica geral do método histórico, a fim de possibilitar a compreensão de seus resultados como um processo complexo, multidimensional e multifacetado condicionados por várias determinações de caracteres histórico, social, político, sanitário e econômico.

Neste contexto, o estudo caracteriza-se como uma pesquisa avaliativa quantitativa do impacto da implantação das equipes de saúde bucal no PSF no Município de Maracanaú-Ce, a partir da análise dos efeitos do programa, utilizando-se de indicadores epidemiológicos com base em dados já disponíveis no Ministério da Saúde (MS) do período de 1997 a 2011.

Assim, o roteiro desenvolvido para elaboração do relatório final auxiliou e norteou a escrita deste documento conclusivo durante todo o processo. Dentre os vários formatos possíveis, optou-se por apresentar o documento em seções conforme a seguir:

A primeira seção apresenta as informações detalhadas e relevantes sobre a Política Pública, o contexto do programa, sua origem, como foi implementado e quais seus fundamentos, suas características e os seus objetivos, bem como o planejamento dos estágios da avaliação entre outros.

A segunda seção contém um breve resumo da proposta de avaliação, evidenciando qual o tipo e intenção da avaliação, definindo algumas questões como: O porquê da avaliação? Que questões perguntar? Quem são os financiadores?

Na terceira seção faz-se a descrição do percurso e o modelo metodológico utilizado na fase avaliativa. A quarta seção foi reservada à apresentação dos resultados, destaca a Política Pública e seus resultados descritos, interpretados e problematizados segundo o processo avaliativo, inclusive os efeitos inesperados. Por fim, uma sucinta conclusão elucida a pesquisa fazendo as recomendações necessárias aos destinatários da mesma.

Nesta dissertação, reafirma-se a propositura de um esforço para desenvolver uma avaliação em profundidade da universalidade do atendimento, esse princípio estrutural e norteador do SUS.

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA PÚBLICA EM CONSTANTE APRIMORAMENTO NO BRASIL

O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e sua idéia-força – compreensão e defesa da saúde como direito universal do cidadão – representou uma importante conquista para a sociedade brasileira.

Contudo, anteriormente ao MRS, 1978, realizou-se a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, na cidade de Alma-Ata, no Casaquistão, tornando-se, assim, o marco internacional do modo de perceber a saúde, ao reconhecer a saúde como “direito humano fundamental” (ALMA-ATA, 1999, p. 35), consolidando-se no que se chamou “Declaração de Alma-Ata”.

A partir de ampla mobilização e pressão política junto ao legislador constituinte, os sujeitos sociais militantes reivindicaram que o ideário do movimento sanitário fosse incorporado ao texto constitucional, representando um extraordinário avanço na política de saúde, inclusive, pela repercussão jurídica que enseja.

A partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, foram definidas como diretrizes do SUS a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade.

Assim, a Constituição institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e para concretizá-lo foi criada a lei federal nº 8.080/90 que o descreve, o organiza, o normatiza e o define nos mesmos princípios/diretrizes básicos institucionalizados na Carta Magna.

Ao ser desenvolvido sobre esses princípios, o processo de construção do SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

Neste sentido, apesar de esses princípios ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos na última década no processo de consolidação do SUS, sobretudo no caso do SUS/Ceará, dentre os quais se destaca a descentralização, com efetiva municipalização.

O modelo assistencial ainda predominante no país, caracteriza-se pela prática hospitalocêntrica, pelo individualismo assistencial curativo, pelo reducionismo biológico, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação em todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços.

Como conseqüência, o bom senso milenar do “prevenir para não remediar” foi sendo reescrito, com o abandono da prevenção e da promoção da saúde, em todas as suas dimensões.

Como conseqüência desta prática, a rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou unidades básicas de saúde, passou a ser acessória e desqualificada. Assim, perdeu seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão.

O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada. Essa situação não se consubstanciaria se não houvesse o mínimo de resultados.

Contemporaneamente, o SUS, como Política Pública, no entanto, ainda não se consolidou como um sistema que atenda a todos com qualidade e resolutividade.

Dentre outros fatores, um elemento essencial, embora não único, a democratização - concebida como um processo políticoinstitucional no qual o Estado, progressivamente, publiciza-se e amplia a sua responsividade aos interesses de todos os seus cidadãos - é fundamental para a concretização da participação social, visando à efetivação e garantia do direito à saúde.

O SUS tem como princípio estruturante e estratégico a hierarquização do seu atendimento em níveis de atenção. A Atenção Primária, na qual se inclui a Atenção Básica, como porta de entrada de um sistema de cuidados, configura um nível de atenção no sistema de saúde regional e amplia-se, incorporando outras dimensões, tendo por estratégia alcançar a cobertura universal e o acesso qualificado às ações de saúde, pelo conjunto da população de um território adstrito, reformulando, readequando e reorganizando os recursos.

No entanto, a síntese dessa situação resulta em um modelo caro, ineficiente e desumano, que degrada a prática profissional e não atende às necessidades da população. Como tentativa de reverter essa situação emergem as propostas de cuidados básicos em saúde, tendo como carro chefe o Programa Saúde da Família (PSF).

1.1 PSF: uma estratégia de universalidade do sistema

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma das mais importantes ferramentas do SUS. Implantado para a construção de um novo modelo de atenção, apresenta-se com imenso potencial, na medida em que foi constituído no Brasil para ação estratégica e reestruturação das práticas de atenção primária à população, sintonizado com os princípios de territorialização, intersetorialidade, controle social e abordagem multiprofissional.

Outra característica importante do PSF é a realização do diagnóstico de saúde da comunidade, por meio de levantamento dos indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos, feitos a partir do cadastramento de todas as famílias da área de abrangência.

As origens da atenção à saúde do grupo familiar remontam aos primórdios da medicina. Durante muitos séculos, na vigência do modo artesanal de prática médica, o local preferencial da atenção era o consultório dos médicos que, não raro, se situava no âmbito da própria residência destes profissionais. Alternativamente, o cuidado era prestado nos domicílios dos pacientes, sob as vistas diretas das famílias e com sua participação direta no processo de cura (GOULART, 2002).

É preciso definir, de início, os diversos elementos conceituais que distinguem o que se chama hoje de práticas em “Saúde da Família”.

1.2 Estratégia de Saúde da Família

Uma aproximação conceitual bastante razoável diz respeito à APS. Neste aspecto, obrigatória referência, é a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978. Em termos textuais, em livre tradução do original, a APS é conceituada como:

Atenção à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente demonstrados e socialmente aceitáveis, cujo acesso esteja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, de maneira que possam sustentá-la, a um custo que tanto a comunidade como cada país possam manter, em cada estágio de desenvolvimento em que se encontrem, com espírito de auto-confiança e auto-determinação. Representa parte integrante do sistema sanitário do país, no qual desempenha uma função central, constituindo-se também o foco principal do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde do país, levando a assistência à saúde o mais perto possível do lugar onde reside e trabalha a população, representando ainda o primeiro elo de uma atenção continuada à saúde. (WHO, 1978, p. 5).

Sousa (2001) define alguns dos conceitos que sustentam a idéia do PSF, citando, entre outros, a saúde como direito de acesso a bens e serviços, não apenas assistenciais; a promoção da saúde; a saúde para todos e a atenção primária à saúde; a ação da comunidade para a saúde; a *advocacy* em favor da saúde; os ambientes saudáveis e de apoio à saúde; o envolvimento social; a auto ajuda; o desenvolvimento sustentável, bem como a proposta de cidades saudáveis.

Como uma aproximação, tentando agora uma síntese, poder-se-ia destacar os componentes essenciais que unem os conceitos de APS e de Saúde da Família, a saber:

a) as práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado, o que as caracterizaria como partes de um corpo de políticas sociais;

b) o processo de trabalho, tendo como resultado a intervenção do médico e de outros profissionais dentro de um âmbito generalista, ou seja, fora do caráter especializado que recorta e separa o objeto das práticas em saúde em faixas de idade, gênero, sistemas e órgãos, ou mesmo de tipos de doenças;

c) os modos de pensar e de praticar os cuidados à saúde baseados na ampliação e superação dos conceitos tradicionais antinômicos entre individual e coletivo; prevenção e cura; biológico e social; humano e ambiental; oficial e não-oficial;

d) a proteção voltada não apenas para indivíduos-singulares, mas para *coletivos* (famílias, grupos, comunidades), resultando em um novo tipo de práticas sociais de saúde;

e) o desenvolvimento de vínculos entre a clientela e os prestadores de serviços, de natureza administrativa, geográfica, cultural ou mesmo ética.

Deste modo, o PSF apresenta-se com imenso potencial, na medida em que foi constituído no Brasil como importante ação estratégica de reestruturação das práticas de atenção primária à população, construindo um modelo de saúde sintonizado com os princípios de territorialização, intersectorialidade, controle social e abordagem multiprofissional.

Contudo, o PSF também pode ser considerado mais uma política racionalizadora, de carácter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no “terceiro mundo”.

Assim, o princípio da territorialização permite que se desenvolva um conhecimento progressivo de um segmento geográfico-populacional delimitado, homogêneo com características históricas e culturais, com o objetivo de acumular informações para a ação sobre condições de vida, estilo de vida, exposições ao risco de adoecer ou morrer, barreiras de acesso aos serviços de saúde, equipamentos sociais e locais, problemas prioritários de família e comunidade, liderança e atores sociais impulsionadores ou opositores de mudanças e condições ambientais, tanto físicas como sociais .

Segundo o MS, cada equipe de saúde deve ter sob sua responsabilidade uma população definida de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.000 habitantes. “Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sócio política e econômica da região, levando-se em conta fatores como densidade populacional, consideradas como relevância local” (BRASIL, 1998, p. 45).

O princípio da intersectorialidade deve ser realizado com o intuito de buscar a integração com vários setores da administração pública municipal, visando o desenvolvimento de práticas sociais voltadas para uma boa qualidade de vida.

A parceria e a ação tecnicamente integrada com os diversos órgãos de poder público que atuam nas políticas sociais são objetivos perseguidos. A questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde, tampouco

se interferir na própria situação sanitária sem que haja a interligação com vários responsáveis pelas políticas sociais.

A participação da comunidade, por meio de suas instancias formais, na definição, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde deve ser estimulada pelo PSF, em atendimento ao princípio do controle social. O MS, em seu principal documento sobre o tema, afirma que:

As ações desenvolvidas pelo PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito do que apenas seguí-las o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde e as necessidades da população. (BRASIL, 1998, p. 65).

O atendimento do PSF deve ser multiprofissional, a ser constituído com base em princípios operacionais, tais como o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; a integridade da atenção; a ênfase na prevenção, sem descuidos das ações de diagnóstico precoce e tratamento oportuno das doenças e agravos mais comuns, dentro da capacidade resolutiva das equipes; o atendimento das clínicas básicas; e a parceria com a comunidade e as possibilidades locais .

O planejamento e a programação local do PSF devem ser realizados com base na realidade local e pensado como um todo, direcionados à resolução dos problemas identificados, visando a melhoria progressiva das condições da saúde e da boa qualidade de vida da população. Sobre planejamento e programação local no PSF, o governo federal ressalta que:

O pressuposto do PSF é o de que quem planeja deve ser pensado como o todo e relacionado e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando a melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida. (BRASIL, 1998, p. 81).

A visão do MS tem respaldo na literatura científica. Como destaca Domingues (1999, p. 56),

A atenção da saúde da família deverá ser universal, voltando-se para todos: doentes, sadios, crianças, adolescentes, idosos, homens, mulheres. A população deve ser acompanhada pela mesma equipe permanentemente. Para alguns autores isto compreende a essência da mediana familiar. A equipe deverá ir a comunidade, à família, com a finalidade de identificar problemas e necessidades de saúde e encontrar soluções em conjunto com a família, informando e promovendo educação em saúde.

Outra característica importante do PSF é a realização do diagnóstico de saúde da comunidade, por meio de levantamento dos indicadores epidemiológicos e sócioeconômicos, feitos a partir do cadastramento de todas as famílias da área de abrangência.

São muitos os países que vêm realizando reformas de seus sistemas de saúde, tendo por base o eixo da atenção primária. Cuba, por exemplo, tem procurado provar que atenção à saúde da família é viável em países subdesenvolvidos, apresentando resultados magníficos, nos macroindicadores, na satisfação real da população e na operacionalização dos serviços de saúde.

A experiência cubana é, provavelmente, a mais conhecida no Brasil e, neste modelo, a equipe é composta por um médico e um auxiliar de enfermagem que se responsabilizam por 120 famílias (ORDONEZ, 1995).

No Canadá, atualmente, oito em cada dez médicos são de saúde da família. Esses profissionais costumam ser o ponto de contato inicial dos clientes com o sistema de saúde e existe cerca de um médico para cada grupo de 423 pessoas. Controlam os encaminhamentos a especialistas e às internações hospitalares, além de decidirem sobre as necessidades de exames, diagnósticos ou terapia medicamentosa (OMS, 1994).

Na Inglaterra, os médicos de família, também conhecidos como *General Practitioners* (GPS), atendem os mais diversos problemas. Naquele país o médico ganha pelo número de pacientes, forma de remuneração denominada de processo de captação. Como no Canadá, os médicos da família ingleses são os primeiros a atender os pacientes e encaminhá-los para serviços especializados (OMS, 1994).

Na América Hispânica, continental, a medicina familiar foi impulsionada nos anos 1970. O primeiro programa começou no México, em 1971. Em seguida, a experiência foi na Bolívia, em 1974, imediatamente acompanhada pelo Panamá, em 1976 (OMS, 1994; GUTIERREZ; ERNANDEZ, 1997).

No Brasil, as experiências iniciais de medicina familiar, mais conhecidas, são as do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em 1983, e a do município de Niterói, no Rio de Janeiro, em 1992.

O Programa Médico de Família, em Niterói, foi implantado sob a ótica da atenção integral, sendo inspirado no modelo cubano. A equipe básica do programa foi concebida com um médico e um auxiliar de enfermagem, cada dupla destas acompanhando cerca de 1000 pessoas (NITERÓI, 1995).

O surgimento do PSF no Brasil deu-se de modo formal, resultando na afirmação nacional da idéia, a partir de uma iniciativa do município de Quixadá, localizado no sertão do Ceará.

No decorrer de 1993 foi desenvolvida uma ampla discussão sobre sistemas locais de saúde e modelos assistenciais e, neste âmbito, o referido projeto foi discutido pela assessoria do MS, com a participação do então secretário municipal de saúde de Quixadá, o médico Luís Odorico Monteiro de Andrade.

Em 1994, o MS lançou o PSF, com gerenciamento e organização da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), subordinada à Secretaria da Assistência à Saúde (SAS). A experiência cearense deslocou o eixo do programa de medicina da família para saúde da família e ofereceu a base para a institucionalização e a federalização do modelo (ANDRADE, 1998).

Ainda em 1994, foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família no Brasil. O principal propósito consistiu na inversão do modelo assistencial vigente, sabidamente centrado na doença.

Assim, o PSF surge com o objetivo geral de melhorar o estado de saúde da população por meio de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que incluía desde proteção e promoção da saúde, até a identificação precoce e o tratamento das doenças (BRASIL, 1998).

Goulart (2002), revela que o conceito de Saúde da Família, no Brasil, ainda está em formação. Mesmo na realidade brasileira, encontram-se praticadas diversas acepções do Programa.

Quando a comparação é com as propostas internacionais, por exemplo, o *General Practitioner* britânico ou, ainda, o Médico de Família cubano, o risco de equívoco é muito grande. Aliás, o caso cubano, embora radicalmente diferente, é

freqüentemente tomado como o paradigma sobre o qual se construiu o programa brasileiro.

Uma parte do engano em interpretar os PSF como modelo gerado em situações externas, que se pretenderia transplantar para a realidade brasileira, está, justamente, em tentar aproximar propostas muito diferentes entre si e também bastante divergentes daquela que oficialmente vigora no País, sem contar que há novos cenários e novos atores em jogo.

Desta forma, esclarece Carvalho (1994) que nem toda a problemática social é passível de uma abordagem via famílias, constituindo a família apenas uma das instâncias de resolução dos problemas individuais e sociais.

Embora reconheça que a família vem recebendo por parte das políticas públicas no Brasil uma atenção especial ao longo da década de 90, a autora adverte que há muito o que caminhar na superação de uma tradição normatizadora e autoritária de tais ações do Estado.

A formulação e o início da implementação do PSF, praticamente, coincidiram com o advento do Plano Real, um conjunto de políticas que, nos anos seguintes, produziu marcantes transformações sociais e econômicas na vida dos brasileiros, podendo ser destacadas entre elas:

1. O Plano Real pode ser considerado como a principal ação social de governo em toda a década, uma vez que, na vigência do mesmo, mais de 9 milhões de pessoas deixaram de ser tecnicamente pobres e cerca de 80% das famílias tiveram aumento efetivo de renda – a renda real dos 10% mais pobres simplesmente dobrou entre 1993 e 1995;

2. O crescimento econômico proporcionado pelo Plano foi mais acentuado entre 1994 e 1995, depois deteriorando-se (LAHÓZ, 2002).

Outra característica da era que se sucede à formulação do PSF e que corresponde ao período inicial de implementação do mesmo, refere-se ao padrão de relacionamento político entre o Executivo e o Legislativo, caracterizado, segundo Chagas (2002), pela:

1. Existência de um autêntico “rolo compressor”, formado por uma poderosa base parlamentar politicamente de alto custo que, entre outras mudanças institucionais, viabilizou alterações no capítulo da Ordem Econômica da Constituição;
2. Promoveu a quebra do monopólio estatal do petróleo e das telecomunicações;
3. Incrementou as privatizações das empresas estatais;
4. Aprovou reformas, embora parciais, da Previdência e da Administração, garantindo, de quebra, a reeleição do Presidente da República.

Na saúde, através do uso do rolo compressor governamental, foi possível não só manter por períodos sucessivos a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF) como até mesmo alterar a Constituição no ano de 2000, em busca de novas fontes e vinculação do financiamento setorial, com a promulgação da Emenda Constitucional 29, formulada por deputados da oposição quase 10 anos antes.

1.2.1 Saúde Bucal no Programa Saúde da Família

O processo de consolidação institucional do SUS, que consubstancia a proposta de reforma sanitária, inscreve para o setor saúde um novo panorama de questões e exigências.

A universalização do acesso, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização, a hierarquização dos serviços e o controle social exprimem o conjunto de atribuições com as quais diferentes organizações de saúde necessitam conviver. Conseqüentemente, é incontestável a necessidade de reordenação de novas práticas sanitárias para a construção de novos modelos de atenção.

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência aos escolares através de programas voltados para a cárie e a doença periodontal, conseguindo-se, com isso, uma expressiva redução nos níveis de cárie na população infantil (cerca de 54% na faixa etária de 12 anos), enquanto que os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento a

situações de urgências odontológicas. Tal modelo sempre foi muito criticado, em virtude de sua cobertura exígua e por centrar-se em ações curativas.

Neste contexto, o PSF sendo uma estratégia para a reorganização da Atenção Primária que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde e considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla enquanto qualidade de vida, adquire maior importância a busca de mecanismos que ampliem as suas ações e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil.

Com esse intuito o MS estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF, com a publicação da portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000.

Os profissionais de saúde bucal deverão desenvolver as suas atividades obedecendo aos princípios do PSF, fundamentais para o conhecimento da realidade local, o estabelecimento do vínculo com a comunidade e a compreensão dos determinantes da situação de saúde da população.

1.3 Saúde Bucal no Brasil antes e depois do SUS

Anterior a conquista institucional do direito a saúde, inscrita na constituição brasileira de 1988, os crescentes movimentos sociais vinham fomentando mudanças no modo de perceber saúde, principalmente entre os técnicos envolvidos no processo que ficou conhecido como Movimento Sanitário Brasileiro (MSB). Em esfera mundial, o marco mais expressivo desta mudança na percepção de saúde se deu em 1978, na 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, tendo o pensamento da Conferência sido consolidado e expresso na “Declaração de Alma-Ata”, no Casaquistão.

A Declaração de Alma-Ata reconhece saúde como “direito humano fundamental” (Alma-Ata, 1999, p. 35) , sendo uma responsabilidade social, apontando para a necessidade de um esforço intersetorial no sentido de se garantir que este direito seja universalizado, incluindo o desenvolvimento econômico mundial como fundamental para a concretização deste objetivo.

A descentralização, a participação popular, regulação, ênfase na atenção primária e na constituição de sistemas nacionais de saúde foram caminhos apontados na Conferência. Como a meta a ser cumprida nos anos vindouros foi reconhecida a bandeira de saúde para todos no ano de 2000 – SPT 2000 – e os cuidados primários de saúde foram considerados a “chave” para o cumprimento desta meta, sendo estes baseados em

[...] métodos e tecnologias práticas, científicas bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (ALMA-ATA, 1999, p. 35).

Embora expresse que este nível de atenção não se basta e, principalmente, necessita de complementaridade de atenção secundária e terciária, desvios desta prática podem ser observados pela análise: “[...] o discurso sobre a importância de se criar uma tecnologia de saúde apropriada às condições de vida da classe trabalhadora passa a ser usada para justificar a utilização de técnicas e materiais de segunda categoria” (VASCONCELOS, 1997, p. 24).

Naquele período, décadas de 70 e 80 do século passado, o serviço público de saúde no Brasil se caracterizava por ser assistencial-hospitalar-privatista, centrado na cura da doença e no profissional de saúde de nível superior, com alto custo e baixa resolutividade (MENDES, 1995).

Politicamente, o País vivia o fim do chamado “milagre econômico” e o início da abertura política do governo militar. É no final da década de 70 que as lutas sociais se intensificam, movimentos progressistas na sociedade civil são deflagrados, dentre eles o Movimento pela Reforma Sanitária brasileira, consolidando-se na criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES – e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (TEXEIRA, 1995). Em meio às lutas pela anistia, a redemocratização do País e uma grave crise econômica, se consolidavam, ao passo que o regime militar perdia sustentação (COTTA *et al*, 1998).

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS – o setor saúde foi dividido em dois ministérios, que constituíam o Sistema Nacional

de Saúde (SNS). O MS, responsável por ações de proteção e prevenção, através de suas secretarias estaduais, e o MPAS, direcionado para as ações curativas, tratamento e reabilitações, sendo controladas e avaliadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, tendo como característica a grande centralização de recursos e decisões na esfera federal do governo (PUGIN,1996).

O SNS direcionava seus serviços aos trabalhadores do mercado formal, ficando excluída toda a massa da população desempregada e trabalhadores sem vínculo empregatício, tratados como indigentes e atendidos por instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia.

Este sistema era financiado principalmente por contribuições compulsórias (principais fontes de financiamento dos recursos que compunham o Fundo da Previdência e Assistência Social – FPAS), donde os trabalhadores contribuintes da previdência pública representavam os maiores financiadores do sistema de saúde (MÉDICI, 1994). Os atendimentos eram feitos através de convênios e contratos com instituições privadas, privilegiando este tipo de serviço em detrimento dos prestadores de serviços da rede pública, sendo priorizadas as ações curativas.

A crise econômica provocou a diminuição dos recursos do FPAS, limitando, assim, o repasse de recursos para os gastos públicos (VIANA, 1998). Associadas à crise de capital, as características do modelo de atenção à saúde vigente à época (de alto custo e baixa resolutividade), com forte ação do setor privado através de convênios, contratos e credenciamentos, centrado em ações curativas, com sistema de fiscalização falho e passível de golpes, tornara-se inviável, tanto por questões ideológicas, como pela sustentabilidade do setor saúde.

A década de 1980 foi fundamental no desenvolvimento das políticas públicas no setor saúde. A contribuição de profissionais ligados ao movimento sanitário que tiveram oportunidade de participar como dirigentes de instituições públicas estratégicas, na burocracia estatal, possibilitou avanços do ponto de vista institucional na reforma do sistema de saúde. (TEIXEIRA,1995).

No intuito de contribuir para a solução desta crise de recursos, o governo criou, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração em Saúde Previdenciária – CONASP, através do Decreto 86.329, como órgão do MPAS (TEIXEIRA, 1995; PUGIN, 1996). Com a atuação do CONASP, o governo passa a dar mais atenção aos serviços de atenção primária de saúde, como estratégia para redução de serviços hospitalares e abrindo espaços para sistemas de convênios entre secretarias estaduais de saúde e prefeituras (COELHO, 1997).

Porém há de se ter claro que outro viés pode ser observado, como a realização das ações básicas de forma paliativa e utilização dos centros de saúde como “cabide de emprego”, o que já vinha acontecendo desde os anos 70 (VASCONCELOS, 1997). Segundo Assis (1994), o CONASP também não rompe com a discriminação existente no sistema de saúde entre segurados da previdência social e os não-segurados, ditos indigentes.

Como fruto do trabalho do CONASP, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência (agosto/1982), propondo descentralização e a priorização dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela (TEIXEIRA, 1995).

O primeiro esboço de descentralização começa em 1983, com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), porém, os recursos e as decisões continuam centralizados no âmbito federal.

Em 1985, após as eleições presidenciais, houve condições políticas para ampliar o número de municípios conveniados com a AIS, o que se refletiu na ampliação de serviços básicos, com a construção de unidades de saúde e a contratação de pessoal. Possibilitou, também, maior integração interinstitucional entre municípios, estados e União, através da participação de foros de discussões oficiais, representando também o início da organização do sistema local de saúde de muitos deste municípios (TEIXEIRA, 1995).

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), marcada pela intensa participação de setores diversos da sociedade civil. Propostas do movimento como sistema integrado de assistência à saúde, regionalizado, descentralizado, de cobertura universal, com participação popular, constaram no

documento final, saindo como proposição hegemônica (TEIXEIRA, 1995). É importante registrar o boicote realizado pelos empresários do setor saúde e da imprensa ao evento, não o divulgando, e a expressiva participação das entidades de organização popular (MENDES, 1995).

A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, apesar de ter sido considerado como a “estadualização da saúde”, também foi importante passo no rumo da descentralização do Sistema de Saúde, período considerado de transição para o Sistema Único de Saúde (SUS) (COTTA *et al*, 1998; VIANA, 1998).

Propostas do documento final da VIII CNS foram inseridas no texto da Constituição de 1988, nos artigos 196 ao 200, reconhecendo saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 134), garantindo a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, descentralização do sistema de saúde, atendimento integral, com ênfase em ações preventivas, sem prejuízo na assistência e a participação da comunidade. Abriu ao setor privado a possibilidade de participar do SUS de forma complementar (BRASIL, 1988).

Apesar das conquistas constitucionais, ainda se passaram dois anos para que o SUS fosse regulamentado. Em 1990 foram instituídas as leis 8080 e 8142, a segunda, resgatando mecanismos institucionais de controle social vetados na lei 8080, criando também mecanismos para o processo de descentralização. Foi em março do mesmo ano que o INAMPS passou a fazer parte do MS. Logo no início da reforma ministerial do governo Collor, 1993, ocorreu a extinção oficial do órgão (PUGIN, 1996).

Outro instrumento legislador importante do SUS são as Normas Operacionais Básicas (NOB), que funcionaram para que o Sistema se efetivasse do ponto de vista legal. As primeiras normas tiveram como resoluções os critérios operacionais, o gerenciamento dos serviços, controle, acompanhamento e fiscalização dos recursos.

Um grande hiato deixado na regulamentação foi no que se refere ao financiamento. Segundo a lei 8080, o repasse de recursos seria automático, seguindo critérios segundo o perfil demográfico, perfil epidemiológico, condições

qualitativas e quantitativas da rede de serviços, desempenho técnico, econômico e financeiro e o plano quinquenal de investimento, porém, faltaram os ajustes necessários para a transferência de recursos. Na lei 8142/90, o critério populacional serviu de base para as transferências e a base jurídica continuou sendo os convênios (VIANA, 1998).

Com a NOB-SUS/96, alguns dos desvios relacionados ao repasse de recursos foram solucionados, contudo, faltou a vinculação de recursos para o setor saúde e a definição de responsabilidade de cada esfera de governo no financiamento, que seria a contrapartida de estados e municípios. Apenas em meados do ano 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional que regulamenta esta participação.

A Emenda Constitucional nº 29, no seu artigo 7º, aprovada para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000, p.1), dispõe que a União, para o ano 2000, deveria destinar ao setor o montante aplicado em 1999 acrescido de, no do ano anterior, corrigido anualmente pela variação do PIB. Para Estados e DF, 12% da arrecadação dos impostos, segundo o artigo 155 da Constituição Federal e dos recursos, artigos 156 e 159, seriam deduzidas das parcelas que vão para os municípios. Enfim, para o município ficou a responsabilidade de 15% do arrecadado em impostos (artigo 156) e dos recursos (artigos 158 e 159). Para quem não aplicava as porcentagens mínimas definidas pela Emenda Constitucional, o prazo seria de cinco anos para fazê-lo, devendo ter aplicado em 2000 o mínimo de 7%, crescendo anualmente até chegar ao esperado no quinto ano (BRASIL, 2000).

1.4 Princípios e Diretrizes do SUS

Os princípios e diretrizes do SUS estão dispostos na constituição (diretrizes) e na Lei 8080/90 (princípios), regulamentando assim o SUS. Quanto às diretrizes constitucionais, a Carta deixa claro o entendimento da saúde como um direito de todos os homens e mulheres e, como dever do Estado promovê-la através de ações fora do capítulo da saúde, assim como ações assistenciais, tanto na prevenção de doenças quanto na recuperação da saúde.

As leis 8080/90 e 8142/90 regulamentam os compromissos firmados na Constituição de 1988, muitos dos quais frutos do amadurecimento político ao longo das últimas décadas no campo da saúde.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, no seu artigo 198, o SUS deveria ser organizado seguindo como diretrizes: descentralização, como direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais e curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas; e a participação popular, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988), propostas coerentes com os princípios defendidos na declaração de Alma-Ata anteriormente citados.

No artigo 7º da lei nº 8080, são expressos mais 11 princípios a serem obedecidos no desenvolvimento do SUS. Estes seguem as diretrizes do SUS, ampliando-as. Estão incluídos no texto a universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade na assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade na assistência; direito à informação sobre sua saúde e sua utilização pelo usuário; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração, no plano executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos entre as três esferas do governo; resolutividade em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos, de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

A legislação do SUS significou um grande avanço no sistema de saúde, assegurando o direito universal à saúde, sem restrições quanto à contribuição de qualquer forma. Significou o fim (na legislação) da dicotomia entre ações preventivas e curativas, institucionalizada pelo antigo SNS. Avançou no sentido da descentralização dos serviços, distribuindo responsabilidades entre as três instâncias, tendo significado especial para os municípios que paulatinamente passaram a ter mais autonomia.

As leis descritivas, no entanto, não significam a concreta realização de proposta do movimento pela reforma sanitária. Nos anos que se seguem, a luta foi no sentido de legitimar, garantir e operacionalizar as conquistas constitucionais.

1.5 Estratégias de Organização dos Serviços

O processo de descentralização do sistema de saúde, apontado como caminho a ser seguido em Alma-Ata, ratificada na Constituição Brasileira de 1988, representou uma redistribuição do poder entre União, estados e municípios com definição de papéis diferenciados e complementares entre eles, cabendo ao município maior responsabilidade na gestão do sistema de saúde. O processo de descentralização como visto a pouco, tem raízes anteriores à institucionalização do SUS, porém, é a partir da NOB-SUS/93 que o processo de municipalização da saúde, ainda que de forma tutelada, é efetivada na maioria dos municípios do Brasil.

A NOB-SUS/96 define novos critérios de repasse de recursos em termos da administração gerencial dos municípios, apresentando dois níveis da gestão do SUS municipal. O primeiro é o da gestão plena da atenção básica e o segundo o da gestão plena do sistema municipal.

Na gestão plena da atenção básica, o município se responsabiliza pela prestação dos serviços e ações básicas. Caso o logradouro não tenha capacidade de ofertar estes serviços básicos, poderá se articular com outros municípios, por convênio ou por contrato, pagando pelos serviços básicos existentes em outros municípios, garantindo assim, assistência integral à sua população.

O gestor pleno do sistema municipal, além das responsabilidades de prestação de serviços básicos, ofertados necessariamente em seu próprio território, assume as responsabilidades das ações ambulatoriais especializadas, de alto custo e de internação hospitalar (BRASIL, 1996).

Desta forma, as principais vantagens do processo de descentralização política apontam para o

[...] reforço da capacidade de regulação da SMS (Secretária Municipal de Saúde), viabilizando negociação com prestadores e a contratação de serviços, permitindo uma reorientação dos investimentos, municipalizou o controle e a avaliação e a operação dos bancos de dados SIH/SUS e SIA/SUS, agilizando o processo de tratamento das informações, e propiciou a criação de sistemas informatizados de marcação de consultas médicas e de internação. (MENDES, 1998, p. 41)

A organização do sistema de saúde, em cada município, com bases territoriais definidas, estrutura as ações e serviços, partindo de três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

No intuito de organizar a atenção primária, o MS lançou em 1994 o PSF uma equipe multidisciplinar responsável por ações voltadas para este nível de atenção, trabalhando com uma população adscrita, tendo como unidade principal da atenção a família, territorialmente delimitada e compreendida em seu meio sociocultural.

Segundo o MS, o programa utiliza-se de estratégias que buscam a reversão do modelo assistencial vigente, promovendo vínculos e o compromisso entre os profissionais de saúde e a comunidade por eles assistida. O referido documento caracteriza o PSF como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com propósito de propiciar o enfrentamento e resoluções dos problemas identificados (BRASIL, 1998).

Neste sentido, foram definidas como diretrizes operacionais do modelo de saúde da família (BRASIL, 1988):

- caráter substantivo, complementar e hierarquizado de sua prática – a sua Unidade de Saúde da família – USF - continua sendo uma unidade básica de saúde destinada às ações de promoção, proteção e recuperação, realizando ações nas especialidades menos complexas, com a mudança acontecendo na atenção primária da prática assistencial; caracterizada como a porta de entrada no sistema, o serviço de saúde deve assegurar a resolução de problemas e necessidades mais complexas, com sistema de referência e contra-referência para outros serviços mais especializados; não significa a criação de serviços assistenciais, exceto nos lugares em que eles não existem, mas a orientação das práticas, direcionando-as para a vigilância à saúde.

- a descrição da clientela – cada USF tem sob sua responsabilidade uma área de abrangência, podendo atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias vinculadas a área. A recomendação do MS é de que cada equipe seja responsável por 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. A Portaria 157/98 estabelece o mínimo de 2.400 pessoas por

equipe de saúde da família e para os agentes comunitários de saúde um limite mínimo de 400 e máximo de 750 pessoas (BRASIL, 1998).

- cadastramento – as famílias das áreas adscritas deverão ser cadastradas, identificando com este processo componentes familiares, morbidade referida, condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. É partindo da análise destes dados que as ações serão planejadas.

- instalação das USF – estas deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes ou a ser construídas quando não existem serviços instalados.

- composição das equipes – a recomendação mínima de composição de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) – é de um médico(a), um enfermeiro(a), Agentes Comunitários de Saúde – ACS. A inclusão de outros profissionais é facultativa, dependendo das necessidades e disponibilidades de cada região.

- atribuições da equipe – conhecer a realidade das famílias, identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco, planejar, junto com a comunidade, ações para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde – doença; prestar assistência integral, respondendo à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção a saúde, resolver os principais problemas detectados, desenvolver processos educativos para a saúde, voltados para a melhoria do autocuidado dos indivíduos, promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. Principais atividades: visita domiciliar, internação domiciliar, participação em grupos comunitários.

No Ceará, a estratégia de saúde da família foi adotada em 1994 e, em 1999, para a organização da atenção primária implantou em quase 100% dos municípios. Nesse contexto, o processo de inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família foi lento e controverso, haja vista que só em 2000 é aprovada a Portaria que instituiu o incentivo financeiro para a formação de equipes de saúde bucal da família (BRASIL, 2000), e em 2001 editou-se a Portaria regulamentando a Portaria 1444/2000, acima mencionada.

Em 1998, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) publicou as “Diretrizes de reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará” (CEARÁ, 1998). O documento definia as estratégias de organização do setor saúde segundo os níveis de atenção estudados anteriormente, com a ressalva de que foi acrescentada ao conceito de atenção primária a característica de ser fortemente marcado por programas, sistemas e serviços, caracterizados pelas funções de promoções de saúde, prevenção de agravos, transtornos à saúde e tratamentos de tecnologia simplificada (CEARÁ, 1998).

Para a atenção primária, a estratégia de saúde da família, com equipes estruturadas desde 1994, foi mantida e traçada a meta de ampliar o número de equipes implantadas no Estado. A abordagem da ESF deveria se dar na perspectiva trabalhada por Mendes (1996) *apud* Ceará (1998):

Uma equipe de saúde da família (que), em território de abrangência definida, desenvolve ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e ao seu habitat, de forma contínua personalizada e ativa, com ênfase relativa no promocional e no preventivo, sem se descuidar do curativo-reabilitador, com alta resolatividade, com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos ou sociais, e articulando-se com outros setores que determinam a saúde! (CEARÁ, 1998, p. 11).

A equipe mínima proposta reúne um(a) médico(a) generalista, um(a) enfermeiro(a), um agente social, dois auxiliares de enfermagem, um(a) técnico(a) de higiene dental (THD) e seis agentes comunitários de saúde, responsáveis por, no máximo 4.500 habitantes e com um(a) dentista responsável por no máximo, duas equipes (CEARÁ, 1998).

Para a organização da atenção secundária, é definida a organização de microrregiões de saúde, diferentes das geograficamente instaladas no Estado, as quais serão as bases do sistema de referencia e contrareferencia. Estes setores administrativos são definidos pelo grupo técnico da SESA como: “Suficiência primária e secundária, com uma população em torno ou superior a 100 mil habitantes e com vontade política para consorciarem-se na busca para a solução dos problemas comuns” (CEARÁ, 1998, p. 14).

Desta forma, são definidas 21 microrregionais de saúde no Estado, guardando este espírito de cooperação e assessoria técnica da SESA-CE. Este

movimento de associação entre municípios vem resolver questões como a economia de escala necessária nos serviços de saúde, consolidando o processo de Programação Pactuada Integrada (PPI) proposta na NOB-SUS/96, promovendo a cooperação e a negociação entre municípios vizinhos.

A atenção terciária, tendo em vista também a economia de escala e o grau de complexidade de suas ações, está sendo organizada por macrorregiões de saúde, reunindo, neste grupo, serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. Foram definidas três macrorregiões de saúde no Estado: Fortaleza, Sobral e Cariri (CEARÁ, 1998, p. 9).

Vale ressaltar que a inserção das equipes de saúde bucal da família apenas está sendo efetivada na maioria dos municípios cearenses após a criação do incentivo financeiro do Ministério da Saúde, apesar do que ficou estabelecido nas diretrizes do estado em 1998. Os moldes desta inserção devem seguir a orientação do MS, onde os municípios deverão se incluir segundo duas modalidades básicas.

A modalidade I, que inclui um Cirurgião Dentista (CD) e uma Auxiliar de Cirurgião Dentista (ACD) na equipe, e a modalidade II, que inclui, além dos profissionais na modalidade I, uma THD.

A proposta para as Equipes de Saúde Bucal da Família (ESBF) estabelece a relação de uma ESBF para cada duas ESF instaladas, devendo cada equipe se responsabilizar por 6.900 pessoas, seguindo as diretrizes básicas das ESF como

[...] caráter substantivo das ações; adscrição da população, segundo as UBS; articulação da referência e contra referência; definição da família como núcleo central das ações; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção da saúde; articulação intersetorial à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2001, p. 67).

1.6 Políticas Públicas em Saúde Bucal

1.6.1 Sobre as práticas em saúde bucal

A Odontologia, como prática científica, tem por marco referencial a criação da primeira escola de odontologia (BALTIMORE – EUA, 1840), buscando

romper com a prática artesanal e a relação mestre – aprendiz de então. Em 1926, GIES apresenta seu relatório que tem uma característica semelhante ao relatório Flexner 10 para o ensino de medicina.

O modelo científico para o ensino de odontologia (modelo “Giesiano”) representou a mudança de um modelo pouco sistematizado, para uma prática no ensino odontológico voltado para o biologicismo e cientificismo, constituindo-se, segundo Cordón:

[...] numa posição mais positivista, monopólica, biologicista e mecanicista, negando totalmente a prática “empírica” que ao contrário, passou a perseguir os que dentro do modelo deixavam de obedecer a lei centralizadora e conservadora de essência da prática (CORDÓN, 1998, p. 10).

Sob influência ideológica norte-americana, em meados da década de 1950 e início dos anos 1960, surge uma prática voltada à prevenção das doenças bucais, a odontologia preventiva, tendo uma concepção individualista da prevenção, separando-a da parte curativa. Esta “Odontologia social” era limitada também na concepção da doença, descontextualizada socialmente e voltada para os interesses mercantis da profissão (CORDÓN e GARRAFA, 1991, p. 11).

É no nicho da Odontologia preventiva que novas estratégias começam a ser trabalhadas por um número limitado de pesquisadores, formulando propostas que, apesar de não serem ainda anti-hegemônicas, caminham em sentido oposto à mercantilização da Odontologia (CÓRDON e GARRAFA, 1991).

Deste esforço, na década de 1970, surge na América Latina um movimento pela simplificação das práticas odontológicas, a Odontologia simplificada. Esta tentativa tem aderência com as propostas crescentes voltadas para a atenção primária à saúde, expressa em Alma-Ata.

Assim, seu acolhimento no Brasil se justificou pela baixa cobertura e impacto da Odontologia tradicional, também pelas discussões que começaram a acontecer pela reforma sanitária brasileira. Esta prática não chegou a ameaçar o modelo hegemônico, pois centrava sua ação em populações mais carentes, não ameaçando os centros mercantis da profissão, tampouco representou ameaças à hegemonia das práticas da Fundação de Serviços Especiais e Saúde Pública

(FSESP), pois limitou-se a experiências isoladas no país. Nestes termos, a odontologia simplificada tem como elementos principais na sua prática a

[...] ênfase na prevenção, diminuição dos passos clínicos em determinadas técnicas sem perder a qualidade, racionalização do espaço físico e do material de consumo, simplificação de instrumental e padronização para sua utilização de modo mais rápido e eficiente (WERNECK e FERREIRA, 2000, p. 284).

Uma característica deste modelo é o trabalho com equipe de saúde bucal formada pelo CD, THD e ACD, aumentando as funções do pessoal auxiliar e trabalhando modelos de alta produtividade na concepção de trabalho odontológico – trabalho a 6 e 8 mãos, tendo como guia princípios ergonômicos, promovendo um aumento quantitativo nos procedimentos. Contudo, não rompe com o modelo cirúrgico-restaurador.

Foi duramente criticada pela queda da qualidade, pela priorização da quantidade e pela centralização em práticas curativas. Avançou no que tange à introdução da idéia de equipe de saúde bucal, fomentando discussão, possibilitando o entendimento que se tem hoje sobre a importância dos THD e dos ACD na clínica odontológica e nas práticas coletivas.

Este ponto, porém, foi alvo de críticas pelos CD, que viram o THD como um potencial concorrente (NARVAI, 1994). Outra crítica foi ao modo de produção em série que se aproximava da prática taylorista, à prática odontológica artesanal, como bem diz Botazzo (1994, p. 19): “[...] essa questão mesma sempre me parecera algo mais próximo ao taylorismo que propriamente a ‘alavanca’ que faltava para por em movimento uma odontologia anticapitalista, popular e democrática”.

Associados ao movimento pela reforma sanitária brasileira, surgem o que Botazzo(1991, p. 1) chama de “primeiros delineios (sic) de uma nova abordagem crítica na prática odontológica”. Além da crítica ao modelo escolar sespiano e à centralização das práticas odontológicas na cura da doença, emerge a discussão sobre a não-democracia das doenças bucais.

Portanto, era corrente na época considerar as doenças bucais como democráticas, isto é, independentemente do grupo ou classe social a que pertencem, os indivíduos estariam sujeitos às mesmas patologias bucais, na mesma severidade.

O mesmo autor, em outro trabalho, escreve que “bocas também podem ser vistas como sinal de classe, de estatuto de classe” (BOTAZZO, 1994, p. 46). Pinto (1997) justificativa a crítica da seguinte forma:

A afirmativa tradicionalmente feita até meados da década passada, de que a cárie dental era uma doença “democrática”, por manifestar-se igualmente em pobres e ricos, viu-se desmentida no levantamento do Ministério da Saúde [1986] pela constatação de que efetivamente os situados nos extratos de mais alta renda possuem menos cáries que os situados na base da pirâmide social e econômica. PINTO (1997:37)

Em meados da década de 1980, com o amadurecimento e superação da proposta de Odontologia simplificada, é formulada a proposta de Odontologia integral, buscando a reforma do modelo assistencial para o SUS que vem se formando no contexto da reforma sanitária brasileira. O diferencial é a tentativa de acabar com a dicotomia entre ações curativas e as preventivas. (SOUSA,1991).

Sustenta-se em três pilares: o da simplificação, ênfase na prevenção (métodos combinados de prevenção, controle de placa, flúor, educação continuada, manutenção preventiva e aplicação do conceito de risco) e na desmonopolização do saber odontológico – do CD para a equipe de saúde bucal e da equipe para a população – além de incorporar tecnologias clínicopreventivas (flúor, selante, ionômero, verniz) (NARVAI, 1994 e NUTO,1999).

A Odontologia integral não rompe a dicotomia curativo-preventivo, pois, contraditoriamente apresenta-se, segundo Córdon (1996), restrita e preventivista, todavia, constituiu-se em avanço por contestar o caráter mercantil da profissão.

Na década de 1990 o conceito de saúde bucal coletiva começa a ser formulado, encontrando espaço no meio acadêmico e em setores mais progressistas do serviço público, em Encontros Nacionais de Técnicos e Especialistas em Saúde Pública Odontológica (ENATESPO).

A saúde bucal coletiva procura unir às práticas da Odontologia integral o conceito de saúde coletiva, que vem se consolidando junto com a reforma sanitária brasileira, marcada pelo desafio de solidificar um sistema de saúde universal, em meio a uma política global de Estado mínimo. Córdon (1996) cita o caráter processual da saúde bucal coletiva: “Mais recentemente o movimento pela reforma

sanitária recria, junto às populações o que em algum momento poderá vir a ser o modelo de Saúde Bucal Coletivo, contextualizado e real” (CORDÓN, 1996, p. 38).

Contudo, o desafio traçado com o SUS vem para a saúde bucal coletiva, que também é um processo em construção, unindo os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação popular, com a promoção de saúde, movimento mundial que vem se consolidando no amadurecimento do conceito de saúde, buscando incorporar nas práticas odontológicas os novos conceitos de cariologia e de prevenção às principais afecções bucais, pela busca da qualidade nos serviços assistenciais, desmonopolização do saber, avaliação dos serviços e humanização do atendimento. Novas e velhas questões que devem ser trabalhadas e que encontram na construção de um sistema de saúde um campo fértil para discussão e desenvolvimento de novas práticas.

O conceito de saúde bucal coletiva incorpora a dimensão política e social na explicação do processo saúde/doença bucal, buscando a transdisciplinaridade das práticas e ações de natureza coletiva. A partir destas dimensões, podemos dizer que este modo de entender saúde transcende a Odontologia de caráter clínico e individual, caminhando para uma prática que fomente nas pessoas a responsabilidade com questões de saúde, entendendo o processo saúde/doença como algo socialmente determinado e fomentando a participação destas questões na vida da população de maneira efetiva, ocupando um lugar real, de relevância pública, tanto para o Estado quanto para a Sociedade.

Assim, o ideal que se traz para este novo campo de conhecimento é proporcionar saúde ao indivíduo, isolado ou coletivamente considerado, diferente do objetivo da Odontologia tradicional, que é trabalhar nas seqüelas das doenças bucais mais comuns, cárie e doença periodontal (CORDÓN, 1996 e BOTAZZO, 1994).

No campo das práticas em saúde bucal, segundo Oliveira *et al* (1999), não existe, hoje, um modelo assistencial ou matriz programática definida, de modo que experiências empíricas vêm sendo formuladas desde o final da década de 80.

Apesar de ainda não se perceber hoje, no Brasil, um sistema que tenha se estabelecido como hegemônico (como o foi o escolar sessipiano), podem ser destacadas algumas tendências que, apesar de ainda não totalmente

disseminadas pelo Brasil, chamaram a atenção e se replicaram em diversos locais. Entre estas tendências destacam-se o Sistema de Inversão da Atenção, a atenção precoce em saúde bucal (Odontologia para Bebês) e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar (Saúde da Família). (OLIVEIRA *et al*, 1999, p. 10).

O Sistema de Inversão da Atenção une uma estrutura organizativa baseada no Sistema Único de Saúde a uma aproximação do marco referencial da Odontologia integral. O modelo foi concebido por professores da PUC-MG e hoje constitui uma estratégia de uma empresa de consultoria situada em Belo Horizonte – MG, a Estação Saúde.

Este modelo tem como princípio básico a mudança do enfoque de cura para controle da doença cárie, utilizando modernas tecnologias (selantes em massa) para o controle epidemiológico da doença. Esta proposta foi trabalhada em muitos municípios brasileiros, inclusive no Ceará, alcançando neste Estado, “um resultado pífio, ante o investimento na consultoria” (MARTINS FILHO, 2001, p. 93).

A proposta atual que se consolida no âmbito das novas políticas de saúde conduzem a uma prática em saúde bucal, partindo do núcleo familiar. Para a consolidação desta proposta, é necessário porém um novo perfil profissional na Odontologia, profissionais capazes de trabalhar em equipe, com uma visão epidemiológica das doenças bucais e disposto a práticas interdisciplinares e à perspectiva de trabalho orientado para a saúde coletiva, gerenciada de forma eficiente, otimizando o trabalho auxiliar também na clínica odontológica.

1.6.2 Desenvolvimento de Políticas Públicas em Saúde Bucal no Brasil

As experiências brasileiras em programação do serviço público odontológico datam do início da década de 1950. Este foi um esforço da primeira geração de cirurgiões-dentistas sanitaristas articulados na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, na Escola de Saúde Pública na USP e nos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP).

As ações desenvolvidas pelos Serviços Especiais de Saúde Pública guardavam forte influência norte-americana, dado o período histórico pós II Guerra Mundial. Vale salientar que não só o setor saúde mas todos os setores sociais

receberam fortes influências dos Estados Unidos da América (EUA). Esta prática foi denominada de programação sespiana (VIANNA,1998 e ZANETTI *et al*, 1996).

Em 1951, foi implantada a Seção de Odontologia no SESP e, já no ano seguinte, é instalado o primeiro serviço odontológico nos moldes sespianos, na cidade de Aimorés (MG), incorporando

[...] equipamentos de baixa densidade tecnológica, utiliza pessoal auxiliar na prestação de cuidados dirigidos ao grupo epidemiologicamente mais vulnerável (crianças na faixa etária de 6 a 12 anos); e de forma pioneira no Brasil, implanta o modelo de atenção baseado no Sistema Incremental de Atendimento (cobertura gradativa a partir das menores idades através de tratamento intensivo, realizado em poucas sessões) (VIANNA, 1998:49).

Embora o Sistema Incremental seja passível de adaptação a qualquer grupo populacional, as ações da FSESP foram centradas nos escolares institucionalizados na rede pública de ensino, caracterizando o serviço como “foquista”, de baixa cobertura e impacto (VIANNA,1988 e ZANETTI,1993).

Como medida de prevenção em massa da doença cárie, a FSESP adota a fluoretação das águas de abastecimento públicas, medida que vinha sendo desenvolvida desde a década de 1940 em outros países. Em 1953, foi implantado o primeiro sistema de fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil (Baixo Guandu/ES). Em maio de 1974, foi assinada a lei 6050, que dispunha sobre a fluoretação das águas de abastecimento público (VIANNA, 1998; ZANETTI, 1993; PERES, 1995 e BLEICHER, 2000).

Apesar da importância histórica da programação sespiana, esta prática era excludente na medida que gerava sérias falhas no que tange à cobertura e ao acesso aos serviços pela maioria da população e a opção pelo modelo cirúrgico-restaurador mostrou-se ineficaz, uma vez que não conseguia modificar o quadro epidemiológico da população. Porém, há de se reconhecer que este foi o primeiro esforço significativo no sentido de se transformar a prática odontológica brasileira, buscando planejar e programar as ações (NARVAI,1994 e OLIVEIRA *et al*,1999).

A população que se encontrava fora da faixa etária escolar ou mesmo a população nessa idade que não estava institucionalizada, quanto à assistência odontológica, era atendida por livre demanda em entidades filantrópicas, serviços

vinculados a secretarias estaduais de saúde, em serviços privados conveniados pelo antigo INAMPS, dependendo do período histórico e da organização dos prestadores de serviço vigente à época (NARVAI, 1994; ZANETTI, 1996 e OLIVEIRA *et al*, 1999). No final dos anos 1960, a Odontologia ainda não aparecia na estrutura organizacional do Ministério da Saúde, apenas configurando na FSESP.

As Secretarias Estaduais de Saúde atuam livre e independentemente de qualquer ingerência do Ministério, já que o mesmo não dispõe de mecanismos institucionais nem recursos que possibilitem o estabelecimento de uma política de saúde bucal, nem dos meios necessários ao seu adequado acompanhamento (VIANNA, 1998, p.113)

Na vigência do modelo médico-assistencial-privatista, a oferta por serviços odontológicos priorizou o atendimento emergencial, predominando o tratamento cirúrgico (extrações para os adultos e oferta incipiente de tratamento restaurador para crianças) (VIANNA, 1998).

Na década de 70, após a criação do MPAS, ocorreu significativo aumento na oferta de serviços odontológicos à população, através de convênios e credenciamentos com clínicas privadas, o que não significou uma mudança na direção das práticas anteriormente mencionadas (VIANNA, 1998 e NARVAI, 1994).

As políticas oficiais para a saúde bucal, como no setor saúde, ainda se dividiam entre “práticas em saúde pública” e “práticas de previdência social”, caracterizando a dicotomia entre medidas de prevenção e assistência vigentes, priorizando os prestadores privados de serviços.

Neste contexto da baixa cobertura e impacto dos serviços odontológicos, a Odontologia simplificada passa a figurar no cenário nacional como proposta em meios mais progressistas.

Apesar da abertura política para novas práticas voltadas à atenção básica, com a reabertura política e eleições diretas para governadores em 1982, a Odontologia simplificada funcionou em experiências isoladas e consideradas ainda como práticas “alternativas”. A justificativa para esta limitação está na proposta, que não avançou na crítica ao modelo vigente, tecnicista e curativista funcionando como complementar ao sistema, como opção para populações carentes (NARVAI, 1994; ZANETTI *et al*, 1996 e NUTO, 1999).

Em 1980, durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, a Odontologia entra pela primeira vez em discussão num evento desta amplitude, sendo caracterizada como “ineficiente, ineficaz, apresentando um caráter mercantilista e monopolista, com enfoque curativo e de baixa cobertura” (PERES, 1995 p. 16).

No âmbito da previdência, no início da década de 1980, como desdobramento discutido no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), foi elaborada a Proposta de Reorientação da Assistência Odontológica – PRAOD. Nesse documento, os técnicos justificaram a ausência da Odontologia nos planos globais de saúde em razão de falta de métodos comprovadamente capazes de interferir positivamente no ciclo das doenças bucais e o elevado custo do serviço odontológico.

O programa tinha como principais orientações a integração de ações preventivas, a recuperação e educação em saúde, reorientação do sistema, privilegiando a ampliação das ações básicas de saúde, a integração institucional entre os diversos níveis de governo e prestadores de serviços, a efetiva participação da comunidade nos programas de saúde bucal, o planejamento das ações de saúde segundo princípios de regionalização e hierarquização dos serviços e de racionalidade e simplificação dos métodos de trabalho. Essa iniciativa, porém, teve pouca ressonância, não chegando a influenciar na prática dos serviços de forma significativa (VIANNA, 1998 e PERES, 1995).

No âmbito do MS, em 1982, é instituído, pela primeira vez, um Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Odontologia (GT/ODONTO), a fim de definir e orientar as práticas do MS no que tange a Odontologia e integrar e coordenar as atividades de apoio das secretarias estaduais de saúde (VIANNA, 1998). Em 1986, foi criada a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB).

Como desdobramento da VIII CNS, aconteceu, em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CSNB), reafirmando o diagnóstico formulado durante a VII CNS. Segundo Peres, as deliberações da 1ª CNSB não foram consideradas pelos formuladores de políticas nacionais em saúde bucal, na medida em que as políticas continuaram a ser desenvolvidas de forma centralizada e sem discussão com os serviços e a sociedade, onde destacam-se o Programa Nacional de Controle de

Cáries com Selantes e Flúor, do INAMPS (1987) e o Programa de Redução de Cárie Dentária (PRECAD), do Ministério da Saúde. Como exemplos desta não integração, tais propostas não chegaram a se concretizar.

Desta forma, Zanetti (1993) classificou a publicação, em 1988, do “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986” como uma das principais realizações da DNSB cujo levantamento foi realizado sob a orientação do GT/ODONTO. O número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) aos 12 anos no Nordeste, naquele período, foi de 6,9 (ZANETTI, 1993).

A década de 1990 foi marcada pela busca da consolidação do Sistema Único de Saúde. Em saúde bucal, no início da década, destaca-se a modificação da tabela de pagamento, passando a pagar menos por procedimentos cirúrgicos e institui o pagamento para procedimentos coletivos. A remuneração de procedimentos coletivos foi causa de polêmica, pois não se estava pagando por um sistema de prevenção, mas por procedimentos isolados (ZANETTI, 1993 e MARTINS FILHO, 2001).

Em 1996, foi realizado novo levantamento epidemiológico nacional, este, restrito aos escolares da zona urbana nas 27 capitais. Em Fortaleza, foi encontrado um CPOD aos 12 anos de 2,34, acompanhado de um declínio no indicador em todo o País (BLEICHER, 2000 e MERCENES e BONECKER, 2000).

Com a inclusão oficial da saúde bucal na equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família, abrem-se perspectivas na organização dos serviços odontológicos, além de significar um importante passo rumo à integralidade dos cuidados em saúde e na assistência.

1.7 O Brasil Sorridente: uma política pública que se destaca

Outra política pública a ser destacada, tanto pelo alcance de suas projeções quanto pelos valores do erário empregado, é o Programa Brasil Sorridente, uma política de Estado com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições da saúde bucal do brasileiro.

O Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente em 17 de março de 2004, tendo em vista a garantia da universalidade do atendimento odontológico, uma vez que a maioria dos usuários do SUS desconhece o atendimento gratuito de tratamento odontológico, chegando-se a inaceitáveis resultados de dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998, de 30 milhões de brasileiros jamais terem frequentado a cadeira de um dentista (ODONTOSITES, 2009).

Assim, esta política pública foi estruturada, conforme organograma abaixo, para atender a todos os brasileiros, entretanto, como a própria política do SUS, seu universo é a população carente, independente de faixa etária (ODONTOSITES, 2009).

Figura 1 – Organograma Estrutural do Programa Brasil Sorridente



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar>>
Acesso em: 02 fev 2013.

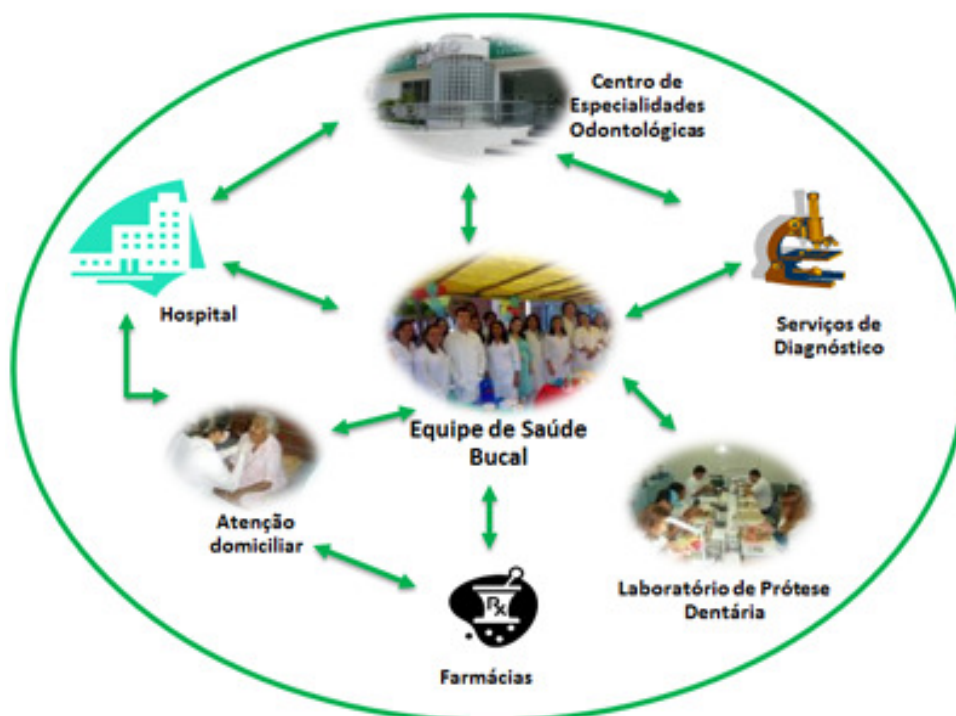
Outro aspecto que merece destaque é a prevenção e o controle da cárie em crianças que, nos últimos anos, teve avanços significativos. No entanto, no que se refere à faixa etária dos adolescentes, adultos e idosos, o Brasil está entre os piores países do mundo, embora a política pública Brasil Sorridente pretenda reverter este quadro, reunindo uma série de ações em saúde bucal que abrangeria os cidadãos de todas as faixas etárias (CAMARAGIBE, 2009).

Contudo, o Programa Brasil Sorridente, até quando foi lançado em março de 2004, realizava pelo SUS apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos que correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade dos serviços executados era apenas o tratamento básico, ou seja, extração dentária, restauração em resina e aplicação de flúor (CFO, 2011).

Assim, visando consolidar a diretriz de universalidade do SUS e propiciar tratamentos especializados, o Programa Brasil Sorridente uniu-se ao PSF e iniciou a construção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), nos quais, todos os cidadãos têm direito aos serviços oferecidos, mas precisam ser previamente atendidos pelas equipes de atenção básica, em postos de saúde e/ou unidades básicas de saúde.

Desta forma, as equipes de saúde avaliam o paciente e dependendo do procedimento a ser realizado, os mesmos são encaminhados ao CEO. Os centros de especialidades dão continuidade aos serviços realizados pelos profissionais do PSF, não sendo necessária a marcação de consultas no centro de especialidades (CFO, 2011), como mostra o fluxograma a seguir.

Figura 2 – Fluxograma Institucional – Atendimento do Programa Brasil Sorridente



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Bucal – Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php> Acesso em: 02 fev 2013.

Nesse contexto de aparente prosperidade da saúde bucal, verifica-se que as políticas públicas direcionadas ao setor são quase que exclusivamente para controle de dores e infecções e somente as crianças é que recebem um tratamento especial, principalmente os escolares (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Porém, desde 2004 com a implantação do Programa Brasil Sorridente, houve consideráveis avanços na saúde bucal do Brasil, contudo, os investimentos nesta área continuam distantes da real necessidade da população em termos de serviços odontológicos oferecidos pelo Estado, principalmente aos relacionados à população adulta e idosa.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são: reorganizar a Atenção Básica em saúde bucal, principalmente por meio do Programa Saúde da Família; ampliar e qualificar a Atenção Especializada, por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; viabilizar a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Para 2011, como parte do Plano Brasil Sem Miséria, o Ministério da Saúde prevê a implementação de:

- 43 Centros de Especialidades Odontológicas (até 2014 devem ser 174 novos);
- 336 equipes de Saúde Bucal (até 2014, 1.343 novas equipes);
- 100 Unidades Odontológicas Móveis (até 2014 serão 146 unidades)
- 338.400 próteses ofertadas (até 2014, serão 1.354.000 próteses novas, constituindo 100% da necessidade da População em Extrema Pobreza mapeada).

Nessa conduta, Lima (2004) revela que o Programa Brasil Sorridente trará resultados satisfatórios e também visando a prevenção se a fluoretação da água for estendida para 100% dos municípios, tendo em vista que atualmente apenas 40% dos logradouros brasileiros possuem algum tipo de saneamento (LIMA, 2004).

No Brasil 85% da população adulta e 99% dos idosos usam algum tipo de prótese dentária (LIMA, 2004). Como o governo federal não consegue ainda fazer

chegar à população mais carente o saneamento básico e, conseqüentemente a fluoretação da água, assumiu o compromisso de fornecer próteses dentárias aos brasileiros a partir do Programa Brasil Sorridente, a exemplo do que ocorre com o fornecimento de óculos, aparelhos auditivos, órteses e próteses.

Reduzir a nova Política Nacional de Saúde Bucal à entrega de dentaduras é um grande erro. O governo federal propõe uma interação de ações, onde diversas áreas do governo estarão atuando para que o Brasil Sorridente seja de fato a nova política pública de saúde bucal.

2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Feitas as devidas contextualizações sobre políticas públicas em saúde no Brasil, adentra-se no universo da avaliação propriamente dito. Uma primeira necessidade que se apresenta é a de seu próprio conceito. Em seu dicionário, Houaiss e Villar (2001) definem avaliação, entre outras acepções, como “[...] 3. apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidade etc. de algo [...]”.

Especificamente, em nosso contexto, a avaliação é entendida como um processo sistemático de análise de uma política pública e de programas sociais que contemplam os objetivos e as metas a serem alcançados.

Como um instrumento de aperfeiçoamento de uma gestão, aprimorando o desempenho da política ou do programa, a avaliação estará contribuindo para o melhoramento da capacidade organizacional.

Portanto, ao se avaliar políticas e programas sociais, procura-se definir limites de uma ação: identificar mudanças, potencialidades, problemas, organizar informações, subsidiar tomadas de decisões e fortalecer o compromisso com os valores éticos, numa perspectiva de mudanças da política ou programa, com imediatas alterações na prática já existente.

De acordo com Holanda (2006), os programas sociais considerados serão os executados pelo governo ou por organizações do terceiro setor que objetivam a melhoria da qualidade de vida do ser humano, dentro das diversas políticas públicas.

Contudo, o levantamento permanente e sistemático de informações obtidas na implementação de uma intervenção social corresponde ao monitoramento cuja função é registrar/identificar/constatar se o desempenho é satisfatório frente aos padrões/indicadores inicialmente estabelecidos ou se constata a identificação de desvios e distorções.

Neste sentido, o autor supracitado apresenta uma postura um tanto passiva, com foco limitado, vez que se limita à análise dos objetivos do planejamento inicial. Em face dessas considerações, o estudioso defende sua rápida execução

e acompanhamento para que se possam evidenciar os possíveis desvios cujas, análises e correções através de intervenções positivas pelos gerentes visariam compensar as falhas do planejamento inicial que poderiam resultar em prejuízos e fracassos de toda uma Política Pública (PP).

Avançando nesse aspecto, entende-se que o monitoramento perde sua passividade originária, requerendo, ainda no período de implementação, desvios corretivos, transformando-se em supervisão ativa caracterizada pela revisão do projeto inicial.

Assim, os dados levantados nesse percurso são essenciais e preliminares para o sucesso do processo avaliativo propriamente dito, que compreende a avaliação como uma proposta mais complexa, profunda e abrangente, correspondendo a uma reflexão crítica sobre a contextualização e concepção da política, dos processos, dos resultados, dos impactos ou dos efeitos da intervenção social de modo a aferir sua eficiência, eficácia e sua efetividade.

Contudo, o monitoramento, embora tenha uma relação direta com a avaliação, é uma atividade gerencial de acompanhamento. É o exame contínuo efetuado em todos os níveis pela administração do programa, com a finalidade de verificar como estão sendo executadas as ações/atividades.

Assim, objetiva o desenvolvimento dos trabalhos de acordo com o que foi planejado, caracterizando-se como uma atividade interna e de rotina. Volta-se para o funcionamento do programa, auxiliando na operacionalização, na função gerencial, na organização dos fluxos e no processo avaliativo, uma vez que se constitui numa fonte de informações permanente.

Muitas vezes, confunde-se monitorar com avaliar. De acordo com Paula (2001), o monitoramento é o acompanhamento do programa para saber, até que ponto, está sendo desenvolvido conforme seu desenho ou seu plano de ação e se está sendo dirigido ao público-alvo, enquanto que a avaliação é o processo de coleta sistemática de dados a serem analisados, com o intuito de determinar se os objetivos têm sido ou estão sendo alcançados para auxiliar na tomada de decisões.

Existem conexões entre o monitoramento e a avaliação que, segundo Paula (2001), pode-se destacar:

1. o monitoramento é fundamental na seleção de um processo avaliativo;
2. o monitoramento é uma ferramenta para a Avaliação;
3. o monitoramento é um complemento vital para a avaliação de impacto ou resultado;
4. a Avaliação e o Monitoramento são atividades complementares, pois a primeira afere resultados, depois da implementação, e a segunda acompanha a execução, implementação ou funcionamento;
5. o monitoramento é o trabalho preliminar da Avaliação e a Avaliação é o trabalho complementar do Monitoramento.

Para Aguilar e Ander-Egg (1994), em termos gerais, avaliação consiste em atribuir valor a algo. De acordo com esses autores, ao se avaliar programas ou serviços, a avaliação torna-se um instrumento de intervenção social, utilizando-se de procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável.

Entretanto, com interesse mais específico nos projetos sociais, Cohen e Franco (1993) dizem que avaliar é “[...] por um lado, a pretensão de comparar um padrão almejado [...] com a realidade [...] e, por outro, a preocupação em alcançar eficazmente os objetivos propostos.”

Ala-Harja e Helgason (2000) definem avaliação como “[...] uma ferramenta que visa oferecer informações quanto aos resultados obtidos por organizações e programas.”

Sobre avaliação de políticas públicas, Melo (1998) adverte que “[...] não constitui um exercício formal ‘desinteressado’, à semelhança de um cálculo de custo-benefício.”

Neste sentido, Barreira (2002) argúi que “A aferição estatística de resultados não permite captar a influência dessas variáveis contextuais e, portanto, não traz à tona elementos fundamentais para explicar a eficácia ou ineficácia de programas sociais.”

Estas afirmações, muito valiosas, refletem uma preferência pela pesquisa qualitativa, em detrimento da quantitativa que também pode ajudar, e muito, na elucidação de problemáticas sociais.

Holanda (2006, p. 83) recorre a autores como Worthen, Weiss, Vega e outros, e a definições de organismos internacionais para formular seu conceito de avaliação, voltado para as políticas públicas:

Avaliação é um processo sistemático de levantamento e análise de dados sobre a forma de implementação (processo) e os resultados da execução de uma política, programa ou projeto, com base em um conjunto de indicadores ou padrões (explícitos ou implícitos) predefinidos, tendo em vista aferir o mérito, valor, importância, utilidade, relevância, sustentabilidade, nível de eficiência, eficácia e desempenho [ou efetividade] dessas intervenções, para obter informações que sejam críveis e úteis e que possam ser utilizadas na realimentação do processo de planejamento e no aperfeiçoamento da gestão governamental.

Este conceito se apresenta como suficiente, tendo em vista que embute, em um só parágrafo, o método, o objeto, os tipos, os parâmetros, os objetivos, os critérios e os requisitos de avaliação.

A conceituação de Holanda, acima exposta, determina, em sua última parte, que ao avaliar uma política ou programa de Estado, o que se procura são as tais informações “críveis e úteis” para que o seu resultado, devidamente analisado, possa servir de base a uma possível reformulação de processos, de rumos e até mesmo de objetivos desta mesma política ou programa.

Neste contexto, Barreira (2002) identifica os principais padrões que devem se estabelecer na avaliação de políticas públicas: a) Utilidade – a avaliação deve atender a necessidade dos usuários; b) Viabilidade – prudência e realismo devem balizar a realização de pesquisas avaliativas; c) Propriedade – ética e transparência, com olhar duplo para o bem-estar dos envolvidos na avaliação e sobre os afetados pelos resultados; e d) Precisão – a avaliação deverá revelar e comunicar o verdadeiro valor e mérito da política pública em avaliação, através da adequação das informações técnicas que os determinam.

Percebe-se, portanto, que há certa confusão entre os conceitos de monitoramento e avaliação. Paula (2001, p. 57), citando Boulmetis e Dutwin, concorda

que os dois são freqüentemente confundidos e que os dois seriam processos combinados, mas adverte sobre os focos de cada um.

Assim, monitoramento tem a ver com o desenho e com os destinatários do programa, enquanto que a avaliação se centraria nos objetivos e na tomada de decisões. Holanda (idem) destaca um capítulo de seu trabalho ao assunto e argumenta que monitoramento e avaliação “são funções estreitamente interrelacionadas”, chegando mesmo a conceituar um monitoramento de avaliação.

Quanto à necessidade da avaliação, de maneira geral, tem-se benefícios advindos de sua implementação, que atingem tanto financiadores, que querem saber se seu recurso está sendo bem aproveitado, quanto dos servidores envolvidos, que podem aprender mais e mais com o processo avaliativo.

Pode-se identificar novos públicos para novos programas e, principalmente, em vista dos resultados, pode-se mesmo interferir no desenho da própria política pública em estudo, num mecanismo de retroalimentação que se configura como o modo pelo qual índices e informações numéricas deixem de ser “duros” e passem a interferir na melhoria da condição de vida das pessoas.

Além disso, diante da comum escassez de recursos, notadamente num país como o Brasil, a necessidade de avaliação das políticas públicas em curso se apresenta imperiosa.

Desta forma, quando se fala de eficiência, eficácia e efetividade, buscase, de fato, a alocação ótima dos recursos públicos no que respeita à qualidade do gasto, à consecução dos objetivos imediatos dos programas e, principalmente, ao objetivo último de cada programa que deve ser o de resolver alguma anomalia social previamente identificada.

Ainda sobre o assunto, Ala-Harja e Helgason (2000) argumentam que a avaliação deve ser entendida como um mecanismo que permita melhorias no sistema de decisão para garantir melhores informações aos tomadores de decisão.

Porém, existem limitações de caráter geral inerentes à avaliação de políticas públicas que também estão presentes nesta. Não há garantia de que os resultados sirvam, de fato, para mudar alguma coisa. Além do mais, há que se ter

cuidado redobrado para que os resultados encontrados não reflitam apenas números triviais que não atinjam o foco desejado.

No entanto, Ala-Harja e Helgason (2000) ao analisarem o assunto da abordagem em relação à avaliação das políticas públicas propõem três tipos principais, não mutuamente excludentes, cujas variáveis definidoras são a forma de ver a avaliação e a sua relação com a gestão de desempenho. Desta maneira, distinguem-se:

- a) avaliação vista como função distinta e independente da gestão de desempenho, com regramento claro e próprio;
- b) avaliação vista como função distinta, porém, integrada à gestão de desempenho; e
- c) Avaliação é integrada com a gestão de desempenho.

A primeira abordagem considera fundamental a independência da avaliação, mesmo dependendo da mensuração e de outras informações produzidas pela gestão de desempenho.

O pensamento básico é que a gestão de desempenho não se diferencia de qualquer outro processo passível de avaliação no âmbito das organizações. Uma ligação excessiva entre avaliação e gestão de desempenho causaria uma diminuição na capacidade avaliativa, limitando a possibilidade de apontamento de melhorias.

A segunda aponta para menos independência, mas a considera como um dos instrumentos da gestão de desempenho que pode ser superior a outros, pois permitiria um estudo mais aprofundado do desempenho do que a sua própria gestão. Pode-se cobrir períodos mais longos e incorporar, por exemplo, a avaliação de impactos ou resultados e ainda tornar possível a análise mais detalhada de causas e efeitos, trazendo a discussão sobre o desempenho para um contexto mais apropriado.

A avaliação, nesta visão, poderia ser usada para propiciar um olhar mais amplo do desempenho, em contraponto a outras abordagens consideradas mais fragmentadas.

No caso, a avaliação é pensada como distinta e independente como forma de garantir sua especialização e serve para, de modo seletivo e periódico, produzir informações que não constam de outros processos.

A última considera os benefícios da incorporação de métodos avaliativos como instrumentos da gestão de desempenho. Tem-se, então, a avaliação como atividade permanente e integrada aos processos-chaves de gerenciamento.

Holanda (2003) destaca que o caso brasileiro de abordagem em relação à avaliação de políticas públicas revela grande variedade, podendo ser considerada ampla e diversificada, porém, não consolidada.

Assim, Holanda entende que as tentativas de avaliação de programas no Brasil vem se caracterizando pela dispersão e descontinuidade, levando a que raramente seus resultados e evidências tenham sido documentados e sistematizados.

Holanda (*idem*) entende que isto se deve ao fato de que a prática de planejamento governamental no Brasil, embora dê ênfase ao processo de formulação e elaboração de planos e projetos, frequentemente não se faz o mesmo com as etapas de acompanhamento e avaliação.

Quanto a avaliação dos efeitos do programa de acordo com as classificações citadas, para efeito desta pesquisa, Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 48.) norteiam:

No campo da saúde, geralmente se aceita a classificação de Peneault e Daveluy (1987) e Donabedian (1966; 1984) que estabelece três tipos de avaliação: Avaliação da estrutura, Avaliação do processo, Avaliação dos efeitos. Esta classificação é certamente muito útil para os programas de saúde, uma vez que eles consistem na utilização de uma série de recursos organizados para a prestação de certos serviços e atividades, visando alcançar determinados objetivos. Por isso interessa de modo especial a avaliação desses recursos e sua organização (estrutura), a avaliação das atividades e serviços (processo) e a avaliação dos efeitos (objetivos).

Para Contandriopoulos *et al* (1997), a análise dos efeitos é aquela que consiste em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde. Ela consistirá em determinar a eficácia dos serviços para modificar os estados de saúde.

Eficácia esta, definida por Donabedian (1990), como a habilidade da atenção em proporcionar melhoria no estado de saúde e bem-estar.

No entanto, Andrade (2008) ressalta que avaliar uma Política Pública é verificar se os objetivos e metas estabelecidos previamente foram alcançados, integralmente, parcialmente ou não e, posteriormente, saber o porquê destes resultados.

Neste norte, as metas têm que ser mensuráveis para saber o quanto um determinado objetivo foi alcançado em um determinado espaço de tempo. Há, ainda, a necessidade de se ter parâmetros, ou seja, o que existia anteriormente. Com esse parâmetro pode-se saber o que aconteceu ao longo do tempo pré estabelecido, se houve mudanças ou se o que ocorria antes continua no mesmo patamar, sem alterações. Para se obter uma avaliação mais precisa, há necessidade de se dispor de dados anteriores sobre os indicadores que são utilizados para medir as metas.

Existem várias maneiras de se avaliar políticas públicas, podem ser: avaliação por desempenho, avaliação em processo, avaliação externa, avaliação de impacto entre outras. Quando se faz uma análise de desempenho de políticas públicas entre cidades ou Estados, os resultados obtidos são mais palpáveis, pois pode-se visualizar se houve alterações significativas quando existem duas ou mais localidades a serem analisadas. A avaliação de resultados parciais é importante, pois avalia se as metas propostas serão alcançadas ou não. Essas avaliações intermediárias necessitam de preferência ser conduzidas pelos responsáveis pela política pública, para determinar se o que foi estipulado foi alcançado, corrigir erros, reforçar medidas ou até rever as metas a serem alcançadas (ANDRADE, 2008).

Ao final dos planos executados, as avaliações devem ser feitas permitindo, assim, verificar se as metas foram alcançadas ou não; dar informações sobre as ações propostas e os objetivos pré estabelecidos. Essas avaliações podem ser realizadas com alguma periodicidade após o término do prazo estipulado, pois os efeitos das ações não são imediatos, sendo necessário algum tempo para que os resultados alcançados pelas metas sejam observados. Há de ser ressaltado que ao se elaborar um sistema de avaliação de um plano é preciso determinar quantitativamente as metas, pormenorizar as ações inerentes a cada meta,

especificar qual o indicador será utilizado para medir se a meta foi ou não alcançada e estabelecer um período de tempo para se fazer a avaliação (ANDRADE, 2008).

Andrade (2008) ressalta que uma avaliação de política pública é realizada com o intuito de melhorar as práticas de planejamento, sendo utilizadas para verificar se tais políticas estão tendo o resultado esperado, os resultados encontrados devem ser discutidos com a comunidade a ser beneficiada e finalmente tornar público os resultados obtidos a todos os interessados.

Amorim e Reolon (2009) ressaltam que a avaliação de políticas públicas costuma focalizar diferentes aspectos de um programa ou ação pública, como sua relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos e como instrumento de responsabilização da gestão pública, contribui melhorando a qualidade e eficácia dos programas e políticas públicas.

A avaliação de políticas visa principalmente promover ajustes e/ou mudanças para que o desempenho de um programa ou ação possa melhorar, visando alcançar os objetivos e metas previstos. Avaliar políticas públicas visa, além disso, a concretização dos direitos sociais, promovendo a cidadania política e social e verificando o grau de eficácia e eficiência em relação aos resultados das ações previstas pelos projetos (AMORIM e REOLON, 2009).

Contudo, Holanda (2003) ressalta que muitos autores dão uma maior ênfase ao processo de avaliação, que é o levantamento constante de dados e sua comparação com padrões predefinidos, enquanto outros enfatizam a necessidade de utilizar a avaliação para auxiliar o processo decisório. Geralmente é reconhecido, por quase todos os autores, que a avaliação de políticas públicas é basicamente um instrumento para maximizar os fins alcançados, ou seja, a eficácia do programa, e a economicidade dos meios, ou seja, a eficiência dos programas governamentais.

Avaliar políticas públicas é obter informações úteis e confiáveis sobre o desempenho dessas políticas, identificar problemas e limitações, potencialidades e alternativas, levantar práticas mais eficientes e recolher lições e subsídios que possam ser utilizados no processo de formulação do planejamento e de políticas públicas, visando assim um aumento da sua efetividade, eficiência e eficácia.

Assim, o objeto da avaliação pode ser identificado a partir da lista dos 5 pontos: produto, pessoal, performance ou desempenho, projeto ou proposta, programa (ou plano) e política. Avaliação de produto, no setor empresarial, e avaliação de pessoal nos setores público e privado, constituem práticas muito antigas (HOLANDA, 2003).

Para Jannuzzi (2009) existem alguns fatores para que a avaliação de políticas tenha um resultado não esperado: Capacidade superestimada de implementação, onde não foi considerada a contribuição dos agentes envolvidos e capacidade de gestão dos mesmos na implementação do programa; antecipação de avaliações externas ao invés de avaliar os processos voltados ao aprimoramento do programa; equipes com boa experiência em análise de macro política, mas sem experiência na implementação real de programas; desconhecimento por parte da equipe da complexidade de gestão de programas no setor público, onde existem articulações entre Ministérios e Secretarias, e programas públicos com públicos alvos diferentes; estruturação de diagnósticos e monitoramento de programas com deficiência ou mesmo inexistência dos mesmos. Estes são os principais fatores que podem levar à frustração quando da avaliação de políticas públicas.

Quando o governo implementa uma política pública, o dinheiro que está sendo investido não é do governo e sim do contribuinte, dinheiro que é arrecadado através dos impostos pagos por todos os cidadãos. Sendo assim, quando o governo avalia uma política pública, ele está prestando conta à sociedade pelo uso de recursos que são públicos. Havendo a avaliação de políticas, isto permite o controle social de recursos gastos que na realidade pertencem à toda sociedade.

Os recursos públicos, sendo bem empregados, permitem que haja uma maximização destes e conseqüentemente um maior número de indivíduos serão beneficiados usando-se o mesmo volume de recursos. Para que resultados seguros sejam alcançados, técnicas de avaliação mais elaboradas devam ser utilizadas. Portanto uma avaliação é considerada eficiente quando é útil (política relevante), oportuna (realizada em tempo hábil), ética (critérios e medidas justos e apropriados) e precisa (emprega procedimentos científicos) (ARRETCHE, 2002).

As políticas públicas devem ser avaliadas em reuniões contendo informações claras e precisas. Estas informações podem ser tanto quantitativas, expressas em números de metas cumpridas e efeitos de um programa, quanto qualitativas, registro do quanto se avança em termos de direitos sociais e políticos. A avaliação apresentada em forma de índice possibilita a comparação entre Municípios ou Estados, em períodos diferentes de um mesmo governo ou mesmo entre governos diferentes. A avaliação de um programa depende de quem avaliará, porém nem sempre estes devam ser avaliados somente por especialistas, sendo de fundamental importância que os indivíduos que forem beneficiados com as ações participem para que os programas possam ser legitimados. Estas avaliações podem ser feitas mediante pesquisas de opinião e discussões em conselhos e/ou associações de bairro (REDEODM, 2010).

Políticas públicas e programas governamentais só muito recentemente passaram a ser avaliados no Brasil. O acompanhamento da implementação de tais políticas é fundamental, pois norteia as decisões sobre a conveniência e o sentido da manutenção ou da descontinuidade de tais políticas, redefine metas e possibilita corrigir erros que possam ter ocorrido. Visando tais medidas, a avaliação não deve ser feita apenas ao final de programas governamentais (REDEODM, 2010).

Avaliar políticas ou programas permite que os formuladores e implementadores tomem decisões mais precisas, objetivando um melhor planejamento do gasto público e superando possíveis contratemplos que tenham surgido durante a implementação da política (REDEODM, 2010).

Redeodm (2010) ressalta que, no planejamento de uma política pública há a necessidade de se prever a sua avaliação, pois é através dela que podem ser mensurados os resultados alcançados pelas ações que foram desenvolvidas durante o programa. Se tal avaliação não for prevista fica difícil precisar qual era a situação inicial anterior, para que os resultados sejam confrontados com a situação final. Compreende: a qualidade e a confiabilidade do plano (o programa e as ações poderão servir de modelo para outras políticas); a realização do plano (houve mudanças nos indicadores, as causas críticas foram atingidas? Qual a eficiência, eficácia e efetividade das ações?); circunstâncias da implementação (aquilo que independe do programa, mas influencia nos resultados. Monitoramento na tomada

de decisão e readequação do programa); cumprimento das orientações (execução prevista dentro do orçamento? Prazos? Pensamento dos beneficiados pelo programa?).

A divulgação dos resultados sobre qualquer política pública deve ser clara e com linguagem acessível para a população. Quando informações e dados não ficam restritos apenas aos técnicos e funcionários do governo, sendo repassados a outros grupos da sociedade, esses podem formular outras propostas e atuar politicamente. Erros e insuficiências do programa devem ser apontados, inclusive os responsáveis pelo programa devem justificar a razão de ter ocorrido falhas, contribuindo para que haja um debate público transparente (REDEODM, 2010).

Para que haja aperfeiçoamento da gestão do Estado, visando o desenvolvimento de ações eficientes e eficazes voltadas para as necessidades da população, a avaliação de políticas públicas é um instrumento usado pelos gestores para mensurar o impacto de tais políticas (BELLONI *et al*, 2007)

2.1 Indicadores de saúde no Brasil

Neste aspecto, considera-se os indicadores de saúde utilizados pelo MS, tendo em vista que, além de serem muito parecidos com os mundialmente aceitos, parte deles é utilizada nesta pesquisa.

Editado desde 1997, “Indicadores e Dados Básicos para a saúde – IDB” é uma complementação da edição de 2001 da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) (Ripsa, 2002), entidade que articula órgãos de governo, instituições de ensino e pesquisa, associações científicas e de classes, envolvidas na produção, análise e disseminação de informações atinentes às questões de saúde no País, e tem por objetivo orientar no estudo das condições de saúde do Brasil e na utilização de um conjunto de indicadores construídos a partir de bases de dados e pesquisas de âmbito nacional. O contexto produzido nesta publicação está balizado por um documento elaborado por iniciativa conjunta do MS e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A análise desses dados faz um interessante elo entre a validade e confiabilidade dos dados a serem considerados em uma pesquisa sobre saúde e a sua utilização como ferramenta de decisão para políticas públicas:

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços obtidos no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. (RIPSA, 2002,11).

Oferece, ainda, seu conceito sobre indicadores de saúde:

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. (RIPSA, 2002,11).

Os componentes usados na formulação de um indicador e a precisão das suas fontes de informação é que determinam a qualidade dele. A Ripisa (2002) indica algumas características desejáveis nos indicadores, de certa forma coerentes com os conceitos de Geisler (2000):

- Sensibilidade – Capacidade de medir alterações de um determinado fenômeno;
- Especificidade – O indicador deve medir exatamente o fenômeno que se pretende;
- Validade – Grau de excelência do indicador, seria uma mescla dos dois anteriores;
- Confiabilidade – Um indicador é confiável se, quando usado em condições idênticas, produz resultados idênticos;
- Mensurabilidade – É a possibilidade que tem um indicador de poder ser medido. Esta característica pode parecer óbvia, mas não raramente está-se diante de indicadores de difícil medição, seja pela indisponibilidade dos dados ou pela impossibilidade de consegui-los;
- Relevância – O indicador deve referir-se a um fenômeno que seja prioritário em relação ao que se estuda. No caso das Políticas Públicas, notadamente as de saúde, deve medir algo que possa fazer diferença, algo que possa ser objeto de uma mudança da própria política ou da formulação de uma nova;
- Boa relação custo-efetividade – Os resultados que o indicador fornece devem justificar o investimento de tempo, recursos financeiros e humanos para consegui-los;
- Facilidade de análise e interpretação – Deve ser de fácil leitura e compreensão por parte dos usuários, mormente quando estes atuam no controle social. (RIPSA, 2002, p. 11-12)

No caso dos indicadores de saúde, a padronização da medição e do cálculo é que garante a sua qualidade e a comparabilidade. Não é difícil entender que, se bem construídos e manejados convenientemente, constituem elementos fundamentais para a gestão e para a avaliação das condições de saúde em todos os aspectos. As evidências surgidas com a análise dos indicadores servem para determinar que grupos passam por maiores necessidades de investimento em saúde, que tipo de investimento deve ser feito, para identificar riscos de epidemias, determinar – dentro de cada fenômeno observado – as áreas mais críticas, para avaliar o alcance de metas, para indicar que disciplinas deverão ser mais desenvolvidas pelos organismos de pesquisa científica etc.

A obra da Ripsa (2002) contém uma esclarecedora lista de oito tópicos de qualificação dos indicadores que define:

Conceito – Características que definem o indicador e sua forma de expressão e, quando é o caso, agrega informações que facilitam a compreensão de seu conteúdo;
Interpretação – Qual é a informação obtida e qual é o seu significado;
Usos – Define qual a forma de utilização dos dados que deve ser considerada para as análises;
Limitações – Esclarece ao pesquisador quais as limitações no uso de cada indicador. São limitações tanto de conceito como referentes às fontes de dados;
Fontes – Revela as instituições responsáveis pela geração dos dados que são usados nos cálculos dos indicadores e pelos sistemas de comunicação a que correspondem;
Método de cálculo – Definição precisa das variáveis utilizadas e a maneira de inseri-las no cálculo;
Categorias sugeridas para análise – Que níveis de segregação podem melhorar a interpretação da informação e que estão, de fato, disponíveis, por exemplo, sexo e idade;
Dados estatísticos e comentários – São tabelas resumidas e comentadas que ilustram as aplicações dos indicadores com base em observação de situação real. Neste ponto cabe destacar que os dados estatísticos estão bastante desatualizados e não tem quase nenhuma serventia do ponto de vista da pesquisa científica. Por este motivo não serão utilizados neste trabalho (RIPSA, 2002, p. 18).

A correta escolha dos indicadores a serem usados em cada pesquisa e a observação rigorosa das potencialidades analíticas de cada um, faz com que aconteça o que pode ser chamado de qualificação da pesquisa quantitativa ou, em outras palavras, os indicadores deixam de ser apenas números frios, ou ainda um “exercício formal desinteressado”, para se tornarem importantes instrumentos de elucidação de um problema social.

No capítulo seguinte, da Metodologia, discorre-se sobre as limitações, tipos e características de abordagem da pesquisa. Tem-se, ainda, a definição do universo pesquisado e do período nela considerados, além da descrição de cada um dos indicadores escolhidos, bem como as razões de sua escolha.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Perfil sócio-histórico-político-econômico-sanitário

O Município de Maracanaú-Ce, antigo distrito de Maranguape, hoje situado na região metropolitana de Fortaleza, com sede a 30 Km da capital, emancipou-se em 1983, possuindo, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), uma população de, aproximadamente, 201.433 habitantes concentrados num pequeno território de 98,6 km². A densidade populacional é de 1.870,5 hab/km² e a taxa de urbanização é de 99.6%.

Segundo Silva (1992), Maracanaú está situado em um vale fértil, emoldurado pelas serras de Aratanha e de Maranguape e pelos rios Urucutuba, Timbó e Cocó, banhado pelo Maranguapinho que o corta do sul para o norte.

Nos seus primórdios, os rios e as lagoas foram de grande importância na sua ocupação. Primeiro foram os índios que se afastando do litoral, fixaram-se às margens do rio Maranguapinho e das lagoas de Jacanaú, Maracanaú e Pajuçara. Depois, foram os civilizados que formaram, à margem esquerda da lagoa de Maracanaú, o primeiro núcleo populacional do município.

A evolução política de Maracanaú iniciou-se com a elevação do povoado à categoria de Vila, que ocorreu em virtude do Decreto nº 1.156, de quatro de dezembro de 1933. Sua elevação à categoria de Município deve-se à Lei nº 6.964, de 19 de dezembro de 1963. Suprimido segundo a Lei nº 8.339, de 14 de dezembro de 1965, antes de sua instalação e restaurado na forma da Lei nº 10.811, de quatro de julho de 1983, tendo sido instalado a 31 de janeiro de 1985.

No dia quatro de julho de 1952 foi inaugurado o hospital de Maracanaú, ligado à Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e à Superintendência da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, fato que marcou o início da história da saúde em Maracanaú, assim como alavancou o processo de crescimento do município.

A atividade econômica predominante no município é a secundária, de transformação, pois sedia um Distrito Industrial em constante expansão, tendo já instaladas 73 indústrias: 04 extrativa mineral, 15 de produtos minerais não metálicos,

07 metalúrgicas, 02 mecânicas, 04 de material elétrico e de comunicação, uma de material de transporte, 02 de madeiras, 20 de produtos alimentares, uma de papel e papelão, 01 de borracha, 02 de couros, peles e produtos similares, 12 químicas, 05 de perfumaria, sabões e velas, 02 de produtos de materiais plásticos, 08 têxteis, 37 de vestuário, calçados e artigos de tecidos, couros e peles, 37 de produtos alimentares, 03 de bebidas, 03 de editorial e gráfica, 02 diversas, 05 de serviços de construção.

Maracanaú apresenta um padrão de adoecer e morrer que associa doenças e agravos da modernidade e do atraso, num verdadeiro mosaico epidemiológico, que acumula matizes de cidade desenvolvida economicamente, mas com fortes desigualdades sociais (MARACANAÚ, 1997).

O município é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/02. Está inserido na Microrregional de Saúde III e, no que diz respeito a NOAS, desempenha o papel de pólo da microrregião, módulo de si mesmo e município referência para o restante dos municípios que compõem a Microrregional.

Objetivando o dimensionamento da rede de serviços de saúde em Maracanaú, a Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social promoveu a divisão do território municipal em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA): AVISA 1, composta por sete unidades de saúde; AVISA 2, composta por duas unidades de saúde; AVISA 3, composta por três unidades de saúde; AVISA 4, composta por duas unidades de saúde; AVISA 5, composta por uma unidade de saúde; e AVISA 6, composta por quatro unidades de saúde. O PSF em Maracanaú foi implantado em agosto de 1997 com 15 equipes. Hoje, são 53 equipes atuando em todo o município.

3.2 O Processo Metodológico

Brevemente definido e contextualizado como objeto da investigação, o estudo avaliativo, inicialmente, construiu-se um referencial teórico reflexivo analítico, a partir da análise e da sistematização da produção científica de importantes estudiosos que servirão de parâmetros e de subsídios para o estabelecimento do diálogo com as vivências e com a observação da realidade empírica.

Tal avaliação é justificada pela compreensão de que os cidadãos, cujas vidas são modeladas pelas políticas públicas que regulam a produção, a oferta, o acesso e o usufruto a bens públicos como a saúde, têm o direito constitucionalmente assegurado de expressar seus interesses (imediatos e de médio/longo prazo) e de competir, em condições justas, para que este interesse influencie as decisões políticas.

Assim, na primeira fase do trabalho foi realizada uma pesquisa na literatura para compor o arcabouço teórico conceitual e definir os contornos do objeto. Em seguida, foram feitos os primeiros contatos com o município estudado e organizada a coleta dos dados viabilizantes para o estudo.

A revisão literaria foi feita a partir da consulta às bases de dados mais utilizados da área da saúde (*MEDLINE*¹, LILACS e BBO), considerando determinados descritores relativos ao tema em estudo. Realizou-se, também, uma busca ativa em trabalhos não publicados como textos, anais de congressos, monografias, dissertações e teses que escaparam à recuperação pelas bases.

Finalmente, foram consultadas revistas especializadas na área da saúde coletiva e saúde bucal coletiva e sítios na Internet que disponibilizam informações relevantes e confiáveis. Os trabalhos foram, então, selecionados em função de sua pertinência ao tema e valor científico.

Utilizou-se, ainda, a pesquisa documental, onde foram verificados aspectos relativos à implantação das ESBF no município pesquisado, complementada pelos dados secundários, originados do banco de dados das secretarias municipal e estadual de saúde, bem como, dos instrumentos nacionais de informação em saúde.

Ao término da pesquisa, iniciou-se a fase de processamento e sistematização dos dados e informações colhidos e necessários, visando à obtenção das primeiras conclusões válidas. Em seguida, foram discutidas as conclusões

¹*MEDLINE* é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (*National Library of Medicine, USA*) e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 5.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Contém referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal. Disponível em: <<http://200.17.137.109:8081/xiscanoe/courses-1/mentoring/tutoring/Como%20fazer%20pesquisa%20bibliografica.pdf>> Acesso em: 27 out 2012 p. 20.

preliminares e, observado-se o ajustamento posterior, procedeu-se à elaboração do roteiro de redação do relatório final.

Para tanto, tomou-se como base a orientação de Holanda (2006), onde considera que a estrutura de um relatório de avaliação deve contemplar: a) Introdução: deverá conter um histórico do programa e seus objetivos; b) Análise dos achados: constitui a parte principal do relatório, podendo ser dividido em vários capítulos, seguindo a lógica das questões básicas que foram definidas na investigação; c) Conclusões e recomendações: são as considerações finais acerca da pesquisa avaliativa; d) Anexos: conterá todos os documentos e informações relevantes, mas de natureza complementar ou periférica, que não se julgou conveniente colocar no corpo do relatório.

Com a elaboração do relatório final avaliativo, materializou-se o caráter de aplicabilidade dos estudos avaliativos, demonstrando seu componente epistemológico sobre a própria Política Pública, sobretudo, pela capacidade de retroalimentar, através da publicização e divulgação, não só aos requerentes, mas, também, aos sujeitos interessados na avaliação.

Neste sentido, são componentes do grupo destinatário dessa pesquisa avaliativa: as agências de fomento, gestores em todos os níveis de governo, os beneficiários de determinado programa, formuladores de políticas públicas, auditores, gerentes e gestores e seus corpos técnicos.

3.3 Os instrumentos de investigação e de interpretação

O PSF em Maracanaú-Ce foi implantado em agosto de 1997, inicialmente com 15 equipes. Hoje, são 53 equipes atuando em todo o município. No intuito de avaliar o impacto da implantação das equipes de saúde bucal no PSF do município de Maracanaú-Ce, utilizou-se como indicadores de saúde os primeiros itens para a mensuração, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), do nível de vida de uma coletividade humana. Rouquayrol (1993, p. 47) define os indicadores de saúde como:

Parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da

mesma coletividade em diversos períodos de tempo. Rouquayrol (1993, p. 47)

Assim, os indicadores de saúde assumem importância fundamental na mensuração do desenvolvimento humano de uma coletividade, uma vez que documentam as condições de vida da população e dimensionam o espaço social em que ocorrem as mudanças no estado de saúde, quantificando as variáveis populacionais.

Neste percurso, dado a uma série de dificuldades em se medir a saúde de uma população, é frequente, também, se usar dados de “não-saúde”, ou seja, dados de morte e de doença. Portanto, a qualidade dos dados também foi levada em consideração (ROUQUAYROL, 1993).

Desta forma, o trabalho apropriou-se da realidade através da coleta dos dados e informações, conforme as técnicas e procedimentos escolhidos, para realizar a avaliação. Os dados coletados: informações, observações documentadas, resultados de medições, foram traduzidos, classificados e organizados pela pesquisa avaliativa em modelos operacionais que permitiram a formulação de conclusões e resultados mais concretos.

Durante a coleta de dados, foi possível identificar e selecionar variáveis, especificar formas de aferição e construir indicadores que possibilitarão medir e formular um juízo a cerca do desempenho, da eficiência e da eficácia dos programas e projetos avaliados.

Os dados quantitativos tiveram seus valores expressos em forma numérica. Foram divididos, ainda, em nível primário, onde o avaliador foi o responsável direto pela sua captação e os de nível secundário, que são informações que já existem, podendo ser coletadas de diversas fontes.

As fontes de dados que deram suporte à avaliação, vieram das atas das reuniões plenárias, documentos oficiais expedidos e recebidos, resoluções elaboradas e homologadas pelo chefe do executivo, relação entre os problemas (demandas observadas) levantados na agenda de discussão em plenário e efetiva tomada de decisão pelo gestor regional, levantamento dos indicadores que serviram de parâmetros, dados quantitativos que foram problematizados, dentre outros.

Vale destacar, que a maioria dos dados utilizados para a avaliação vieram, principalmente, do nível secundário complementados pela utilização de alguns dados primários.

Coletadas essas informações foi necessário processá-las, ordená-las e sistematizá-las para a obtenção de conclusões válidas. A análise exploratória e explicativa, buscou propiciar uma reflexão dos resultados e fundamentou a elaboração do relatório final em suas conclusões e recomendações.

Entretanto, ainda neste estudo, foram utilizados, como instrumento de investigação e de interpretação, indicadores que possibilitam o planejamento e o monitoramento das ações e da prevenção de saúde bucal como:

Quadro 1 – Média da Ação Coletiva de Escovação Dental

Indicador	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Conceito	Cobertura média de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período.
Função do Indicador no PMAQ	Avaliação de Desempenho.
Método de cálculo	Número de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período X 100 dividido pela População cadastrada no mesmo local e período.
Periodicidade	Trimestral, Semestral ou Anual.
Interpretação e uso	Este indicador estima a proporção de pessoas que poderiam ser beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente, cárie dentária e doença periodontal. Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada será realizada com dentífrico fluoretado, este indicador também permite estimar o acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação. Deve-se assinalar que o foco desse indicador está na expansão do acesso a essa ação e não na frequência com que ela é realizada. Por isso, situações em que a ação é desenvolvida de forma trimestral, igualam-se àquelas em que a frequência é menor. Segundo a Portaria 95/2006, a frequência (concentração por pessoa) de escovação dental supervisionada direta pode ser semestral, quadrimestral ou trimestral (BRASIL, 2006) e o “Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil” orienta que não há evidência científica da efetividade dessa ação quando o intervalo é superior a 12 meses, mas “realizá-la numa frequência maior do que quatro vezes por ano não implica ganhos adicionais relevantes no processo educativo, onerando desnecessariamente os recursos alocados à atividade” (BRASIL, 2009).

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB Denominador: Ficha A do SIAB.

Sua frequência de realização (trimestral, quadrimestral ou semestral) é uma decisão a ser tomada no nível local em função da análise de recursos

disponíveis, melhor adequação técnica, viabilidade, dentre outros fatores a considerar na programação local.

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010, a produção desses procedimentos potencialmente seria suficiente para uma cobertura média nacional de 33% com uma variação de 2% (DF) a 89% (CE). Assim, este indicador poderá contribuir para a promoção do autocuidado realizado pelas equipes de saúde bucal, subsidiando processos de gestão e avaliação de políticas de saúde bucal.

Para a consecução dessas ações em saúde bucal é necessário que se promovam melhorias no indicador, tais como:

- Capacitação/atualização dos profissionais das equipes com vista à qualificação dessa ação e à alimentação correta e oportuna do sistema de informação da atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Programação de ações coletivas voltadas para a prevenção em saúde bucal.
- Garantia de disponibilidade suficiente de insumos necessários ao desenvolvimento dessa ação pelas equipes (ex.: kits de escova e creme dental fluoretado, materiais educativos de escovação dental).
- Articulação intersetorial para expansão do acesso a essas ações (escolas, centros comunitários, comunidades terapêuticas, etc) (PMAQ, s/d, p. 38).

Quadro 2 – Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática

Indicador	Cobertura de primeira consulta odontológica programática.
Conceito	Proporção da população cadastrada pela equipe de Atenção Básica com acesso a tratamento odontológico.
Função do Indicador no PMAQ	Avaliação de Desempenho.
Método de cálculo	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas no período X 100 dividido pela População cadastrada no mesmo local período.
Periodicidade	Mensal
Interpretação e uso	Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação / exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico (PPT). Portanto, as primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde: mental, mulher, trabalhador, adolescente, idoso, etc.

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB.

Não foram considerados, para cálculo desse indicador, os atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência, que não tem seguimento previsto.

Segundo dados do SIA-SUS, em 2010, a produção desses procedimentos daria uma cobertura média nacional de 17%, com uma variação de 5,9% (RO) a 64% (TO). No entanto, foi preciso considerar o problema de subregistro hoje existente nessa produção.

Nesse contexto, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) apontou que mais de 40% dos entrevistados teria ido ao dentista nos últimos 12 meses, variando de 26% (AL) a 48% (PR e SC). No entanto, apenas 35% das pessoas entrevistadas teriam utilizado o SUS no seu último atendimento odontológico, variando de 11% (DF) a 66% (PB).

Este indicador contribuirá para análise da cobertura da população que teve acesso ao tratamento odontológico e para o planejamento e monitoramento de ações de saúde bucal na atenção básica realizados pelas equipes, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico.

Porém, para que sua eficiência e eficácia promovam resultados satisfatórios são necessárias ações que promovem a melhoria do indicador como:

- Capacitação/atualização dos profissionais da Atenção Básica para melhorar a qualidade dessas ações e a alimentação do sistema de informação da atenção básica.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/ contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal de forma a garantir acesso amplo da demanda programada. Programação das ações de atendimento, considerando critérios para classificação de risco.
- Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para a realização PPT dentro da resolubilidade esperada na Atenção Básica. (PMAQ, s/d, p. 40).

Quadro 3 – atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante

Indicador	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante.
Conceito	Número médio de atendimentos de urgência odontológica por habitante em determinado local e período.
Função do Indicador no PMAQ	Monitoramento.
Método de cálculo	Número de atendimentos de urgência realizados pelo cirurgião dentista da equipe de saúde bucal em determinado local e período dividido pela População cadastrada em determinado local e período.
Periodicidade	Mensal.
Interpretação e uso	A equipe de Saúde Bucal precisa estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica. Para tanto, deve desenvolver estratégias de acolhimento e planejamento de acordo com a demanda para as ações de Odontologia.

Fonte: Numerador: Relatório PMA2-Complementar do SIAB. Denominador: Ficha A do SIAB.

Este indicador auxiliará no planejamento da Equipe de Saúde Bucal, permitindo que se avalie a demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado. A longo prazo, também permitirá avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular. Para isso, ações que promoverão a melhoria do indicador devem ser implementadas tais como:

- Capacitação/atualização dos profissionais responsáveis pela alimentação do sistema de informação da atenção básica. Capacitação/atualização dos profissionais de saúde bucal para o atendimento às urgências odontológicas.
- Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, negociação/contratualização de metas, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como assessoramento à gestão.
- Planejamento do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, de forma a garantir o atendimento às demandas de urgência odontológica, inclusive com utilização de triagem e classificação de risco.
- Ações educativas para informar à população que a equipe de saúde bucal é o serviço de referência para primeiro atendimento das urgências odontológicas. Realização de planejamento/programação para atendimento das urgências odontológicas.
- Garantia de disponibilidade suficiente de insumos e equipamentos para os atendimentos às urgências odontológicas (PMAQ, s/d, p. 42).

Considerando o escopo nacional e a facilidade da coleta bem como o tratamento de dados em saúde e dos índices, o tipo de pesquisa é do tipo documental-quantitativa, com os dados sendo extraídos de publicações oficiais.

Neste sentido, não foram aplicados questionários nem se fez qualquer outro procedimento que envolvesse a participação de pessoas que não o próprio pesquisador. Se por um lado isto possa trazer um desejável distanciamento metodológico, pelo menos na manipulação dos dados, por outro pode perder a sensibilidade de um pretense pesquisado e os benefícios advindos do estabelecimento de um processo interativo com os beneficiários que, dessa forma, tornar-se-iam copartícipes do processo avaliativo.

4 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE BUCAL (PSB) EM MARACANAÚ-CE

O SPSS², conforme mostrado nas Tabelas 1 a 6, forneceram também, para os entes federativos selecionados, as medidas de relacionamento entre o período pesquisado e os indicadores desta pesquisa, por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson, da significância estatística da correlação e do coeficiente de regressão.

Nas Tabelas 2, 3, 5 e 6, “r” traz o valor do coeficiente de correlação de Pearson. Quando “r” é negativo para Maracanaú, significa dizer que o indicador se correlacionou de maneira inversamente proporcional com o percentual do período pesquisado e se “r” for positivo, a correlação é diretamente proporcional. O valor de “p” indica a significância estatística da correlação. Para valores de $p < 0,05$, tem-se que a correlação é estatisticamente significativa.

O valor de β (coeficiente de regressão) revela quanto o indicador aumentou, para valores positivos de β ou diminuiu, para valores negativos de β , para cada unidade incremental.

4.1 Análise dos indicadores

Os gráficos construídos mostram a evolução temporal de cada um dos indicadores e o seu relacionamento. Desta forma, foram feitas comparações entre os entes da federação do ponto de vista dos indicadores pesquisados, procurando estabelecer as correlações entre estes e a evolução dos índices de saúde, a fim de perceber os impactos da implantação desta política de saúde na melhoria, ou não, da saúde da população.

A análise começa com uma referência à relação dos indicadores na qual se relembra, resumidamente, o conceito do indicador e sua interpretação, já referenciados.

² Segundo o site Wikipedia, “SPSS é um software aplicativo (programa de computador) do tipo científico, acrônimo de *Statistical Package for the Social Sciences* - pacote estatístico para as Ciências Sociais. Pacote este de apoio a tomada de decisão que inclui: aplicação analítica, Data Mining, Text Mining e estatística que transformam os dados em informações importantes que proporcionam reduzir custos e aumentar a lucratividade. Um dos usos importantes deste software é para realizar pesquisa de mercado”. Disponível em: <<http://www.prograd.uff.br/estatistica/sites/default/files/Apostila-SPSS.pdf>> Acesso em: 21 jan 2013.

Assim, dependendo do indicador, a melhora, que é o que se espera de uma política pública como a que está sob análise, pode refletir um aumento ou uma diminuição do seu valor. Na análise da evolução dos indicadores com o tempo, tem-se que, dos resultados possíveis no período de 2006 a 2010, excetuando-se o ano de 2011 – por ter sido um ano atípico como relataremos caso a caso mais adiante – apontam para melhoras nos indicadores de saúde.

4.1.1 Análise do Indicador: quantidade de pacientes atendidos na primeira consulta odontológica segundo a localidade.

Este indicador reflete a proporção de pessoas que tiveram acesso ao tratamento odontológico do programa de saúde bucal desenvolvido pela equipe. Por meio dessa consulta odontológica programática o indivíduo ingressa no programa, a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo Terapêutico (PPT).

Portanto, as primeiras consultas odontológicas só devem ser registradas quando o plano preventivo terapêutico for elaborado. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em vários programas de saúde: mental, mulher, trabalhador, adolescente, idoso dentre outros .

Naturalmente, considera-se que este indicador de desempenho, melhora quando seus valores aumentam. De fato, a Tabela 1 e os gráficos de 1 a 4, mostram uma tendência de aumento neste indicador no Brasil durante todos os anos analisados. Contudo, em Maracanaú, em Fortaleza e no Ceará 2011 foi um ano atípico, no qual a quantidade de procedimento caiu, sensivelmente, chegando na ordem de 50% para Maracanaú que passou de 30504, em 2010 para 15759, em 2011, respectivamente, provocando uma queda na média histórica deste município.

Dentre as possíveis causas para esta queda deste indicador, relata-se a subnotificação após seguidos anos da supra notificação, causado por erro de interpretação por parte dos profissionais ou, possivelmente, até por má fé destes, a retirada dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto pela Saúde, alta rotatividade dos profissionais e, como conseqüência, equipes incompletas ou não cadastradas, resistência em trabalhar trabalhar com demanda organizada, o que dificulta a

primeira consulta e a conclusão do tratamento. Especificamente no Município de Fortaleza, uma greve de extensa duração causou uma queda na média mais acentuada, saindo de 139344, em 2010 para 41521, em 2011.

Tabela 1: Quantidade de pacientes atendidos na primeira consulta odontológica segundo a localidade, 2006 a 2011.

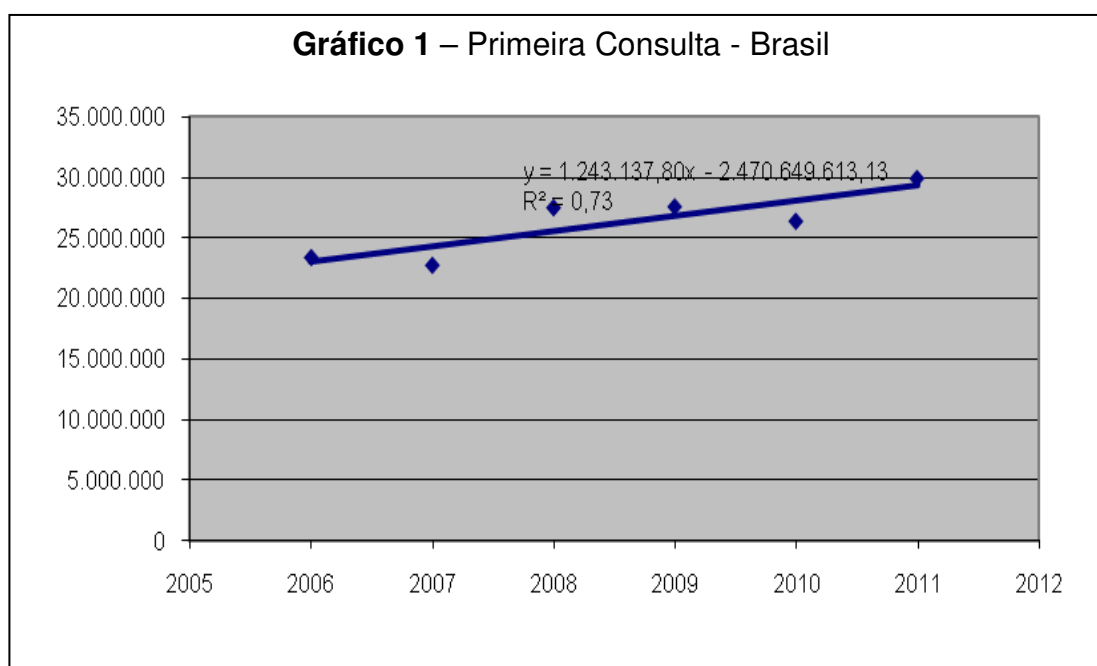
Ano	Brasil	Ceará	Fortaleza	Maracanaú
2006	23336521	866704	72327	24136
2007	22695530	874345	79369	27504
2008	27436698	1092111	71409	18947
2009	27517617	1057652	71940	21727
2010	26324908	1032519	139344	30504
2011	29844675	905855	41521	15759
r =	0,877	0,468	-0,780	0,453
β =	751013	11500	- 17808	467
p =	<0,0001	0,050	<0,0001	0,059

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

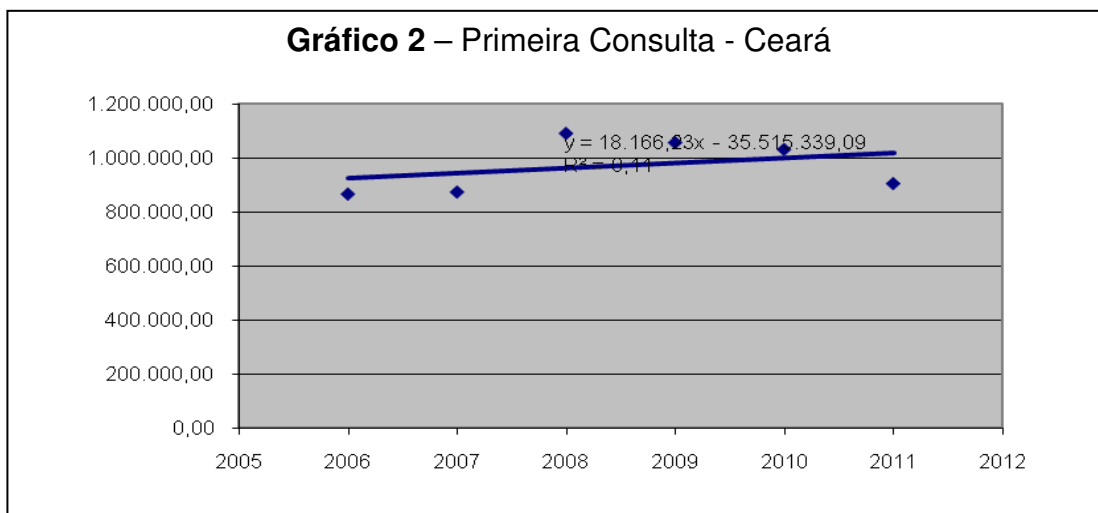
r - Coeficiente de correlação linear de Pearson

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

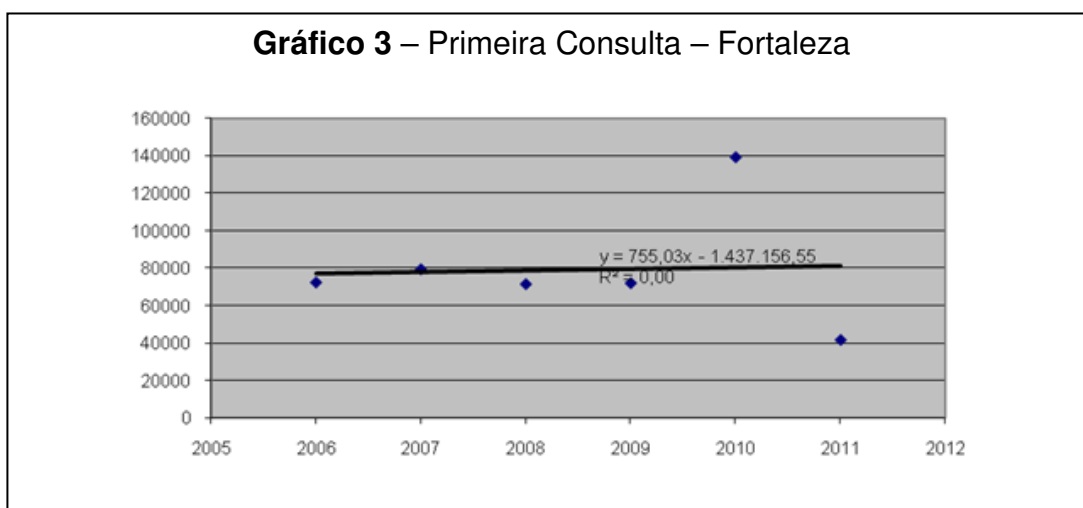
β - Coeficiente de regressão.



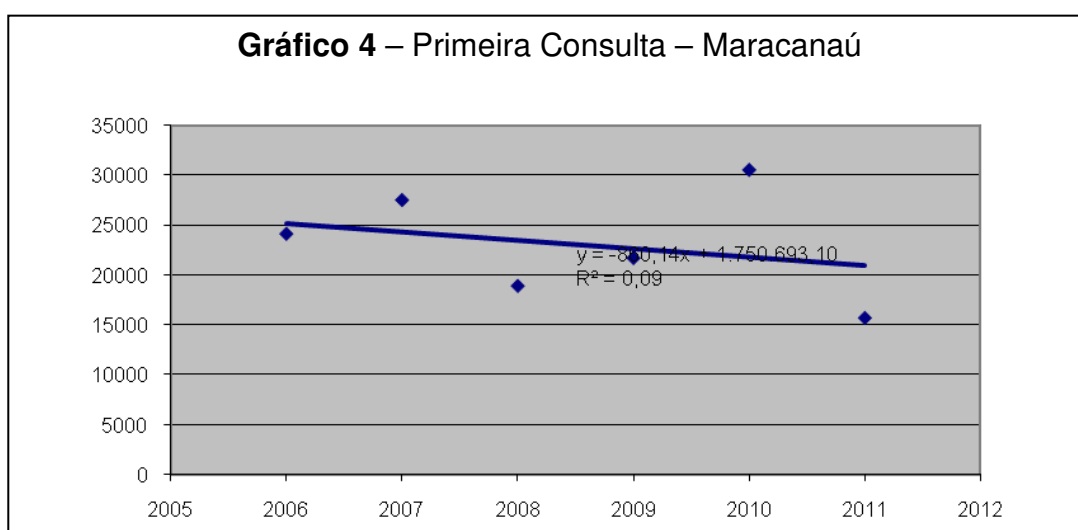
Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do Pesquisador

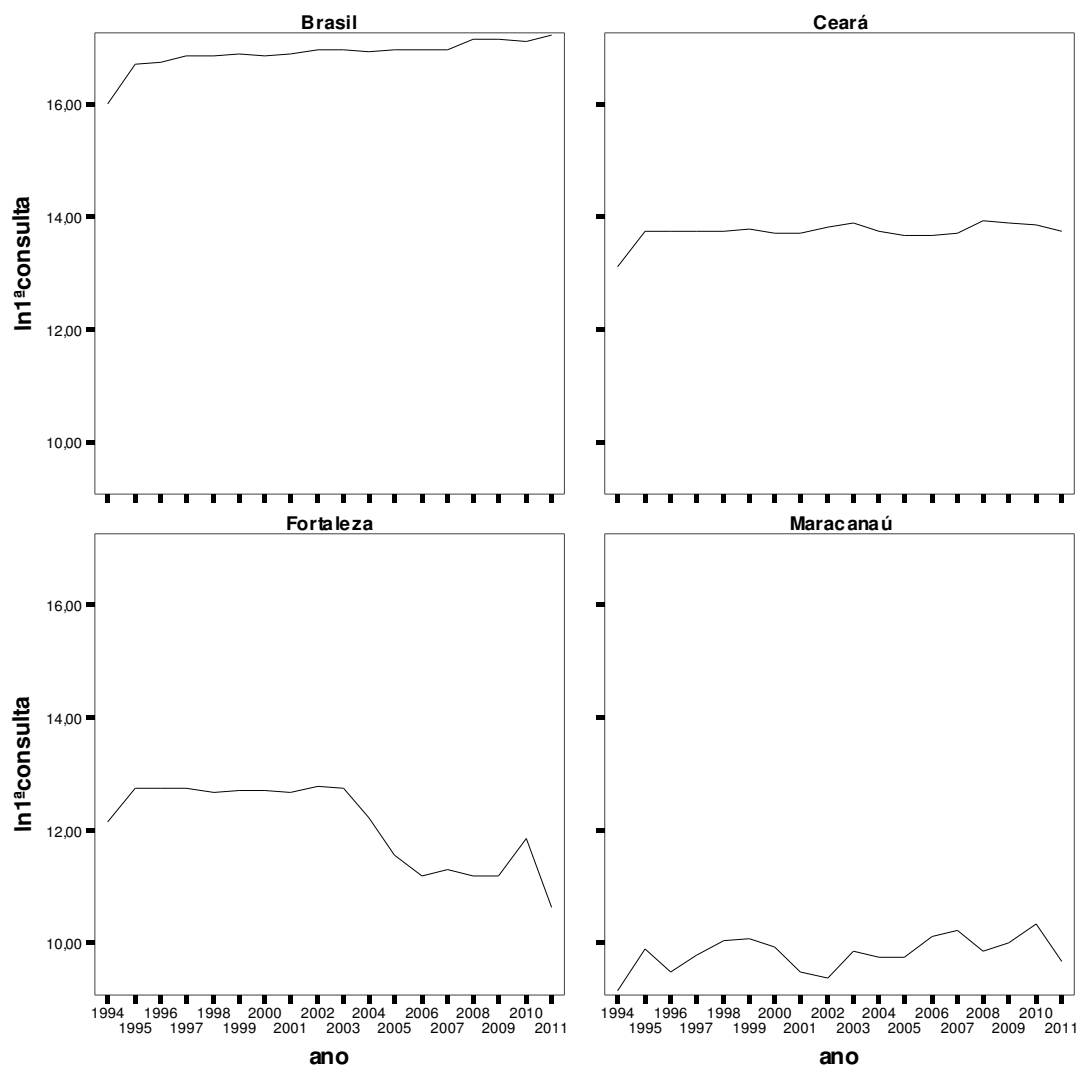


Fonte: Autoria do pesquisador.

Os gráficos supracitados reproduzem a Evolução da Quantidade de Pacientes Atendidos na Primeira Consulta Odontológica, Segundo a Localidade, 2006 a 2011, no Brasil, no Ceará e em Maracanaú.

Seguindo a análise dos Gráficos de 1 a 4, confirmando a Tabela 1, conforme se observa pelos valores de p, houve um crescimento do número de primeira consulta no Brasil ($r = 0,877$; $p < 0,0001$), Ceará ($r = 0,468$; $p = 0,050$) e Maracanaú ($r = 0,453$; $p = 0,05$), sendo esse crescimento mais evidente no Brasil. Houve, entretanto, um decréscimo para o município de Fortaleza ($r = -0,780$; $p < 0,0001$).

Figura 3 – Análise de tendência do número de 1ª consulta, segundo o tempo, Brasil, Ceará, Fortaleza e Maracanaú, 1994-2011.



Conforme os gráficos apresentados na figura 03, observa-se que com relação ao Brasil, Maracanaú acompanhou a tendência no aumento de primeira consulta.

No entanto, comparado ao Estado do Ceará que apresenta, praticamente, uma estabilidade no número de consultas, Maracanaú tem uma tendência descendente. Contudo, com relação ao Município de Fortaleza, apresentou uma leve ascendência com períodos de sazonalidade, chegando em 2011 na descendente em relação aos demais.

4.1.2 Análise do Indicador: Percentual de escovação supervisionada por localidade, 2006 a 2011.

Este indicador estima a proporção de pessoas que poderiam ser beneficiadas pelas ações de escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente, cárie dentária e doença periodontal.

Considerando que, na maioria dos locais, a escovação dental supervisionada é realizada com dentifrício fluoretado, este indicador também permite estimar o acesso ao flúor tópico, o meio mais eficaz de prevenção de doenças bucais, além da oportunidade de consolidar o hábito de escovação. Deve-se assinalar que o foco desse indicador está na expansão do acesso a essa ação e não na frequência com que ela é realizada.

Por isso, situações em que a ação é desenvolvida de forma trimestral, igualam-se àquelas em que a frequência é menor. Segundo a Portaria 95/2006, a frequência (concentração por pessoa) de escovação dental supervisionada direta pode ser semestral, quadrimestral ou trimestral (BRASIL, 2006) e o Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil orienta que não há evidência científica da efetividade dessa ação quando o intervalo é superior a 12 meses, mas “realizá-la numa frequência maior do que quatro vezes por ano não implica ganhos adicionais relevantes no processo educativo, onerando desnecessariamente os recursos alocados à atividade” (BRASIL, 2009, p. 26).

Tabela 2 – Percentual de escovação supervisionada por localidade, 2006 a 2011

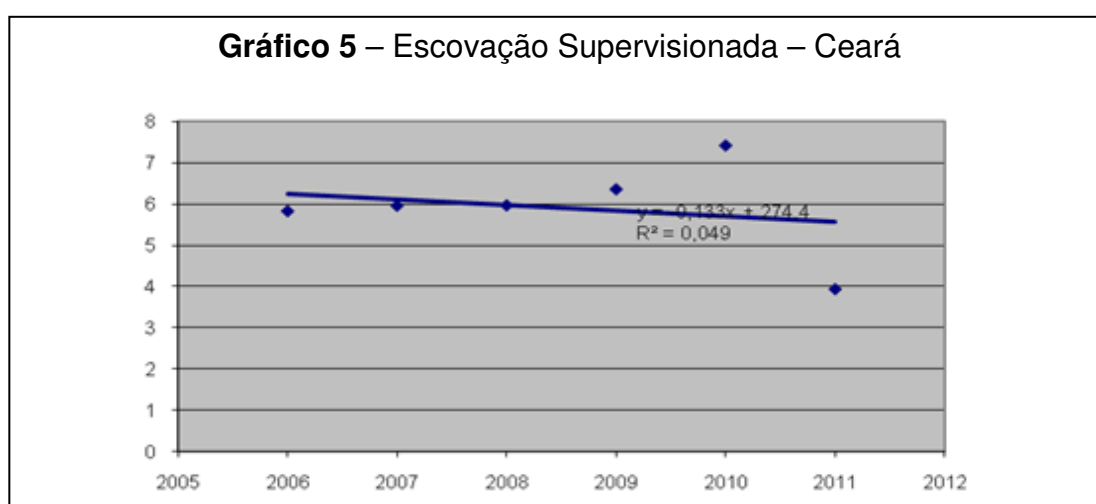
Ano	Ceará	Fortaleza	Maracanaú
2006	5,83	0,54	19,90
2007	5,96	1,27	19,40
2008	5,97	2,36	8,71
2009	6,36	4,39	5,85
2010	7,42	5,69	7,32
2011	3,94	1,72	3,09
Média \pm DP	5,9 \pm 1,1	4,3 \pm 2,4	10,7 \pm 7,1
r =	0,222	0,572	-0,918
β =	-0,134	0,605	-3,519
p =	0,673	0,235	0,010

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

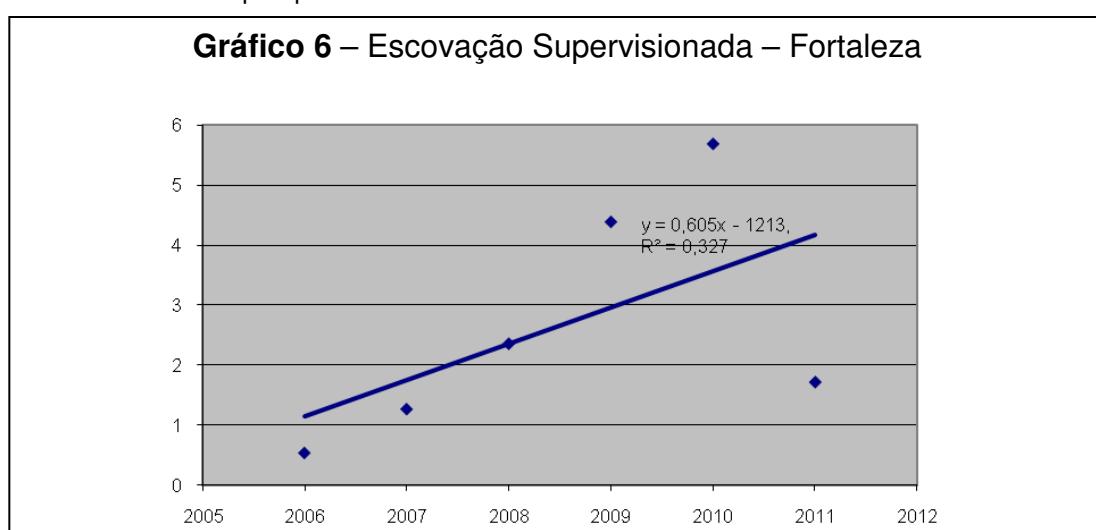
r - Coeficiente de correlação linear de Pearson

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

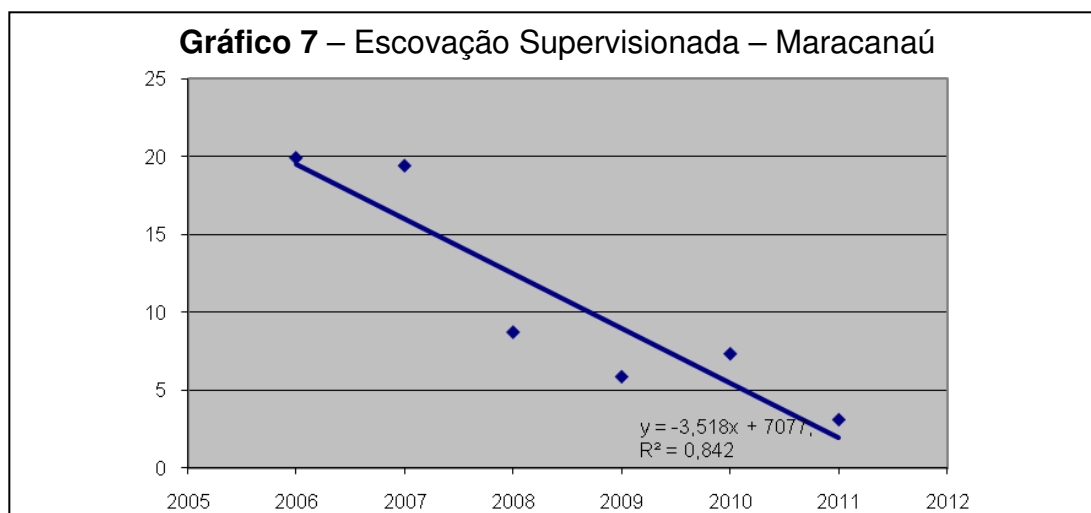
β - Coeficiente de regressão.



Fonte: A autoria do pesquisador



Fonte: A autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador

Seguindo a análise dos Gráficos 5 a 7, confirmando a Tabela 2, observa-se pelos valores do coeficiente de correlação β de Pearson que apenas em Maracanaú houve uma correlação inversamente proporcional entre a cobertura de escovação supervisionada e o período ($r = -0,918$; $p = 0,010$). Pelo valor do coeficiente de regressão r , verificou-se que houve uma diminuição média da cobertura de escovação supervisionada a cada ano ($\beta = -3,519$).

Contudo, considera-se que este indicador, que é um indicador de desempenho, melhora quando seus valores aumentam. De fato, as tabelas 2 e 3 e os gráficos de 5 a 11, mostram uma tendência de aumento neste indicador, principalmente, no Brasil em todos os anos analisados e em Fortaleza e no Ceará até 2010, enquanto que em Maracanaú, entre 2006 e 2010, oscilou bastante, mas sempre na descendente para o ano de 2011, um ano atípico para todos, onde a quantidade de procedimento caiu sensivelmente. Para Maracanaú que passou de 7,32% e 183718 pacientes atendidos, em 2010 para 3,09% e 77541 pacientes atendidos, em 2011, respectivamente, provocando uma queda na média histórica deste município.

Dentre as possíveis causas para queda deste indicador relata-se a subnotificação após seguidos anos de supra notificação causado por erro de interpretação por parte dos profissionais ou até por má fé destes, a retirada dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto pela saúde, alta rotatividade dos profissionais e, como consequência, equipes incompletas ou não cadastradas, ausência de

repasse dos insumos por parte do Ministério da Saúde e dificuldades de aquisição por parte do Município de escovas e pastas dentais para a realização da escovação supervisionada, assim como de outros insumos tanto para as ações coletivas e procedimentos clínicos, ausência do apoio institucional na maioria dos municípios para acompanhamento das equipes e maior exigência por parte dos gestores na ação curativa por parte dos profissionais em detrimento da parte preventiva e especificamente no Município de Fortaleza uma greve com uma extensa duração que causou uma queda em média mais acentuada saindo de 5,69% e 1673542, em 2010 para 1,72% e 506039, em 2011.

Tabela 3 – Quantidade de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação segundo a localidade, 2006 a 2011

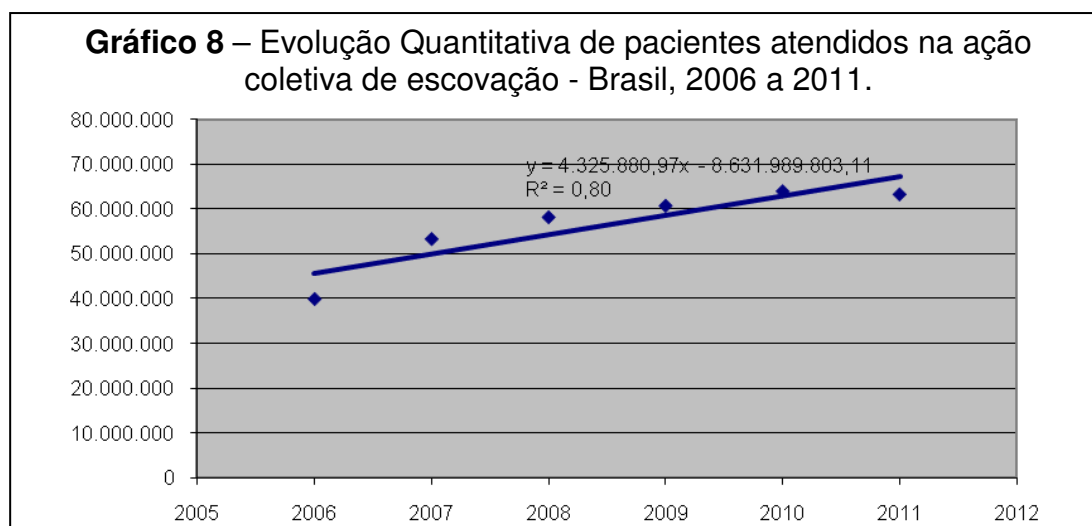
Ano	Brasil	Ceará	Fortaleza	Maracanaú
2006	39884535	3404021	104337	390792
2007	53294562	4414299	339385	424769
2008	58153378	6058277	699214	208935
2009	60705722	6525740	1318883	141681
2010	63956502	7529256	1673542	183718
2011	63258069	3992004	506039	77541
r	0,896	0,421	0,587	-0,904
P	0,016	0,406	0,220	0,013
β	4325881	364350	189447	-67333

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

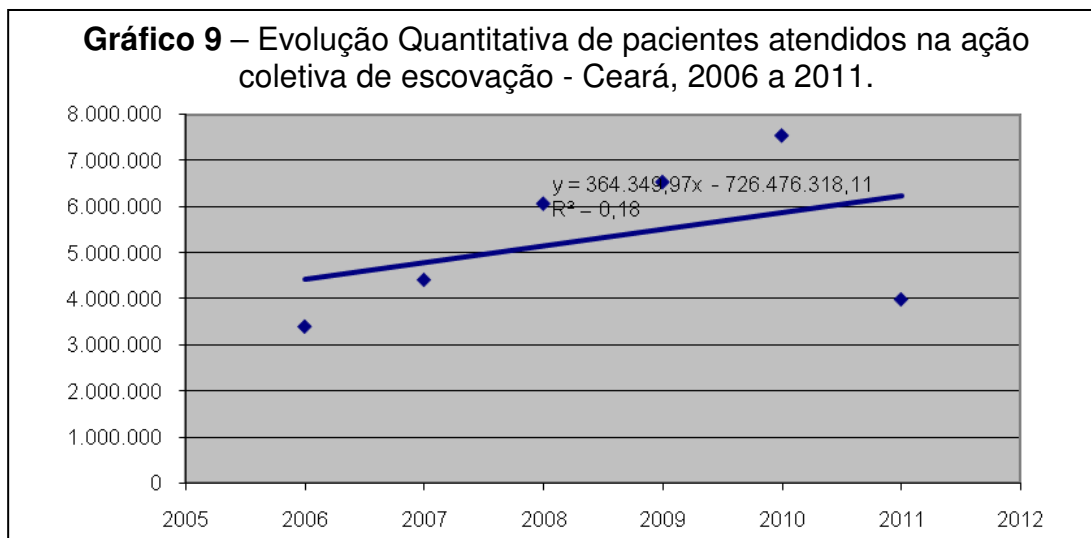
r - Coeficiente de correlação linear de Pearson

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

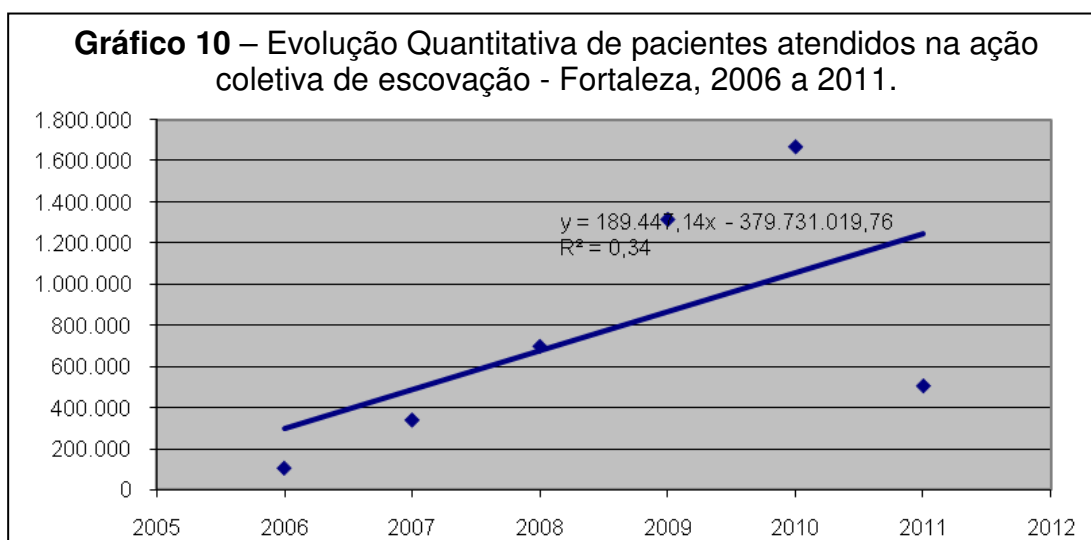
β - Coeficiente de regressão.



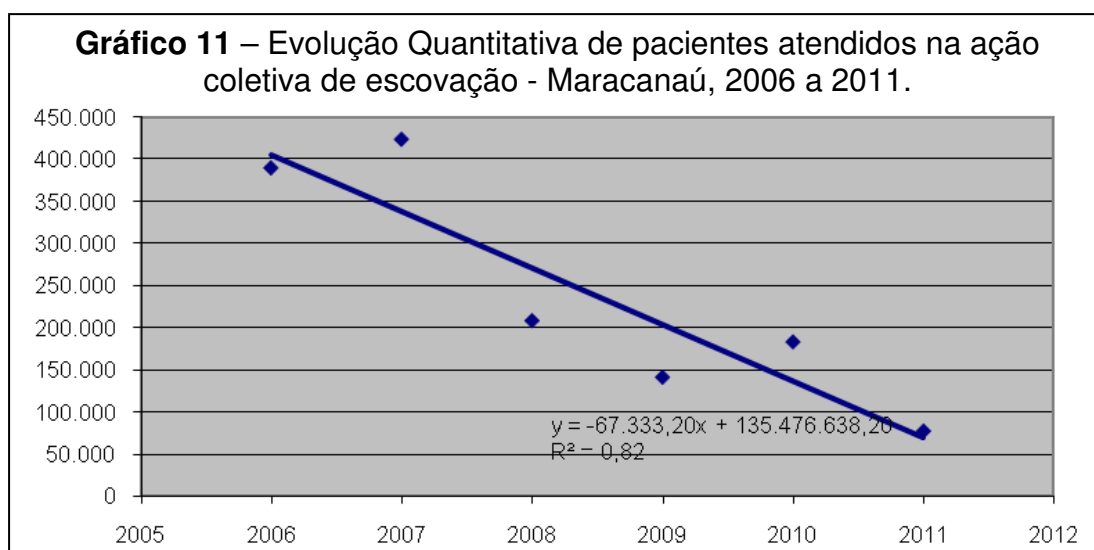
Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador

Seguindo a análise dos Gráficos 8 a 11, confirmando a Tabela 3, observa-se pelos valores de p , que houve um crescimento do número de pacientes atendidos na ação coletiva de escovação no Brasil ($r = 0,896$; $p < 0,016$), e um decréscimo no Ceará ($r = 0,421$; $p = 0,406$), Fortaleza ($r = 0,587$; $p = 0,220$), sendo esse decréscimo mais evidente em Maracanaú ($r = -0,904$; $p = 0,013$).

Houve, portanto, um decréscimo para o município de Maracanaú, diminuição média de pacientes atendidos na escovação supervisionada a cada ano ($\beta = -67333$).

4.1.3 Análise do Indicador: Quantidade de pacientes por atendimento de urgência segundo a localidade, 2006 a 2011.

Este indicador auxiliará no planejamento da Equipe de Saúde Bucal, permitindo que se avalie a demanda de urgência de sua área de abrangência e planeje melhor seu processo de trabalho para acolhimento adequado. A longo prazo, também permitirá avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular.

Considerando que este indicador é de monitoramento, a Tabela 4 e os gráficos de 12 a 15, mostram uma tendência de aumento neste indicador em todos os anos analisados para o Brasil, Ceará e Maracanaú, uma vez que no ano de 2012 estão computados os dados somente até o mês de setembro.

Assim, dentre as possíveis causas que contribuíram para o aumento deste indicador, relata-se a implantação de mais CEO, oferecendo oportunidades de tratamentos especializados, aumento considerável de novas equipes de saúde bucal promovido por um maior incentivo por parte do Ministério da Saúde e a própria criação desde indicador que antes não existia.

Especificamente no Município de Fortaleza, uma greve com extensa duração causou uma queda bastante significativa neste indicador, saindo de 388304 pacientes, em 2010, para 177797, em 2011.

Tabela 4 – Quantidade de pacientes por atendimento de urgência segundo a localidade, 2006 a 2011.

Ano	Brasil	Ceará	Fortaleza	Maracanaú
2008	45608020	3137809	90747	6854
2009	52133409	3148710	265223	6468
2010	59302402	3495397	388304	8770
2011	66732391	3874059	177797	10441
2012 (10/12)	57877900	3151377	7180	8625
r	0,780	0,367	-0,271	0,739
p	0,120	0,543	0,659	0,153
β	3913874	75248	-25456	751

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

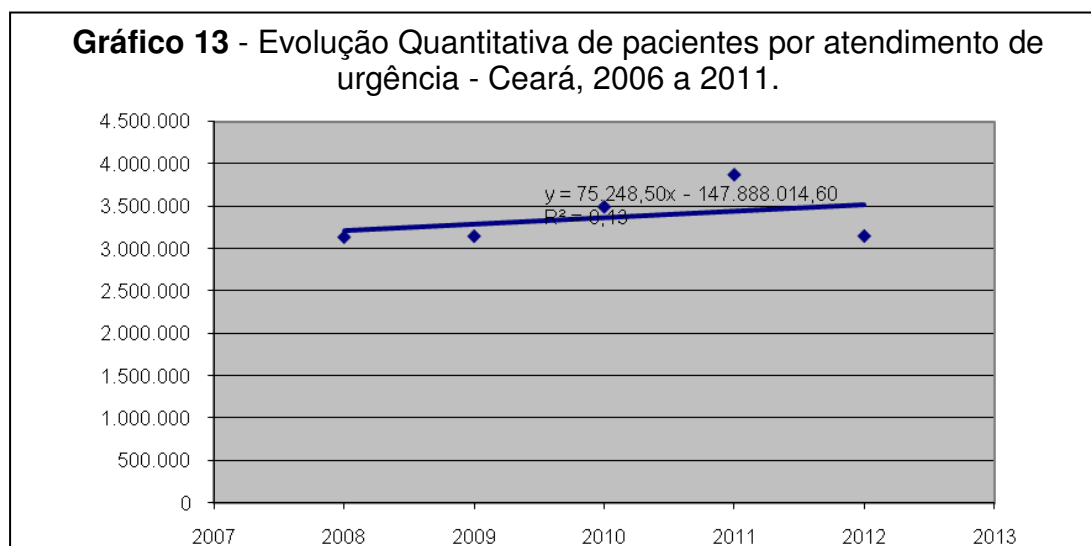
r - Coeficiente de correlação linear de Pearson.

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

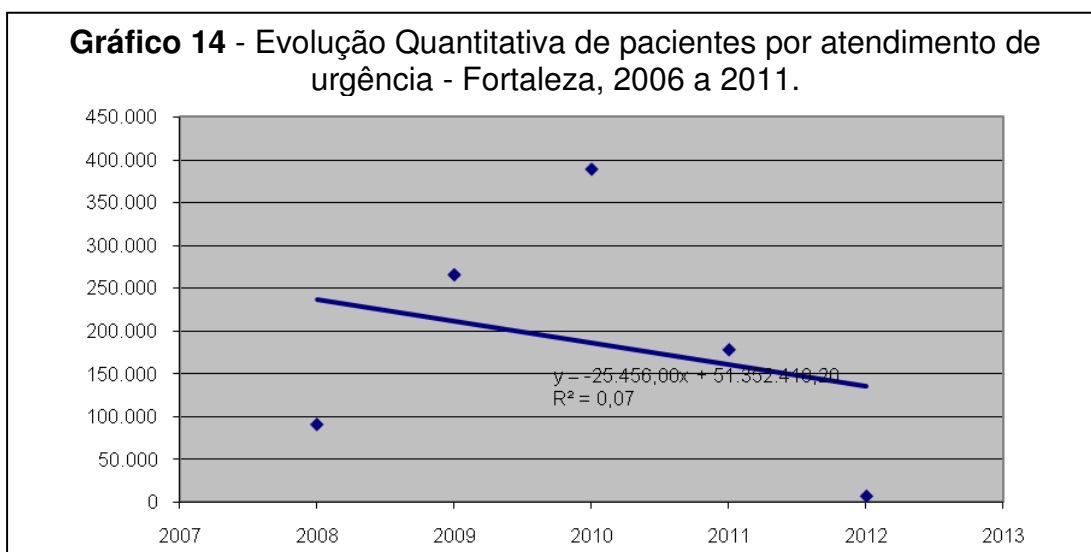
β - Coeficiente de regressão.



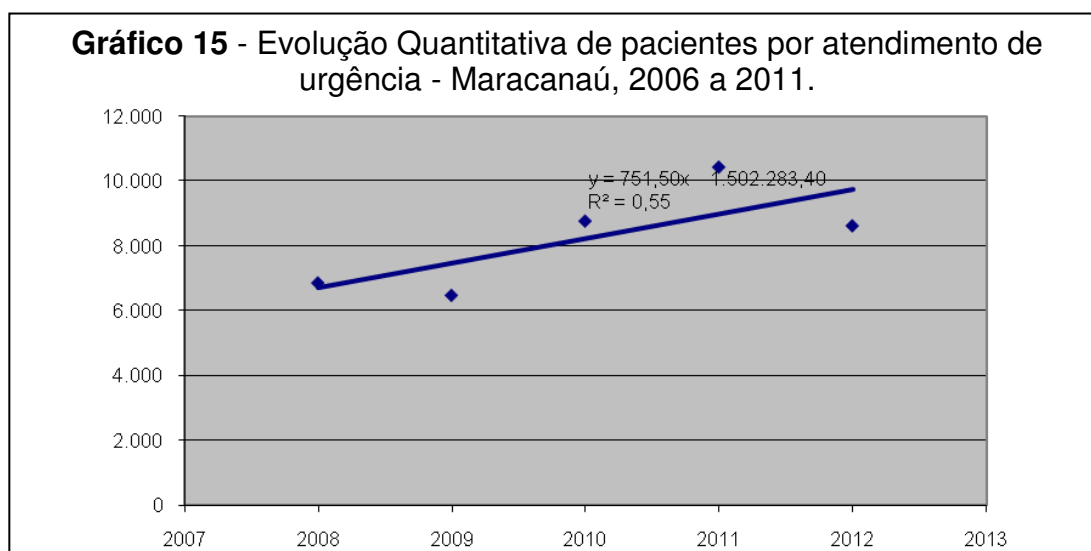
Fonte: A autoria do pesquisador



Fonte: A autoria do pesquisador



Fonte: A autoria do pesquisador



Fonte: A autoria do pesquisador

Seguindo a análise dos Gráficos de 12 a 15, confirmando a Tabela 4, observa-se, pelos valores de β , que houve um crescimento do número de atendimento de urgência em média no Brasil ($\beta = 3913874$), Ceará ($\beta = 75248$) e Maracanaú ($\beta = 751$), sendo esse crescimento mais evidente no Brasil.

Houve, entretanto, um decréscimo significativo para o Município de Fortaleza ($\beta = -25456$). Vale ressaltar que as outras variáveis (r , p) não foram analisadas nesta tabela e mesmo a que está sendo analisada (β) está prejudicada, uma vez que os dados foram consolidados somente até outubro de 2012.

4.1.4 Análise do Indicador: Percentual de População Coberta (PC) por ESB, 2000-2007.

Este indicador analisa o percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família em determinado local e período.

Desta forma, considera-se este indicador como de monitoramento, assim, a tabela 5 e os gráficos de 16 a 18, mostram uma tendência de aumento neste indicador em todos os anos analisados para o Ceará, Fortaleza e, principalmente, Maracanaú.

Os dados demonstram um decréscimo, principalmente, a partir do ano de 2005, sendo as possíveis causas para este resultado a realização e chamada dos aprovados em concurso público para a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a mudança de governo municipal, onde houve uma troca dos profissionais existentes nas equipes e a não fixação dos novatos por um longo período, havendo uma rotatividade muito alta dos mesmos, determinando uma queda, ano a ano, dos salários dos profissionais CD do PSB em Maracanaú.

Tabela 5 – Percentual de população coberta por equipe de saúde bucal, 2000 a 2007.

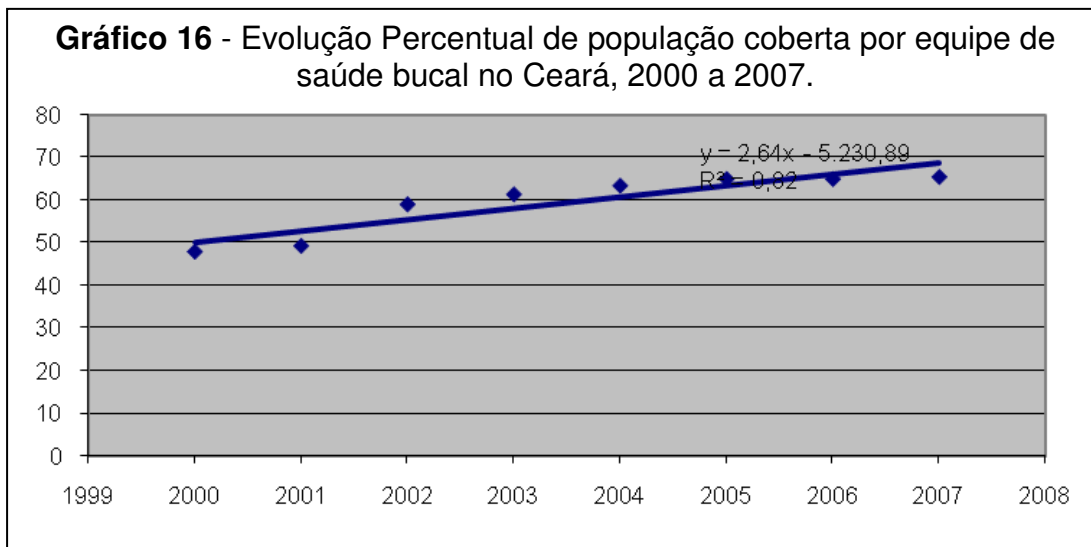
Ano	Ceará	Fortaleza	Maracanaú
2000	47,87	14,63	89,01
2001	49,23	4,02	92,54
2002	59,02	19,17	99,49
2003	61,36	19,08	100,54
2004	63,41	18,17	97,44
2005	64,98	17,51	93,87
2006	64,98	16,92	92,36
2007	65,46	16,92	91,70
Média ±DP	59,5±7,1	15,8±4,9	94,6±4,0
r =	0,907	0,437	-0,014
β =	2,638	0,889	-0,024
p =	0,002	0,278	0,973

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

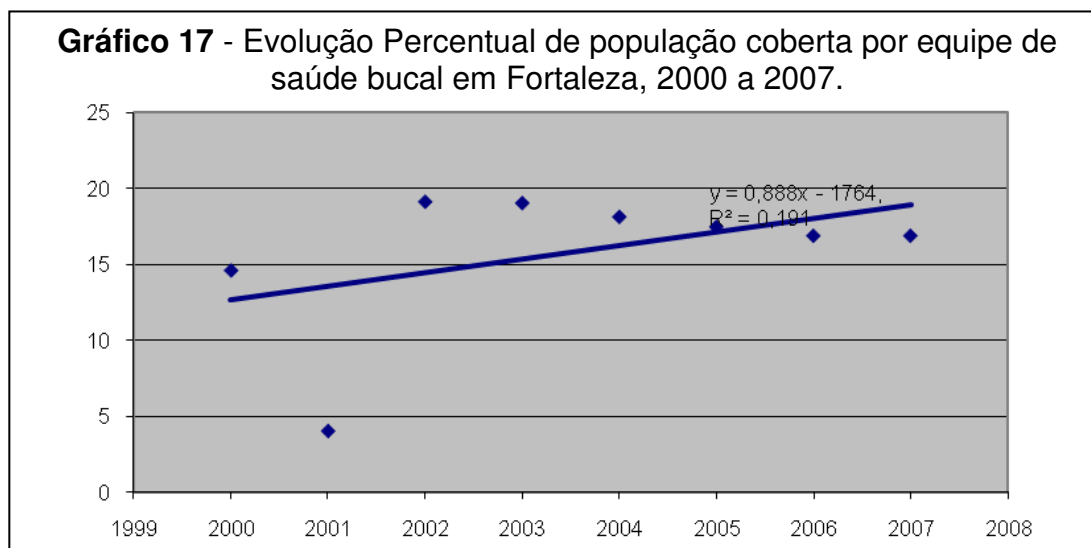
r - Coeficiente de correlação linear de Pearson

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

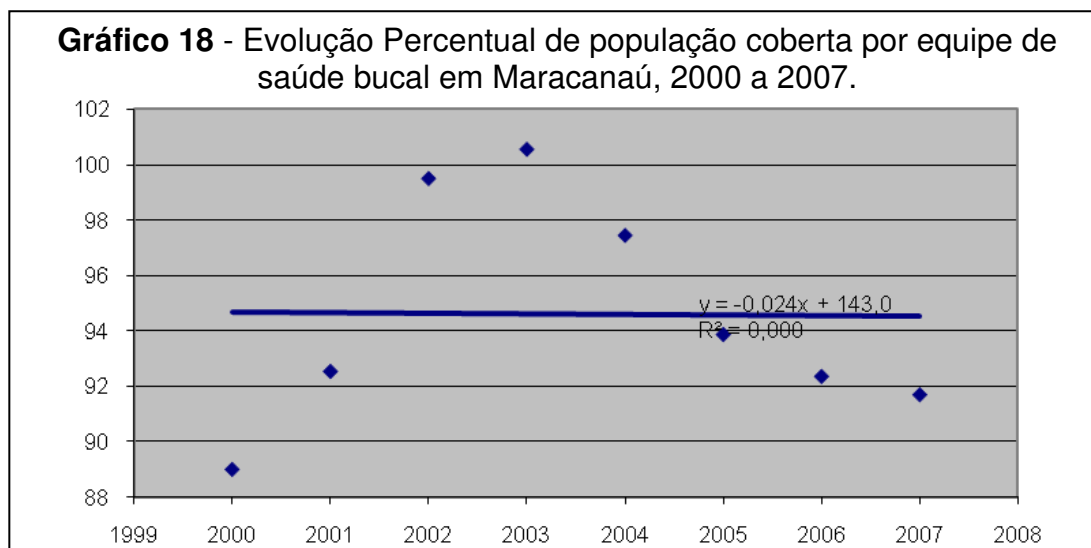
β - Coeficiente de regressão.



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador

Conforme se observa pelos valores do coeficiente de correlação r de Pearson, apenas para o Estado houve correlação entre o percentual de população coberta por equipe de saúde bucal e período ($r = 0,907$; $p = 0,002$). Pelo valor do coeficiente de regressão β , verificou-se que houve um incremento médio do percentual de PC no Estado para cada ano ($\beta = 2,638$).

4.1.5 Análise do Indicador: Percentual de cobertura de equipe por localidade, 2007 a 2011.

Este indicador torna possível avaliar se a saúde bucal na saúde da família constitui-se como estratégia orientadora da reorganização da atenção básica em saúde bucal, contribuindo para o planejamento da implantação de novas equipes.

Assim, tem como parametro cobrir 50% de seu território, considerando uma equipe para 3 mil habitantes. Este indicador é muito ligado ao indicador anterior, uma vez que o percentual da população estimada coberta pelas ações das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família é o mesmo.

Portanto, considera-se que este indicador é de monitoramento. Deste modo, a tabela 6 e os gráficos de 19 a 21, mostram uma tendência de aumento neste indicador em todos os anos analisados para o Ceará e Fortaleza e em Maracanaú demonstra um decréscimo, principalmente, a partir do ano de 2007.

Dentre as possíveis causas para este resultado, destaca-se a realização de concurso público para a Prefeitura Municipal de Fortaleza e chamada dos aprovados, bem como a mudança de governo municipal, onde houve uma troca dos profissionais existentes nas equipes e a não fixação destes novatos por um longo período, havendo também uma alta rotatividade dos mesmos, talvez determinada pela queda, ano a ano, dos salários dos profissionais dentistas do PSB em Maracanaú.

Como este indicador tem como parametro 50% de cobertura e considera uma equipe para 3 mil habitantes, os gestores ficam numa zona de conforto, uma vez que mesmo no ano de menor percentual de cobertura da equipe, neste caso o ano de 2010, o Município apresentou 56,11% de cobertura, sendo, portanto, maior que o parâmetro do Ministério da Saúde.

Tabela 6 – Percentual de cobertura de equipe por localidade, 2007 a 2011.

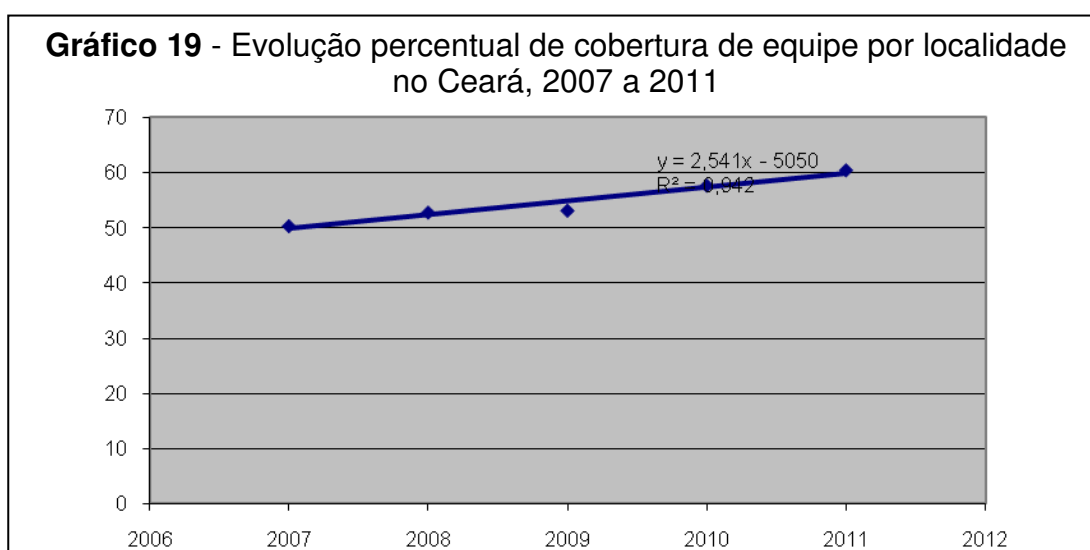
Ano	Ceará	Fortaleza	Maracanaú
2007	50,29	27,50	60,70
2008	52,79	21,26	60,43
2009	53,12	22,99	58,16
2010	57,72	26,17	56,11
2011	60,53	30,81	57,76
Média \pm DP	54,8 \pm 4,1	35,9 \pm 11,2	58,6 \pm 1,9
r =	0,971	0,483	-0,837
β =	2,541	1,117	-1,020
p =	0,006	0,410	0,077

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

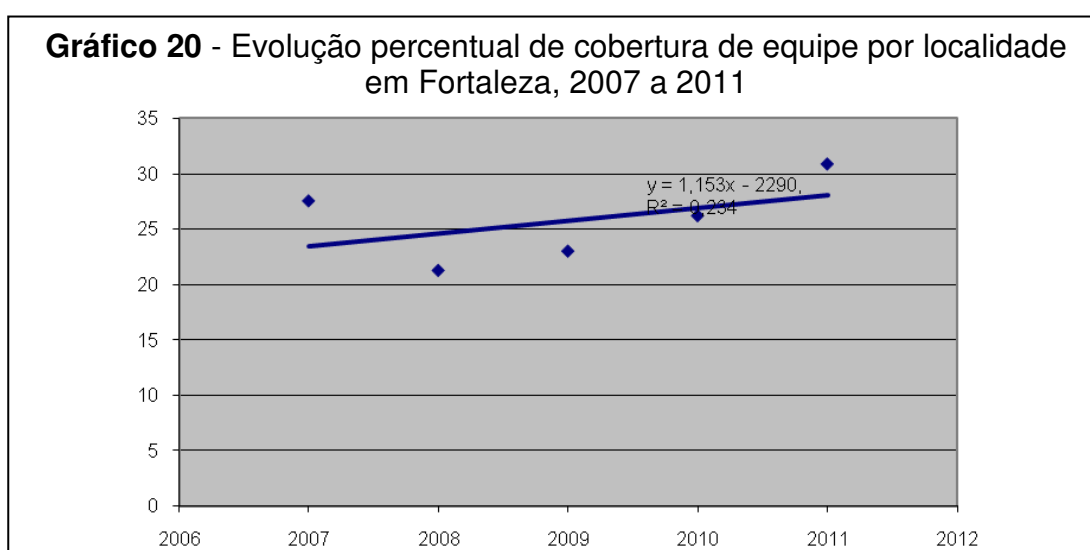
r - Coeficiente de correlação linear de Pearson.

p - Significância estatística; há significância se $p < 0,05$. As células sombreadas têm valores sem significância estatística.

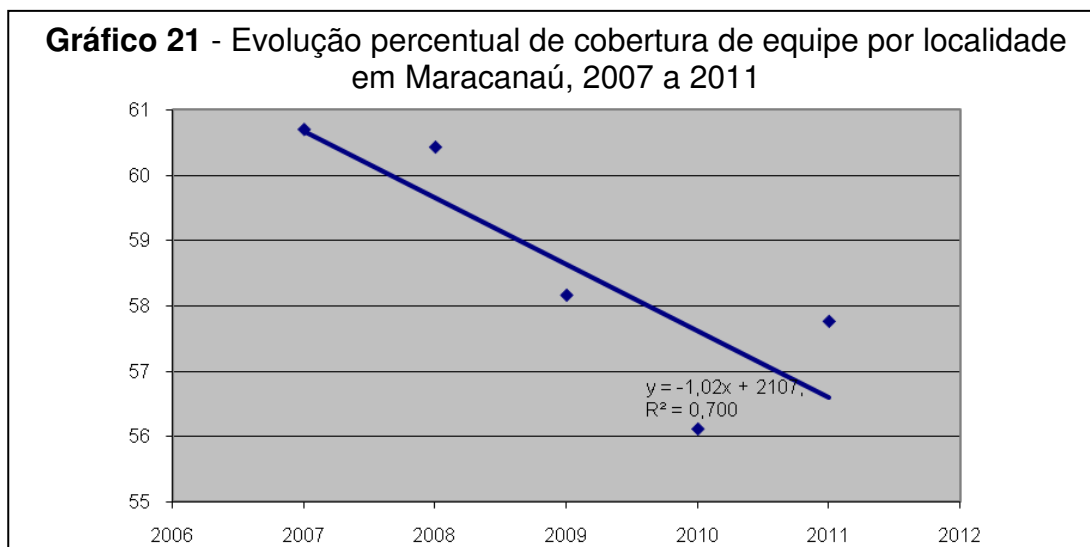
β - Coeficiente de regressão.



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador



Fonte: Autoria do pesquisador

Conforme se observa pelos valores do coeficiente de correlação r de Pearson, apenas para o Estado houve correlação entre o percentual de cobertura de equipe por localidade ($r = 0,971$; $p = 0,006$). Pelo valor do coeficiente de regressão, β , verificou-se que houve um incremento médio do percentual de PC no Estado para cada ano ($\beta = 2,541$). Para Maracanaú houve uma correlação inversamente proporcional entre o percentual de cobertura de equipe por localidade e período ($r = -0,837$; $p = 0,077$). Pelo valor do coeficiente de regressão β , verificou-se que houve uma diminuição média do percentual de cobertura de equipe por localidade a cada ano ($\beta = -1,020$).

4.2 Conclusão do Estudo no Universo Pesquisado

O presente estudo enfrentou o problema de captação dos dados tendo em vista existir uma dificuldade na interpretação, na descrição e registro dos mesmos por parte do governo nas esferas Federal, Estadual e Municipal, principalmente, no que se refere à Saúde Bucal.

Notadamente houve limitações de caráter geral inerentes à avaliação de políticas públicas que também estão presentes neste trabalho. Neste sentido, não há garantias de que os resultados apresentados sirvam, de fato, para mudar o panorama que se apresenta em saúde bucal no município de Maracanaú-Ce. Além do mais, houve um cuidado redobrado para que os resultados encontrados não refletissem apenas números triviais que não atingissem o foco desejado.

De maneira mais particular, deparou-se com limitações no escopo desta pesquisa. A principal delas foi a dificuldade do pesquisador em sozinho dar a ela o necessário caráter multidisciplinar. Procurou-se, então, suprir esta deficiência com a aproximação das outras ciências envolvidas no tema.

Foram considerados nesta pesquisa somente os dados dos entes federativos selecionados, ficando de fora outros municípios que fazem interlocução direta com o município de Maracanaú e que interferem no resultado dos indicadores.

Outro aspecto limitante importante e, com certeza, o mais relevante, é a dificuldade que existe em se coletar dados em saúde em termos mensuráveis. Por isso, a escolha dos indicadores teve como fulcro o equilíbrio entre a representatividade deles e a possível facilidade de sua obtenção, a fim de evitar erros de interpretação dos resultados. Mas o que de fato se constatou foi a total ausência de dados tanto nas esferas Federal quanto nas esferas Estadual e Municipal, principalmente no que concerne a Saúde Bucal.

Na análise da evolução temporal dos três indicadores pesquisados, o resultado geral pode ser considerado bom e, especificamente, para Maracanaú, haja vista constatar-se um número próximo de dois terços das observações que revelaram uma melhora nos indicadores de saúde no período pesquisado. Portanto, há um indicativo de efetiva melhora nas condições de saúde do povo Maracanaense. Contudo, o CPOD ainda é apontado como único indicador utilizado no município e é reafirmada a fragilidade, também nacional, de indicadores de efetividade, eficácia e acesso, dentre outras possibilidades que forneçam base mais sólida para o processo de planejamento e regulação do sistema local de saúde bucal.

Entretanto, em Maracanaú, a inclusão da saúde bucal no PSF aconteceu antes do incentivo financeiro específico começar a ser repassado pelo MS. Naquela época as ações de saúde bucal eram financiadas pelo próprio município.

Assim, as primeiras ESBF/MS só foram cadastradas, aproximadamente, um ano após o lançamento da Portaria nº 1444/MS que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde. Em todo o período estudado a

cobertura das ESB foi insuficiente, desta forma, a proporção ESBF x ESF sempre ficou aquém do possível preconizado pelo MS.

Desta forma, apesar do pioneirismo, mantém-se em Maracanaú um modelo de saúde bucal conceitualmente superado, dificultando o estabelecimento de uma assistência odontológica com base nos princípios da universalidade e da equidade. Persiste um modelo excludente, que impõe um traço conservador e arcaico ao modelo assistencial em saúde bucal, na medida em que as bases de seu planejamento não são pautadas em critérios epidemiológicos e sociais.

Deste modo, o sistema de referência e contra-referência entre atenção primária e atenção secundária mostrou-se incipiente, haja vista que mesmo depois da inauguração do CEO de Maracanaú, os encaminhamentos a tratamento especializados não foram suficientes, tendo em vista a baixa cobertura das ESB no município, fato que obrigou o CEO a realizar procedimentos característicos da atenção básica.

Nesse contexto, o não cumprimento de uma das diretrizes do PSF se dá justamente onde o processo de governabilidade pode ser mais frágil, isto é, na participação popular via controle social. Conclui-se daí que a fragilidade do governo municipal, permeabiliza os mecanismos de democracia direta e controle de suas ações pela comunidade. O legado histórico de baixa experiência democrática serve de argumento para elucidar também o ainda incipiente processo, apesar da norma legal não ser recente, de efetivação de tal poder pelos grupos societários organizados nos movimentos populares.

Há, ainda, uma inequívoca distorção das relações entre os entes federados, ora de submissão, ora de repetição acrítica de normas que também marcaram o período, dificultando, assim, a formação de um núcleo crítico localmente referenciado.

Inclui-se neste raciocínio o reconhecimento do profissional de saúde bucal fazer parte da equipe do PSF, uma vez que emerge da necessidade sanitária acumulada da população, uma dívida histórica real e da demanda consciente, articulada ou espontânea, da própria população, que reivindicava muito a presença

de um profissional CD. Estas foram as principais motivações para a implantação das ESB no PSF de Maracanaú identificadas pelos gestores.

Com relação à quantidade de pacientes atendidos na primeira consulta odontológica, em Maracanaú, observou-se um crescimento irregular entre os anos 2006 e 2011 explicado, provavelmente, pela subnotificação após seguidos anos de supra notificação causado por erro de interpretação por parte dos profissionais, a retirada dos indicadores de Saúde Bucal do Pacto pela saúde, alta rotatividade dos profissionais e como consequência equipes incompletas ou não cadastradas, resistência em trabalhar com demanda organizada, dificultando a primeira consulta e tratamento concluído.

Ademais, o acesso à primeira consulta odontológica não garante atenção integral ao cidadão. Dentre outros fatores importantes destaca-se: reduzida capacidade de oferta de serviços, as limitações financeiras e a interferência política na organização dos serviços.

Quanto à ação de promoção e prevenção em saúde bucal – ação coletiva de escovação supervisionada – destaca-se a tendência decrescente em propiciar tecnologias leves de fomento ao autocuidado dos cidadãos, revelando uma provável hegemonia e/ou resistência na organização das redes assistências e dos trabalhadores em atuar em consonância com o novo modelo tecnoassistencial proposto pela Reforma Sanitária Brasileira, centrado no bem estar do cidadão e em sua qualidade de vida. Outrossim, os dados demonstram práticas centradas na assistência individual ambulatorial, priorizando insumos do complexo industrial biomédico.

Comparando-se os dados relativos à cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal e os atendimentos de urgência, entre 2008 e 2012, percebe-se uma incoerência quantitativa em indicadores que normalmente deveriam ser diretamente proporcionais.

Mesmo não sendo foco do presente estudo, outras variáveis devem ser consideradas numa análise qualitativa, como: a formação profissional do cirurgião-dentista e o uso das técnicas de educação popular, como elementos de transformação do processo de trabalho em saúde bucal, e contribuição efetiva para

a implementação de um modelo assistencial com base no conceito de promoção de saúde.

Por outro lado, os secretários de saúde fazem contextualizações que sinalizam para a dimensão das condições sócio-econômicas do município como definidoras da implantação de ações de saúde, de maior ou de menor abrangência, indicando, sobretudo, uma impossibilidade municipal de desenvolver as ações de saúde bucal sem um forte apoio financeiro do nível federal de governo, quando há uma sinalização pelos Programas Brasil Sorridente, Brasil sem Miséria, dentre outros.

Portanto, fica evidenciada a dificuldade emanada no processo de municipalização da saúde no Brasil, sobretudo na multiplicidade de municípios que, muitas vezes, pelas características arrecadatórias e produtivas, dependem quase que exclusivamente de transferências do nível federal. O processo de responsabilização dos municípios não foi acompanhado do necessário aporte de recursos tecnológicos, físicos, formacionais e financeiros, sendo assim um processo aberto e em construção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se por meio da produção acadêmica e dos documentos dos órgãos oficiais dos governos que o SUS, como o maior projeto do movimento sanitário brasileiro, vem assumindo o desafio para se efetivar como Política de Estado alicerçado em três pontos fundamentais: 1) a universalização da assistência; 2) o controle social; e 3) a normatização técnica das alocações financeiras.

No entanto, é possível perceber que apenas os dois primeiros pontos podem ser considerados como avanços de maior consistência. A universalização da assistência é perceptível através do acesso proporcionado à clientela não previdenciária junto a hospitais e ambulatórios do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou conveniados e da recente ampliação das redes assistenciais municipais de saúde.

Com relação à prática odontológica, até o século passado, o eixo principal de atuação era voltado para o setor privado. De fato, as políticas públicas de saúde bucal que privilegiaram a prática individual foram incipientes, excludentes, com foco na cárie dental, limitando-se ao atendimento de crianças e adolescentes de 6 a 14 anos nas escolas públicas.

Esse modelo, focalizado de alto custo, pouca resolutividade e baixa efetividade, revelou indicadores desfavoráveis no último Inquérito Epidemiológico Nacional, no ano de 2010, sobre os problemas de saúde bucal. Alguns explicitaram revelações preocupantes.

Entre os brasileiros com idade na faixa de 40 e 44 anos, apenas 30% dos dentes estão sadios e que a proporção de edêntulos aumenta com a idade. Destaca-se o fato da necessidade de prótese total aumentar, aproximadamente, de 10% nas pessoas entre 20 a 24 anos para 80% entre 60 a 64 anos e até 98% no grupo de 75 a 79 anos.

Os problemas periodontais também estão presentes em todas as faixas etárias de 72% no grupo de 15 a 19 anos e até 90% no grupo de 45 a 49 anos. Um dado revelador é preocupante: entre os adolescentes, 14% nunca foram ao dentista

e a porcentagem de pessoas relatando uma situação de saúde bucal em péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, respectivamente.

A dificuldade mastigatória (regular/ruim/péssima) naquelas faixas etárias foi, respectivamente, 22,8%, 43,8% e 47,8%. Estes índices reforçam a necessidade de se enfatizar as ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos situada no primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Um modelo, até então, puramente assistencial e a falta de uma política de saúde bucal inclusiva, sendo também, produto do modelo formador, somente poderia resultar nos dados apresentados pelos PNAD, Projeto SB Brasil 2003 e (IBGE 2005), caracterizando a exclusão e mutilação produzidas pela prática odontológica, demonstrando que o modelo biomédico assistencial vigente ainda se constitui no saber hegemônico.

Buscando atender estas necessidades e reorientar as práticas odontológicas a partir de um conceito ampliado de saúde, em março de 2004, o governo implementou o Programa Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, que tem nas Equipes de Saúde Bucal, da Estratégia de Saúde da Família e a expectativa de um modelo de atenção primária o foco nos conceitos de vigilância a saúde, priorizando ações de controle epidemiológico da doença, uso de tecnologias preventivas modernas, mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole em ações de caráter preventivo e de promoção a saúde, entendendo que é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

Nesse sentido, o Brasil Sorridente é o resultado da incorporação das Equipes de Saúde Bucal da Família na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas para o atendimento a média e alta complexidade.

De certo, a Estratégia de Saúde da Família é vista como proposta ousada, exigindo mudanças substanciais nos modelos de atenção, haja vista o aumento no número de ESBF em curto espaço de tempo.

A inserção da Saúde Bucal na ESF se constitui em um novo espaço que exige práticas e relações a serem construídas e uma reorientação do processo de trabalho da saúde bucal no âmbito dos serviços na medida em que, segundo as diretrizes do MS, as ESBF devem atender às demandas da população com ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

Desta forma, sugere-se algumas recomendações que pretendem funcionar como alternativas para a construção de sistemas locais de saúde bucal mais consistentes e resolutivos, direcionadas aos seguintes grupos: administradores dos serviços de saúde, aos trabalhadores em saúde bucal, às universidades e aos pesquisadores do objeto estudado:

É necessário o imediato aumento da cobertura em saúde bucal, tanto em assistência, como em atenção, a fim de superar o atraso histórico que os referidos serviços foram alvo, representadas muito claramente no enorme acúmulo de necessidades da população. Na prática, o aumento recomendado deve traduzir-se, de imediato, numa equiparação das ESBF com as ESF.

É urgente a implantação de um processo de definição e construção de políticas em saúde bucal, localmente suportadas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e nas definições teórico-práticas do PSF. Não é possível, apenas, ajustar o município à aplicação linear de normas nacionais.

Necessita-se da instalação de um processo de educação permanente para os profissionais do SUS, em todos os níveis de educação formal, derivando daí a criação de uma escola municipal de saúde pública.

Recomenda-se aos profissionais a organização em torno das entidades representativas e/ou a construção de núcleos organizativos locais para realizar reflexões, discussões e enfrentamentos dos problemas próprios da saúde bucal, de forma coletiva.

Promover o desenvolvimento de pesquisas que avaliem o impacto das políticas de saúde bucal, nas dimensões qualitativas e quantitativas, bem como a formulação de novos indicadores pertinentes ao tema.

Dada a histórica centralidade da saúde bucal na assistência individual, impõe-se um esforço atual de construir todo um conjunto de protocolos, eixos de prioridades e financiamentos, a serem destinados para a saúde bucal coletiva.

Que às universidades aumentem o número de cursos de formação pós-graduada em saúde bucal coletiva, a criação de Residências em saúde bucal coletiva ou a inclusão da Odontologia em Residências multiprofissionais e como iniciativa urgente, a inclusão ou o aumento de carga horária nas disciplinas ou estratégias no SUS, urbano e rural, referentes aos temas de saúde bucal coletiva na Graduação.

Cabe ao Ministério da Saúde Implantar processo regular de monitoramento e avaliação principalmente dos registros dos dados produzidos por todos os entes federativos e a sua exposição em uma base confiável e de fácil acesso para servir de base para o planejar das ações em saúde, ofertar ações de Educação Permanente, estimular e promover o intercâmbio e experiências entre os diversos municípios, Instituir mecanismos de apoio institucional aos municípios participantes e promover a calibração, monitoramento e avaliação dos indicadores de Saúde Bucal. Portanto, deveria haver uma publicização deste papel tão importante do Ministério da Saúde.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para ampliar o debate acerca das políticas públicas de saúde no Brasil e servir de ponto de partida para outros que possam responder às perguntas suscitadas no seu texto, como forma de, com outros olhares - aqui invocando a intersectorialidade – contribuir para o bem-estar social do povo brasileiro como um todo e, em particular, das classes menos favorecidas.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALA-HARJA, M.; HEGALSON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do Serviço Público**, ano 51, n. 4, out./dez. 2000.

ALMA-ATA Declaração de Alma-Ata. Ver. **Promoção da saúde**. Brasília, v.1, n.1,p. 35-6, ago/out, 1999.

AMORIM, Maria Salete Souza de; REOLON, Rodrigo. Gestão Governamental e Políticas Públicas Locais. **Revista Debates**, Porto Alegre, v.3, n.1, p. 126-140, jan.-jun. 2009.

ANDRADE, F. **O programa de saúde da família no Ceará**: Uma Análise de sua Estrutura. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda, 1998.

ANDRADE, Luis Aureliano Gama de. **Políticas públicas**: avaliar é mais que preciso! Espaço Público, set. 2008. Disponível em: <www.espacopublico.blog.br/?page_id=17>. Acesso em: 17 out. 2012.

ARRETCHE, Marta. **Avaliação de políticas públicas é objeto de Pesquisa**. Comciência, SBPC/Labjor, out 2002.

ASSIS, M.M.A. **A municipalização da saúde em Feira de Santana - BA**: intenção ou realidade? Ribeirão Preto, SP: 1994. 210p. Dissertação (mestrado em Enfermagem de Saúde Pública) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARREIRA, M. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo; Lisboa: Veras Editora – Cpihts, 2002.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor de; SOUSA, Luzia Costa de. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**: uma experiência em educação profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleções Questões da Nossa Época).

BLEICHER, L. **Fluoretação das águas de abastecimento público no Ceará**. Fortaleza, 2000: 109p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em saúde pública). Universidade Estadual do Ceará.

BOTAZZO, C. **Saúde bucal coletiva**:um conceito em permanente construção. São Paulo, 1991.

BOTAZZO, C. **A saúde bucal nas praticas coletivas de saúde**. São Paulo: EDIS. 1994. 66p. (Tendência e Perspectivas em Saúde, 1).

BRASIL. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde (NOB/SUS – 96)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 06 nov 1996.

_____. **Portaria 267**. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do programa saúde da família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, p. 67, 07 mar. 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 34p.

_____. **Emenda constitucional nº 29**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, n.178, p.1-2, 14 set 2000. Seção 1-E.

_____. **Portaria 1.444**. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, n. 250, p, 85, 29 dez 2000. Seção 1-E.

_____. R. **O conselho municipal de saúde de Baturité**: participação popular e controle social. 1997. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia Para Representação do Modelo Assistencial**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria na qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Manual Instrutivo, s/d. Disponível em: <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/guiatrabalhador/TrabESF/artigos/pmaq_manual_instrutivo_anexo.pdf> Acesso em: 14 dez 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf> Acesso em: 12 dez 2012.

CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal. 2009. **CEO-Programa Brasil Sorridente**. Disponível em: <<http://www.camaragibe.pe.gov.br/saude/ceo-programa-brasilsorridente.html>>. Acesso em: 26 set 2012.

CEARÁ, Secretaria Estadual da Saúde. **Diretrizes de reorganização da atenção e os serviços do sistema único de saúde do Estado do Ceara**. Fortaleza, 1998.

COELHO, V.M.C. **Política e gastos em saúde: o caso do Ceará no período 1987/95**: Fortaleza, 1997: 129p; Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceara.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Norte de Minas ganha novo centro de especialidades odontológicas**. Disponível em: <cfo.org.br/.../norte-deminas-ganha-novo-centro-de-especialidades-odontologicas>. Acesso em: 17 dez 2012.

CORDÓN, J.A, GARRAFA, V. **Prevenção versus preventivismo**. Divulgação em saúde para debate. Londrina, PN, n. 6, p.10-16, out 1991.

COTTA,R.M.N,MENDES, F., MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas de saúde**: do imaginário ao real. Viçosa, MG: UFV, 1998. 148p.

_____. **Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em saúde coletiva**. Ação Coletiva, Brasília. v.1, n.1, p. 7-26, jan/mar 1998.

DOMINGUEZ, B. **Programa de saúde da família**: como fazer. Minas Gerais: Copyright, 1999.

GEISLER, Eliezer. **The metrics of science and technology**. Connecticut: Quorum, 2000.

GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ; Secretaria de Saúde de Maracanaú. **Plano Municipal de Saúde**. 1997 (mimeo).

HOLANDA, Antonio Nilson Craveiro. Avaliação de políticas públicas: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. In: **Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Panamá, 8. p. 28-31, out. 2003.

_____. **Avaliação de programas (conceitos básicos sobre avaliação “ex-post”)**. Rio de Janeiro; São Paulo; Fortaleza: ABC Editora, 2006.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 353.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Populacional**, 2002.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Formulação e avaliação de políticas públicas: conceitos, técnicas e indicadores. In: **Seminário de políticas culturais**: reflexões e ações, 4. Rio de Janeiro, 23-25, nov 2009.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LIMA, Humberto Sérgio Costa. **Por uma política de saúde bucal**. Revista. Esp. Acad, 2004.

MARCENES, W., BONECKER. Aspectos epidemiológicos e sócias das doenças bucais, In: BUIISHI, Y. P (org). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. SÃO Paulo: ARTES Médicas, 2000 (Série EAP/APCD, v.22), p. 73-98.

MARTINS FILHO, M. T. **Políticas públicas de saúde bucal no Estado do Ceará**: 1964 a 1998. Fortaleza: 2001. 106p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Publica). Universidade Estadual do Ceará.

MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 216p.

MELO, M. As sete vidas da agenda pública brasileira. *In*: RICO, E. (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

MENDES, E. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC. 1998. 359p.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas de Saúde).

_____. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo :HUCITEC – Humanismo Ciência e Tecnologia. 1994. 108p.

NITERÓI, Fundação Municipal de Saúde. **Implantação do médico da família em Niterói**, 1995.

NUTO, S. A. S. **Avaliação cultural do serviço de saúde bucal de Beberibe-CE**: a vez e a voz do usuário. Fortaleza: 1999. 109p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia) Universidade Federal do Ceará.

ODONTOSITES - **Odontologia em um clique**. Brasil Sorridente. (2009). Disponível em:< <http://www.odontosites.com.br>>. Acesso em: 29 out 2012.

OLIVEIRA, A. G. R. C; ARCIERI, R. M; UFNER, B; COSTA, I. C.C; MORAES, E; SALIBA, N. A. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil**: tendências e perspectivas. Ver. Ação Coletiva, Brasília, v.2, n.1, p.9-14, jan/mar 1999.

ORDONEZ, C. O plano médico de família. **Saúde para todos**, v. 3, n. 6, p. 24-32, 1995.

PAULA, L. de. Marco teórico sobre avaliação e monitoramento. *In*: **VI Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública**. Buenos Aires, 5-9, nov 2001.

PERES, M. A. A. **A saúde bucal em um sistema local de saúde**: estudo de caso - Município de Itapatinga, MG, Brasil, 1989/1994. São Paulo: 1995. 184p. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

PINTO, Anibal Araújo. **O processo de implantação das equipes de saúde bucal na atenção primária: o caso do programa saúde da família em Maranguape, Ceará.** Dissertação. Universidade Estadual do Ceará. 2006.

PINTO, Vitor Gomes. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. *In*: KRIGER, L. (Org). **Promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas. 1997. p. 27-41.

PUGIN, Simone Rossi. **Principais marcos das mudanças internacionais no setor saúde (1974 – 1996).** São Paulo:CEDEC . 1996.

RIPSA, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SAMPAIO, J. **Hospital psiquiátrico no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública “Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues” 1994. v. 10.

SAMPAIO, J.; BORSOI, I.; RUIZ, E. **Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shore/offshore) no Ceará.** Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SAMPAIO, J.; SANTOS A. dos; SILVA, A. da. Periodização da História do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. **Revista Humanidade e Ciências Sociais**, Universidade Estadual do Ceará, v. 3, n. 2, p. 63-71, jul./dez. 2001.

SEPULVEDA GUTIERREZ, B.; MENDES HERNANDEZ, L. *Programa Para La Implantation Del Nucco Sistema Médico Familiar.* **Rev. Med. IMSS**, México, v. 31, n. 516, p. 407- 410, 1992.

SOUZA, Djalmo Sanzi. **A saúde bucal no sistema único de saúde.** Divulgação em saúde para debate, Londrina, PN, n.6, p .4-9, out.1991.

SOUSA, M. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

TEIXEIRTA, S. F.(org). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** 2 .ed. Rio de Janeiro/São Paulo : ABRASCO/CORTEZ .1995. 232p

TRIVINÕS, A. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. 167p.

VIANA, Ana Luiza D'ávilla. **As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas.** s.n.t, 1998. 16p.

WERNECK, M. A. F; FERREIRA, R. C. Tecnologia em saúde bucal. *In*: PINTO, Vitor Gomes (Org). **Saúde bucal coletiva.** 4. Ed São Paulo: Santos, 2000. p. 277-291.

WORLD HEALTH ORGANIZACION. *Marking Medical Practice And Education More Relevant To Peoples Needs; The Contribution Of The Family Doctor.*In: **WHO WONCA Conference**, Ontário, 1994. 98 p.

_____. **Primary health care**. Geneve: World Health Organization, 1978.

ZANETTI, C. H; LIMA, M. A; U; RAMOS, L; COSTA, M. A. B. T. **Em busca de uma programação local em saúde bucal mais resolutiva no SUS**. Divulgação em saúde para debate, Londrina, PN, n.13, p.18-35, jul 1996.

7 ANEXOS

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

A alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável	_____
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

Relatório PMA2-C	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO □□□□□□□□	SEGMENTO □□	UNIDADE □□□□ □□□	ÁREA □□□□	MÊS □□	ANO □□□□
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO		
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada	
	Demanda Imediata	
	Cuidado Continuado	
	Urgência com Observação	
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool	
	Usuário de drogas	
	Saúde Mental	
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática	
	Escovação Dental Supervisionada	
	Tratamento Concluído	
	Urgência	
	Atendimento a gestantes	
	Instalações de próteses dentárias	
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal	
MARCADOR DE SAÚDE BUCAL		
Diagnóstico de alteração na mucosa		