OS DIZERES DA BOCA EM CURITIBA

BOCA MALDITA, BOQUEIRÃO, BOCAS SAUDÁVEIS

Antonio Dercy Silveira Filho
Luciano Ducci
Mariângela Galvão Simão
Samuel Jorge Moysés
Sylvio Palermo Gevaerd
Organizadores

OS DIZERES DA BOCA EM CURITIBA

BOCA MALDITA, BOQUEIRÃO, BOCAS SAUDÁVEIS

Rio de Janeiro
2002

Copyright © 2002 by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Secretarial Municipal da Saúde de Curitiba
Proibida a reprodução total ou parcial.
Os infratores serão processados na forma da Lei.

Publicação realizada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em Co-edição com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR).

COORDENADOR EDITORIAL
Samuel Jorge Moysés

ORGANIZADORES
Luciano Ducci, Maria Alice Pedotti, Mariângela Galvão Simão & Samuel Jorge Moysés

RESPONSÁVEIS PELA EDIÇÃO
Ana Cláudia Gomes Guedes & Sarah Escorel.

REVISÃO DE TEXTO
Os artigos deste livro foram revisados pelos organizadores

CAPA, DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
Adriana Carvalho & Carlos Fernando Reis da Costa

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
Armazém das Letras – Rio de Janeiro

TIRAGEM
2.000 exemplares

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CGC 48.113.732/0001-14 Inscrição Estadual: Isento
Diretoria Nacional: Av. Brasil, 4036 – Sala 1010 – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21040-361
Fone: (021) 96957663, 5909122 ramal 240 Fax.: (021) 590-9122 ramal 241
home-page – http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html, e-mail: cebes@ensp.fiocruz.br

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Av. Sete de Setembro, 3497 – Curitiba – Pr – CEP: 80230-010
Fone: (XX) 41 322 4222
e-mail: sms@secretaria.curitiba.pr.gov.br

Sumário

PREFÁCIO 7

ARTIGOS

1. Primórdios da Odontologia no Serviço Público Municipal de Curitiba 11
2. A Superação do Sistema Incremental de Atenção a Escolares em Curitiba 17
3. A Construção da Odontologia Integral 27
4. A Saúde Bucal nos Sistemas Locais de Saúde 37
5. A Formação e Desenvolvimento da Equipe de Saúde Bucal 45
6. Gestão Multiprofisional no SUS Municipal: uma visão da linha de frente 57
7. A Constituição do Campo da Epidemiologia e do Núcleo da Epidemiologia Bucal em Curitiba 63
8. Odontologia e Saúde Ambiental 85
9. Gestão Local em Saúde Bucal 97
10. O Monitoramento da Informação na Saúde Bucal 109
11. Programas Especiais na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba 123
12. A Atenção Especializada em Saúde Bucal na Secretaria Municipal da Saúde 129
13. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca 133
14. Organizando a Atenção Básica em Saúde Bucal com a Lógica do PSF 163

REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS 181

POSFÁCIO 197

PREFÁCIO

Recém formado e estagiário da disciplina de Higiene e Odontologia Legal, da Universidade Federal do Paraná, conheci o Serviço de Odontologia Sanitária da Prefeitura Municipal de Curitiba, no final da década de 60. Instalado no décimo andar de um prédio da rua 15 de Novembro, em frente ao Alvoradinha, tradicional ponto de encontro de políticos e intelectuais da cidade, o Serviço de Odontologia Sanitária começava a ensaiar seus primeiros passos.

Foi com o engenheiro Edgard Zardo, então diretor do Departamento de Saúde e Bem Estar Social, que tive a primeira conversa sobre os planos da Prefeitura para o serviço que começava a ser implantado. Edgard Zardo era um entusiasta pela Saúde Pública e dedicava especial atenção a Educação em Saúde. Durante muitos anos, elaborou edições dos livretos 'Nós e a Saúde', que definia como "um mínimo essencial de educação sanitária", trabalhando a questão de maneira ampla, incluindo um bem ilustrado capítulo sobre os dentes e a cárie dentária.

'Nós e a Saúde' parece ter influenciado de maneira positiva os dirigentes que se seguiram, pois a Educação em Saúde sempre mereceu destaque nos programas de saúde bucal da Prefeitura de Curitiba. Ao longo dos anos, excelente material educativo, com refinada apresentação gráfica, passou a ser produzido, ficando como uma marca do serviço.

A forte influência sespiana (Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública), com o seu programa incremental, marcou os primeiros anos do serviço. A implantação de clínicas nos ambientes escolares seguia uma tendência nacional, fortemente arraigada no Paraná, onde as escolas estaduais mantinham este programa. O programa incremental da Prefeitura de Curitiba sempre teve bom desempenho por parte dos profissionais na escola e uma excelente retaguarda administrativa, que o transformou em um dos melhores do país. A incorporação freqüente de profissionais recém-formados, aprovados em concursos públicos, deu uma grande sustentação técnica ao programa.

O final da década de 70 foi marcado por profundas modificações na Odontologia de Saúde Pública. No Brasil, Sergio Pereira revolucionava com seus equipamentos simplificados, e a nova maneira de atender. Ventos semelhantes sopravam em vários países da América Latina,

com os conceitos de simplificação e desmonopolização. Curitiba não demorou muito para incorporá-los. Em meados de 1978, Sergio Pereira apresentou suas inovações num encontro nacional em Campinas e, em pouco mais de um ano, inaugurava-se a primeira clínica simplificada em Curitiba, fruto da visão do então prefeito Jaime Lerner e seu diretor, da Diretoria de Saúde, Armando Raggio. As reações ao novo sistema de trabalho pontilharam entre os profissionais, especialmente os cirurgiões-dentistas, e no meio acadêmico. Para uns, ele significava o retrocesso, enquanto outros o viam como uma ideologia nefasta para a classe. A história mostrou que ambos estavam errados.

Acompanhando as tendências de mudança, o serviço de Odontologia da Prefeitura de Curitiba começa, em meados de 1980, a pensar em novos conceitos de atendimento, buscando uma maior eficiência e eficácia dos serviços. Percebendo que o modelo centrado no atendimento nas escolas começava a se esgotar, propõe a transferência do mesmo para as Unidade de Saúde, fazendo com que a saúde bucal saísse dos limites da Boca e atingisse o Boqueirão e outros bairros da cidade. Com esta nova prática, seria possível colocar o serviço mais perto da comunidade, não se restringindo apenas ao atendimento restrito de escolares de determinadas escolas. Novamente as reações negativas marcaram esta decisão. A sustentação da medida valeu um salto de qualidade ao serviço e o marco inicial de sua consolidação. Nem o fato das clínicas odontológicas terem sido instaladas, inicialmente, fora do complexo físico das Unidades de Saúde empanou o acerto da decisão. A integração, física e operativa, foi conseguida de forma gradativa, com muita competência e profissionalismo.

Integração foi a tônica do passo seguinte. Permeada pela discussão de um atendimento mais global, centrado na família, Curitiba começava a reestruturar seu sistema de atenção, buscando na experiência canadense o alicerce da nova estratégia. Mantendo o seu pioneirismo e arrojo, a Secretaria Municipal da Saúde foi implantando as equipes de Saúde da Família, incorporando gradativamente as equipes de saúde bucal. Dotando as Unidades de Saúde com equipamentos modernos e buscando adequar os recursos humanos ao novo sistema de trabalho, o serviço começou a se aproximar ainda mais da comunidade.

Trabalhando em territórios definidos, com clientela adstrita, a equipe de saúde bucal passou a entender que promoção e manutenção de saúde não têm apenas um componente biológico, mas sim que os fatores sociais e culturais desempenham um papel importante para o sucesso do objetivo final. Hoje, o modelo adotado por Curitiba tem servido de referência para todo o país, com uma equipe de saúde fazendo parte da equipe de saúde da família, deixando os limites da boca e as adjacências do Boqueirão, para virar comentário freqüente na Boca Maldita.

Este livro é o retrato do trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde de Curitiba nos últimos 40 anos. Nesta trajetória houve muitos erros e acertos. Felizmente mais acertos. Discussões proveitosas. Recursos humanos comprometidos, que mudaram o perfil epidemiológico

das doenças bucais na cidade. Uma linha política sempre mantida, mesmo nas mudanças passageiras de poder. Exemplo disto tem sido a firme condução política do Secretário Luciano Ducci, com clareza estratégica e sintonia com as aspirações da população curitibana, numa gestão que consolidou e ampliou a saúde bucal como parte indissociável da política de saúde da cidade, particularmente no Programa Saúde da Família.

Sensibilizado por ter participado, ao longo do tempo, deste trabalho, com opiniões, críticas e sugestões, tributo minhas homenagens aos profissionais que fizeram desta Curitiba uma cidade modelo, inclusive na saúde bucal.

Leo Kriger
Cirurgião-dentista
Mestre em Odontologia Social
Diretor da Escola de Saúde Pública do Paraná
Abril de 2002

Primórdios da Odontologia no Serviço Público Municipal de Curitiba

Sylvio Gevaerd[1]
Eliana Guguich[2]

[1] Cirugião-dentista, Mestre em Odontologia.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social e em Gestão de Unidades Básicas de Saúde.

A organização das ações de saúde voltadas para a população das cidades, realizadas pelas administrações municipais, especialmente nas capitais e cidades de médio porte, surge como resposta às mudanças sociais ocorridas no país nas primeiras décadas do século XX.

No Paraná, o governador Afonso Alves de Camargo sancionou a Lei nº 1791, de 08 de abril de 1918 que criava a Diretoria Geral dos Serviços Sanitários do Estado. Repercutiam, então, no Paraná, as campanhas desenvolvidas em nível federal por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Em 1929 a instituição passa a ser denominada Diretoria Geral de Saúde Pública. No final da década de 30 ocorre a Reforma Estadual dos Serviços Sanitários, através do Decreto 6814, sancionado pelo interventor Manoel Ribas, sendo criados o Departamento de Saúde e os cinco primeiros Distritos Sanitários do Estado (1).

As atividades do Departamento de Saúde nos anos de 1940 e 1941 foram intensas, por exemplo, com a instalação de um Lactário e o Serviço de Higiene da Criança e Pré-Natal, no Centro de Saúde localizado na esquina das ruas Desembargador Westphalen e Marechal Deodoro, em Curitiba (atualmente, sede do Museu de Arte Contemporânea). Neste mesmo local cria-se o Serviço de Assistência Dentária, com a instalação de um gabinete odontológico, em 14 de outubro de 1941 – o primeiro com características públicas no Estado e na capital (1).

Em Curitiba, as respostas em termos de políticas públicas de saúde já nascem multiprofissionais, bastando observar que, em 1942, com a nova sede do Centro de Saúde 'da Barão', entre os serviços oferecidos incluíam-se: Dispensário de Profilaxia da Tuberculose, da Lepra e das Moléstias Venéreas, o Serviço de Proteção à Maternidade e à Infância, os Serviços de Higiene Pré-Escolar e Escolar, o Lactário, o Consultório Otorrino-Oftalmo-Laringológico, o Serviço de Higiene dos Alimentos, o Serviço de Doenças Transmissíveis, a Polícia Sanitária, o Gabinete Odontológico e a Visitadora Domiciliar.

Em 1963 é criado o Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde do município de Curitiba que, em conjunto com a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Paraná, instalam o Centro de Treinamento Tarumã. Diversos serviços foram implementados, inclusive os de assistência odontológica que compunham o referido Departamento.

Ainda em 1964, com a criação do Departamento de Bem Estar Social, instala-se a Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária. A Seção de Odontologia Sanitária veio compor, com a Divisão de Medicina Sanitária, o referido Departamento. Tinha por missão diagnosticar e executar o tratamento de problemas de saúde bucal da comunidade. Neste período, foi escrito um dos primeiros Planos Municipais de Saúde, onde as ações coletivas predominavam sobre as de caráter individual e curativo. Dentre as principais diretrizes propostas destacavam-se: 1) zelar pela observância da legislação sanitária, promovendo a saúde pública em todo o município; 2) incentivar e desenvolver as atividades de saúde, saneamento, higiene e assistência médica sanitária, de acordo com o Decreto Municipal n.º 1184 de 28 de setembro de (2).

No início, o atendimento odontológico municipal funcionava nos Centros Sociais Urbanos (CSU) junto aos serviços de Medicina Sanitária. As primeiras unidades foram implantadas na Escola Municipal Herley Mehl, no bairro Pilarzinho e na Escola Municipal Omar Sabbag, no bairro do Cajurú.

Em 1966 a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP), através de acordo de cooperação técnica com a Prefeitura Municipal de Curitiba, passou a orientar o planejamento e a organização dos programas de saúde da cidade, inclusive da odontologia. No primeiro momento, planejou-se a alocação de dois dentistas em cada escola municipal atendendo em consultórios convencionais em turnos alternados.

Com o objetivo de levar o atendimento a todas as escolas da rede municipal de ensino, em 1968 realizou-se o primeiro concurso público para contratação de cirurgiões-dentistas. Adotou-se o 'Sistema Incremental' para organização dos serviços de odontologia, sendo realizado o segundo levantamento epidemiológico de cárie dental, de base municipal, utilizando-se o índice CPO-D. Este levantamento epidemiológico coincidia com o corte cronológico de uma década, desde a realização do primeiro levantamento, em 1958, quando se fluoretou a água de abastecimento público em Curitiba (3).

O atendimento ao escolar expandiu-se e se consolidou como opção prioritária no começo dos anos setenta, com a aprovação do Decreto Municipal n.º 391 que definiu uma nova estrutura organizacional, criando o Serviço de Odontologia Sanitária dentro do Departamento do Bem Estar Social. Este Serviço foi responsável pela realização do atendimento ao escolar e a realização do segundo concurso público para cirurgiões-dentistas. Estas medidas consolidaram o modelo do atendimento odontológico baseado no sistema incremental proposto pela Fundação SESP, além de instituírem a cultura política e organizacional de contratação exclusivamente por concurso público.

Conforme Decreto Municipal n.º 941, de 3 de setembro de 1973, o Serviço de Odontologia Sanitária passa a ser a Divisão de Odontologia Sanitária, assegurando a conquista do espaço institucional. Esta Divisão, em coerência com os pressupostos programáticos da época, consolida o sistema incremental de atenção aos escolares.

O sistema incremental, como bem conhecido por especialistas da área de saúde pública, foi um método de trabalho que visava o completo atendimento dentário de uma dada população, eliminando as necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-as sob controle, segundo critérios definidos de prioridades quanto a idade e problemas instalados (4-7).

A assistência odontológica no sistema incremental, segundo o modelo da Fundação SESP, propunha atingir as crianças na faixa etária entre 6 a 13 anos de idade, de forma escalonada e compulsória. Uma primeira fase, preventiva e educativa, buscava impedir a extensão dos agravos bucodentais, reduzindo a incidência, ou seja, o número de dentes comprometidos. Uma segunda fase, restauradora, procurava impedir o aumento da severidade, controlando a evolu-

ção da moléstia. A lógica deste sistema era a possibilidade de aumentar progressivamente o número de usuários tratados por ano, além de reduzir o ataque da cárie que, dependendo do método preventivo e educativo, poderia minimizar o número de dentes restaurados em 84% (8).

No início dos anos 70, a organização do atendimento ao escolar em Curitiba estava baseada em consultórios isolados, já instalados em onze escolas municipais: Papa João XXIII, Santa Efigênia, N. Sra. Da Luz, Osmar Sabbag, Herley Mehl, Eny Caldeira, Maria Clara Tesseroli, São Miguel, Júlio Moreira, Monteiro Lobato e Graciliano Ramos.

Conforme documento técnico da Divisão de Odontologia Sanitária, a assistência odontológica proposta para o Programa Integrado de Saúde do Escolar, da Prefeitura Municipal de Curitiba, tinha como objetivo principal prestar serviços a escolares de seis a treze anos de idade, devendo abordar questões preventivas e curativas a serem desenvolvidas em três etapas: planejamento, execução e avaliação (9).

A prioridade máxima era o atendimento aos escolares do 1° grau. Considerava-se que, do ponto de vista epidemiológico, nesta idade a cárie se manifestava com maior intensidade e freqüência, comprometendo os tecidos dentários em fase de maturação, sendo este o grupo de maior suscetibilidade à doença. Do ponto de vista clínico, acreditava-se que as melhores possibilidades de êxito estavam no tratamento de lesões detectadas precocemente, aliadas aos métodos preventivos que se destinavam à preservação da higidez. Os escolares, de acordo com a sua idade, recebiam o tratamento odontológico completo dentro de um sistema hierárquico de complexidade, permitindo de forma gradativa, atingir uma cobertura próxima a 100%.

Como prioridade nos programas preventivos e educativos visava-se proporcionar a adoção de corretas práticas de higiene bucal e a redução da incidência das patologias bucais. O programa educativo assumia duas direções principais: (i) formação de uma consciência global de saúde bucal; e (ii) apoio direto às ações preventivas e curativas. Este duplo enfoque permitia, à época, uma divisão racional do trabalho dentro de uma escala de esforços que culminavam numa sensível economia de recursos. Significa dizer que o pessoal especializado (de maior custo) era empregado onde fosse essencial o seu conhecimento, delegando tarefas e funções nos casos onde a substituição era possível.

O modelo de assistência odontológica de Curitiba acompanhava as diretrizes do atendimento de saúde pública vigente no Brasil. De acordo com os conhecimentos técnicos e científicos da época, acerca das patologias bucais, este sistema adequava-se corretamente. Imaginava-se, na época, um contexto de pequena mobilidade social dos escolares, sendo possível traçar estratégias de cobertura de longo prazo, provocando o impacto positivo almejado no controle da doença cárie nesta população. A implantação do modelo proposto para o país encontrou em Curitiba grande receptividade que, somando-se à vontade política, possibilitou que o município fosse uma das primeiras capitais do país a adotá-lo integralmente em sua concepção original.

A Divisão de Odontologia Sanitária estava organizada para dar o suporte técnico e administrativo ao sistema. As ações eram planejadas em cada uma das unidades de atendimento a partir do levantamento de necessidades da população alvo. A consolidação das informações se dava no nível central, resultando numa programação anual a ser realizada pelo dentista. O acompanhamento era realizado através de relatórios mensais e por visitas regulares da equipe de supervisão técnica, diretamente nos locais de trabalho. A avaliação do serviço apontava para um bom desempenho técnico, atingindo-se as metas programáticas.

Estes resultados ao longo da trajetória dos serviços, estabeleceram sólidas bases para o desenvolvimento da saúde bucal pública no município e propiciaram o reconhecimento junto à comunidade escolar, odontológica e sociedade em geral, que passou a exigir a sua inclusão no sistema. No período 1975-79, o movimento primordial de constituição de serviços sanitários em Curitiba fecha um ciclo, com dez unidades sanitárias instaladas, contando com 12 médicos, 54 agentes de saúde, 6 inspetores de saneamento e 21 cirurgiões-dentistas, trabalhando em treze consultórios escolares (10).

A Superação do Sistema Incremental de Atenção a Escolares em Curitiba

Samuel Jorge Moysés[1]
Sylvio Gevaerd[2]

[1] Cirurgião-dentista, Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública.

[2] Cirugião-dentista, Mestre em Odontologia.

As ações de saúde desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, ao longo das últimas quatro décadas, obviamente não ocorrem num vácuo político-social, nem podem ser vistas como independentes do contexto amplo da conjuntura brasileira.

Qualquer analista das políticas de saúde recentes no Brasil, comparativamente a qualquer referencial nacional ou internacional, há de considerar os conflitos decorrentes da transição reformista pela qual passa também a saúde bucal. Nesta transição, é fundamental oferecer respostas socialmente aceitáveis e com algum grau de resolutividade para a população usuária de serviços, par e passo ao processo de (re)conceber novas abordagens e estratégias para as transições demográficas e epidemiológicas futuras da população.

Com a Reforma Sanitária Brasileira o processo vem se dando de forma acelerada, após décadas de estagnação do setor saúde e, particularmente, do subsetor público de saúde bucal. Até início da década de 80, o modelo de política adotado no Brasil para a saúde bucal pública passava, invariavelmente, pelo sistema incremental de atendimento aos escolares.

A opção pelo atendimento sanitário ao escolar no Brasil se deu a partir de 1910, como atividade vinculada ao programa de higiene escolar. Mas foi a partir da década de 50, através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que a atenção odontológica a escolares ganhou expressão pública, com a utilização do método de atendimento denominado sistema incremental, de origem norte-americana (11-15). Esta origem sinaliza uma sociedade-berço com pouca mobilidade social, não submetida às graves distorções econômicas e culturais de um país como o Brasil, que ingressou tardiamente no sistema capitalista mundial.

A FSESP implantou unidades próprias tais como Aimorés, em Minas Gerais (5, 8, 16). O modelo original, conhecido como tipo Richmond, sofreu alterações em sua metodologia, assumindo uma quarta versão no Brasil (17). As principais mudanças ocorreram na década de 70, quando a corrente latino-americana introduziu os conceitos da Simplificação e da Desmonopolização (18, 19). Embora estas contribuições fossem originárias de bases conceituais diversas do sistema incremental, na prática foram assimiladas e, circunstancialmente, entendidas como estratégias inovadoras na consecução de seus objetivos. Outra modificação foi a introdução do bochecho com flúor[1], em larga escala, como atividade principal nos programas de prevenção, já executados na acepção de Procedimentos Coletivos.

O sistema incremental, com esta configuração, foi hegemônico por quatro décadas no Brasil e ainda exerce sua influência, ostensiva ou subliminarmente, em outros arranjos programáticos mais recentes. A versão curitibana, também sistematizada pela FSESP, baseava-se no atendimento e cobertura odontológica progressiva de alunos de 6 a 12 anos. Usava como referência a assistência curativa e eliminação das necessidades de tratamento e a manutenção preventiva,

[1] No Paraná, é preciso lembrar de Lais Moreira Amarante e Leo Kriger, como dentistas sanitaristas desbravadores de novas fronteiras para a saúde bucal da população, particularmente em relação aos benefícios do flúor.

através de bochechos fluorados e ações de educação sanitária, bem como a introdução da fluoretação das águas de abastecimento público. A rigor, com o passar dos anos, transformou-se numa proposta de racionalização do atendimento clínico, caracterizando o modelo assistencial dominante na saúde bucal pública curitibana até a década de 80. Esta hegemonização clínica da odontologia era visível em todo o país, ocorrendo acriticamente.

O incremental significou mais que um modelo programático, pois incorporava visões reveladoras da compreensão do direito a saúde. Senão genericamente, pelo menos era o entendimento de parte importante dos seus formuladores, que assim também influenciavam o horizonte possível para as políticas de saúde bucal no Brasil e no mundo. Como tal entendimento era limitado e estático, isto acabou criando um beco-sem-saída, um círculo de giz incontornável relativamente ao acesso ampliado que os cidadãos poderiam ter à saúde bucal e qualidade de vida, nos vários municípios brasileiros que o adotaram.

Quando começaram a aparecer as primeiras formulações críticas ao incremental, elas se concentravam na redução da fase preventiva do programa à fluoretação de águas ou aos bochechos semanais com flúor, sem um investimento no processo de educação sanitária, a não incorporação dos avanços científicos e técnicos no controle das doenças bucais e a exclusão de uma parcela significativa da população da assistência odontológica (4, 20).

Em saúde – e, particularmente, na saúde bucal – ações racionalizadoras, com visão estática do processo saúde-doença, meramente normativas em termos de perfilização de necessidade/demanda/cobertura, sem o desenvolvimento simétrico entre o trabalho técnico e a autonomização dos usuários, apenas apontam para a necessidade permanente de (re)trabalho, perenizando o atendimento. Assim foi e continua sendo, no Brasil, com a eleição do 'tratamento completado' (TC) como objeto preferencial de programação clínica para atenção a indivíduos, em bases biologicistas, tecnicistas e mecanicistas. Mais grave ainda quando o grupo que recebeu tratamento completado inicial (TCi) é remetido ao ciclo de manutenção clínica – tratamento completado de manutenção (TCm), realizado nas mesmas bases normativas, ou seja, girando um mesmo pequeno grupo para ciclos intermináveis que não produzem 'alta', não autonomizam o sujeito nem permitem ampliar a cobertura para outros grupos vulneráveis.

O exemplo mais eloqüente pode ser encontrado na Nova Zelândia, quando findado o programa de atenção odontológica aos escolares, para aqueles adolescentes que ultrapassaram a faixa de cobertura prioritária, observou-se um aumento dramático na incidência de cáries, em curto período de tempo, independentemente de terem recém obtido TC. Isto refletiu o reducionismo e baixa eficácia de uma programação infantilizada – no duplo sentido –, porque exclusivamente dirigidas a crianças e adolescentes, e porque concebida em moldes puramente técnicos e biologicistas, bem ao gosto da visão funcional-positivista (21-23).

Um dos estudos mais abrangentes sobre o sistema incremental no Brasil, realizado por Gevaerd & Gusso (24), apresenta uma interessante crítica do mesmo, desdobrada em dois planos:

- tendências em indicadores de saúde bucal, apresentadas pelas populações-alvo priorizada no sistema, particularmente o grupo de 6 a 12 anos;
- dimensões e características de funcionamento do sistema de educação escolar, que deveria mediar o acesso dessa população ao sistema incremental.

O estudo acima citado propôs-se a traçar o perfil de um conjunto de programas conduzidos por instituições estaduais e municipais de saúde e/ou de educação, baseados no sistema incremental. O perfil obtido de trinta secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, juntamente às respectivas secretarias estaduais e/ou municipais de educação, traz algumas importantes revelações. Conclui-se, por exemplo, que os programas analisados alcançaram modestos resultados. Será útil explorar um pouco mais porque tal conclusão foi extraída, bem como outros aspectos do referido estudo.

Levantou-se a hipótese de que os fatores básicos geradores de resultados modestos do incremental não se situavam propriamente na suficiência de meios materiais, nem de qualificação de recursos humanos. Dependeram, sim, dos limites estruturais das políticas sociais frente as quais o incremental era apenas um componente e, de outro, nas estreitas possibilidades conjunturais de se formular estratégias mais eficazes, apoiadas em novas alternativas tecnológicas e organizacionais, no próprio âmbito das políticas e das estruturas de operação dedicadas as ações de saúde bucal.

Não deve causar estranheza que as conjunturas nas décadas de 50, 60 e 70 fossem tão limitantes, quando mesmo mais recentemente, em 1989, ou seja, no período pós-constitucional, a própria Política Nacional de Saúde Bucal reconhecia que o conceito de Atenção Básica em Saúde Bucal, como núcleo principal, deveria atuar concentradamente em alguns casos, como o de "alcançar uma ampla cobertura de crianças de 6 a 12 anos"; o de "enfatizar ações de educação para a saúde bucal, em todos os níveis"; e de "expandir gradativamente a prestação de serviços resolutivos aos grupos em segundo e terceiro graus de prioridades, ou seja, 13 a 19 anos e 2 a 5 anos" (25).

A Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do Ministério da Saúde, em 1989, esclarecia que o critério prioritário para o acesso do escolar ao atendimento era a faixa etária, com retorno para manutenção do tratamento em um ano, em mais da metade das instituições. Atividades ligadas à prevenção e educação para a saúde eram referidas como realizadas massivamente, preponderando as chamadas palestras como método de eleição. Argumentava-se na proposta que a ênfase dada às crianças em idade escolar primária devia-se às características da cárie dental, com ataque predominante logo após a erupção dentária, ao nascimento dos

dentes permanentes, a eficácia de medidas educativas e preventivas nesta fase e as facilidades de atendimento proporcionadas pela escola.

Contudo, a análise de dados demográficos da época indicava que boa parte da população-alvo escolar residia em locais onde se tornava mais viável implantar unidades fixas de atendimento comunitário, com escala e densidade para funcionarem com razoável eficiência. Outros 85% da população-alvo viviam em ambientes de graves carências nutricionais, culturais e de saúde. Compreende-se, em razão disto, porque já na faixa dos 10 aos 14 anos, tornava-se necessário, às famílias de renda mais baixa, contar com o fruto do trabalho desses jovens. Se, para uns poucos, havia possibilidades de absorção em atividades econômicas regulares, para um bom número restavam os serviços intermitentes e de ganho irregular ou, até mesmo, o engajamento em atividades ilegais. O que tornava mais difícil seu agendamento para atenção odontológica através da rede escolar ou de clínicas diurnas.

O problema mais crítico do sistema incremental, para a organização do atendimento odontológico escolar, surgia porque a lógica de organização dos procedimentos tinha de se ajustar à lógica da organização escolar. Se, como é o caso dos métodos incrementais, a seqüência de procedimentos se acoplava à presença e trajetória dos alunos através do seriamento escolar, dever-se-ia levar em conta as variantes destes movimentos que ocorriam em diferentes segmentos do sistema escolar. Na realidade, uma geração que entrava com 7 anos de idade em um determinado ano letivo tendia a se dispersar entre as turmas de 2ª até 4ª séries nos três anos seguintes, principalmente em virtude de repetência, em níveis altos no Brasil, em décadas passadas.

Outro fato correlato era a intensidade de presença na escola, por dia, e ao longo do ano letivo. Estimava-se que, em média, apenas de 100 a 120 dias úteis fossem cumpridos no calendário escolar. Além disto, variava enormemente, dentro de uma mesma cidade, e mesmo dentro de uma mesma rede escolar local, a organização de turmas e turnos. Finalmente, a intensidade de presença era afetada também pela constância com que os alunos freqüentam a escola durante o ano, variando de acordo com a renda familiar (26). A evasão escolar foi um fenômeno observável em grande escala nas décadas de 60, 70 e 80, sobretudo para a população escolar mais vulnerável do ponto de vista social e, em coerência com o vasto corpo de evidências internacionais sobre determinação social das doenças, também de prevalência e severidade de doenças bucais.

As circunstâncias anteriores afetaram, por certo, a regularidade e a produção dos serviços de atendimento odontológico. Notadamente, nos casos em que eles ficaram sujeitos a pouca disponibilidade de tempo da escola e dos alunos para instituir a atenção da equipe escolar e para incluir atividades de educação para saúde. Além disto, seria necessário articular uma estratégia de atendimento que acessasse a parcela que apresentava padrões irregulares de freqüência e que seguia trajetórias sociais não sistemáticas. O incremental, por ser normativo,

determinístico e clínicocêntrico, dependia de padrões quase matemáticos de funcionamento, ou seja, de algoritmos assistenciais baseados em regularidade e sistematização. Os desvios eram considerados 'anomias' do sistema e não contradições e conflitos da sociedade real, com suas iniqüidades e lutas populares por sobrevivência.

Na avaliação de Gevaerd & Gusso (24), dois estudos de caso são utilizados para exemplificar o sistema incremental, supostamente em sua possibilidade de execução ótima. São os programas levados a cabo pela Fundação Educacional de Brasília e pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

Embora este seja um livro sobre a saúde bucal em Curitiba, o caso do Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE), do Distrito Federal (DF), será citado aqui por sua importância histórica e por confirmar uma série de achados sobre o funcionamento do incremental que se multiplicaram em vários municípios brasileiros, inclusive Curitiba.

O PISE conformava-se à lei 5692/71, que tratava das reformas do ensino fundamental e de segundo grau. Em seu artigo 62, determinava que cada sistema de ensino, para assegurar aos alunos necessitados boas condições de desempenho escolar, deveria contar com "serviços de assistência educacional", aí compreendidos, segundo seu parágrafo único, "os de apoio ao acesso a escola e os de alimentação, tratamento médico e dentário e outras formas de assistência familiar" (24).

Em 1976, o 10º Encontro dos Secretários de Educação e Presidentes de Conselhos de Educação, dedicado precisamente ao tema da saúde escolar, incluiu entre suas recomendações uma que reconhecia caber "às Secretarias de Educação realizar as atividades incluídas na fase primária de promoção da saúde e de proteção específica da população escolar". Complementarmente, sugeria que, além dos cuidados básicos, as escolas apoiariam os serviços de saúde, na triagem e encaminhamento de escolares, ao atendimento nas fases secundária e terciária de prevenção. E, num evento subseqüente, recomendava-se a "utilização de equipamentos, materiais e técnicas simplificadas, assim como o pleno emprego de pessoal, de nível técnico e auxiliar nos programas que visem a saúde da população escolar".

A Resolução acima foi prontamente adotada pela Secretaria de Educação do DF, em fins de 1977, com o início do Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE). Sua filosofia implicava, desde logo, na adoção da metodologia do sistema incremental, pessoal de nível médio e equipamentos/técnicas simplificadas, para assegurar incrementos gradativos de cobertura com menores custos. Com esta configuração, o programa começou a ser implementado experimentalmente, até 1979, quando foi integrado ao Plano de Educação do DF. Em conseqüência, foi dimensionado para receber recursos regulares dos Programas de Assistência ao Educando e seus quadros profissionais foram integrados aos da Fundação Educacional do DF.

Para operação do programa foram adotadas clínicas móveis, com uma equipe composta por dois dentistas e quatro técnicos em higiene dental (THD), ficando alocadas em cada

unidade escolar pelo tempo determinado no planejamento, formulado através do cadastramento da clientela em cada unidade escolar, pelo levantamento das necessidades e pela estimativa de serviços requeridos para cobri-las. Em geral, esse tempo era de 20 a 40 dias, conforme o tamanho da unidade escolar. Quando foi iniciado, o programa era centrado na atenção nos dentes permanentes, seguindo a doutrina geral do sistema incremental, passando, depois, a incluir dentes decíduos. Os resultados eram acompanhados a cada três anos, através de reavaliação dos índices de cárie.

Com base nas estimativas de rendimento médio do trabalho das clínicas, feitas pela Coordenação, poder-se-ia esperar que aproximadamente 40 mil alunos fossem atendidos num ano letivo. Efetivamente, foram atendidos 17700 alunos em 1988, incluindo todas as formas de cobertura, e pouco mais que este número em 1989. Esse atendimento envolveu 46200 restaurações e 1008 extrações, em 14790 tratamentos clínicos programáticos iniciados, dos quais 13332 foram completados (TC). É visível a concentração de trabalho nos componentes cariados e extração indicada (C+Ei), do CPO-D, o que era padrão de produtividade sob a lógica do incremental. Em 1989, através do Programa de Prevenção da Cárie Dentária (PRECADE), do Ministério da Saúde, foi encetada uma campanha de universalização do uso do flúor gel, nas áreas urbanas, o que ampliou o número de procedimentos coletivos extraclínicos.

Disfuncionalidades foram identificadas quanto a suprimentos, parecendo haver uma nítida correlação entre disponibilidade e regularidade de apoio logístico-administrativo e produtividade e qualidade do atendimento. Contudo, mais preocupante do que tais limitantes eram as descontinuidades de funcionamento da própria escola, em função de reiterados períodos de paralisação por greves e conflitos trabalhistas e pelo aumento da heterogeneidade qualitativa da rede escolar.

O reducionismo do componente preventivo, extremamente limitado, justificava-se pela necessidade de uso do tempo com cobertura clínica em cada escola, e pelos processos formais utilizados na transmissão de conhecimentos de higiene e de informações sobre o desenvolvimento da doença cárie e os métodos preventivos clínicos de manutenção da população coberta.

O estudo de caso em Curitiba também foi esclarecedor. As lógicas de funcionamento do incremental e da escola foram, pelo menos formalmente, pensadas de modo muito semelhantes. Uma e outra se propunham iniciar o atendimento aos 6 ou 7 anos de idade, visando toda a população nessa faixa, pelo fato de se assumir a escola elementar como obrigatória e universalizada; e davam continuidade ao atendimento inicial, no ano seguinte, ao mesmo contingente, reiterando o atendimento inicial aos novos ingressantes (24). Mais que isto, no âmbito educativo, os enfoques tradicionais de abordagem pedagógica tendiam ao mesmo formalismo da atenção em saúde. Procuravam transmitir informações sobre o que era considerado como padrão desejável de conhecimento e comportamento, ante a ameaça ou ocorrência de condutas 'desviantes'.

Um primeiro e talvez mais importante aspecto a observar quanto às experiências concretas analisadas é o de suas bases conceituais e a conseqüente abordagem do problema da saúde bucal. Quando se implantaram os programas de atendimento odontológico no modelo da FSESP, nos anos cinqüenta, a base biológica e social do conhecimento da doença era precária, assentando-se em crenças e visões fatalistas; em conseqüência, julgava-se haver poucas possibilidades de evitar sua ocorrência, dirigindo-se os esforços para procedimentos curativos. Afirmava-se que efeitos duradouros do atendimento deveriam ser buscados no tratamento das necessidades acumuladas, na fase inicial de desenvolvimento da dentição permanente. Num primeiro passo, eliminar-se-iam as cáries existentes sendo extraídos os dentes não recuperáveis, em todo o grupo etário inicial; e, num segundo passo, far-se-ia a eliminação do incremento de cáries.

O método incremental intensivo, adotado em Curitiba, teria um grupo-alvo selecionado, incluindo um grupo compulsório, o de 6/7 anos, e um grupo eletivo, de uma ou mais faixas dentro do grupo de 6 a 12 anos, conforme as disponibilidades de meios, para ser atendido de modo seqüenciado, juntamente com o controle do incremento nos grupos de manutenção.

O incremental implicava admitir que o alcance da população-alvo seria mais completo e eficiente quando mediado pela instituição escolar. Nesta, a população seria mais certamente acessada, tanto no primeiro momento como nos de manutenção, prevendo que a seriação escolar estaria compatível com a faixa etária. Independentemente desta implicação, contudo, o que se destaca e o foco da atenção, baseado no conceito de que as 'necessidades' traduzem a existência da doença e são expressas pelo indicador C+Ei. Sobre este indicador eram dimensionados os procedimentos a executar; e também medidos os resultados alcançados: tratamento completo é o que elimina, para cada usuário e no conjunto da população-alvo, as necessidades normativamente diagnosticadas.

Avanços científicos posteriores permitiram conhecer melhor os mecanismos etio-patogênicos, não só da cárie dental como também de outros agravos de grande importância para a saúde bucal, colocando o foco no valor de procedimentos promocionais e preventivos. As doenças bucais começam a serem compreendidas por meio de determinações mais amplas do que meramente o fenômeno biológico, ou microbiológico. Isto implicou, por sua vez, alargar o foco da atenção, não apenas aprofundando o 'lado preventivo', integrado ao 'curativo', mas ainda envolvendo os indivíduos e grupos sociais na conquista e manutenção de graus mais elevados de qualidade de vida, inclusive nos seus aspectos subjetivos (27-29).

O atendimento das 'necessidades', dentro desse enfoque, não se limita ao diagnóstico normativo realizado por profissionais dentistas, mas também o respeito às percepções da própria população atendida, ao usuário de serviços que é dono de seu corpo, de sua boca e estabelece valores no seu 'modo de andar a vida'.

A partir de um piloto em 1983, optou-se em Curitiba por abandonar o incremental e desenvolver o Modelo Assistencial Comunitário. A partir de 1985, às 12 clínicas pré-existentes foram somadas mais 28, implantadas progressivamente no quadriênio seguinte, todas operando com o novo modelo de atenção odontológica desenvolvido em 1983. As clínicas modulares substituíram as cadeiras simplificadas isoladas. Passaram a operar com maior densidade tecnológica e com novos padrões ergonométricos, com dois cirurgiões dentistas (CDs) e cinco auxiliares em três turnos de trabalho, com a grande inovação de um turno noturno para atendimento de adultos trabalhadores (30).

O suporte principal na concepção do serviço comunitário era o grau de relação que se estabelecia com a população usuária da área de abrangência. As ações buscavam comprometer mutuamente comunidade e equipe odontológica, oportunizando o controle social. Um avanço vislumbrado se dava no envolvimento da equipe e dos grupos sociais organizados, levando-os a desenvolverem atitudes e formas de organização que continham, em si mesmo, elementos de transformação social local, na acepção política e sanitária. Esta influência transcultural, ou seja, da cultura tecno-científica da equipe, com a cultura popular dos usuários dos serviços, penetrava o núcleo duro da atenção odontológica, influenciando inclusive o modo de condução de sua prática clínica.

Quando observada *in loco*, em 1989, a cobertura odontológica alcançada nas primeiras comunidades onde se implantou o novo modelo era de virtualmente um décimo do grupo de 0 a 5 anos, cerca de metade do grupo de 6 a 14 anos e uma pequena fração de adultos. Nos casos em que havia níveis mais atuantes da base social organizada, estabeleceu-se a associação de moradores ou entidade similar como mediadora do acesso aos serviços propostos pelo Centro de Saúde, num processo de agendamento comunitário.

Em muitos casos, avançando o relacionamento entre a clínica odontológica e a comunidade, criaram-se as Comissões de Saúde, formadas por líderes eleitos e representantes da área de abrangência, com atribuições de contribuir para a definição de prioridades, padrões de organização e de monitoramento das ações de saúde. O grau de envolvimento das equipes de trabalho evidenciava que as atividades diretamente vinculadas com a população traziam repercussões favoráveis ao desempenho e satisfação profissional. A localização dos módulos de atendimento clínico fora do ambiente escolar não apresentava restrições de acesso a criança matriculada em escolas, oportunizando atendimento também aquela que não freqüentava a escola.

Ampliada a base conceitual do incremental, procurou-se acrescentar à medição das ocorrências de C+Ei, outros indicadores relativos aos fatores determinantes da doença, tanto no nível biológico como no nível social, para caracterizar um perfil mais abrangente das necessidades. A percepção das ocorrências de doença e os tratamentos requeridos se deram, a partir daí, numa escala também mais respeitadora das subjetividades individuais, embora relacionan-

do o contexto social que determina a saúde de cada indivíduo e os condicionantes familiares e das redes de relações mais próximas dos mesmos.

Em lugar de buscar a criança em sala de aula ou de condicionar o atendimento a sua presença na escola, procurou-se estimular a família e a comunidade a perceber suas necessidades de saúde bucal e a buscar sua resolução ao nível da clínica e ao nível dos meios de promoção de saúde disponíveis em seu entorno social e institucional.

Em princípio, vê-se que o mais importante não é o local onde se sedia o atendimento, mas a forma como a população é despertada para buscar atendimento e o grau com que participa do desenvolvimento deste último. Ressalta-se aí, a importância da organização da própria população-alvo como alternativa para a mediação promovida pela escola. A adoção de um ou outro modo de acesso dependerá fundamentalmente de circunstâncias sociais e políticas locais, e das abordagens utilizadas, desde que não há evidência empírica de que um ou outro modo seja melhor por razões intrinsecamente naturais.

A progressiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) requer uma reconstrução crítica dos modelos assistenciais, ajustando-os as possibilidades dos recursos e das formas de organização social, cultural e política vigentes, em suas áreas de atuação, redefinindo o papel e o cenário dos serviços. Para a atenção em saúde bucal isto também implica na incorporação dos avanços científicos observados nas últimas décadas. Fica patente que o valor das opções de organização do acesso não pode ser estabelecido *a priori*, sem clara identificação da propriedade dos entes mediadores em cada localidade (31, 32).

Assim, onde a rede de ensino está bem organizada e atua em uma abordagem ampliada de qualidade de vida para a comunidade interna e externa ao ambiente escolar, ela favorece a congruência entre a proposta metodológica da promoção da saúde e, particularmente, da saúde bucal. Exemplo disto é a iniciativa atualmente patrocinada pela Organização Mundial da Saúde, denominada de Escolas Promotoras de Saúde (33). O mesmo se dá com a mediação da atenção à saúde por meio de canais comunitários; onde as comunidades amadurecem politicamente e apresentam soluções para suas contradições sociais, às vezes quando as escolas locais ainda não o fizeram, apresentam nítida vantagem para a universalização e equalização da cobertura em seu âmbito.

Visto por este prisma, a atenção em saúde bucal voltada exclusivamente a escolares, desvinculada dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e descompromissada com a realidade do usuário, independentemente do método e local utilizados para sua execução, parece ter se esgotado.

A Construção da Odontologia Integral

Ana Lúcia Camargo[1]
Beatriz Battistella Nadas[2]
Elizabeth Guinart Araújo[3]
Helena Maria Sardeto[4]
Marilete Aparecida Luiz da Silva[5]

---

[1] Cirurgiã-dentista e Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Pública.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gerência de Serviços de Saúde

[3] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gerência de Serviços de Saúde

[4] Cirurgiã-dentista, Especialista em Administração Pública

[5] Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Pública

Odontologia versus tecnologia

Pensar em odontologia remete o raciocínio automaticamente à tecnologia, dada a dependência significativa entre ambas. Segundo Chudnovsky, apud Pinto (17), a tecnologia desde o século XIX concentrou-se nas mãos de alguns poucos países altamente industrializados. Os países do terceiro mundo ficaram a margem do processo internacional de produção e inovação científica e tecnológica. Em torno de 84% das patentes pertenciam a não residentes no país ou a multinacionais.

O trabalho odontológico caracteriza-se por forte vinculação à tecnologia, com níveis crescentes de sofisticação, custos elevados e baixa permeabilidade à população, caracterizando uma prática lenta, custosa e sem cobertura das necessidades de saúde bucal. A formação profissional nas universidades continua tendo, predominantemente, um caráter individualista, voltada para a cura das lesões, com visão mecanicista do homem, dando ênfase às especialidades e orientando seu atendimento a uma elite.

Em decorrência destas características históricas, somadas a conjuntura de política universitária no Brasil, a atual crise deste modelo de odontologia já se prenunciava décadas atrás, por razões dramáticas tais como a falta de impacto social, baixa eficácia e grande dificuldade de acesso aos serviços. O alto custo da atenção odontológica não permite, a grande parcela da população outra alternativa senão a submissão à intervenção mutiladora-protética de baixa qualidade, como forma de alívio ao problema, com menor custo possível.

Neste cenário, na América Latina, ficou nítida a necessidade de encontrar alternativas que servissem a uma prática orientada para o benefício da maioria. Surge, então, a experiência da Odontologia Simplificada, que preconizava a diminuição dos custos, aumento de cobertura e qualidade na atenção e a desmonopolização de conhecimentos. Experiências significativas foram desenvolvidas na Guatemala, México e Venezuela.

Segundo Werneck (34) a simplificação da odontologia aconteceu por influência da medicina comunitária, que surgiu nos Estados Unidos no início do século XX, com o objetivo de minimizar os problemas gerados pela íntima relação entre condições de saúde e pobreza. A mesma foi retomada nos anos 60, pelos governos Kennedy e Johnson em programas como Aliança para o Progresso, com outra abordagem que visava envolver a população no planejamento e administração de programas sociais, com a utilização de pessoas com nível técnico menos qualificado (35).

Na década de 70, a medicina comunitária caracterizou-se por políticas que buscavam a ampliação da cobertura das ações de saúde, porém de forma marginal ao modelo hegemônico denominado Medicina Científica. A proposta influenciada pelas deliberações da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, buscava a ampliação do acesso às camadas das populações menos favorecidas, através de tecnologia que agregasse menor grau de sofisticação, produzida no próprio local, com baixo custo e utilizando a delegação de função (36, 37).

A simplificação baseou-se no conceito de Tecnologia Apropriada em Saúde que, para Pinto (17), pode ser definida como aquela que melhor se ajusta às condições locais contribuindo para a resolução dos principais problemas existentes na sociedade, não se restringindo somente aos componentes físicos, mas incluindo a utilização correta dos espaços de trabalho, os recursos humanos e a própria filosofia de atuação.

Os elementos essenciais da Odontologia Simplificada apoiavam-se na ênfase à prevenção, diminuição de passos clínicos em determinadas técnicas, sem prejuízo à qualidade, delegação de funções, racionalização do espaço físico e do material de consumo e padronização do instrumental para facilitar sua utilização.

A ênfase à prevenção tinha por objetivo atingir um número expressivo de pessoas, revertendo indicadores epidemiológicos referentes às doenças da boca. A prevenção representava, também, uma das estratégias para a desmonopolização do conhecimento e democratização da odontologia. Através da delegação de funções, buscava-se redução nos custos da atenção odontológica, aumento da oferta e, conseqüentemente, do acesso à população. Constituiu-se também como estratégia de desmonopolização, porém, neste caso, do poder do cirurgião dentista nas equipes. Adquiriram visibilidade as funções de técnico em higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD), introduzindo mudanças significativas no mercado de trabalho.

No Brasil, a Odontologia Simplificada pontificou no final dos anos 70 e início dos anos 80, período marcado pelo início do processo de abertura no país, com grandes mobilizações pela anistia, denúncias de repressão política e lutas pelo fim da censura e liberdade de imprensa (20). Como modelo, visava enfrentar a alta prevalência das doenças da placa e a oferta de serviços odontológicos inadequada às necessidades da população. Experiências desenvolvidas em Brasília, através do Programa Integrado de Saúde do Escolar, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Secretaria Estadual da Saúde do Paraná e Divisão de Odontologia Sanitária, do Departamento de Desenvolvimento Social, da Prefeitura Municipal de Curitiba, contribuíram para a consolidação e expansão do conceito de Odontologia Simplificada no país.

A simplificação se constituiu em um dos mais marcantes momentos da história recente da odontologia. Mesmo esgotando-se rapidamente foi responsável por modificações presentes até os dias atuais. Segundo Werneck (34), a simplificação foi um modelo que promoveu grande avanço na odontologia, apesar de apresentar contradições tais como não considerar a participação comunitária, não ter focado o estudo dos determinantes do processo saúde-doença e basear-se, fundamentalmente, nas ações básicas, não se preocupando com os outros níveis de atenção. Como avanços do modelo os autores mencionam a viabilização de novas relações de trabalho, com especial destaque para a proposta de desmonopolização do saber, que proporcionou a formação de equipes de trabalhadores de saúde, com democratização do conhecimento científico, delegação de funções técnicas, planejamento e avaliações conjuntas.

A Simplificação da Odontologia em Curitiba

A simplificação em odontologia, no município de Curitiba, teve uma implantação gradativa. Em 1979 o serviço público municipal contava com treze consultórios odontológicos instalados em escolas ou Centros Sociais Urbanos. Os mesmos seguiam o padrão tecnológico tradicional onde o cirurgião dentista trabalhava individualmente, com abordagem essencialmente clínico-curativa. No mesmo ano, incorporou-se ao setor saúde o discurso de Alma-Ata, com ênfase na Atenção Primária à Saúde. Neste período a Divisão de Odontologia Sanitária estava vinculada à recém-criada Diretoria de Serviços de Saúde. O atendimento começou a ser orientado pelo sistema incremental, preconizado pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). A população priorizada era a de escolares de primeiro grau, matriculados na rede municipal de ensino.

Na seqüência foram instaladas três clínicas odontológicas, nas Escolas Municipais Eny Caldeira, Vila Nossa Senhora da Luz e Omar Sabbag, onde se alterou a metodologia tradicional, com a utilização de equipamentos simplificados, orientados pelo "modelo Sérgio Pereira", empregando tecnologia localmente desenvolvida. As camas clínicas eram pranchas metálicas, fixas, revestidas de carpete e dispostas linearmente. Os refletores eram confeccionados a partir de lâmpadas de automóveis. A cuspideira foi substituída pelo uso de sugadores adaptados. Buscava-se, naquele período, comprovar a possibilidade de ofertar serviços de qualidade, com baixa sofisticação tecnológica e custo menor, ampliando assim o acesso.

A reorganização do local de trabalho possibilitou um novo relacionamento interprofissional, uma vez que todos atuavam compartilhando o mesmo espaço físico. Teve início o trabalho em equipe desenvolvido a partir da incorporação dos auxiliares odontológicos, pois esta nova disposição inviabilizava o trabalho isolado do dentista. O auxiliar, além da instrumentação clínica, passou a desempenhar importante papel na prevenção, realizando orientação de higiene bucal. A clientela atendida era composta de alunos procedentes de escolas municipais, prioritariamente na faixa etária de 6 a 9 anos. As ações realizadas constituíam-se predominantemente de procedimentos curativos em dentes permanentes.

De 1983 a 1986 houve expansão e consolidação da rede de centros de saúde, que representavam a porta de entrada de um sistema hierarquizado, já concebido na época. A Divisão de Odontologia Sanitária formulou um projeto piloto de clínica comunitária junto a um Centro de Saúde, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde. Inicialmente a Clínica Odontológica Jardim Paranaense, e, em seguida, a Clínica Odontológica Vila Feliz. Estas experiências tinham por objetivo oferecer serviços de saúde bucal para a comunidade, bem como proporcionar maior integração das ações médicas, de enfermagem e odontológicas. Assim, o atendimento de escolares foi ampliado para pré-escolares, crianças e pré-adolescentes fora da escola, às gestantes e adultos no turno da noite (terceiro turno).

Em 1986, a Diretoria de Serviços de Saúde transformou-se na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), tendo como diretriz a "Saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado", segundo os princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano. Na nova estrutura organizacional foi criada a Divisão de Odontologia Social, vinculada ao Departamento de Assistência à Saúde.

Uma das vertentes priorizadas pela SMS foi a implantação das clínicas odontológicas junto aos centros de saúde, a partir da experiência vivenciada no projeto piloto. Institui-se uma chefia para cada área, ou seja, área médica e de enfermagem e área odontológica, reproduzindo a estrutura organizacional existente no nível central. Estes profissionais não deixavam de exercer suas atividades clínicas, conforme carga horária contratual. A chefia da clínica odontológica tinha por atribuições o direcionamento do trabalho da equipe, capacitação em serviço e administração de recursos humanos e materiais. Estas atividades eram realizadas em horário extraordinário.

Com esta proposta de prestação de serviços, foi elaborado projeto arquitetônico incluindo área específica para a clínica odontológica. O espaço planejado contemplava a disposição dos equipamentos obedecendo ao padrão de um módulo em 'U' com o arranjo de quatro camas clínicas, sendo que duas dessas eram destinadas ao trabalho com função delegada ao pessoal auxiliar.

Alguns auxiliares, que trabalhavam nas clínicas odontológicas, foram capacitados em serviço e também, através dos cursos para formação de Técnico em Higiene Dental, oferecidos pela Secretaria Estadual da Saúde*. Desempenhavam ações coletivas e individuais, com caráter educativo-preventivo, além de atividades clínicas, sob supervisão do dentista. Através da delegação de função buscava-se a otimização da capacidade de trabalho do dentista, com objetivo de ampliar cobertura, aliada a diminuição do custo do atendimento.

A utilização de materiais de menor sofisticação, bem como a mudança do perfil de atendimento, levaram a análises críticas por parte dos profissionais envolvidos. Vários modelos de módulos foram testados com as equipes, que opinaram sobre a sua funcionalidade. Concluiu-se que a simplificação, em certos quesitos, não era compatível com a qualidade e princípios ergonômicos. Para que o trabalho em equipe atingisse efetividade nos objetivos propostos pelo modelo em vigência foram necessários aperfeiçoamentos.

O atendimento aos adultos levou à alteração na cama clínica existente, com mudança de suas dimensões, reforço na estrutura e mobilidade no encosto, proporcionando maior estabilidade e conforto aos usuários. Os refletores foram substituídos por outra opção com maior potência. Os mochos também sofreram alterações ao longo do processo, com adaptação

* Nosso respeito e reconhecimento por Zita de Castro Machado, pioneira na formação da equipe de saúde bucal, em tempos de forte reação corporativa.

de reguladores de altura, apoio nos pés e encosto. Tais adequações visavam atender os padrões ergonômicos preconizados, permitindo uma correta postura do profissional, iluminação do campo operatório satisfatória e trabalho em equipe.

Entendendo-se que a ergonomia e a biossegurança constituíam um dos pilares da simplificação, priorizou-se na SMS de Curitiba a capacitação teórico-prática em serviço. Buscava-se prevenção da fadiga e maior conforto aos profissionais, bem como controle séptico do processo de trabalho.

Houve, também, preocupação com a racionalização de instrumentais e materiais odontológicos, selecionando aqueles de maior segurança e qualidade. Foram realizados treinamentos com o objetivo de uniformizar o conhecimento da prática clínica em vários temas. Estes treinamentos levaram à necessidade de padronização dos instrumentais e materiais de consumo. Foram elaborados manuais de apoio técnico que indicavam a melhor utilização e conservação dos equipamentos.

Para a maioria das clínicas foi definida uma equipe de seis dentistas e onze auxiliares, trabalhando em três turnos alternados, com dois dentistas, dois técnicos em higiene dental e cinco auxiliares de consultório odontológico. Preconizava-se a inserção das categorias profissionais nos distintos níveis de ação clínica, segundo os princípios da divisão técnica do trabalho. As atividades passaram a ser realizadas a 'seis mãos', isto é, duas do operador, duas do instrumentador e duas do responsável pelo centro (dispensário) do módulo odontológico. Houve grande esforço da Divisão de Odontologia Social na capacitação de recursos humanos, especialmente na formação de THD, através de cursos de formação próprios.

A tecnologia de menor sofisticação, a desmonopolização do conhecimento, a delegação de função e a racionalização de materiais e técnicas foram fatores que contribuíram para a realização de uma prática integral e integrada. Através da educação em saúde com foco ampliado, buscava-se a integralidade das ações, na expectativa de superar a dicotomia curativo *versus* preventivo. O principal objetivo era a conscientização sobre o processo saúde-doença, incentivando-se a participação popular na busca da manutenção da saúde, assim como maior aproximação entre as áreas médica, de enfermagem e odontológica.

A estratégia para desenvolvimento da vertente preventiva era dividida em ações individuais e coletivas, que aconteciam intra e extraclínica, enfocando grupos específicos (escolares, pré-escolares, gestantes e adultos). Nas atividades intraclínica privilegiavam-se as orientações sobre higiene bucal, dieta e hábitos deletérios. A abordagem coletiva incluía palestras em reuniões comunitárias, dramatizações e atividades lúdicas. Individualmente havia uma rotina de procedimentos preventivos que contemplava escovação orientada, raspagem, alisamento e polimento (RAP), profilaxia e terapias com flúor. As ações extraclínica eram desenvolvidas em espaços institucionais, creches, escolas e outros, situados na área de abrangência dos centros de saúde.

Procurava-se envolver os profissionais das referidas instituições para que estes fossem agentes capacitados a induzir mudanças no comportamento da clientela. Realizavam-se atividades coletivas através de palestras, jogos educativos, teatros de fantoches, além de bochechos semanais com solução fluoretada. O enfoque preventivo visava estimular o autocuidado ressaltando sua importância na redução das doenças da placa bacteriana.

Organização do atendimento clínico

A lógica do modelo assistencial buscava reverter os indicadores epidemiológicos através do atendimento clínico programado. Foram criados os programas do escolar, pré-escolar, lactente, adulto e gestante. Os escolares e pré-escolares eram atendidos nos turno da manhã e tarde. Os lactentes eram captados do programa de puericultura do centro de saúde e também atendidos durante o dia.

Buscando consonância com os princípios da Reforma Sanitária, Curitiba, de forma pioneira, instituiu o atendimento do adulto, até então excluído da atenção odontológica. Considerando que grande parte deste público constituía-se de trabalhadores, optou-se pelo atendimento no período noturno. As gestantes, vinculadas ao programa de pré-natal que era desenvolvido pela área médica, eram atendidas conforme sua disponibilidade, em qualquer um dos três turnos.

O agendamento mantinha estreita relação com a capacidade de produção das equipes, bem como com o grau de organização da comunidade. Por estas razões, várias metodologias foram utilizadas, respeitando-se as distintas realidades locais. Eram realizadas, sistematicamente, reuniões comunitárias, agendas com a comissão de saúde do Centro de Saúde (embrião dos Conselhos Locais de Saúde), com o intuito de selecionar usuários para o atendimento. Nesta oportunidade eram discutidos e consensualizados os fluxos de atendimento e problematizados conteúdos educativo-preventivos.

O tratamento clínico individual contemplava as necessidades sentidas pelo usuário, como também, os problemas diagnosticados pelo profissional, culminando com o tratamento completado (TC). Uma vez concluído o tratamento, programavam-se retornos anuais para manutenção de forma generalizada. Para atender outros níveis de complexidade foram criados centros de referências em endodontia, radiologia, dentística restauradora e ortodontia preventiva.

A forma de organização do atendimento buscava a ampliação do acesso e reversão dos indicadores, acreditando-se que usuários com TC e acompanhados sistematicamente teriam pouca demanda clínica futura, possibilitando a entrada de novas pessoas, anteriormente privadas do acesso.

Uma análise do processo

Rever a história e contá-la, com o olhar e o texto dos próprios protagonistas que fizeram a *práxis*, após a decorrência de alguns anos, permite um outro olhar, mais crítico e menos passional. Com esta postura serão analisados alguns aspectos que marcaram o modelo assistencial no período de 1979 a 1991.

A ampliação da população-alvo referente aos programas da criança em idade escolar e pré-escolar pode ser considerada uma evolução da época. Foram incluídas crianças não vinculadas às instituições municipais de ensino, entendendo-se que o critério de priorização para o atendimento deveria contemplar tal faixa etária. Esta mudança de concepção foi catalisadora de outras inclusões que aconteceram ao longo dos anos. Partindo da população infantil, avançando para o atendimento do jovem e, posteriormente, do adulto.

Com a intenção de aumentar o acesso ao serviço, houve ampliação da faixa etária, porém não acompanhada de outros critérios de priorização que considerassem aspectos epidemiológicos. O atendimento estava vinculado a listas de espera, sob responsabilidade de associações de moradores da área de abrangência ou da própria clínica odontológica. O fluxo instituído reproduzia o atendimento do programa do escolar, ou seja, objetivava-se o tratamento concluído, com agendamento garantido de manutenções periódicas. Esta metodologia se mostrou ineficaz, uma vez que a capacidade de dar vazão à fila foi sofrendo um estrangulamento progressivo, situação que gerou um jargão, comum às clínicas odontológicas, referente à atenção prestada: "difícil entrar, impossível sair".

Ao longo dos anos foram sendo incorporados técnicas e procedimentos odontológicos, acompanhando o conhecimento e difusão de ciências básicas e clínicas, tais como a cariologia. Partindo do tratamento exclusivo a dentes permanentes em escolares para uma atuação mais abrangente, voltada às necessidades dos usuários, houve incremento na qualidade da atenção prestada. A inclusão de novos procedimentos, em especial os de caráter preventivo, e a estruturação de serviços de referência, para necessidades de maior complexidade, representaram avanços na busca da Odontologia Integral.

Ao sair do âmbito restrito aos escolares, ganhando legitimidade junto à comunidade, a odontologia necessitou absorver novos conceitos. Entre estes, o de integrar-se ao trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional de saúde. Compartilhar o mesmo espaço físico não foi suficiente para atingir esta etapa. Havia uma estrutura organizacional segmentada, reproduzida dentro do centro de saúde, através de duas chefias, uma para a odontologia e outra para a área médica e de enfermagem. O planejamento era realizado separadamente implicando em fluxos distintos, fragmentando as necessidades dos usuários.

Identificar limitações no modelo instituído levou a um profundo processo reflexivo nas áreas odontológica, médica e de enfermagem que culminou, em 1992, com uma reforma

administrativa concomitante a uma ampla e progressiva mudança no modelo assistencial. Foram criados sete Núcleos Regionais de Saúde, seguindo a subdivisão dos distritos rodoviários do município.

No momento de transição de modelos assistenciais e como parte da estratégia operacional, na estrutura regionalizada implantou-se o conceito de territorialização. A construção de um território-processo que incluía a participação popular, buscando a operacionalização do conceito de Vigilância à Saúde, através da atuação integrada das equipes de epidemiologia, saúde ambiental e apoio técnico. As Unidades de Saúde passaram a representar, mais que um lugar onde diversos profissionais trabalhavam em processos específicos, a integração dos centros de saúde e clínicas odontológicas, com a fusão interprofissional, o controle social e a substituição das chefias isoladas pela Autoridade Sanitária Local (ASL).

O primeiro desafio da ASL foi o de estimular a apropriação do território, determinando áreas homogêneas de condição de vida e coletando dados para subsidiar o diagnóstico situacional, elegendo prioridades que embasassem o planejamento local. Na reforma administrativa a odontologia deixa de ter uma estrutura centralizada e passa a integrar-se ao todo, com dentistas assumindo cargos em departamentos e gerências regionais. O processo de regionalização e descentralização administrativa, se por um lado reforçou a autonomia do nível loco-regional, aproximando as práticas de saúde às distintas realidades, por outro, gerou inquietações pela suposta perda dos referenciais existentes até então.

As equipes desenvolviam experiências, de maneira isolada, procurando adotar critérios de risco epidemiológico e social para organizar sua atenção, implantar triagens e pronto-atendimentos e definir parâmetros para indicação de 'alta' odontológica e manutenção. Vivenciar este processo possibilitou indiscutíveis avanços na execução e avaliação do planejamento nos níveis local e regional. Assim, parâmetros anteriormente utilizados para avaliação dos serviços tornaram-se incompatíveis com a prática, deixando-se a critério loco-regional o estabelecimento dos mesmos. Essa mudança de perspectiva evidenciou a necessidade de referenciais para o monitoramento das ações no município, pois diferentes indicadores e critérios eram utilizados em toda a rede.

Diante deste cenário, em 1994 foi realizado o 1º Seminário Municipal de Saúde Bucal, com vistas a debater e criar referências de programação e monitoramento distritalizado. Em 1995, provavelmente como conseqüência do referido Seminário, foi criado o Grupo de Operacionalização da Política de Saúde Bucal que, com base na experiência acumulada e nas diretrizes do Plano Municipal de Saúde aprovado na 3ª Conferência Municipal da Saúde, assumiu o desafio de elaborar uma proposta para a saúde bucal do município.

No mesmo ano, ocorreu oficialmente a adesão do município ao Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, com atuação em cinco Unidades de Saúde (US), ampliando uma experiência piloto que havia começado despretensiosamente no sul de Curitiba,

com a equipe da US Pompéia, no período 1991/92 (já incluindo uma cirurgiã-dentista), e outra no oeste de Curitiba, em 1992, na Unidade de Saúde São José. O PSF em Curitiba era parte de um esforço político-operativo, consoante com a busca de um modelo capaz de potencializar a proposta de mudança no perfil da atenção, tendo como premissa o atendimento humanizado, a promoção da saúde, a visão intersetorial da qualidade de vida e o vínculo com a população.

Em 1996 chegou-se a uma versão consistente da política de saúde bucal da SMS de Curitiba, tendo como imagem-objetivo "dar ênfase à epidemiologia, buscando impacto, controle e redução de índices referentes às doenças bucais." Mas estes novos ciclos político-programáticos serão aprofundados nos capítulos seguintes.

A Saúde Bucal nos Sistemas Locais de Saúde

Samuel Jorge Moysés[1]
Mariângela Galvão Simão[2]
Maria Alice Pedotti[3]

[1] Cirurgião-dentista, Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública.

[2] Médica pediatra, Mestre em Saúde Materno-Infantil.

[3] Socióloga, Especialista em Sociologia.

No período de 1991-92 a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba experimentou sua primeira grande 'mudança', embora tivesse apenas 5 anos, aproximadamente, de existência formal. A escolha da palavra mudança, em vez de reforma, parece ser apropriada para definir o processo vivido naquele contexto, tendo em vista que o lema institucional que inspirou o processo era 'Saúde é Mudança' (38).

A mudança significou a passagem de uma concepção departamental centralizada, que correspondia a uma segmentação organizativa e de práticas sanitárias, para uma visão distrital-local descentralizada e integradora (39).

Prevalecia, antes da mudança, a segmentação do modelo tecnoassistencial em especialidades e programas pré-definidos quanto aos problemas de saúde, seja por perfil nosológico, ou epidemiológico, ou de faixa etária, ou de fases do ciclo vital, tais como a fase da gestação. Passa a prevalecer, após a mudança, uma concepção de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), com ações integradas de vigilância à saúde sobre um território de responsabilidade da Autoridade Sanitária Local, da equipe de saúde e da própria população residente.

O novo objeto organizacional buscou coerência com uma nova visão do processo saúde-doença e do modelo tecnoassistencial. Com isto, priorizou-se uma concepção matricial, integradora, orientada para a descentralização gerencial para junto do espaço operativo, onde a interface dos serviços com a população ocorre de modo intenso e dinâmico.

O movimento de descentralização, tomado como componente central da organização dos SILOS, fundou-se na dialética de construir espaços organizativos locais mais autônomos, preservando, contudo, a coesão da política de saúde, com visão unificadora e firme condução central, em que os delineamentos estratégicos deveriam ser mantidos para toda a cidade.

Evidentemente, uma tal mudança, alçada à condição de processo inexorável, com vista a alcançar horizontes estabelecidos na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, não poderia ocorrer descolada de outros processos que lhe davam maior significado e conseqüência. Sabia-se, desde então, que a mudança não ocorreria solta em determinado espaço geopolítico, nem desarticulada das forças que exercem um campo de tensão permanente em torno da formulação de políticas públicas, de acordo com conflitos de interesses específicos.

Jogava-se, simultaneamente, com a mudança organizacional e com o processo político de acumulação/desacumulação de poder institucional. Neste caso, num recorte municipalista, visava-se à acumulação ou deslocamento de poder para os espaços comunitários e operativos, tendo em vista a construção de um Sistema Municipal de Saúde resolutivo e solidário com a cidadania curitibana.

Uma importante referência teórica para a transição proposta, naquele momento, provinha de Testa (40), ou seja,

> *o raciocínio político-estratégico atuado com certa radicalidade no espaço institucional, ao tempo em que altera as relações de força e poder estáveis (ou habituais), possibilita também a confirmação do Postulado de Coerência. Um postulado em que haja coerên-*

cia entre estruturas, obtida com a reforma administrativa, propriamente dita; métodos, com a nova organização territorial e operacional; e objeto, com o modelo assistencial referido a novos elementos constitutivos,

tais como a promoção da saúde e a humanização das relações assistenciais. Assim, pode ser visto mais tarde que exemplos programáticos conseqüentes às acumulações deste período, tais como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Acolhimento Solidário, tornaram-se uma confirmação deste postulado, propiciando o enfrentamento da hegemonia do modelo biomédico.

Giacomini (41) lembra que, acumulações anteriores, no período 83-86, quando se formulou o Plano Setorial da Saúde de Curitiba, já apontavam para princípios de mudança que mais tarde dariam a tônica desejada para o Sistema de Saúde, de base municipal, em construção em Curitiba. Tal Plano incluía "...trabalho com a comunidade através de reuniões e visitas domiciliares". Ora, isto não é muito esclarecedor do ponto de vista conceitual, mas é muito significativo como pista estratégico-operativa dos pilares da reorganização da atenção básica que iria emergir alguns anos depois: *controle social* e *saúde da família*.

No que toca a organização de serviços odontológicos no Brasil, desde o plano do Conselho Consultivo Nacional de Assistência à Saúde e Previdência Social (CONASP), em 1983, passando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e desembocando no Sistema Único de Saúde (SUS), pós-lei 8080 de 1990, vários movimentos foram desencadeados, incluindo a difícil transposição, ou remoção, de entulhos jurídicos e institucionais centralizadores e normativos. Cada um dos movimentos citados significou, dialeticamente, uma grande intervenção na política setorial de saúde bucal, do município de Curitiba.

Buscou-se, simultaneamente, dois movimentos aparentemente contraditórios mas com importantes repercussões em termos de manutenção da operacionalidade, em curto e médio prazos, da estrutura de serviços odontológicos locais. Primeiro, foi necessário um movimento de retenção tática de sua capacidade imediata de assistência, embora tais serviços atuassem com processos de trabalho que se pretendia mudar. A manutenção conjuntural era necessária para não implodir as únicas referências de assistência odontológica pública que grande parte da população dispunha, em termos de acesso direto, o que geraria perplexidade e perda de legitimidade social. Contudo, era necessário outro movimento, de avanço, visando a remoção estratégica e gradativa, de culturas assistenciais sedimentadas, tais como a cultura do planejamento normativo, da priorização quase exclusiva do escolar e do sistema incremental, que resistiram e ainda resistem, intrinsecamente, as iniciativas de mudança em vários municípios brasileiros (42).

Diante de um quadro de grande vulnerabilidade, e como parte da Reforma Sanitária Brasileira, as ações de mudança desenvolvidas em prol da saúde bucal tinham que atender a várias frentes, sob pena de serem intencionalmente desacreditadas, servindo como efeito-demonstração de fracasso da nova política pública ainda em gestação no SUS.

Contudo, havia mais que o risco objetivo de um fracasso político e assistencial, com graves revezes para a saúde da população. A formulação estratégica de mudança tinha que considerar, também, reações corporativas e ideológicas que, diante da inquietude e insegurança com as novas proposições, poderiam atuar sistematicamente de modo a inviabilizar qualquer mudança substantiva. Por exemplo, o farisaísmo tecnocrático que insistia nas vantagens de uma racionalidade organizativa e gerencial outrora existente e que, segundo a retórica conservadora, seria perdida no esforço de mudança (43).

O processo de transição em Curitiba, do sistema incremental evoluindo gradativamente para o modelo comunitário e, posteriormente, para o modelo de odontologia integral, desaguando finalmente no modelo da Saúde Bucal Coletiva e da Promoção da Saúde nos SILOS/PSF, repetia a famosa paródia: "o que se faz, o que se diz que se faz e o que se pensa que se faz". De fato, como todo processo complexo e impregnado de tensões e conflitos de interesse, por algum tempo ainda se fazia odontologia incremental para escolares, dizia-se fazer odontologia comunitária e pensava-se fazer saúde bucal coletiva em sistemas locais de saúde.

A simples alusão ao sistema incremental, como modelo metodológico/instrumental de interpretação e ação sobre a realidade social e corporal, especialmente quanto à boca das pessoas, faz vir à tona alguns problemas de avaliação estratégica. Por exemplo, qual a pertinência real de instâncias de poder técnico, ligadas à programação, em decidir parâmetros adequados de cobertura, composição de atividades e produção, quando tais instâncias estão separadas ou distantes, organicamente, dos espaços pedagógicos de sua programação e dos espaços técnicos de sua realização?

Mas o período de transição para novos arranjos institucionais descentralizados trazia, inevitavelmente, momentos de vácuo programático, ou, ao contrário, de excesso normativo local ou distrital descolados da realidade da política municipal da saúde, os quais favoreciam o surgimento de projetos de laboratório social, frios e incongruentes com as demandas sociais. Era possível, até mesmo encontrar uma atmosfera de 'nostalgia' quanto ao sistema incremental que era, tipicamente, uma modelagem programática originada em laboratórios, tais como o Centro para o Desenvolvimento Econômico e Social (CENDES), da Organização Panamericana de Saúde(OPAS) e alguns departamentos acadêmicos americanos, ganhando um *medium* de difusão bastante influente no Brasil, por meio da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP).

Esta nostalgia é reincidente em muitas experiências recentes brasileiras, bastando lembrar a (re)valorização atual de elementos centrais da programação incremental, tais como a noção clinicocêntrica, mecanicista e biologicista do *tratamento completado* (TC). Embora apareça sob o véu da novidade e sofisticação programática, esta 'unidade de produção de serviços' arrisca repetir erros do passado, tais como os simulacros estatísticos de cobertura de grupos de 'risco', com uma suposta eficiência, que na verdade contrariam princípios fundamentais como a universalidade, a eqüidade e a integralidade.

Mesmo a literatura mais recente sobre 'risco' e polarização epidemiológica, que trata de desenvolvimento de programas de inspiração clínica, sem base epidemiológica e populacional, é pródiga no relato de experiências que objetivam apenas o teste de sua própria redução da realidade, como incontáveis experimentos acadêmicos brilhantes, mas inúteis em termos de impacto social e eficácia epidemiológica (44-50).

Devido às condições mais gerais do trabalho desenvolvido em saúde, extremamente contexto-dependentes, quanto mais excelente for um programa, testado numa realidade de exceção (realidade ótima), tanto maior sua ineficácia, ou seja, tanto mais remota a sua possibilidade de transitar entre a realidade da experiência e a experiência da realidade. Por exemplo, grupos que apresentem o conhecido efeito *Hawthorne*, o fenômeno que ocorre quando o desempenho de um sujeito muda simplesmente porque ele está sendo estudado (51). O mesmo fenômeno se observa em estudos científicos quando se elege o ensaio clínico randomizado como *gold standard* de pesquisa epidemiológica, mas se sabe de suas limitações e baixa validade externa em contextos populacionais reais (52, 53).

Contudo, a observação vale também para propostas epifenomênicas de intervenção, que visam substituir modelos de atenção anteriores apenas no seu aspecto adjetivo, ou seja, na criação de um 'nome novo', uma nova logomarca (54). Há que se analisar se as posições assumidas vão além do simples novo nome da proposta, se o ideário reformista avança para além da declaração de princípios, se são oferecidos estratégias e instrumentos substantivos que permitem operacionalizar propostas generalizáveis para contextos diversos, evitando o colonialismo exercido por setores acadêmicos sobre os serviços, os quais visam apenas criar dependência a consultores e *experts*.

Nos SILOS torna-se fundamental compreender em que contexto se dá o diagnóstico da realidade, ou o momento explicativo para o planejamento estratégico-situacional-comunicativo. Freqüentemente, tal diagnóstico ocorre como uma redução estatístico-descritiva, com dados demográficos, sócio-econômicos e epidemiológicos, ou administrativos puramente cientificistas. Esta visão falseia a realidade da vida comunitária, porque a pesquisa de tais variáveis, com vistas à formulação da programação, ocorre na perspectiva da intervenção sobre o 'carente', ou seja, a 'comunidade carente', 'a periferia pobre'. Esta visão é culturalmente etnocêntrica e pedante; politicamente é prepotente e paternalista. É o famoso diagnóstico da 'falta' e da culpabilização das vítimas, que nega o valor socialmente produtivo de atores que são 'vencedores' somente por sobreviverem em um ambiente econômico hostil, tendo muito que ensinar, portanto.

Este diagnóstico burocrático falseia a realidade, também, porque define de fora o que deve ser conhecido. O processo de conhecimento fica reduzido a uma coleta/análise de dados fornecidos por informantes desinformados do que lhes está sendo solicitado, o que é também uma grave questão da (bio)ética.

Uma abordagem de planejamento orgânico pode ser sistematizada sem incorrer em tais vieses. Em princípio, é suficiente ir desvendando as principais manifestações da vida comunitária pela pesquisa-ação, pela observação participante, pela viabilização de canais de manifestação espontânea dos próprios agentes da vida comunitária, pela sua participação efetiva e busca de esclarecimentos ou apresentação de propostas que decorrem de seus problemas autopercebidos, através de canais políticos ou institucionais legalmente constituídos, tais como os conselhos e conferências de saúde (55).

Sabe-se que o exercício da clínica e da epidemiologia, baseado somente na autopercepção dos usuários, pode ser muito perigoso, mas também muito perigosa é a clínica e a epidemiologia exclusivamente normativas, em que técnicos definem o que é problema e necessidade de saúde *a priori.*

Ademais o conceito de comunidade deve se distanciar do funcionalismo ou idealismo românticos, para se fixar nas dimensões fundamentais que possibilitam a unidade ou a dispersão de pessoas. Estas são movidas pelos seus conflitos de interesses imediatos, por suas estratégias de sobrevivência e por motivações mediatizadas também, tais como identidade cultural e política, ou sentido de pertinência a um *habitat* (56-61).

O modelo de programação vai se construindo ao ir-se fazendo, numa síntese somente possível pela interface de diferentes saberes, que são complementares, entre agentes técnicos, atores políticos dentro e fora das comunidades cobertas, na confrontação ou consensualização de interesses que querem se afirmar, e não simplesmente em coincidências estatísticas ou exercício de lógica formal acadêmica (55). Aliás, os fenômenos comunitários, muitas vezes, passam longe desta lógica, mas nem por isto deixam de ser reais e relevantes (62). Mas o cientificismo ou tecnocratismo, recobertos pelo véu da retórica sofisticada, pelo aparato tecnológico, pela importância de seus temas e instrumentos, tentam costumeiramente fazer com que qualquer outra forma de trabalho com a realidade seja uma condenação, uma heresia.

Para um planejamento orgânico, que estimule a aprendizagem de participação, deve-se assegurar a afirmação de interesses locais e distritais e submetê-los a prova do interesse social maior, num processo de consulta/confronto sobre projetos de intervenção social. Durante todo o tempo, os técnicos devem colocar, à disposição para debate, informações do conhecimento especializado e dos mecanismos de administração, além de opinar sobre o mérito das questões, mas sem a ameaça de substituir, de usurpar o lugar dos agentes do controle social, decidindo por eles (30).

O planejamento tem como deixar de ser árido, artificial, descolado da realidade. Os interesses e os problemas não precisam ser sistematicamente supostos ou inventados. Fazer do planejamento e avaliação algo muito complexo, hermético, necessariamente especializado é assegurar um poder e confirmar a impenetrabilidade do saber científico pelo saber popular (63-65). Este esoterismo ganha nomes sofisticados, para esconder muito autoritaris-

mo e, em última instância, violência social ardilosa. Nesta perspectiva, a solidão técnica do especialista é empobrecedora.

Foi pensando de modo radicalmente diferente, com vistas à democratização do planejamento e programação da política de saúde em Curitiba, que o processo social de construção dos Distritos Sanitários iniciou. A partir de 1992, este processo contou com o aporte teórico-metodológico de diversas organizações internacionais, tais como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como entidades tais como a Cooperação Italiana, que produziram uma densa literatura sobre a importância estratégica dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (66).

A partir dos citados referenciais institucionais externos, contou-se em Curitiba com apoio e assessoria que propiciaram importantes momentos de discussão da prática do modelo assistencial, incluindo a saúde bucal. O modelo vigente no início dos anos 90, quando Curitiba iniciou o processo de distritalização, focava prioritariamente em ações programadas e assistência básica individual, cujas lógicas assistenciais foram criticamente revisadas, através de 'oficinas' de territorialização e de planejamento local.

Nesta conjuntura, apenas um exemplo pode substituir mil palavras, expondo de modo direto o caráter das dicotomias com que se convivia dentro do próprio Posto de Saúde. É o exemplo da assistência médica e de enfermagem em relação à assistência odontológica que, embora dividissem o mesmo espaço e trabalhassem quase sempre com a mesma população, não executavam ações planejadas em conjunto. Na mesma estrutura física coexistiam duas chefias: uma médica e de enfermagem e outra odontológica (66).

O planejamento integrado dentro de uma Unidade de Saúde - e o termo Unidade aqui deve ser lido no sentido literal - só começa a ser vislumbrado como possibilidade a partir do movimento reorganizativo propiciado pela distritalização. Em 1992, houve a seleção e instauração das Gerências Regionais de Saúde. No mesmo ano, instituíram-se as Autoridades Sanitárias Locais (ASL) representando, mais que uma chefia única para a Unidade de Saúde, também o representante do poder público para o campo da saúde com responsabilidade sobre todo um território.

A investidura de servidores públicos em tais cargos representou, de fato, o ponto de partida para a mudança do modelo assistencial e do processo de construção ampliada do território. A existência de gerências regionais, em territórios com características afins, foram concretizando as ações referentes ao conceito de Distrito Sanitário. As chefias únicas, em cada Unidade de Saúde, mediaram a descentralização e a aproximação da decisão onde os fatos realmente ocorriam. Isto foi um dos maiores desafios superados, pois houve necessidade de sensibilização de todos os membros da equipe e da comunidade que questionavam e tinham dificuldades em acreditar, por exemplo, que a saúde bucal e a atenção médica tinham o mesmo objeto de trabalho e a mesma condução.

A própria odontologia, tradicionalmente uma das áreas mais tecnificadas e herméticas dentro do campo da saúde pública, iniciou um processo acelerado de incorporação do referencial da saúde coletiva. Isto representou, em Curitiba, o momento decisivo em que a equipe de saúde bucal, metaforicamente, saiu da boca para o mundo das realidades complexas, engendradas na relação da saúde com a sociedade. Em menos de uma década, tal processo culminou com a incorporação, inovadora no Brasil, da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família e com a participação de inúmeros dentistas nos cargos de Supervisão de Distrito e Autoridade Sanitária Local (66).

Nos territórios o processo de planejamento loco-distrital passou por inúmeras fases. Cada fase foi marcada por iniciativas distintas. Por exemplo, na fase inicial do processo, ocorreram as oficinas de territorialização apoiadas pela OPAS. Na fase de consolidação distrital, houve o investimento maciço na capacitação gerencial através do projeto Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (GERUS), projeto gestado pelo Ministério da Saúde que, em Curitiba, tornou-se um curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração em gerência de saúde, em pareceria com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), dirigido a todas as Autoridades Sanitárias Locais então existentes (67, 68). E assim sucessivamente, passando pelo Acolhimento Solidário, pela fase de apropriação das ferramentas do PSF para uso integrado pela equipe multiprofissional de saúde e, atualmente, pelo início da implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde (SISS) (69, 70).

As equipes das Unidades de Saúde, hoje, são reconhecidas em seu território como recurso comunitário indispensável, visto o nível de articulação que as mesmas estabelecem com todos os setores interinstitucionais e intersetoriais. Esta articulação tem no Distrito Sanitário, aqui referido como núcleo político-administrativo, sua base de apoio e desenvolvimento.

A adesão de trabalhadores e o desenvolvimento institucional caracterizam outra dimensão deste processo permanente de construção dos Distritos em Curitiba. A educação continuada surge através da dialética entre necessidades de serviços *versus* demanda social da população do Distrito. Os Distritos em Curitiba reconheceram como essencial uma capacitação indutora, que oferecesse oportunidades mas também partisse da percepção dos trabalhadores nos serviços, enquanto primeiros intérpretes de necessidades, pelo contato que eles tem com a população de um território e como atores essenciais na política dos serviços. Estes aspectos da educação continuada em serviço serão abordados no próximo capítulo.

A Formação e Desenvolvimento da Equipe de Saúde Bucal

Simone Tetu Moysés[1]
Karina Maria Camargo Sizenando[2]
Simone Maria Menezes[3]
Irene Rodrigues[4]

[1] Cirurgiã-dentista, Doutora em Epidemiologia e Saúde Pública.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Pública.

[3] Cirurgiã-dentista.

[4] Técnica em Higiene Dental.

"O impulso alavancador da mudança está nas pessoas, nas suas habilidades e conhecimentos, na sua criatividade e inovação, na sua inteligência e na sua competência".

Chiavenato, 1992.

Notas introdutórias

O processo de construção de um sistema de saúde inicia-se pela mobilização de pessoas que fazem o trabalho institucional. Pessoas são os únicos recursos eminentemente vivos e dinâmicos com que uma instituição pode contar (71). Seus comportamentos caracterizam o serviço produzido e são definidos no contexto do trabalho e das relações. Portanto, o desenvolvimento de pessoas assume um papel estratégico na conformação de ações em saúde. Este capítulo focaliza as estratégias assumidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba na capacitação e desenvolvimento de pessoal, na área da saúde bucal, no processo de organização permanente dos serviços.

Caberia aqui uma breve conceituação inicial sobre o entendimento dos termos utilizados. Chiavenato (72) faz uma distinção entre o desenvolvimento organizacional, o desenvolvimento de pessoal e o treinamento de pessoal no âmbito das instituições. O desenvolvimento organizacional seria a mudança planejada da organização, de sua cultura, de sua dinâmica, de sua estrutura visando melhorar sua eficiência e eficácia. O desenvolvimento de pessoal pretende oportunizar o crescimento profissional de pessoas através de condições capazes de realizar as potencialidades humanas no contexto das mudanças organizacionais. O treinamento de pessoal, por sua vez, como parte do desenvolvimento de pessoas, é um ato intencional de fornecer meios para proporcionar a aprendizagem através de novos conhecimentos, habilidades e atitudes.

Como veremos, as estratégias de desenvolvimento da equipe de saúde bucal em Curitiba vêm se delineando de acordo com orientação institucionalmente definida, para o desenvolvimento e consolidação do subsistema de saúde bucal na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, historicamente foram sendo oportunizados momentos de treinamento, capacitação e formação profissional de acordo com a conformação política da época. O desafio aqui é contribuir para a compreensão do papel assumido pela Secretaria Municipal da

Saúde de Curitiba, expondo aspectos relacionados com a gestação das idéias e métodos, problematização de abordagens pedagógicas, programação das atividades e transformação destas equipes, destacando os contextos delineadores deste processo.

A conformação da equipe de saúde bucal e a definição de políticas para seu desenvolvimento

Conforme salienta Narvai (73), a revolução industrial criou, também no campo odontológico, as condições para a rápida transformação do processo de trabalho e do seu sujeito. As divisões social e técnica do trabalho odontológico vêm caracterizando a modificação na composição profissional e no perfil de uma prática antes centrada no Cirurgião-Dentista (CD), trabalhando isoladamente, para uma equipe de saúde bucal. Novos sujeitos incluindo os CD, Técnicos em Higiene Dental (THD) e Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) consolidam um modelo de prática conectada com a diferenciação e qualidade exigidas pela necessidade de atenção em saúde bucal da população.

Esta mesma lógica pode ser observada na construção do modelo de saúde bucal em Curitiba. Na década de 70, a odontologia era um serviço restrito a escolares da rede pública de ensino, os quais eram atendidos em consultórios isolados dentro de escolas. Nesta época, o CD atuava sozinho e seu trabalho evidenciava a necessidade, nem sempre concretizada, de sua participação ativa na comunidade escolar em reuniões, palestras e eventos.

A proposta de uma política geral de desenvolvimento de pessoal atuando em saúde pública já fazia parte da legislação municipal desde a década anterior, quando um orçamento específico era reservado para a formação e aperfeiçoamento do pessoal técnico em saúde pública. Porém, a ausência de uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos era evidente. O treinamento para o trabalho era feito em serviço, tendo como instrutores os próprios profissionais já atuando na área, embora ainda com certo grau de improvisação na sistematização de procedimentos (74).

No final da década de 70 e início dos anos 80, a Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), por intermédio do então Departamento de Desenvolvimento Social/Diretoria de Saúde, orientou a expansão dos serviços através da estruturação das primeiras clínicas odontológicas simplificadas. No contexto da Atenção Primária de Saúde, profissionais auxiliares membros da comunidade, contratados como Atendentes de Saúde, passaram a compor a equipe de saúde bucal, iniciando um trabalho de caráter coletivo multiprofissional.

Este contexto definiu um marco histórico da articulação de uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos na instituição (75). O treinamento do pessoal auxiliar seguia a mesma lógica do treinamento em serviço anterior, destacando a importância do

papel dos CD como instrutores deste processo. Porém, iniciaram-se programações anuais complementares ao 'treinamento admissional', onde a instituição passou a proporcionar momentos específicos para o aperfeiçoamento da equipe sobre temas que incluíam a Odontologia Social e a Saúde Pública, além de conteúdos técnicos da área clínica específica. Paralelamente, em acordo com a Escola de Saúde Pública vinculada a Secretaria Estadual da Saúde, dentistas da rede municipal eram estimulados a participar de um Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Pública, desenvolvido naquela instituição em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública.

Com a ampliação significativa do número de clínicas odontológicas nos anos 80, a necessidade de homogeneização conceitual, que daria suporte ao modelo de prática da época, tornou-se evidente. Desta forma, treinamentos sistematizados para toda a equipe de saúde bucal incluíam temas como 'Simplificação e Desmonopolização em Odontologia', 'Princípios de Ergonomia' e 'Odontologia a 4 mãos'.

O aumento do acesso aos serviços de saúde e a incorporação de novos profissionais de saúde bucal, decorrentes do novo modelo assumido pela rede pública de atenção à saúde, direcionou o foco das discussões para a reorganização do atendimento. Tal direcionamento foi centrado na necessidade de ampliação da cobertura populacional, de aumento da produtividade da atenção clínica e desenvolvimento de ações de caráter preventivo/educativo. Assim, a capacitação dos profissionais executores desta nova prática passou a ser estrategicamente importante.

Em 1984, com base no Parecer 460/75 do Conselho Federal de Educação, e coincidindo com a aprovação pelo Conselho Federal de Odontologia da Decisão 26/84, complementada posteriormente pelas Resoluções 155/84, 157/87 e 153/93, as quais disciplinavam a formação e o exercício das profissões de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD), foi criado pioneiramente no Estado do Paraná o Curso THD através da Fundação Caetano Munhoz da Rocha/Colégio Caetano Munhoz da Rocha. A partir daí, a regulamentação dos profissionais no exercício de suas funções, na rede de assistência à saúde bucal em Curitiba, passou a ser contemplada através do estabelecimento de uma parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, garantindo vagas no Curso para a formação de THD. Paralelamente, cursos de capacitação pedagógica eram ministrados a CD da rede municipal que participavam como docentes na formação destes profissionais.

Em 1986, a criação da então Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos (DDRH), da nova Secretaria Municipal da Saúde (SMS), parecia trazer novas perspectivas para o suporte institucional na área. O contexto político conturbado da época, coincidente com as profundas transformações do Sistema de Saúde nas esferas nacional, estadual e municipal com a operacionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Integrado e Descentralizado de Saúde (SUDS), precursores do Sistema Único de Saúde (SUS), possivelmente determi-

nou uma atuação restrita e focada em treinamentos admissionais ou de 'integração funcional', objetivando situar os profissionais frente à lógica do novo modelo de Atenção Integral à Saúde, dominante na época.

Somente em 1989, a DDRH da Secretaria Municipal da Saúde explicitou uma política de priorização à formação e educação continuada dos profissionais atuantes na rede, com vistas à busca do aprimoramento qualitativo dos serviços prestados à população. Com base em um diagnóstico situacional dos profissionais Atendentes de Saúde, evidenciou-se um quadro majoritário de funcionários atuando nas Unidades de Saúde sem qualquer capacitação formal para o trabalho. Além disso, as vagas disponíveis nos cursos de formação conveniados não eram mais suficientes para a demanda prevista com a ampliação da rede de serviços. Ficou constatada, também, a disponibilidade de profissionais capacitados, técnica e pedagogicamente, na Instituição, para desenvolver os conteúdos curriculares exigidos. Como conseqüência, a instituição prestadora de serviços passou a assumir a formação profissional adequada à proposta do modelo assistencial, evidenciando o compromisso político com uma atenção em saúde mais resolutiva.

Neste mesmo ano, através de acordo de cooperação entre a PMC e a Fundação Caetano Munhoz de Rocha, vinculada a Secretaria Estadual da Saúde, através do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, e com o apoio do Instituto de Administração Municipal, cursos para a formação de THD e Auxiliares de Enfermagem foram descentralizados e assumidos pela SMS (76).

Estes cursos seguiam as diretrizes preconizadas pelo Projeto Larga Escala, apoiado pelos Ministérios da Saúde, Previdência e Educação e a Organização Pan-americana de Saúde. Voltado para a formação de nível médio e elementar para os serviços básicos de saúde, tal projeto tinha como princípios fundamentais a formação de pessoal em serviço, sem deslocá-lo em tempo integral da rede de serviços de saúde; a utilização de supervisores/profissionais de nível superior da rede, devidamente capacitados para atuação docente; a adoção de conhecimentos integrados, com a apropriação de currículos adequados a realidade profissional; o reconhecimento formal pelo setor da Educação, com a emissão de certificados de suplência profissionalizante ou qualificação profissional. Entre os anos de 1989 a 1991, em torno de 150 Técnicos em Higiene Dental foram formados na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

O impacto desta política de recursos humanos foi sentido em todos os níveis de atuação das equipes de saúde bucal. Além da valorização profissional, obtida com o enriquecimento e ampliação da formação de atores de saúde comprometidos com as necessidades da população, a capacitação técnica e desenvolvimento profissional impôs um novo perfil de participação e um novo ritmo na construção de uma proposta de ação coletiva desempenhada pela equipe de saúde bucal. De modo reflexo, o processo também afetou outros

envolvidos tais como coordenadores de serviços, instrutores, monitores, supervisores de área, caracterizando uma meta-pedagogia institucional.

No ano de 1990, com uma rede de 57 Centros de Saúde, 34 Clínicas Odontológicas e aproximadamente 2000 funcionários, a SMS se deparava com uma importante questão gerencial: como dar suporte a profissionais com formação eminentemente técnica, que passavam a assumir funções de gerência sem qualquer formação na área administrativa e de relações humanas. Era preciso investir na capacitação gerencial destes profissionais para que pudessem conduzir o processo de coordenação e avaliação das Unidades de Saúde com relação aos aspectos administrativos, técnicos, sócio-políticos e da própria política municipal de saúde. O foco de atenção no desenvolvimento de pessoal passou a ser, portanto, centrado na realização de Seminários de gerenciamento com apoio do Instituto de Administração Municipal.

A então Divisão de Odontologia Social propunha formalmente ações de desenvolvimento de recursos humanos como parte da programação estratégica na área odontológica formulada para um quadriênio (75). Em conformidade com uma política de reciclagem de profissionais de nível superior, habilitando-os a promover avanços no modelo assistencial, foi desenvolvido um programa pautado por reciclagens de curta duração, de maior freqüência e que caracterizassem uma metodologia de educação continuada. Considerava-se de grande importância, para a formulação de protocolos clínicos, a adequação tecnológica e de conhecimentos em áreas como periodontia, dentística, farmacologia e psicologia, para adequar o trabalho às novas demandas colocadas pela população. Este processo permitiu ainda a formação de instrutores multiplicadores, cujo papel foi de primordial importância na abrangência dos treinamentos locais.

Estratégias políticas voltadas para a valorização profissional ainda incluíam a criação, no plano de cargos e salários, das funções de THD e ACD e o estabelecimento de parcerias institucionais para o desenvolvimento de pessoal qualificado para reflexões e proposições mais elaboradas em saúde coletiva. Um exemplo foi a realização do Curso de Especialização em Odontologia Preventiva e Social, desenvolvido pela Universidade Federal do Paraná, com a Prefeitura Municipal de Curitiba e a Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, para aprimoramento e capacitação de dentistas atuantes no serviço público. Este curso formou, em suas 7 turmas (1990-96), cerca de 140 especialistas.

Porém, mais uma vez, a dinamicidade da construção das práticas de saúde no município impunha novos desafios. O processo de territorialização, com definição de uma nova ordem administrativa e uma nova lógica no 'fazer saúde' na cidade, exigia maior embasamento teórico. Para tanto, a SMS, com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde desenvolveu uma seqüência de oficinas de trabalho, entre elas a de Territorialização e Informação em Saúde, Vigilância à Saúde, Planejamento e Informação em Saúde. A dinâmica adotada consistiu num

movimento contínuo de ação/reflexão/ação composto de encontros locais e regionais, alternados por trabalhos no nível local, pretendendo alcançar o alinhamento conceitual e sua coletivização e a consolidação dos planejamentos locais (77).

A efervescência de experiências locais clamava por espaços de troca, de construção coletiva. A própria Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos tornava-se Coordenadoria de Desenvolvimento em Saúde Coletiva (CDSC). Os Encontros de Saúde Coletiva, eventos de grandes proporções que passaram a ser realizados anualmente, ultrapassaram os limites das corporações profissionais. Agora as equipes de saúde sistematizavam e apresentavam, oralmente ou em pôsteres, seu trabalho e aprendiam a fazer saúde no bojo de experiências locais multidisciplinares. A prática exigia um profissional criativo, com capacidade crítica aguçada, conhecedor de sua realidade local.

Também a proposta de formação de pessoal de nível médio atuante no SUS passou por profundas modificações. A Secretaria Nacional de Recursos Humanos, do Ministério da Saúde, vinha considerando a profissionalização dos trabalhadores de nível médio como componente primordial para a construção de um sistema de saúde pautado pelos princípios do Sistema Único de Saúde, em construção no país. Assessorada por técnicos ligados à formação destes profissionais do Estado do Paraná, vinha elaborando uma proposta pedagogicamente inovadora: o Currículo Integrado para a formação de THD.

O currículo integrado foi construído com base na Teoria da Problematização, para garantir a efetiva interação entre ensino e prática profissional, baseado na construção do conhecimento a partir da vivência do aluno em sua realidade cultural e social, orientado por profissionais capacitados a assumir o papel de instrutores na investigação e busca de esclarecimentos e propostas de ação. A capacitação deste profissional deveria, portanto, proporcionar o desenvolvimento de suas potencialidades como cidadão e profissional, com autonomia para uma prática crítica e criativa, compromissada com sua realidade (78).

Curitiba, naquele momento histórico, foi considerada o campo ideal para testar esta nova lógica formadora. Em 1993, o Conselho Estadual de Educação aprovou a proposta de operacionalização da metodologia do Currículo Integrado para o Curso de 2° Grau Supletivo, Função Suplência Profissionalizante de Técnico em Higiene Dental, ofertado pelo Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, Descentralização SMS de Curitiba.

Com o apoio do Ministério da Saúde, o curso foi desenvolvido em 1993/94, de forma descentralizada em 6 das 7 Regionais de Saúde recentemente implantadas em Curitiba, com 6 turmas de 15 alunos, num total de 90 profissionais. Quarenta instrutores e monitores, entre eles 26 CD e 14 THD foram capacitados pedagógica e tecnicamente, paralelamente ao desenvolvimento do Curso THD. Este esforço institucional significativo era uma estratégia concebida e orientada para a melhoria da qualidade da atenção prestada à população, para o resgate do compromisso social dos trabalhadores e para a valorização profissional.

A experiência de Curitiba passou a ser referência do Ministério da Saúde no desenvolvimento de projetos similares em todo o país. Além disso, a metodologia utilizada neste curso trouxe uma nova perspectiva pedagógica de capacitação e desenvolvimento de pessoal na Instituição.

Porém, as contradições políticas na administração pública podem muitas vezes limitar profundamente propostas inovadoras como esta. Apesar do referido esforço institucional, até hoje muitos dos profissionais formados como THD ainda não foram enquadrados na função junto à Secretaria de Recursos Humanos do município e continuam atuando como ACD, embora agora melhor capacitados. Esta foi a última experiência na formação de THD desenvolvida no município.

Com o fortalecimento dos Núcleos Regionais de Saúde, a partir de 1994, novas metas locais de treinamento e desenvolvimento de pessoal foram estabelecidas pelas Unidades de Saúde. Profissionais de saúde bucal passaram a participar de discussões organizadas pelas próprias Regionais de Saúde, incluindo temas como saúde mental, desnutrição, AIDS/DST, saúde do trabalhador, responsabilidade civil e penal, saúde ambiental, dentre outros.

Grupos de estudo da saúde bucal foram organizados nas Regionais de Saúde promovendo educação continuada e debates sobre a organização da atenção em saúde bucal. Por outro lado, discussões específicas davam continuidade ao amadurecimento das equipes de saúde bucal como aquelas conduzidas durante o Seminário de Saúde Bucal realizado em 1994, onde foram abordados temas como a organização, epidemiologicamente orientada, do sistema de atenção, vigilância sanitária do flúor e a preparação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

O desenvolvimento de pessoal na SMS de Curitiba foi marcado, em 1995, pela condução do Projeto Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (GERUS), uma proposta de desenvolvimento de capacidade gerencial em unidades da rede básica de saúde desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) como parte do Programa de Gerência para a Qualidade na Saúde (67, 68).

Em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a SMS de Curitiba realizou o curso na forma de uma capacitação longa, num formato inovador, mas com créditos suficientes para titular os egressos em nível de especialização em Saúde Coletiva. Ofertado para gerentes das unidades de saúde, fazia parte de uma decisão política de conduzir as mudanças nas práticas sanitárias voltadas para a efetivação do Sistema Único de Saúde. Tratava-se, portanto, de uma proposta de desenvolvimento gerencial das organizações locais de saúde, cujo eixo operacional estava no processo de capacitação e valorização de seus recursos humanos.

Novos tempos trouxeram novas perspectivas, novas práticas, novas formas de desenvolvimento de pessoas no processo de trabalho. No processo de sua implantação, o Programa

Saúde da Família preconizava uma releitura do modelo assistencial vigente, questionava o método clínico centrado na doença e estimulava a formação profissional e a criação de multiplicadores dos princípios que regem a saúde da família.

Em 1996, após uma relativa maturação da proposta iniciada em 1991, buscou-se uma parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná e a Universidade de Toronto. Professores canadenses realizaram o Curso Básico de 5 finais de semana em Saúde da Família em Curitiba. O público alvo foi constituído por profissionais de nível superior que faziam parte das equipes de saúde da família, que pela primeira vez na história da medicina de família, contava com a presença de dentistas. Em Curitiba, graças a mais esta experiência inovadora, a denominação de "médico de família" transformou-se em "equipe de saúde da família".

O curso básico tinha como principais objetivos instrumentalizar os profissionais quanto aos princípios e ferramentas do trabalho com famílias, desenvolver linhas de condutas, trabalhar os profissionais como uma equipe apta a gerenciar projetos, desenvolver programas de promoção de saúde, centrar a ação profissional no usuário, na família e na comunidade e formar multiplicadores, tanto no serviço quanto na formação teórica de novas turmas. E foi dentro desta lógica que várias turmas multiprofissionais foram formadas, reproduzindo o curso básico, tendo o dentista com um de seus instrutores. Atualmente, cursos de capacitação em Saúde da Família vêm se desenvolvendo no Município, agora incorporando também profissionais de nível médio e elementar da equipe de saúde bucal, além de agentes comunitários de saúde.

A reorganização do processo de trabalho da saúde bucal, nesta época, focava na epidemiologia como inteligência para o planejamento local. Tal concepção constou da formulação do 'Projeto de Saúde Bucal', que trazia a necessidade de discussões sistematizadas para sua implantação (79). A então Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoal, neste mesmo ano de 1996, passou a desenvolver atividades de educação odontológica continuada, onde temas de suporte deste projeto passaram a ser desenvolvidos sistematicamente, com o apoio das instituições de ensino locais e também de outros estados. Além disso, como parte das estratégias de reforço de equipes multiprofissionais, temas como saúde da família, biossegurança, sensibilização em saúde mental e AIDS, eram desenvolvidas pelos Distritos Sanitários localmente, com a participação de profissionais das equipes de saúde bucal.

Ao conduzir a organização e realização do XII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), e 1º Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, a SMS expressou seu compromisso com a busca de uma prática de saúde coletiva eficaz e com o SUS resolutivo. Seu temário incluiu discussões importantes no campo da nova realidade epidemiológica, nas áreas estratégicas de planejamento e de gestão de serviços, na área da promoção e da educação em saúde, em prevenção das doenças e manutenção da saúde.

Com a mudança da gestão municipal, em 1997, a SMS de Curitiba, com o apoio do Instituto de Administração Municipal, vem assumindo a responsabilidade de proporcionar mensalmente momentos de discussão abordando temas focados na prevenção e promoção da saúde bucal para profissionais e estudantes de odontologia da cidade de Curitiba.

Um destaque pode ser dado à capacitação de profissionais das equipes de saúde bucal na área da promoção da saúde ao 'Amigo Especial' (pessoas portadoras de necessidades especiais), incluindo parceria com a Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), regional do Paraná.

A facilitação do acesso da população à atenção passou então a ser foco de atenção da administração pública municipal. Um amplo processo de discussão chamado de Acolhimento Solidário referenciou como eixo central do modelo tecnoassistencial a defesa da vida, onde a humanização do atendimento, a satisfação do usuário dos serviços, a ampliação do acesso e melhoria na resolutividade das ações foram definidas como estratégias centrais da política de saúde para Curitiba. Conceitos como acessibilidade, competência, criatividade, diálogo, ética, humanidade, integração, planejamento/priorização, pronto acolhimento, resolutividade, solidariedade e vínculo nortearam a reorganização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde.

Um investimento maciço na sensibilização e capacitação profissional era então essencial para a condução desta proposta. A sensibilização inicial ocorreu em 1998, quando aproximadamente 4000 funcionários da rede municipal participaram de discussões sistematizadas centradas no tema do Acolhimento Solidário. Como desdobramento, novas parcerias institucionais viabilizaram o desenvolvimento de capacitações técnicas e gerenciais complementares. Todos os profissionais de nível médio e elementar, incluindo ACD e THD, mais diretamente ligados ao processo de acolhimento da população em unidades de saúde, participaram de oficinas sobre o Atendimento ao Cidadão, onde temas como motivação, ética, auto-estima e relações interpessoais foram reforçados. Cursos centrados em gerência administrativa/relações interpessoais foram ofertados para gerentes. Além disso, investimentos em capacitações técnicas envolveram aspectos relacionados à reorganização do fluxo de atendimento e processo de trabalho, com clarificação na definição de papéis e ampliação da atuação de Agentes Comunitários de Saúde, agora também capacitados a atuarem na área da saúde bucal.

Estimular a ampliação de perspectivas de atuação profissional e apoiar a formação de pessoas comprometidas com o modelo de atenção à saúde, caracterizam-se como responsabilidades dos Sistemas Locais de Saúde. Parcerias com universidades e escolas técnicas na área da saúde têm possibilitado a participação das Unidades de Saúde e suas equipes nesta área, como campo de estágio e supervisores/preceptores de alunos. Na área da odontologia, atualmente CD e THD integrantes das equipes de saúde da família, atuam como supervisores de alunos da Universidade Federal do Paraná, Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Faculdade Tuiuti. Os alunos realizam estágio em serviço, associado a disciplinas de Odontologia

Social e Preventiva (Saúde Coletiva, nas novas propostas curriculares), propiciando uma formação longitudinal reconhecidamente rica em conteúdos e experiências.

Além disso, Curitiba ainda conta com uma Unidade-Escola, onde a gerência técnica e administrativa é assumida em parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Nesta Unidade as equipes multidisciplinares de alunos, incluindo alunos de odontologia, medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e fonoaudiologia têm a oportunidade de vivenciarem experiências concretas de atuação junto a famílias residentes na área de cobertura da Unidade, bem como em creches, escolas, instituições asilares, dentre outros.

Deste breve relato de construções coletivas e práticas voltadas para as pessoas atuantes em saúde bucal em Curitiba, evidencia-se que, conforme salienta Frazão (80),

o desenvolvimento de pessoal, quando articulado com a transformação do processo de trabalho e com práticas gerenciais e de supervisão adequadas, assume importância estratégica na agenda dos responsáveis pelo planejamento de ações de saúde bucal nos sistemas locais de saúde.

A análise das iniciativas apontadas neste capítulo indica o reconhecimento histórico, por parte da administração pública de Curitiba, desta responsabilidade e sua preocupação com ações de saúde bucal resolutivas.

Expectativas e perspectivas no desenvolvimento de pessoal de saúde bucal em Curitiba

Como ponto de reflexão sobre uma prática desenvolvida no bojo de mudanças contextuais definidas historicamente em Curitiba, seria oportuno utilizar como referência as orientações sugeridas por Mattos (71) para uma postura democrática de desenvolvimento de pessoal nas organizações sociais:

- o desenvolvimento de pessoas precisa ser orientado de modo a adotar o modelo de trabalho-aprendizagem, facilitando assim as manifestações de necessidades e peculiaridades dos diversos sujeitos institucionais;
- desenvolver o potencial humano disponível na organização, em suas mais variadas formas quer seja individual ou grupal;
- estabelecer relações de trabalho facilitadoras do desenvolvimento humano individual e organizacional;
- criar condições para a implantação de uma atitude de autocrítica permanente na organização, de modo que a aprendizagem de novos procedimentos e relações de trabalho seja constante.

As estratégias de desenvolvimento de pessoal nos serviços de saúde têm se caracterizado como meio de superação das limitações impostas pelo modelo de formação profissional tecnicista, desconectado da realidade. Ações gerenciais e de supervisão consistentes e que dêem suporte a práticas resolutivas, aliadas às transformações nos processos de trabalho centrados na equipe multiprofissional, podem gerar atividades de desenvolvimento de pessoal capazes de integrar as dimensões políticas, técnicas e pedagógicas do trabalho em saúde. Entretanto, tal atividade envolve uma diversidade de aspectos e decisões (políticas, técnicas, educacionais, econômicas e administrativas) as quais, geralmente, ultrapassam o campo de atuação específica de uma instituição (80).

Portanto, o desenvolvimento de pessoal na perspectiva da efetivação do Sistema Único de Saúde exige um enfoque integrador, interdisciplinar e intersetorial, unindo ensino e serviço, que orientem a formação e preparação de pessoas capazes de fazer frente às necessidades de atenção da população.

Nesta perspectiva, novos desafios frente à democratização do processo de desenvolvimento de pessoas que participam do Sistema de Saúde de Curitiba apontam para perspectivas futuras importantes. Por um lado, para a necessidade da ampliação de ações locais voltadas para o reforço no investimento em profissionais multiplicadores e no uso de tecnologias educacionais interativas de ensino à distância que favoreçam mais oportunidades para o desenvolvimento profissional e pessoal. Por outro lado, a consolidação de parcerias institucionais que efetivamente caracterizem o papel de cada um na estruturação de uma ação em saúde competente e humanizada.

Gestão Multiprofisional no SUS Municipal: uma visão da linha de frente

Antonio Dercy Silveira Filho[1]
Beatriz Batistela Nadas[2]
Denize Graeser Fernandes[3]
Márcia Polo[4]

---

[1] Cirurgião-dentista.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gestão de Serviços de Saúde.

[3] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gestão de Serviços de Saúde e em Odontologia Preventiva e Social.

[4] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gestão de Serviços de Saúde e em Epidemiologia.

Pensar que integrantes da equipe de saúde bucal possam ocupar cargos de gerência do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda pode parecer estranho à maioria dos gestores municipais, porém em Curitiba, há muito isto é realidade. Talvez porque a política de saúde bucal sempre esteve presente na Atenção Básica a Saúde de Curitiba, exercendo um papel fundamental no desenvolvimento do sistema e, agrega-se a isto, a disponibilidade dos profissionais dentistas do Sistema Municipal de Saúde em apreenderem e enveredarem pela área administrativa e gerencial.

Podemos citar alguns aspectos relevantes que contribuíram para tal. As instituições de ensino superior de odontologia, que ofertam cursos no município, dispõem de disciplinas que objetivam despertar no aluno o interesse por este universo de trabalho. Vemos que, independentemente da instituição formadora, ou seja, se pública ou privada, os novos cirurgiões-dentistas que vêm compor as equipes das Unidades de Saúde parecem estar sensibilizados pela causa da saúde pública. Certamente este interesse é relevante, tanto para as práticas técnicas institucionais quanto para as áreas administrativas.

O depoimento de alguns destes profissionais-gerentes será utilizado para ilustrar as observações deste texto. Por exemplo, quanto ao aspecto do perfil do egresso dos cursos de odontologia de Curitiba, um depoente observou que

> *a formação acadêmica, em relação ao desempenho gerencial é um facilitador, e não um fator determinante. Outros fatores como, liderança, relacionamento interpessoal, capacidade de motivar a equipe e lealdade à instituição a meu ver são mais importantes.* (J.L.G. – Dentista, Autoridades Sanitárias Locais).

É claro que o cenário não foi sempre este. No início, a visão de gestão municipal departamentalizada e segmentada prevalecia. A Odontologia Sanitária era vista como mais um departamento. Neste período, os consultórios odontológicos estavam situados dentro das escolas municipais de primeiro grau e o atendimento restringia-se às crianças em idade escolar. A coordenação gerencial deste serviço já era realizada pelo dentista lotado no local de atendimento, exercendo atividades clínicas e administrativo-gerenciais.

Nas décadas de 70 e 80 começaram a ser construídas as primeiras clínicas odontológicas dentro do princípio da simplificação e do trabalho a quatro mãos, destinadas ao atendimento de crianças em faixa etária escolar, em anexos aos Centros de Saúde. Observou-se uma ampliação significativa, tanto na oferta dos serviços, como no atendimento da população.

A participação comunitária na gestão dos serviços de saúde do SUS teve início neste mesmo período, através das Associações Comunitárias que, em seguida, começaram a se organizar em Comissões Locais de Saúde e a exercer sua cidadania. Tinham como uma das principais reivindicações o atendimento clínico odontológico a toda a comunidade. Houve a ampliação do atendimento clínico às demais faixas etárias com a criação do terceiro turno de atendimento, destinado aos adultos da área. Neste mesmo período, o Programa de gestantes do Centro de Saúde também incorporou as ações de saúde bucal.

Os Chefes de Clínica Odontológica passaram a desenvolver um importante papel interlocutor com a área médica e de enfermagem e também com a comunidade. Surgiram oportunidades de incorporação dos dentistas nas áreas de supervisão dos serviços de saúde e a Divisão de Odontologia Social, que compunha o Departamento de Assistência à Saúde, era uma das sólidas estruturas da instituição. Esta adaptabilidade a novos papéis ou funções institucionais é enfatizada por alguns gerentes atuais: "o profissional dentista possui uma tendência em se adaptar a situações e a capacidade para resolver problemas com criatividade, bom senso e competência." (C.E.B – Autoridades Sanitárias Locais).

Esta inserção dos profissionais da saúde bucal trouxe reconhecimento junto à administração dos serviços de saúde municipais, o que os fez desempenharem progressivamente funções de maior destaque, porém ainda limitada à área específica da saúde bucal.

Com a incorporação das clínicas odontológicas nas Unidades de Saúde, como uma das salas de atendimento ambulatorial básico à população, consolidou-se o processo de transformação dos serviços odontológicos, na tentativa de traduzir o conceito de integralidade em saúde.

A regionalização dos serviços de saúde no município concretizou-se em 1991. Neste período, com a participação de todos os profissionais, ocorreram os 'concursos internos', que selecionaram os Gerentes Regionais, os Apoios Técnicos, Chefes de Serviços e Autoridades Sanitárias Locais (ASL). Sedimentou-se assim a valorização dos profissionais da saúde bucal que maciçamente ocuparam cargos nos vários níveis hierárquicos, quando passaram a exercer exclusivamente a atividade gerencial. Nesta reforma administrativa a Divisão de Odontologia fora extinta, pois seguindo os princípios do SUS, fez-se necessário uma nova postura gerencial, estrategicamente integrada, visando o desenvolvimento e implementação das políticas públicas de saúde de modo unificado.

Muito interessante analisar como o dentista apropriou-se dos conteúdos gerenciais e técnicos pertinentes à área médica e de enfermagem, necessários para a administração em saúde. No entanto, dado o exercício multiprofissional recíproco da função gerencial, percebe-se ainda uma certa dificuldade dos profissionais de outras categorias no que tange ao gerenciamento das questões técnicas específicas do núcleo da saúde bucal.

Na mesma linha de argumentação sobre a adaptabilidade do cirurgião dentista (CD), outro depoimento enfatiza este ponto:

> *o dentista da rede de serviços tem demonstrado uma alta capacidade de adaptação e versatilidade frente a novas situações, por isso vejo que a função gerencial, quando desempenhada pelo dentista, é realizada com muito empenho, dedicação e competência. O dentista procura integrar-se e entender de todos os assuntos, sejam administrativos ou da área técnica médica e de enfermagem.* (C.A.L. , dentista).

Este novo quadro de atribuições trouxe mudanças no que tange a capacitação destes profissionais. Foi comum observar-se, então, dentistas apropriando-se de novas bases conceituais e metodológicas, tais como o planejamento estratégico, os fundamentos geo-epide-

miológicos e administrativos da territorialização, a gestão de sistemas de informação, a vigilância a saúde, incluindo vigilância sanitária e epidemiológica, através de oficinas gerenciais.

O processo de descentralização na área de saúde em Curitiba foi concomitante a uma grande ampliação na rede de Unidades Básicas de Saúde. Entrando na gestão plena do SUS, passou a ser de responsabilidade do governo municipal toda a gerência do sistema. Neste momento os cargos administrativos de Autoridades Sanitária Local (ASL), de Supervisores de Distrito Sanitário (antigos Gerentes Regionais), de Chefes de Divisão, de Coordenações, de Apoios Técnicos, de Assessores, de Diretores de Centro (antigos Departamentos), são agora ocupados por servidores de nível superior, médicos, enfermeiros, dentistas e assistentes sociais, sem haver distinção entre estas categorias profissionais, inclusive, havendo uma isonomia salarial para as funções gerenciais, independente da formação do profissional que a ocupa.

Juntamente com o processo de descentralização, observa-se um crescimento da demanda na assistência à saúde e a busca da população por serviços que ofereçam qualidade no atendimento. Esta demanda faz com que o corpo gerencial incorpore no seu processo de trabalho e na gerência da equipe, o conceito de 'ouvir o usuário' e, desta forma, encontre a resposta mais adequada a necessidade dos cidadãos que utilizam serviços do SUS. Para esta tarefa são necessários gerentes que tenham apropriação da sua base territorial e que estejam sensíveis a novas práticas em saúde e propostas de modelo assistencial que venham de encontro às necessidades dos cidadãos.

Em 1995 foi realizado no município de Curitiba o primeiro grande processo de capacitação das Autoridades Sanitárias Locais, através do Projeto Gerência de Unidades Básicas de Saúde (GERUS), elaborado em cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana da Saúde, com duração de dez meses (67, 68).

O projeto GERUS ocorreu em duas etapas. Num primeiro momento, ocorreu a capacitação dos monitores e, posteriormente, realizou-se o curso propriamente dito, com carga horária de aproximadamente 400 horas, divididas em períodos de concentração e dispersão, dentro da metodologia da problematização, partindo de referências e conhecimentos da realidade para chegar na qualificação dos gerentes locais.

Este curso foi descentralizado para os oitos Distritos Sanitários, com avaliações periódicas entre o grupo de monitores e o grupo de condução, para que o processo ocorresse de forma mais homogênea possível em toda a rede. Vale ressaltar que os monitores capacitados eram do quadro próprio da Secretaria Municipal da Saúde, sendo que este é um dos fatores fundamentais para o sucesso deste projeto. Todas as Autoridades Sanitárias Locais das Unidades Básicas de Saúde, com exceção das Autoridades Sanitária Locais das Unidades de Saúde 24 horas, participaram desta capacitação. Isto refletiu num grande crescimento institucional no desempenho das funções gerenciais.

Esta proposta de capacitação foi entendida como um marco inicial de apropriação de conteúdos e da realidade local, para que, através de análises/sínteses sucessivas, resultassem na reorganização dinâmica do processo de trabalho, buscando dar respostas adequadas às necessidades da população, através de ações de impacto nos indicadores de processo e de resultado, e que os serviços ofereçam um atendimento universal, equânime com vistas à satisfação do usuário.

Os participantes do curso receberam o título de Especialização em Saúde Coletiva através de uma parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sendo este também um dos grandes estímulos aos gerentes, pois a especialização ocorreu dentro do próprio serviço e oferecendo respostas para problemas reais.

A capacitação gerencial teve a sua continuidade e, no ano 1999, ocorreu o curso da Fundação Getúlio Vargas (FGV), destinado a Supervisores de Distrito Sanitário, Diretores de Centros e Assessores, que permitiu a apropriação de aspectos fundamentais, tais como do orçamento municipal.

No mesmo ano também foi realizado o curso "ACS - Amana Key", destinado a todos os servidores públicos em cargo de chefia. Este curso teve a carga horária de 40 horas, onde os participantes eram oriundos de todas as Secretarias da Prefeitura Municipal de Curitiba. Fora organizado dentro da nova visão gerencial de ações intersetoriais, compartilhadas e integradas, com a finalidade de trabalhar todo grupo de gerência intermediária da prefeitura, buscando integrar as várias instâncias da instituição. O curso foi pautado na ruptura do paradigma de gestão verticalizada, sendo focado na gestão de problemas e geração de qualidade de vida e cidadania.

Trabalhou-se para consolidar o entendimento da prefeitura como um corpo único, que oferece como produto os serviços à comunidade e também a forma de valorizar este produto objetivando que a comunidade assim o veja. Baseado na metodologia da problematização, através de dinâmicas e exercícios teórico-práticos, o curso levou os participantes a partirem das experiências vividas para promoverem a reflexão e a busca de soluções em termos de políticas sociais para o município. O produto resultante desta mudança de pensamento estratégico-gerencial da Prefeitura do Município de Curitiba resultou no "Decidindo Curitiba", um processo de planejamento e avaliação situacional de todo o município.

Atualmente os dentistas ocupam aproximadamente 24% dos cargos gerenciais oficiais da Secretaria Municipal da Saúde. Pode-se constatar que há um grande avanço no exercício da função gerencial, sobretudo porque o dentista evolui da simples gerência de sua função técnica, deixando de pensar somente na área de saúde e, superando-se, passa a contribuir para as soluções sociais da cidade.

A Constituição do Campo da Epidemiologia e do Núcleo da Epidemiologia Bucal em Curitiba

Samuel Jorge Moysés[1]
Vera Lídia Alves de Oliveira[2]
Doreen Alves Camargo[3]
Karin Regina Luhm[4]
Susane Carolina Luhm Crivellaro[5]

[1] Cirurgião-dentista, Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Pública e em Odontologia Preventiva e Social.

[3] Cirurgiã-dentista, Especialista em Endodontia.

[4] Médica pediatra, Mestre em Epidemiologia.

[5] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social.

Introdução

Como em todas as áreas da saúde coletiva, a epidemiologia vem, cada vez mais, embasando a tomada de decisão nas políticas de saúde. Seus conceitos e instrumentos metodológicos, já consagrados na pesquisa e ensino em saúde, vêm se incorporando à prática diária dos serviços. Assim, a epidemiologia orienta as ações a partir da realidade local, aponta a priorização da atenção a grupos vulneráveis e auxilia na avaliação do impacto das ações de saúde.

Em uma linha mais tradicional, a análise epidemiológica de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de morbimortalidade resulta na elaboração de diagnósticos de saúde, permitindo acompanhar a evolução do perfil de saúde/doença da população e orientando necessidades para intervenção.

Mais recentemente, tendo por base o conceito de risco, um ramo da epidemiologia vem orientando os serviços de saúde na identificação de fatores de risco, especialmente para condições crônicas, e para grupos da população mais vulneráveis para receberem atenção prioritária.

Ainda de forma incipiente, vem, também, configurando-se como instrumento de avaliação dos serviços de saúde, através da construção e análise de indicadores de impacto de ações e tecnologias de saúde, permitindo a análise da sua eficiência e efetividade.

No contexto da prática clínica, desenvolvida nos serviços, a epidemiologia orienta a elaboração e implantação de protocolos de atenção, os quais devem estar embasados em evidências científicas originadas em revisões críticas sistemáticas, considerando também o custo/benefício das ações.

Ancorada ao processo de municipalização da saúde, a epidemiologia bucal avançou na caracterização das realidades municipais, orientando a implantação de políticas adaptadas às necessidades específicas da comunidade, direcionando para uma prática de saúde bucal mais abrangente. Esta prática considera, dentre outros aspectos, a transição epidemiológica decorrente do envelhecimento da população e o declínio da cárie dental em populações jovens.

Em Curitiba, observa-se a crescente incorporação da epidemiologia na saúde bucal, seja na formulação de políticas setoriais, seja pela estruturação de serviços na rede básica ou serviços complexos, seja na incorporação de seus conceitos nas ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde, principalmente na orientação da vigilância à saúde da população sob sua responsabilidade e desenvolvimento de ações promocionais-preventivas para coletivos programáticos.

Há, neste esforço de incorporação da epidemiologia aos serviços de saúde bucal em Curitiba, uma necessidade premente de repensar os rumos dos modelos epidemiológicos adotados, o que inclui seus conceitos, métodos, índices e grupos populacionais priorizados

para estudo. Este esforço de reflexão crítica só é possível se for entendida com melhor clareza a evolução histórica e paradigmática da própria epidemiologia como ciência, culminando com sua adoção e uso nos serviços de saúde bucal.

Epidemiologia bucal: entendendo sua história, seus conceitos e suas proposições teórico-metodológicas

Uma definição precisa da epidemiologia não é fácil, devido à crescente complexidade, abrangência e dinâmica evolutiva deste campo científico. Esta é, por conseqüência, uma das grandes limitações para situar o estado da arte da epidemiologia bucal, caudatária natural da epidemiologia geral.

Freqüentemente, a literatura epidemiológica define o seu objeto como "o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças nas populações". Estudo, neste caso em especial, implica na utilização do método científico. Aliás, o anterior remete à clássica definição de epidemiologia, proposta pela *International Epidemiological Association* (*IEA*), e citada por Last (81). Tal definição aplica-se prontamente e com o mesmo rigor formal, ao núcleo da epidemiologia bucal. A definição da IEA atribui à epidemiologia "o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde, em populações específicas, e a aplicação deste estudo para o controle de problemas de saúde".

Last (81) explica que a palavra 'estudo' inclui vigilância, observação, teste de hipótese, pesquisa analítica e experimentos. A palavra 'distribuição' se refere à análise de lugar, tempo e classe de pessoas afetadas, assim como 'determinantes' são os fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde. Ainda, 'estados ou eventos' incluem doenças, causas de morte, comportamentos tais como o uso do tabaco, reações a regimes preventivos, além da provisão e o uso de serviços de saúde. 'Populações específicas' são aquelas com características identificáveis por meio de qualificações ou quantificações rigorosas. Já a frase "aplicação deste estudo para o controle..." torna explícita uma das metas da epidemiologia, qual seja a de ajudar a promover, proteger e restaurar a saúde populacional.

A generalidade da definição acima permite, com facilidade, a inclusão de núcleos específicos tais como a saúde bucal. O único esforço adicional seria acrescentar, aos blocos de definição, significados e significantes ligados ao núcleo da saúde bucal.

O desenvolvimento da epidemiologia bucal no Brasil, ainda imatura neste início de século XXI, quando comparado a outros ramos da saúde, precisa ser compreendido em seus aspectos históricos e teóricos, com vistas a uma ampliação crítica de seu objeto e métodos. Ainda que de modo breve, este esforço de resgate teórico-histórico será aqui focalizado.

Quando falamos em epidemiologia bucal, nos ocorre, com freqüência, os levantamentos de cárie e o índice CPO-D. Qual a razão para isto? Seria este o escopo único, ou o âmbito de preocupações predominantes quando se pensa no processo saúde-doença bucal em populações? Estas perguntas trazem à luz outras implicações, que devem ser debatidas com referência às heranças compartilhadas entre a epidemiologia bucal e a epidemiologia geral.

Bases históricas e teóricas da epidemiologia

A epidemiologia moderna constitui-se a partir da consolidação de um tripé de elementos conceituais, metodológicos e ideológicos, originários da clínica, da estatística e da medicina social. Se fosse adotada aqui uma perspectiva teórica sistêmica, em um salto histórico de vários séculos que deixasse de lado as noções hipocráticas fundadoras de uma proto-epidemiologia ambiental, pode-se situar a epidemiologia moderna como uma disciplina fundamentalmente enraizada na clínica, na medida em que depende desta para o reconhecimento de doença nos membros da população.

Porém, numa perspectiva mais crítica, pode-se propor que, ao invés de doença no subconjunto de indivíduos em relação a uma população, noção essencialmente clínica, a epidemiologia tem como objeto o estudo do processo saúde-doença, incluindo os determinantes histórico-estruturais e contexto-dependentes deste processo. É nesta perspectiva que interessa, particularmente a este texto, situar a conformação futura do campo da epidemiologia bucal.

Mas foi justamente o estudo da doença em subconjuntos de pessoas, referidos a um denominador populacional, o marco fundador da epidemiologia construída de meados do século XIX em diante. O impulso inicial da disciplina nasceu com o estudo quantitativo, estatístico e positivista, das doenças transmissíveis. O notável trabalho de William Farr, que em 1839 criou um registro anual de mortalidade e morbidade para a Inglaterra e País de Gales, marcou a institucionalização da estatística médica.

No contexto da Revolução Industrial, contudo, o desgaste da classe trabalhadora deteriorava profundamente as suas condições de saúde, conforme demonstrado em textos como de Engels (82), o que impunha uma perspectiva da "política como medicina da sociedade e a medicina como prática política", nas palavras de Virchow, apud Rosen (83). Desde então, o termo medicina social, proposto por Guèrin, em 1838, serve para designar genericamente modos de tomar coletivamente a questão da saúde. Neste contexto, ainda, em 1850, organizou-se na Inglaterra a *London Epidemiological Society*, fundada por jovens médicos simpatizantes das idéias médico-sociais.

Uma das mais importantes contribuições para a fundação da epidemiologia moderna vem dos trabalhos de John Snow, um dos fundadores da *London Epidemiological Society*

(84, 85). Em 1854, John Snow realizou o 'grande experimento', um estudo natural sobre a associação entre o cólera e a exposição da população de Londres à água contaminada. Publicou, então, o histórico tratado sobre o cólera, pelo qual se tornou uma das figuras mais famosas da epidemiologia.

Duas questões valem a pena interpretar e chamar a atenção neste breve histórico, as quais têm impacto sobre a própria epidemiologia (bucal) moderna.

Primeiro, entender o papel que pode (e deve) desempenhar a estatística nos estudos epidemiológicos. A complexa, por vezes contraditória, relação entre as duas disciplinas científicas já se manifestava no tempo de Snow. Enquanto William Farr municiava John Snow com dados, ele, ao mesmo tempo, mantinha uma interpretação diferente de Snow em relação aos achados epidemiológicos do cólera. Snow estava certo, Farr estava errado com sua teoria miasmática e seus números frios.

Snow, mesmo desconhecendo a existência do vibrião colérico[1], elaborou magistralmente uma teoria de transmissão, impossível ao seu tempo se fosse guiada apenas pelas estatísticas de William Farr. Isto coloca uma hierarquia interpretativa que não deve ser abandonada por epidemiologistas, ou seja, que uma boa teoria sócio-ambiental de determinantes sobre doenças é insubstituível, sob pena de se colocarem os fenômenos biológicos e as significâncias estatísticas acima dos conceitos e das significâncias epidemiológicas.

Assim também, uma boa teoria de determinação do processo saúde-doença bucodental exige a superação do clássico modelo da "tríade de Keyes" (86), ou dos quatro componentes clássicos no diagrama da história natural das doenças, como sugerido por autores da cariologia (87). Há de ser possível um modelo interpretativo, tanto etiológico como epidemiológico, que acrescente mais elementos 'distais', ou seja, do âmbito das ciências sociais, à clássica inter-relação entre hospedeiro, agente, substrato e tempo. Outro modelo interpretativo poderia tornar mais efetiva a intervenção de base clínica ou de base populacional, para a promoção da saúde e o controle e redução de doenças bucais.

Em segundo lugar, e voltando à recorrência histórica, Snow também utilizou um modelo explicativo que acabou favorecendo o florescimento da teoria microbiana (ou bacteriológica), unicausal. O desenvolvimento da disciplina, sincrônico aos avanços científico-tecnológicos no campo da microbiologia e parasitologia, atraiu-a para o padrão positivista das ciências do homem, espelhando-a no modelo da biologia. À fisiopatologia, que aborda os processos patológicos do organismo, correspondia a Epidemiologia, que trataria dos processos mórbidos no organismo social (88-90).

Mas o modelo unicausal logo se tornaria insuficiente para a explicação de problemas de saúde-doença. O corte paradigmático (91) ou, para alguns autores, a evolução cumulativa da

[1] O vibrião foi descoberto não por Robert Koch (1884), como querem alguns, mas por Filippo Pacini (1854).

disciplina (92), ocorre décadas depois, ao emergirem as preocupações com as doenças crônico-degenerativas, as quais exigiam outro modelo explicativo e metodológico para a investigação epidemiológica. A era bacteriológica, das doenças transmissíveis, é superada pela era dos fatores de risco. O modelo monocausal, então, é substituído pelo modelo multicausal das doenças e agravos na população.

Contudo, a epidemiologia bucal, submetida à hegemonia dos modelos clínico-etiológicos, por vezes parece reduzir toda a análise causal a apenas um fator - microorganismos acidogênicos. Cabe salientar que, em sua emergência e, mesmo décadas depois do desenvolvimento da Odontologia Sanitária, a epidemiologia bucal transita estreitamente, ora por uma visão unicausal, microbiológica de que cáries dentais são produzidas fundamentalmente por microorganismos como o S. *mutans*, ora por uma visão multifatorial com ênfase em dieta, hábitos de higiene e acesso a medidas preventivas como o flúor.

Nas décadas de 30 e 40 do século passado, a epidemiologia estabeleceu-se institucionalmente como campo acadêmico na área da saúde pública, principalmente nos EUA e Inglaterra, a par de uma relativa sistematização teórica, como o conceito de risco, noções básicas de multicausalidade e a história natural das doenças (93), a qual foi justamente modelada por um epidemiologista, John Ryle em 1936.

Em termos práticos, um fator de influência em toda a primeira metade do século XX foi a organização dos exércitos para as duas Grandes Guerras, o que levantou a questão da saúde física e mental dos combatentes e, mais ainda, no pós-2ª Guerra, a expansão do sistema econômico capitalista que demandava a realização de grandes inquéritos epidemiológicos. Estes levantamentos eram centrados em doenças não infecciosas, que já haviam se revelado como problemas de saúde pública durante o processo de seleção de recrutas.

Exatamente neste contexto surge o primeiro esforço sistematizado de proposição de uma epidemiologia bucodental. No período de 1937 a 1947, Henry Klein, freqüentemente acompanhado por co-autores como Carroll E. Palmer ou John W. Knutson, converte-se em um dos epidemiologistas mais influentes da saúde bucal no século XX. Publicou 39 artigos originais, sob os auspícios da *Division of Public Health Methods, National Institute of Health and The Surgeon General* (94).

Os estudos de Klein foram produzidos, primariamente, com o objetivo de lançar luz sobre a epidemiologia da cárie dental. Rigorosamente, contudo, tais estudos podem ser classificados em cinco grupos: (i) contribuições básicas para a compreensão da epidemiologia da cárie dentária, a partir de estudos amostrais amplos com escolares e população indígena (ii) a situação bucal de jovens que estavam sendo incorporados nas forças armadas; (iii) o estoque de necessidades acumuladas na população americana e a estimativa correspondente de serviços odontológicos necessários, na prática civil, para fazer frente a tais demandas acumuladas; (iv) estudos de fatores familiares associados com doenças bucodentais; (v) o estudo de

relações entre a fluoretação de água de abastecimento público e a suscetibilidade e experiência de cárie dental na população.

Surge, então, desta impressionante série de estudos, uma demonstração cabal que a distribuição da idade de irrupção dos dentes pode ser descrita pela curva normal. A partir desta informação, a cronologia de irrupção dos vários dentes foi derivada estatisticamente. E, ainda mais, o número de dentes atacados por cáries poderia ser expresso como uma função de duas variáveis: o tempo em que tais dentes estavam expostos no meio bucal desde a irrupção e o risco de ataque de cárie. Quanto ao segundo termo da função, tais artigos já se antecipavam muitas décadas à frente, ao estudo de fatores como sexo, etnia, características familiares, fatores econômicos e variáveis sociais.

Senão a maior contribuição dos citados autores, pelo menos a mais lembrada e utilizada, ainda hoje, é o índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). A proposição deste índice foi tão oportuna e necessária, além de competentemente realizada, que prevaleceu como ferramenta básica da epidemiologia bucal nas décadas seguintes. Todas as críticas posteriores foram insuficientes para conseguir, de modo propositivo, convencer a comunidade científica internacional da existência de um índice que pudesse substituir o CPO-D (CPO-S) para o estudo da cárie dental.

A constatação anterior, aliada ao problema da prevalência mundial da doença cárie, de certo modo, responde à profusa tradição dos levantamentos epidemiológicos da cárie dental, os quais sucederam aos estudos originais de Klein & Palmer. Outra parte da resposta está no estímulo ao uso mundial desta metodologia, fomentado a partir da Divisão Dental da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, particularmente nas Américas, da Organização Panamericana da Saúde (OPS) (95).

Modernamente, a ciência epidemiológica vem ampliando o seu importante papel na consolidação de um saber científico sobre o processo saúde-doença, seus determinantes e suas conseqüências. Há um florescimento rápido das subáreas da epidemiologia clínica e da epidemiologia genética, simultaneamente ao renascimento salutar da epidemiologia social e ambiental. Estas subáreas deverão fazer parte do repertório de estudos e intervenções da epidemiologia bucal, para além da sua tradição descritiva.

De modo bastante resumido, a epidemiologia subsidia a saúde coletiva em três aspectos, contemporaneamente: (i) o diagnóstico de saúde da comunidade; (ii) o conhecimento sobre os determinantes do processo saúde-doença, contribuindo também para o avanço correspondente no conhecimento etiológico-clínico; (iii) a avaliação de programas, tanto no que tange aos sistemas de prestação de serviços quanto ao impacto das medidas de saúde na população (96).

Estes aspectos serão percebidos, também, na epidemiologia bucal, particularmente no esforço de construção dos sistemas municipais da saúde, cujo exemplo será visto a seguir com a descrição do caso de Curitiba.

Levantamentos epidemiológicos e padrões de doenças bucodentais em Curitiba: séries temporais para as décadas de 50 a 80

O exemplo recorrente, a ser seguido ao longo deste texto, toma a série histórica da prevalência da cárie dental para a população escolar de 12 anos em Curitiba. A escolha desta doença e faixa etária é uma conveniência útil. Embora haja dados disponíveis para outros problemas bucais ou faixas etárias no município, a escolha explicitada acima é adequada, tanto pelo volume de informações disponíveis quanto pela importância e comparabilidade desta informação em termos nacionais e internacionais.

Em Curitiba, a partir do mês de outubro de 1958, quando foi iniciada a fluoretação da água da Estação de Tratamento do Tarumã, servindo parte importante da população da cidade, o Serviço de Higiene Dentária, da Secretaria de Saúde Pública do Paraná, passou a realizar levantamentos do índice de prevalência de cárie nos pré-escolares e escolares.

Há, sem dúvida, uma forte influência e inspiração originadas no ideário da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) que iniciara, pioneiramente em 1953, a fluoretação e o estudo da cárie em Baixo Guandú, no Espírito Santo (6, 8). De acordo com relatório da época (97), os levantamentos tinham por objetivo: (i) verificar a redução do índice de prevalência de cárie, por efeito do flúor, na população infantil; (ii) avaliar o grau de atendimento odontológico nos escolares.

Verifica-se que o CPO-D médio aos 12 anos, em 1958, era de 8,2. Infelizmente, embora no relatório citado conste a amostra pesquisada, não aparecem os intervalos de confiança, nem tampouco medidas de variabilidade sobre os índices apresentados. O estudo de 1958 elegeu uma amostra de 1440 pré-escolares e escolares, com distribuição eqüitativa de quotas amostrais (n = 160) para as faixas de 4 a 12 anos. Esta amostra foi considerada representativa dos 5000 escolares beneficiados com água fluoretada e atendimento odontológico, e matriculados em escolas curitibanas.

Em 1962, o índice CPO-D aos 12 anos foi de 6,8 para uma amostra representativa da mesma população estudada em 1958. O decréscimo da prevalência da cárie foi da ordem de 17,0%. Três aspectos são dignos de registro neste estudo. Primeiro, o percentual de redução de cárie é declinante, a medida em que aumenta a faixa etária; ou seja, enquanto a redução percentual entre 1958-62, para a faixa etária de 6 anos, foi de 68,1%, ao 12 anos este declínio foi da ordem de 17,%. Segundo, o componente (O) do CPO-D aumenta gradativamente, no mesmo período em consideração, revelando um acréscimo de dentes permanentes restaurados, a medida em que a idade avança, com o pico de acréscimo na idade de 9 anos (21,0%). Terceiro, a redução máxima de cárie para dentes decíduos ocorreu na idade de 4 anos, para o período considerado, com um percentual de declínio da ordem de 29,3% (97).

Outro documento, de 1964, informa que a população estimada para Curitiba em 1963 era de 409.126 habitantes. Deste total, havia uma população escolar de 46.107 crianças, na faixa de 6 a 14 anos, matriculadas no ensino público, representando 11,2% da população total (98).

O documento é especialmente dirigido ao estudo da assistência odontológica escolar, mantida pelo governo estadual (excluindo a atenção do governo municipal, que começa em 1966, com a implantação de consultórios odontológicos escolares). Consta que tal assistência do governo estadual, prestada diretamente no ambiente escolar, atinge 35 Grupos Escolares, 5 Casas Escolares e 17 Escolas Isoladas. Um contingente de 62 cirurgiões-dentistas é empregado para atender uma população alvo de 31.445 crianças. Não surpreende verificar, para os padrões avaliativos da época, que foi considerado positivo um acréscimo na produção de serviços, entre 1962 e 1963, da ordem de 22,0% em relações a obturações e 20% em relação a extrações. Apesar disto, a conclusão final do documento foi que a assistência odontológica escolar em Curitiba "...desenvolve-se nos planos preventivo, de tratamento e educativo". A projeção era que "o programa combinado de prevenção e de tratamento deverá levar à redução e ao controle do problema da cárie dentária na população escolar".

Em fevereiro de 1969 é produzido um relatório dos mais significativos, no âmbito da Secretaria de Saúde Pública do Paraná (99). Este documento apresenta a situação de saúde dentária encontrada em 1968. Trata-se de uma avaliação decenal, dos supostos efeitos preventivos do flúor sistêmico, introduzido na água de Curitiba em 1958. O relatório informa que o teor médio de flúor mantido na água, no período de dez anos, foi em torno de 1mg/l (1 ppm). O levantamento de 1968 buscou reproduzir, na medida do possível, a metodologia utilizada dez anos antes, com vistas à comparabilidade e validação da série histórica. Foram examinadas 1120 crianças, com alocação proporcional por sexo e faixa etária, perfazendo quotas amostrais de 160 crianças para as faixas de 6 a 12 anos. Ressalta-se que, neste caso, consideração especial foi devotada ao local de nascimento das crianças, sendo usado o critério de inclusão apenas para aquelas nascidas ou exposta precocemente ao flúor sistêmico na água de Curitiba.

Esclarecimentos também são prestados que, em 1958, três equipes de examinadores foram utilizadas, cada uma com dois dentistas que se revezaram nos exames e nas anotações. Em 1968, uma única equipe foi utilizada, com apenas um examinador. Não é surpreendente, para a época, que dados de concordância inter ou intra-examinadores não são mencionados (teste Kappa). O percentual máximo de redução alcançado, no período de uma década, ocorreu para a faixa etária de 6 anos, com 56,6%. Para a faixa etária de 12 anos, que interessa particularmente nesta análise, o declínio percentual médio obtido foi de 36,1% (CPO-D = 5,34).

Digno de registro, ainda, o comentário do autor do referido relatório (99) :

> *Verifica-se acentuada modificação dos componentes do índice CPO-D entre 1958 e 1968. Nas idades de 6 e 7 anos não se registraram dentes perdidos... (além do que)... em 1968 os dentes obturados estão num crescendo mais ordenado dos 6 aos 12 anos, o que poderá ser creditado ao sistema incremental de tratamento adotado (...) a média de 53,0% de dentes obturados em 1968 contra 25,5% em 1958.*

Isto permite ao autor concluir que

> *a condição de saúde dos dentes permanentes apresentou-se notavelmente melhor em 1968 perante a registrada em 1958, com significativas quedas de dentes perdidos e de dentes ainda cariados e o acréscimo de dentes obturados.*

Provavelmente conscientes, à época, dos vieses interpretativos decorrentes de um estudo decenal, de caráter transversal, sem utilização de grupo controle, passível de sofrer efeitos de variáveis de confusão ou tendências seculares, conhecidas e não conhecidas, produziu-se, ainda em 1969, novo estudo epidemiológico em Curitiba (100). Desta feita, o objetivo foi estudar a cárie dental entre escolares nas áreas fluoretadas e não fluoretadas da cidade. Foram examinados 2240 escolares de 6 a 12 anos, sendo "1120 nascidos e criados na área fluoretada desde 1958 e 1120 nascidos e criados na área não fluoretada". Particularmente, para a faixa etária de 12 anos, os valores de CPO-D mostraram importantes diferenças: 4,84 para escolares nascidos e criados na área fluoretada de Curitiba e 7,36 para a área não fluoretada. Ou seja, uma diferença de 34,24% a menos, em favor dos escolares da área fluoretada, embora nenhuma análise de significância estatística tenha sido produzida.

Os anos setenta foram pobres em estudos epidemiológicos bucais na cidade. Mais grave ainda, caso os depoimentos de técnicos da época sejam corretos, parece que o processo de fluoretação de águas em Curitiba sofreu interrupções e descontroles importantes. Talvez, em decorrência de tais circunstâncias, seja possível estabelecer conexões com os próximos – e surpreendentes – dados epidemiológicos coletados na cidade. De acordo com relatório de 1981, da Divisão de Odontologia Sanitária da Prefeitura de Curitiba (101), o CPO-D para a faixa de 12 anos foi igual a 10,1, para uma amostra de 749 escolares e 28 escolas estudadas. Contudo, tal dado deve ser visto com cautela, tendo em vista que o estudo foi conduzido em circunstâncias de extensão universitária, por professores da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e respectivos acadêmicos, embora os mesmos tenham sido calibrados. Ainda mais, um novo relatório, de 1985, informa que o CPO-D calculado para a faixa etária de 12 anos foi de 6,72 (n = 987). A variação percentual, para estes dois dados anteriores foi de 33,5%, o que é, aparentemente, inconsistente para um período de 4 anos.

Contraditoriamente, em 1986, um novo relatório, com dados de CPO-D calculados a partir dos atendimentos clínicos na rede de serviços da Prefeitura Municipal de Curitiba, apresenta

um valor de 9,27 aos 12 anos (102). Dois aspectos merecem destaque no dado de 1986: (i) trata-se de processamento de dados secundários, com o viés diagnóstico de dentistas atuantes na rede de clínicas da Prefeitura de Curitiba, objetivando tratamento; (ii) há um incremento de aproximadamente 15% no componente (0) – dentes restaurados – no período de apenas um ano (1985-86).

Não visando comparabilidade, mas tão-somente uma subjetiva e indireta avaliação de como estes dados de serviços se situam em termos gerais, pode-se utilizar o dado do levantamento nacional realizado em 1986, com representatividade para a zona urbana das macro-regiões brasileiras (103). Neste estudo, o CPO-D médio encontrado para a região Sul, faixa de 12 anos, foi igual a 6,3 (n = 267), abaixo de média brasileira de 6,65.

O próximo estudo realizado em Curitiba, segundo princípios epidemiológicos internacionalmente validados – método *pathway*/OMS – surge em 1989 (104). Embora comparações rigorosas com décadas anteriores não sejam objetivamente possíveis, tal estudo permite especular sobre tendências na série histórica da cidade. Torna-se relevante observar que este estudo foi precedido da confecção de um protocolo de pesquisa bastante detalhado, onde consta, entre outras coisas, o modelo conceitual-operacional proposto para a atenção odontológica pública em Curitiba. São descritas sete 'orientações' estruturantes do modelo. Dentre elas se incluem a "constituição de um Sistema de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal (SVE-SB)" e, mais importante ainda, reconhecia-se como sétima e última orientação, o "avanço gradual para o controle e manutenção de núcleos familiares, superando o atendimento tradicional para indivíduos isolados".

No estudo de 1989, com um desenho amostral complexo, que utilizou estratificação e conglomeração demográfico-espacial, elegeu-se uma amostra de 1532 indivíduos da faixa de 5 a 14 anos, representativa de 28964 indivíduos matriculados em creches e escolas cobertas pela rede municipal de serviços odontológicos. Foi proposto o exame de 152 escolares para a faixa etária de 12 anos, com alocação eqüitativa por sexo. Em 1990 foi publicado o relatório do levantamento processado. Foram efetivamente examinados 142 escolares, com uma taxa de resposta de 93,4% e um valor de Kappa, para concordância interexaminadores, igual a 0,85. O resultado de CPO-D para a faixa etária de 12 anos foi igual a 5,05 (d.p. = 3,6).

Cabe esclarecer que a amostra trabalhada foi efetivamente identificada como beneficiária de cuidados odontológicos públicos, bem como consumidora de água fluoretada. O modelo de atendimento, ainda operando com heranças do sistema incremental, pode ser indiretamente avaliado pelo valor do componente (O) - dentes restaurados: 3,88, representando 76,8% do valor total de CPO-D. Em relação ao primeiro dado disponível na série histórica, quase trinta anos antes em 1958, a redução de cárie para a faixa de 12 anos foi da ordem de 38%.

Salto de qualidade na década de 90: estruturação da Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal

Os monitoramentos esporádicos em saúde bucal, muitas vezes motivados por pesquisas acadêmicas, adquiriram uma sistematização mais consistente quando assumidos, em 1993, como parte integrante do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba. Este Departamento, constituído em 1992, concomitantemente com o processo de municipalização e descentralização, possuía um perfil diferenciado, avançando do simples controle das doenças transmissíveis para a ampliação do uso do método epidemiológico como ferramenta fundamental de apoio à gestão e ao planejamento em saúde.

A incorporação, em 1993, de um cirurgião-dentista em sua equipe, capacitado em epidemiologia, reforçou o caráter participativo e decisório já assumido pelo Departamento. Representou, também, um avanço para a política de saúde bucal do município que, já em 1995, estava sendo reorganizada através da implantação do 'Projeto de Saúde Bucal'. Este projeto tinha na epidemiologia a base para o planejamento das ações coletivas, a priorização da atenção clínica e a avaliação dos serviços.

As atividades bucais do Departamento, inicialmente voltadas para a construção de protocolo de levantamento epidemiológico e monitoramento de indicadores de saúde bucal, através de pesquisas operacionais, tiveram, com o decorrer do tempo, o enfoque ampliado. Passou-se a acompanhar tanto aspectos de avaliação da política de saúde bucal e processos de trabalho adotados pelas equipes nas Unidades de Saúde do município, apontando a necessidade de adequação/redirecionamento, como também a participação ativa na construção e avaliação de novas propostas. O processo de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal vem sendo estruturado, desde então, com base nas seguintes linhas estratégicas:

- elaboração do Protocolo de Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal. Dados relativos ao uso da epidemiologia, pelos serviços de saúde bucal no município, mostraram que, apesar dos levantamentos epidemiológicos serem uma prática incorporada na maioria das Unidades de Saúde (US), existia uma grande heterogeneidade quanto aos enfoques metodológicos, planos amostrais, faixas etárias escolhidas, utilização dos critérios diagnósticos e no registro dos dados. Propôs-se, então, a criação e validação de um protocolo de serviços que, preservando o rigor científico, permitisse fornecer orientações básicas para a realização destes estudos pelas equipes locais e distritais, com a sistematização e a padronização de indicadores epidemiológicos mínimos a serem acompanhados segundo cada nível de organização institucional (local, regional e central), assegurando a comparabilidade dos mesmos;

• continuidade no acompanhamento de Indicadores de Saúde Bucal. Um dos primeiros objetivos foi a construção de uma base de dados que refletisse o perfil de saúde bucal da população priorizada para a atenção odontológica, pelo uso da clássica metodologia de faixas etárias índices. O monitoramento histórico deste perfil deveria trazer subsídios para a avaliação da política adotada, tanto no aspecto da redução de patologias e aumento de higidez, quanto no aspecto do acesso da população aos serviços. Por outro lado, não se queria perder a possibilidade de comparabilidade de séries temporais que, mesmo com vieses, constituíam a única base de dados disponível para anos anteriores. Esta idéia tem sido conduzida, por mais de uma década, em parceria com o Curso de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Assim, os principais indicadores de saúde bucal vêm sendo monitorados de forma sistemática, de forma a obter dados de uma mesma faixa etária em períodos regulares, proporcionando avaliações e tomadas de decisões mais ágeis e consistentes.

Ressalta-se que os índices e as faixas etárias escolhidas e a abrangência das pesquisas realizadas foram limitados pelo acesso à amostra necessária para as pesquisas, pela capacitação epidemiológica dos examinadores e pelos recursos logísticos disponíveis. Tais monitoramentos e a construção de diagnósticos, invariavelmente, têm como conseqüência o encaminhamento de propostas de redirecionamento das ações estabelecidas.

Os indicadores e faixas etárias estudadas, levando-se em conta acessibilidade nas creches e pré-escolas e escolas da rede pública e privada, são os seguintes: CPO-D/ceo-d e componentes, percentual de indivíduos com CPO = 0, percentual de indivíduos com atividade de cárie e percentual de dentes hígidos nas faixas etárias de 4-5, 6 e 12 anos.

Novos estudos sob a coordenação da Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal, do Departamento de Epidemiologia da SMS de Curitiba

Continuando o foco de exemplificação adotado neste texto, apresenta-se, na seqüência, o resultado do estudo de 1993, sobre cárie dental para a faixa etária de 12 anos, já realizado sob os auspícios do Departamento de Epidemiologia, juntamente coma PUCPR.

Acentua-se, com destaque, a aceleração do declínio da cárie. A média de CPO-D agora registrado para a faixa etária índice, na cidade de Curitiba, é igual a 3,49 (d.p. = 2,92, n = 1080). Como contraponto ao levantamento epidemiológico em Curitiba, apresenta-se o valor de CPO-D, de 1993, por macro-região e estado, levantados por um estudo de abrangência nacional, conduzido sob coordenação do Serviço Social da Indústria (SESI) (105). Para a região Sul do país, o CPO-D aos 12 anos, levantado em escolas públicas, foi de 4,25 (n = 2094)

e para o Estado do Paraná, o índice foi de 4,53 (n = 767). Em escolas do SESI, contudo o valor foi de 3,33 para a região Sul (n = 275) .

O fato mais importante relativo ao estudo de 1993 em Curitiba foi que, pela primeira vez, realiza-se um levantamento epidemiológico em saúde bucal regionalizado (sete Regionais de Saúde, então existentes em Curitiba). De fato, isto foi possível porque começa a ser fermentada uma nova lógica na concepção dos serviços públicos de saúde da cidade, onde o componente Saúde Bucal é incorporado ao Sistema de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde de Curitiba.

Para convalidar a afirmativa anterior, lembra-se que iniciara no Sistema de Saúde da cidade, no período 1991-92, um amplo movimento de descentralização/regionalização, com oficinas de epidemiologia, planejamento local e vigilância a saúde no território. A preexistente Divisão de Odontologia Social é diluída nas várias novas estruturas que foram criadas com a Reforma Organizacional e Administrativa, o que permitiu incluir a visão da saúde bucal no novo Departamento de Epidemiologia criado. Tal incorporação é acompanhada de um protocolo de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal, publicado um ano após o levantamento de 1993, em parceria com a PUCPR (106).

O ano de 1996 representa uma nova etapa dos estudos regionalizados em Curitiba, como a realização de novo levantamento. É também o ano em que o Ministério da Saúde realiza, no segundo semestre, um novo estudo de abrangência nacional, incluindo todas as capitais brasileiras no plano amostral.

Dados do segundo semestre de 1996, levantados em Curitiba pelo estudo coordenado pelo Ministério da Saúde (107), podem ser contrapostos ao estudo regionalizado municipal. O CPO-D médio levantado pelo estudo nacional foi de 2,21 (d.p. = 2,19, n = 153), para a faixa etária de 12 anos, ou seja, um valor claramente confirmatório da tendência de declínio que vinha sendo registrada em estudos municipais.

Em Curitiba, cumprindo planejamento previamente estabelecido pela própria Secretaria Municipal, um levantamento independente daquele planejado pelo Ministério ocorre no primeiro semestre de 1996, para as faixas etárias de 6 a 12 anos (108). A média CPO-D para Curitiba, na faixa etária de 12 anos, ficou em 2,6 (d.p. = 2,4, n = 1093). Percebe-se um declínio médio de prevalência de cárie para todas as faixas etárias e para todas as sete Regionais de Saúde investigadas, embora com significativas diferenças de médias entre regionais, sugerindo importantes diferenciais intra-urbanos a serem investigados. Simultaneamente, percebe-se como indicador positivo que a higidez percentual nesta faixa etária avança para 24,2%, sendo que, para a faixa etária de 6 anos, tal indicador alcança a marca importante de 38,5%.

Dados surpreendentes começam a ser revelados. Por exemplo, a Regional do Pinheirinho apresenta um decréscimo da ordem de aproximadamente 40%, ou seja, uma tendência que provavelmente vinha se manifestando e que só foi possível captar por meio de monitoramen-

to regionalizado. Paradoxalmente, a Regional do Cajurú apresentou em 1996 um valor médio de CPO-D=2,9 (d.p.= 2,6; n = 128), ou seja, uma tendência estagnada e, mesmo, negativa, com aparente reversão do índice registrado três anos antes, que fora igual a 2,71 (d.p. = 2,3). Como explicar tais diferenciais intra-urbanos, para uma população exposta a similares condições de serviços, com escolas e cobertura odontológica predominantemente pública, bem como similar acesso a flúor e dieta?

Duas constatações começam a ficar claras: (i) impossível responder a tais complexidades apenas com desenhos transversais de pesquisas; (ii) fatores sócio-ambientais e demográficos podem estar jogando um peso diferenciado nos distintos espaços geográficos da cidade, sugerindo que apenas fatores intra-setoriais (odontológicos) teriam insuficiente poder explicativo.

É exatamente na busca de maior poder explicativo frente às constatações anteriores que dois novos estudos foram planejados, em 1997 e 1998. No primeiro semestre de 1997 fez-se um piloto com o objetivo de comparar e analisar os possíveis diferenciais na prevalência de cárie dental entre escolares da rede pública e da rede privada de Curitiba. Estas populações têm sido percebidas como heterogêneas do ponto de vista epidemiológico, com o gradiente sócio-econômico refletindo sobre a prevalência das doenças bucais. O tipo de instituição escolar tem sido tomado como um marcador sócio-econômico (*proxy*) para a realidade brasileira (109).

Para uma amostra de 380 escolares de 12 anos, de ambos os sexos, sorteada em 24 escolas públicas e privadas, a média CPO-D foi de 1,81, mas houve uma importante diferença entre os dois grupos: CPO-D = 1,95 para escolas públicas (n = 256), contra CPO-D = 1,54 para escolas privadas (n = 124), com p = 0,05. Quanto aos componentes do CPO-D, embora para 'perdidos' e 'obturados' as diferenças não fossem estatisticamente significativas, elas foram extremamente significativas para o componente 'cariado' (C = 0,74 para escolas públicas contra C = 0,31 para escolas privadas, p = 0,0005).

No primeiro semestre de 1998 uma nova pesquisa, desta feita de maior fôlego e parte de uma tese de doutoramento (110), buscou identificar outros aspectos relacionados a complexidade de modelos explicativos e da prevalência de doenças bucais. A hipótese central deste estudo foi que, em populações de escolares curitibanos, homogêneas do ponto de vista sócio-espacial, todos habitantes de periferias de baixa renda, seus resultados em saúde-doença bucal variariam de acordo com o nível de recepção de políticas públicas 'saudáveis'. Na verdade, o estudo tratou de diferenciais intra-urbanos em saúde bucal, os quais seriam reflexos, não de diferenças de renda, tal como nos estudos entre ricos e pobres, mas sim do acesso e utilização de benefícios sociais carreados por políticas públicas.

Desta feita, a média CPO-D obtida para a cidade foi de 2,0 (d.p. = 2,08, n = 2126), com o CPO-D regionalizado variando de 1,73 na região sul da cidade (IC = 1,57 – 1,89, n = 554) até 2,27 na região leste da cidade (IC = 2,08 – 2,45, n = 542). Detalhes sobre o estudo podem ser apreciados na referência citada.

Epidemiologia na estruturação de ações e serviços

Em 1997, dois avanços estratégicos no monitoramento da saúde bucal do município merecem registro. Num esforço de articulação institucional, é lançado o Boletim Epidemiológico de Saúde Bucal de Curitiba. No editorial do primeiro número, o Boletim é saudado como "um convite (...) a reflexão, a busca de novas estratégias a partir de informações precisas criadas por todos nós. Saúde bucal perfeitamente integrada ao cidadão saudável, construção coletiva deste final de século".

Coerentemente como o editorial do Boletim, inicia-se um processo de monitoramento mais refinado, avançando para além da regionalização dos dados. Exemplos disto foram a busca de compreensão dos diferenciais de cárie, na população infantil da cidade, a partir da análise das diferenças sócio-econômicas. Outro exemplo foi o monitoramento abrangente da questão da fluorose para a população de 12 anos da cidade. Mais recentemente, surge o importante monitoramento da mortalidade e morbidade por câncer bucal.

A partir do marco referencial quanto aos levantamentos epidemiológicos para a cidade, representado pelo estudo de 1993, inicia-se uma fase mais analítica nos estudos subseqüentes. Já no estudo de 1993, pode-se perceber uma importante variação inter-regional, em termos de índices CPO-D, fato que não poderia ser simplesmente explicado como variação casual. Por exemplo, enquanto o CPO-D da Regional Cajurú, para a faixa de 12 anos, foi de 2,71 (d.p. = 2,27), o índice da Regional Pinheirinho para a mesma faixa etária foi de 4,33 (d.p. = 3,49). Claramente, uma das regionais de saúde de Curitiba (Cajurú), já apresentava em 1993 dados de prevalência aos 12 anos abaixo da meta recomendada pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000 (CPO-D máximo de 3,0). Por outro lado, algumas regionais apresentavam CPO-D ainda moderado. Pela primeira vez, também, são relatados os dados médios e higidez dentária (indicador positivo de saúde bucal), com um valor igual a 21,7% para o conjunto das amostras regionais estudadas. Vários outros pequenos estudos operacionais são realizados por equipes locais, com vistas à identificação de problemas em suas respectivas áreas de abrangência de cobertura odontológica, e como demonstração concreta da incorporação do instrumental epidemiológico no diagnóstico territorial e planejamento local.

Nestes monitoramentos observou-se, por exemplo, que os índices analisados nas faixas etárias de 4, 5 e 6 anos encontravam-se estacionados e até mesmo agravados no decorrer dos anos, quando comparados com a faixa etária de 12 anos que vinha apresentando redução importante. Esta análise fez com que importantes medidas de planejamento de cobertura da 1ª infância fossem adotadas, inclusive com a criação posterior do protocolo de atenção em saúde bucal.

Quanto à fluorose aos 12 anos, utilizou-se, num primeiro esforço institucional de pesquisa, o Índice TF. Os dados de prevalência de fluorose encontrados trouxeram a percepção da

necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre o uso dos fluoretos, principalmente quanto ao uso sistêmico. Das várias frentes possíveis de trabalho, incluindo o heterocontrole da vigilância sanitária do flúor na água de Curitiba, concretizou-se uma pesquisa junto aos pediatras com o objetivo principal de conhecer questões relativas à administração de medicamentos de uso sistêmico em cujas composições exista flúor. Outra demanda surgida foi a necessidade de regulamentação do uso dos diferentes tipos de fluoretos que culminou com a construção do 'Manual de Fluorterapia', construída com o propósito de aumentar o uso seguro dos diferentes produtos fluoretados.

Deve ser salientada a importância de uma avaliação direcionada ao câncer, em suas diversas formas, ocupando no Brasil o 2º lugar em causa de mortalidade e que vem aumentando a cada ano seus registros de novos casos segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA). O câncer bucal apresenta um quadro preocupante no Brasil, constitui-se na oitava prevalência entre os vários tipos de câncer em 2001. Embora homens de mais 40 anos sejam mais afetados, a incidência em adolescentes e mulheres tem crescido. Dados do INCA mostram que, nos últimos 20 anos, os óbitos de mulheres em conseqüência do câncer de boca aumentaram pelo menos 50%.

Em Curitiba, com base em avaliações deste tipo e considerando a transição epidemiológica e demográfica, com envelhecimento da população, vem-se criando uma cultura de atenção ao problema. Desta forma em 1997 a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba deu o primeiro passo para tentar diminuir a mortalidade desta doença em Curitiba. Foi realizada uma revisão bibliográfica e posterior análise de morbimortalidade do câncer bucal no município. Até 1997 poucos dados relativos ao câncer bucal tinham sido registrados. Em conseqüência disto, iniciou-se um monitoramento dos dados epidemiológicos em Curitiba, resgatando da Liga Paranaense de Combate ao Câncer índices de morbidade desde 1990; do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) foram resgatados os índices de mortalidade de 1996, sendo estes desde então acompanhados ano a ano. As informações foram divulgadas em todas as Unidades de Saúde (US) através de um treinamento, com objetivo de despertar a atenção dos profissionais para esta patologia. Desde que este passo foi dado, estruturou-se o acompanhando dos dados do município, sendo que reciclagens também foram realizadas sobre a importância do tema.

Diante disto, em 1999 houve a iniciativa da SMS para criar uma Proposta de Atenção ao Câncer Bucal, com o Protocolo de Referência e Contra-Referência, que foi estruturado com os objetivos principais de motivar e capacitar profissionais para identificar usuários de risco, detectar lesões suspeitas, realizar educação em saúde sobre a doença e também organizar fluxo de referência e contra-referência, com intuito envolver a SMS como um todo nesta proposta.

Em 2000 foi formulada uma proposta, criando uma Unidade de Referência para estes serviços. A US Ouvidor Pardinho, além de atender o idoso, concretiza o Programa de Diagnóstico e Tratamento de Lesões Bucais que tem envolvido a SMS, Hospital de Câncer Erasto Gaetner, Universidade Tuiuti e Associações de classe de Curitiba. Desde que esta Unidade foi

implantada já foram encaminhados e atendidos cerca de 1500 usuários, diagnosticados aproximadamente 9 casos de câncer bucal e as outras lesões foram tratadas respectivamente pelas entidades envolvidas, incluindo a troca de próteses mal adaptadas.

Existe ainda a necessidade de ampliação das faixas etárias de maneira a obter o perfil de saúde bucal de outros grupos, tais como adolescentes, adultos e idosos. Outra necessidade é o acompanhamento de outros índices de importância para o planejamento e avaliação das ações de saúde bucal, como índice periodontal, má oclusão, necessidade de prótese, presença de lesões ósseas e da mucosa bucal.

Avaliação da Política de Saúde / Processo de Trabalho

Esta linha estratégica busca avaliar o quanto o processo de trabalho encontra-se adequado à política de saúde adotada, conhecendo os sucessos e as dificuldades encontradas.

Com a implantação, em 1995, do Projeto de Saúde Bucal, que incorporou o pronto atendimento à prática da atenção em saúde bucal (ações de enfrentamento ocasional), garantindo a universalização da atenção, e a valorização da atenção programada voltada a população de risco (ações de enfrentamento contínuo), surgiu a necessidade de avaliação da implantação desta proposta.

Tal avaliação foi possível através da análise dos relatórios provenientes do Sistema Informatizado de Saúde Oral (SISO), comparando-se dados provenientes dos períodos anteriores e posteriores à implantação da proposta. Em 1993 o sistema SISO veio substituir um antigo sistema, o qual impossibilitava captar dados importantes direcionados à vigilância epidemiológica. Através dele, hoje é possível avaliar e registrar dados de acompanhamento epidemiológico, de controle e redução de índices para as doenças bucais, principalmente a cárie e doença periodontal, sendo estas ações reforçadas pelo Projeto de Saúde Bucal (1995), que veio incorporar conceitos de Vigilância à Saúde e garantir a universalidade da atenção odontológica às pessoas pelo Pronto Atendimento e Atenção Programada.

Em 1995 houve uma necessidade de delimitar o perfil de atendimento odontológico da Secretaria. Foram processados e analisados diversos relatórios, tais como o de diagnóstico mais freqüentes, faixas etárias, tipos de atendimento e de diagnóstico e monitoramento. Observou-se, após esta análise, que a mudança na filosofia de atendimento da Secretaria Municipal contribui para melhorar o atendimento. Com os novos projetos propostos pela Secretaria houve necessidade de realizar estudos comparativos do que vinha sendo realizado antes e depois destas mudanças.

Desta forma, em 2000, realizaram-se duas avaliações; a 1ª foi a avaliação do perfil de atendimento em 1999, que foi comparada com a realizada em 1995. Porém, foi acrescentada

uma nova análise de diagnóstico e monitoramento, o de risco à cárie, pois para se ter um impacto na redução deste indicador na população, é necessário conhecer o perfil desta quanto ao risco de cárie. Desta avaliação foram extraídas diversas conclusões, sendo as mais importantes a de que o Pronto Atendimento continua com alto percentual de freqüência, sobretudo de população vulnerável habitante de áreas de risco social, e que o CPO-D e ceo-d diminuíram globalmente. Diminuiu também o dado de CPI, exceto para bolsas profundas, indicando que a doença não foi diagnosticada ou não foi tratada.

A 2 ª avaliação foi sobre a implantação do Protocolo de Fluorterapia, que teve como objetivo normalizar o uso de flúor. Ambos os relatórios foram utilizados comparando-se o 1º semestre de 1999 com o de 2000. A avaliação foi direcionada por dois caminhos: (i) uso de questionários respondidos pelas US sobre realizações no 1º semestre de 2000; (ii) análise dos relatórios SISO nº 111 e 122 que proporcionou uma comparação dos procedimentos preconizados pelo Protocolo e os procedimentos efetivamente realizados, tanto nas ações coletivas como nas individuais.

A Epidemiologia como instrumento norteador das ações de saúde bucal, no âmbito das Unidades de Saúde

As explanações anteriores apontam a inserção da epidemiologia no âmbito municipal. A observação da sua incorporação no âmbito local, orientando a prática da saúde bucal na Unidade de Saúde (US) reflete a capilaridade deste processo. O uso da epidemiologia no nível local tem sido diversificado e, para mostrar sua utilização como instrumento norteador das ações de saúde bucal, será apresentada, a seguir, a experiência de duas Unidades de Saúde.

Como exemplo cita-se a experiência da US Tarumã. Esta unidade, localizada na região norte da cidade, atende uma população de aproximadamente 16.000 habitantes e vem desde 1996 desenvolvendo suas atividades no Programa Saúde da Família (PSF). Estão lotados na clínica odontológica, 4 cirurgiões dentistas (CD), 3 técnicos de higiene dental (THD) e 5 auxiliares de consultório dentário (ACD), inseridos na estrutura das equipes de Saúde da Família.

O acompanhamento dos indicadores de saúde bucal na cidade vem revelando diminuição na incidência da cárie em escolares e indícios de incremento na faixa etária pré-escolar, o que orientou o desenvolvimento de uma proposta de vigilância à saúde bucal, particularmente da doença cárie, das crianças de 0 a 6 anos da área de abrangência da US. O sistema de vigilância tem por base o domicílio onde são realizadas, além da promoção em saúde, a avaliação das crianças e seus familiares, e sua classificação quanto a atividade da doença cárie em dois grupos (alta e baixa atividade).

Se a família (ou algum membro) for classificada como alta atividade da doença a mesma passa a ser monitorada pela equipe, através de visitas domiciliares, a cada 2 meses, com realização de procedimentos de vigilância nutricional, suporte social e medidas específicas como o controle da doença como fluorterapias. Também, conforme a necessidade, a criança é encaminhada para tratamento clínico na US. Para as crianças com baixa atividade de doença as ações se limitam ao acompanhamento semestral, com orientação de medidas preventivas.

A avaliação dos dados, do ano 2000, revela que das 1354 crianças estimadas na área de abrangência da US, 83,2%, ou seja 1126 estão sendo cobertas por vigilância territorial. Destas 22,9% (258) foram classificadas como alta atividade de doença e receberam atenção prioritária, sendo que 167 já tiveram seu quadro revertido e receberam alta. Os dados revelam, também, que 776 crianças (63,2%) são 'livres de cárie', ou seja não tiveram nenhuma experiência de cárie. Com este processo pretende-se não só a diminuição dos índices de doença mas, sobretudo, o comprometimento dos pais com a melhora ou manutenção da saúde bucal da família.

Outra experiência é da US São José. Esta unidade localiza-se na região noroeste da cidade, e tem uma característica própria, visto que trabalha com uma população restrita, numa área bem delimitada, constituída por 3762 habitantes distribuídos em 1078 famílias, com baixa mobilidade social. Estas características contribuíram para que, desde o início de seu trabalho, em 1992, a US fosse estruturada nos moldes do PSF e também utilizasse a epidemiologia como instrumento norteador das ações de saúde bucal.

Devido a grande concentração de crianças nos equipamentos sociais e a facilidade de acesso a elas nestes equipamentos, a US desenvolve um programa de atendimento a crianças da escola e creche, que desde 1993 avalia crianças de 0 a 6 anos na creche e de 7 a 14 anos que freqüentam a escola. A rotina de atendimento inclui, além das ações de promoção em saúde, o levantamento epidemiológico e a avaliação de atividade das doenças bucais. Nos casos em que há necessidade de tratamento clínico individual, é realizada uma visita domiciliar, com sensibilização da família para que a mesma acompanhe a criança no tratamento na US. Neste momento são realizadas atividades de promoção à saúde bucal de toda a família, sendo os demais membros da família também avaliados e orientados para os encaminhamentos que se fizerem necessários. Ou seja, o próprio equipamento social (creche ou escola) pode ser útil como parte inicial do mecanismo de busca e captação de toda a família da criança, visando a atenção integrada. O fluxo de atenção familiar, assim, torna-se mais amplo pois se utiliza a visita domiciliar direta e pró-ativa (ACS como referente), ou via equipamentos sociais da área, como mecanismo indireto.

Os indicadores epidemiológicos permitem o acompanhamento evolutivo da situação familiar e individual. Por exemplo, a mudança do índice de dentes cariados, perdidos e obtu-

rados (CPO-D) igual a zero, que passou de 36% em 1995 para 63% em 1999 e a diminuição da proporção de crianças classificadas como alta atividade de doença, de 50% em 1995 para 15,4% em 2000, revelam os avanços alcançados.

Ainda, o monitoramento da situação de saúde bucal das crianças da creche, permitiu a identificação e intervenção em outro agravo relacionado à saúde bucal: a maloclusão. A avaliação dos dados de 1995, revelou a alta incidência de crianças com maloclusão do tipo mordida aberta anterior. Visto que a etiologia deste tipo de maloclusão tem uma grande influência do hábito de sucção digital e/ou uso de chupeta, associados ou não a respiração bucal, e cientes que sua redução depende de um processo de informação e treinamento dos pais e familiares, iniciou-se um trabalho de monitoramento e acompanhamento das crianças que apresentavam a disfunção. Com base em estudos que apontam prognóstico favorável de recuperação quando da eliminação dos hábitos, o 'Programa de Prevenção de Maloclusão', da US São José, vem trabalhando na sensibilização das famílias. Os resultados do programa revelam uma redução percentual da ordem de 36% neste tipo de maloclusão, para o período 1995-99.

As experiências destas duas unidades refletem a utilização da epidemiologia, inclusive na sua vertente clínica, incluída no contexto do trabalho local, como norteadora das ações de saúde bucal.

Novas perspectivas

O processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde tem representado novos espaços para o desenvolvimento da área de epidemiologia em serviços. Registram-se, país afora, experiências inovadoras da aplicação do conhecimento epidemiológico na reorganização da oferta de serviços e de sistemas locais de saúde que têm como unidade operacional os Distritos Sanitários.

Há, contudo, como reconhecido pelo Plano Diretor da Epidemiologia 2000-2004, um panorama de baixa utilização do repertório epidemiológico e insuficiente integração entre as áreas de vigilância à saúde e de assistência e gerência de rede de unidades, tradicionalmente distintas e desarticuladas nas instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (111). Esta situação requer o investimento na estruturação de programas de vigilância, que por sua vez exigirão capacitação crescente de profissionais, por exemplo, para operar as interfaces e ampliar a articulação entre os setores de produção científica e acadêmica e a gestão da rede de serviços de saúde. A própria criação de conselhos de gestão do SUS, e o desenvolvimento do exercício dos seus papéis de deliberação sobre diretrizes setoriais, de acompanhamento e de avaliação a gestão têm ampliado a necessidade de utilização das informações epidemiológicas.

Odontologia e Saúde Ambiental

Margarida Maria Lenzi[1]
Liliane Barbosa Corrêa[2]
Flávio S. Hirai[3]
Maria Arlete T. Abreu[4]
Ênio Piazza[5]
Lúcia Izabel Araújo[6]

---

[1] Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Epidemiologia.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Planejamento e Gestão Estratégica.

[3] Cirurgião-dentista.

[4] Cirurgiã-dentista, Especialista em odontopediatria.

[5] Cirurgião-dentista, Especialista em Saúde Pública e Saúde do Trabalhador.

[6] Enfermeira, Especialista em Saúde do Trabalhador e Enfermagem Médico-cirúrgica.

"O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos".

Eleanor Roosevelt

A prática odontológica abrange uma gama de atividades e de interfaces que interagem não somente com o processo saúde-doença bucal, como também com o ambiente. A exposição a fatores de risco biológicos, físico-químicos, ergonômicos e a geração de resíduos sólidos contaminantes e infectantes remetem a uma preocupação cada vez maior com a biossegurança na prática odontológica. Esta tem se ocupado, ao longo da sua existência, com a preservação da segurança e da saúde do trabalhador, da qualidade de vida no trabalho e, mais atualmente, da preservação da biodiversidade. Todos estes fatores tornam a odontologia uma seara fértil no enfoque da saúde ambiental.

Atuação da saúde ambiental

Para melhor compreensão do binômio odontologia/meio ambiente, temos que realizar um breve resgate da história e da atuação de saúde ambiental. As relações entre saúde e condições ambientais são, há séculos, reconhecidas e vêm orientando as políticas de saúde pública, aliando à atenção básica à saúde, ações de controle de fatores ambientais condicionantes, determinantes ou agravantes das doenças.

Durante o século passado, muitos movimentos mundiais produziram discussões sobre a relação entre saúde e ambiente. A resolução da 30ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde, em 1977, estabeleceu a meta de "alcançar para todos os cidadãos do mundo, no ano 2000, um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva", ampliando dessa forma o conceito de saúde, que passou a incorporar todos os elementos e fatores potenciais de risco à saúde (112).

Tais fatores incluem a exposição a substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interfiram na saúde mental dos indivíduos, como também aspectos sociais, econômicos e sanitários relacionados ao desenvolvimento dos países. No ano seguinte, a Declaração de Alma-Ata, que vislumbrou a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000", apontou para a necessidade de incorporação de ações intersetoriais aos serviços de atenção primária à

saúde, envolvendo as áreas de educação, agricultura, alimentação, indústria, recursos hídricos, proteção do meio ambiente, habitação e saneamento (113).

Anteriormente a esses movimentos do setor saúde, no ano de 1972 , em Estocolmo, aconteceu o primeiro evento internacional para discutir as questões ambientais e suas interfaces. A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente Humano promoveu um debate global para proposição de medidas para proteção e preservação do meio ambiente.

Vinte anos mais tarde, aconteceu no Rio de Janeiro a ECO 92, que sugeriu a adoção de estratégias na área de proteção e promoção da saúde humana, dando ênfase ao desenvolvimento e fortalecimento de programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis e com o controle de fatores ambientais que constituem risco à saúde humana. Tais estratégias incluíam o controle de vetores, questões de contaminação do ar e da água em grandes centros urbanos, disposição de dejetos sólidos, entre outros (114).

Essas estratégias deixaram clara a necessidade dos governos mundiais de estruturarem serviços que se responsabilizassem pela regulamentação e operacionalização das ações na área de saúde e ambiente. O Brasil viveu no final da década de 70 e toda a de 80 os reflexos da reforma sanitária e de uma maior conscientização na área de saúde do trabalhador. Com a promulgação da Carta Magna de 1988, a saúde foi definida como um direito de todo cidadão, tornando-se dever do Estado garantir sua universalidade. Reforçou-se a necessidade de incorporação de ações de cunho preventivo, com caráter coletivo e intersetorial, às políticas nacionais de saúde pública. Nesse contexto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde e o Código de Defesa do Consumidor. Esse processo corroborou para explicitar o elo existente entre a saúde e as questões ambientais (115-117).

Curitiba, seguindo sua característica vanguardista, assinou o convênio de Municipalização dos Serviços de Saúde em 1992, surgindo, no organograma da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), o Departamento de Saúde Ambiental. A partir de então, o foco de atenção da saúde ambiental tem sido a promoção da melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, atuando sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, advindos da inter-relação da pessoa humana com o meio ambiente, sendo este entendido tanto como o meio físico, quanto o ambiente criado no processo de produção e consumo de bens e serviços (118, 119).

O foco acima impõe uma agenda ampla e ousada. Ampla, pelo fato do universo de atuação ser diversificado e com distintos níveis de complexidade, exigindo uma organização e priorização das ações pautadas no grau de risco social e ambiental. Ousada, porque a atuação para a obtenção de resultados de impacto na melhoria da qualidade de vida exige uma capacidade de articulação e de integração com uma infinidade de outros setores, órgãos e instituições governamentais e não-governamentais, da sociedade organizada e principalmente a interação com o cidadão.

Dessa forma a saúde ambiental direciona sua linha de atuação, seguindo os preceitos da Vigilância à Saúde, para duas grandes vertentes (119):

- vigilância sanitária, que incorpora ações de fiscalização, normatização e orientação na área de produtos e serviços de interesse à saúde e saúde do trabalhador;
- vigilância ambiental, que engloba ações de controle e monitoramento em Saúde Ambiental e controle de zoonoses e vetores.

Na seqüência, serão detalhadas algumas ações da Vigilância Sanitária e da Vigilância Ambiental às quais contemplam atividades desenvolvidas na Odontologia, com repercussão direta sobre a saúde humana e o ambiente.

Vigilância sanitária

A atuação da vigilância sanitária objetiva a prevenção, redução e/ou controle dos riscos que possam afetar a saúde humana e ambiente, decorrente da produção e consumo de produtos e serviços de interesse à saúde. A atuação abrange a vigilância sanitária na área de alimentos, de ambientes de trabalho (saúde do trabalhador), de indústrias e distribuidoras de medicamentos, saneantes e correlatos e na ampla rede de serviços de saúde. Aqui, incluem-se os estabelecimentos odontológicos privados, públicos e filantrópicos e instituições de ensino. Para o desempenho das ações de vigilância utiliza-se a legislação sanitária federal, estadual e municipal.

Vigilância sanitária nos estabelecimentos odontológicos

As ações de vigilância sanitária em estabelecimentos de odontologia, em Curitiba, começaram a ser efetuadas a partir da década de 80, através da Secretaria Estadual da Saúde, pela 2ª regional de saúde.

Com o processo de municipalização dos serviços de saúde, em 1992, Curitiba assumiu a operacionalização das ações, incluindo a vigilância de produtos e serviços, na qual está incluída a vigilância a estabelecimentos odontológicos. Houve a descentralização da vigilância dos serviços odontológicos para os recém criados Núcleos Regionais de Saúde que, em 1997, com a reformulação administrativa, receberam a denominação de Distritos Sanitários. A atuação das equipes era orientada pela demanda espontânea e pontual, não obtendo resultados qualitativos e quantitativos esperados, situação esta geradora de insegurança sobre a efetividade do controle de risco à saúde.

A partir dessa análise começa a ser elaborado, no ano de 1996, um projeto de atuação programada, cuja metodologia utilizou a estratégia de enfoque de risco epidemiológico. Surgiu o Plano de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos de Saúde (PASES), uniformizando desta forma a atuação das equipes distritais (120). Para facilitar a organização e as operações do PASES, agruparam-se os serviços/estabelecimentos por critérios de especificidade e risco criando-se, assim, quatro programas distintos de acompanhamento:

PASES I – avaliação e acompanhamento dos estabelecimentos que ofertam internação hospitalar e dos serviços especiais de alto risco;

PASES II – avaliação e acompanhamento dos serviços de atenção odontológica;

PASES III – avaliação e acompanhamento dos demais serviços de saúde como clínicas, institutos, ambulatórios e consultórios diversos;

PASES IV – avaliação e acompanhamento de serviços que realizam análises laboratoriais e/ou apoio diagnóstico.

O PASES II tem como objetivo geral estabelecer um diagnóstico das condições de funcionamento dos estabelecimentos odontológicos e manter um acompanhamento sistematizado de padrões de qualidade, através dos seguintes objetivos específicos:

- verificar as condições físicas, técnicas, operacionais e higiênico-sanitárias nos estabelecimentos de saúde;
- obter um diagnóstico da situação de funcionamento dos estabelecimentos de modo uniforme em todos os Distritos Sanitários;
- formar um histórico de cada estabelecimento, visando o acompanhamento longitudinal sistematizado das melhorias do padrão de qualidade do mesmo;
- desenvolver a ação de vigilância sanitária de modo a avançar no entendimento compartilhado dos papéis das partes envolvidas;
- desenvolver as ações de vigilância sanitária obtendo-se produtos e resultados satisfatórios para as equipes técnicas e para o sistema;
- realizar seminários, de conteúdo informativo, sobre legislação sanitária vigente aos graduandos dos cursos de odontologia das universidades de Curitiba.

Para padronização do processo de avaliação e acompanhamento dos estabelecimentos, uma equipe de técnicos da SMS elaborou o roteiro de inspeção para a liberação de licença sanitária dos estabelecimentos odontológicos. Houve a categorização dos estabelecimentos odontológicos em dois grandes grupos:

GRUPO I – estabelecimentos que prestam assistência odontológica de grande porte e/ou com grande fluxo de usuários. Aqui foram cadastrados 30 estabelecimentos;

GRUPO II – estabelecimentos que prestam assistência odontológica cadastrados como consultórios odontológicos. Nesse grupo estão enquadrados aproximadamente 2.500 estabelecimentos.

O acompanhamento dos estabelecimentos pertencentes ao GRUPO I ficou sob responsabilidade da equipe odontológica composta por técnicos representantes dos oito Distritos Sanitários e, do GRUPO II, pela equipe da vigilância sanitária do Distrito ao qual o estabelecimento estivesse vinculado.

A implantação do PASES II ocorreu em 1998, sendo estabelecida uma estratégia de divulgação prévia do roteiro de inspeção aos responsáveis técnicos dos estabelecimentos. Quando adequados aos itens obrigatórios do roteiro de inspeção, os estabelecimentos recebem a licença sanitária. Esta tem a validade de 1 ano para estabelecimentos pertencentes ao GRUPO I e de 3 anos para o GRUPO II. De forma geral, observa-se que os estabelecimentos estão se adequando à legislação, sendo que 93% dos estabelecimentos do GRUPO I estão licenciados.

Pode-se concluir que o PASES II vem se desenvolvendo de maneira satisfatória, pois além da boa cobertura, há grande receptividade pelos profissionais responsáveis.

Vigilância ambiental

As ações desenvolvidas têm como objetivo controlar situações que envolvem produtos nocivos à saúde humana e ambiente, bem como acompanhar o monitoramento ambiental das situações de risco potencial à saúde, realizado pelos órgãos competentes, abrangendo as seguintes ações:

- heterocontrole da qualidade da água de abastecimento, incluindo a vigilância do flúor, e acompanhamento do monitoramento da qualidade do ar, das situações relacionadas a resíduos sólidos urbanos e outros resíduos de interesse para a saúde humana, desastres naturais e acidente com produtos perigosos;
- fiscalização de situações e/ou serviços de risco potencial à saúde humana e meio ambiente;
- monitoramento ambiental de presença do vibrião colérico;
- controle de resíduos de amálgama dentário na rede municipal de serviços de saúde, desde a geração, manuseio, acondicionamento, armazenamento e destinação final;

• desenvolvimento de estudos e projetos com a finalidade de reconhecer os problemas relacionados à saúde ambiental, bem como adquirir subsídios para propor intervenções necessárias e adequadas;

• educação e divulgação de informações sobre saúde ambiental buscando desenvolver nos profissionais da saúde e na população uma consciência crítica e responsável sobre a gravidade e a importância das relações homem/meio ambiente, para obtenção de vida mais saudável;

• manutenção de um sistema de informações em saúde ambiental no âmbito municipal.

Vigilância do flúor na água de abastecimento

A doença bucal de maior incidência e prevalência médias na população, no Brasil, ainda continua sendo a cárie dentária. Assim, o enfrentamento deste agravo tem sido alvo de preocupação constante da saúde pública.

A política de saúde bucal no município de Curitiba está centrada no fato de que são necessárias intervenções amplas e com métodos que atinjam a população em geral. Sem dúvida alguma, o flúor tem sido fundamental na prevenção e controle desta doença, sendo o custo relativamente baixo, quando comparado a outras medidas alternativas.

Nesse sentido, estudos científicos elegeram a fluoretação das águas de abastecimento público como o método coletivo mais eficiente, possibilitando a redução na prevalência da cárie em até 65%, desde que respeitadas a continuidade e regularidade dos teores ótimos de íon flúor presentes na água de abastecimento (121-125).

As subdosagens reduzem progressivamente este percentual ótimo de 65%, enquanto as descontinuidades no processo de fluoretação, reduzem este benefício de maneira mais brusca. Por outro lado, as sobredosagens provocam alterações sobre a estrutura do esmalte dental, ocasionando fluorose dental. Assim, de um modo ou de outro o prejuízo à saúde bucal da população fica evidente.

O processo de fluoretação das águas de abastecimento público, no Brasil, iniciou-se em 1953 e, a partir de 1958, foi implantado no município de Curitiba, permanecendo até os dias de hoje. A Secretaria Municipal da Saúde, sob uma nova perspectiva de concentrar esforços na promoção e proteção à saúde do cidadão, se volta para a minimização e controle dos fatores de risco, que possam comprometer o equilíbrio da relação homem-meio. Nesse contexto, a necessidade de informação sobre a qualidade da água merece especial atenção, haja vista as inúmeras conseqüências à saúde, quando os parâmetros de potabilidade não se encontram dentro do estabelecido em Lei (Portaria 36Bsb/1990).

Entre os muitos elementos alvo de preocupação destacamos os íons fluoretos, cujos benefícios ou nocividade estão diretamente relacionados à sua concentração nas águas. Com o objetivo de suprir esta carência de informações e embasada no conceito de Vigilância à Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde desenvolveu o Sistema de Vigilância dos Teores de Flúor na água de Abastecimento Público em Curitiba, implantando-o em 1995 e monitorando o sistema de abastecimento até 1996.

Posteriormente, após uma lacuna de aproximadamente quatro anos, e seguindo a deliberação da V Conferência Municipal da Saúde de Curitiba, de 1999, houve a decisão política de retomar o heterocontrole do flúor. Desta feita, a ação foi retomada em pareceria com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e o Instituto de Saneamento Ambiental (ISAM). Este sistema tem por objetivos:

- acompanhar a adição de flúor na água oferecida para consumo, verificando se está acontecendo de modo contínuo e nos níveis adequados, em diferentes localidades do município;
- orientar o relacionamento interinstitucional no sentido da resolução dos problemas detectados, bem como subsidiar a avaliação do impacto epidemiológico da medida, quanto à redução da incidência da cárie;
- prevenir os efeitos decorrentes de eventuais teores elevados de flúor nas águas, de forma continuada.

No desenho amostral, foram selecionadas 42 Unidades de Saúde (US), nos 8 Distritos Sanitários, de acordo com a localização geográfica, de modo a contemplar as várias regiões da cidade e poder traçar um perfil mais aproximado da água servida à população no que diz respeito à fluoretação. As amostras seguem uma série temporal mensal, com pontos de coleta definidos simultaneamente para todas as US amostrais, tendo em mente que a água servida nas Unidades de Saúde é a mesma consumida pela população em sua região de abrangência. Ao mesmo tempo, são coletadas mensalmente amostras nas Estações de Tratamento de Água (ETAS), tanto na captação, isto é, água sem tratamento, quanto nas descargas, ou seja, água já tratada que vai para as adutoras e reservatórios e, então, distribuídas ao público.

A análise das amostras na captação se destina à pesquisa de presença de flúor nos mananciais e as amostras nas descargas buscam avaliar o quanto é adicionado nas ETAS. De acordo com a Portaria nº 635/Bsb de 26/12/1975-MS, que estabelece as normas e padrões para a fluoretação a serem observadas em todo o território nacional, a dosagem ótima de íon fluoreto está diretamente relacionada à variação da média das temperaturas máximas diárias do ar. Assim, o nível ótimo estabelecido para o município de Curitiba, de acordo com a média das

temperaturas máximas diárias do ar para o ano de 1996 foi de 0,8 ppm, valor que foi corrigido para baixo, ou seja 0,7 ppm, haja vista terem ocorrido mudanças importantes com aumento na média das temperaturas máximas dos últimos 5 anos, no município.

Ao longo desse processo de monitoração constatou-se que os níveis de flúor nem sempre se encontravam dentro dos padrões de aceitabilidade, quer seja em relação à subdosagem como à sobredosagem, tendo sido necessário um ajuste dos métodos de análise e avaliação entre os setores envolvidos. Como conseqüência, observou-se um aumento significativo no percentual das concentrações em nível aceitável e ótimo e uma redução das concentrações que indicam sub e sobredosagens.

Em 1996, um levantamento epidemiológico junto a 420 crianças com idade de 12 anos, realizadas pela Secretaria Municipal da Saúde, constatou uma prevalência significativa de 55,3% de fluorose, considerando-se entretanto que mais de 90% da fluorose encontrada foi de grau leve (1 e 2, segundo o índice TF). Estudo posterior, de 2001, utilizando o índice de Dean, encontrou nos 8 Distritos Sanitários de Curitiba uma prevalência média de fluorose de 22,5%, incluindo os níveis 2, 3, 4 e 5 do índice de Dean. Desta prevalência total, predominaram os graus 'muito leve' (13,5%) e 'leve' (6,2%), traduzindo o baixo impacto sobre a saúde biopsicossocial dos escolares estudados (126).

Contudo, os achados continuam sendo importantes o que, somada à falta de regularidade nos teores de flúor na água de abastecimento, principalmente no ano de 2000, expressa nos resultados de sobredosagens, justifica a necessidade de intensificação das ações de vigilância na água de abastecimento.

O conhecimento dos índices encontrados é de grande valia, pois evita a multiplicação de medidas complementares de utilização de fluoretos. Conclui-se, portanto, que a monitoração constante dos íons fluoretos na água é fundamental para a sua manutenção em patamares ideais, quando a ação anticárie é máxima e a possibilidade de fluorose é mínima.

Resíduos de amálgama dentário na rede municipal de saúde

O mercúrio é o único metal líquido encontrado na natureza. Representa a principal fonte de intoxicação profissional, sob a forma de compostos orgânicos, sendo de fácil absorção pelos seres vivos, podendo causar intoxicações crônicas e agudas.

As temperaturas entre 20° C e 25°C, em ambientes com pouca ventilação, fazem com que o mercúrio, que é um elemento volátil, tenha uma pressão de vapor suficiente para produzir altas concentrações no ar, o que constitui um sério risco para os profissionais, como é o caso das clínicas e consultórios odontológicos.

As principais vias de absorção pelo organismo humano são a oral, cutânea e respiratória, sendo esta última, sem dúvida, a mais importante. Os efeitos deste elemento na saúde do

homem vão desde irritabilidade, dermatite, problemas gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórios, endócrinos, podendo sobrevir coma e morte.

Classificado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) como resíduo especial da classe B, é considerado produto químico perigoso. Desrespeitadas as normas de manipulação, estocagem, transporte e destinação final, torna-se grande ameaça não só ao homem, como para o meio ambiente, devido às suas características. Desloca-se com facilidade através da chuva, depositando-se no solo e na água. No meio ambiente, através da ação de microorganismos, o mercúrio na forma de metal, sais ou compostos, transforma-se em metilmercúrio, que é extremamente nocivo aos seres vivos. Grande exemplo disso foi o acidente ocorrido em 1953 na Baía de Minamata no Japão.

O Brasil importa, produz, comercializa e consome mercúrio, principalmente para o uso em garimpos na formação do amálgama de ouro. Outro uso muito difundido do mercúrio é a formação do amálgama de prata para restaurações odontológicas, quando misturado com a limalha de prata.

Existem vários movimentos e eventos internacionais, como a convenção de Helsinque (1974), os quais consideram o amálgama dentário como uma das maiores fontes de poluição do meio ambiente por mercúrio e recomendam a redução gradativa de seu uso. Estudos têm sido efetuados com o intuito de encontrar materiais que o substituam, a médio e longo prazo. Contudo, o amálgama tem sido usado como elemento restaurador por mais de 150 anos. Desde que manipulado de forma correta e com o uso de equipamento de proteção individual (EPI), é o material de escolha na prática clínica em saúde bucal coletiva por ser um composto intermetálico forte, durável e com adequada relação custo-benefício (127).

A Secretaria Municipal da Saúde, geradora deste tipo de resíduo, através de suas Unidades de Saúde e Clínicas Odontológicas, por se preocupar com a saúde de seus trabalhadores e prevenção do meio ambiente, vem desenvolvendo um trabalho de orientação junto a seus profissionais, sobre os riscos relacionados à manipulação indevida deste elemento, bem como os danos à saúde ambiental e populacional.

O primeiro passo dado, no sentido do enfrentamento deste problema, foi através da implantação do Manual de Biossegurança, em 1994, onde se buscou padronizar os procedimentos relacionados com a prevenção e manuseio de materiais tóxicos. Em 1996 foi implantado o Sistema de Gerenciamento de Resíduos de Amálgama Dentário nas Unidades de Saúde e Clínicas Odontológicas da Prefeitura Municipal de Curitiba, quando foram desenvolvidas ações educativas junto aos profissionais, buscando normatização de ações relacionadas à manipulação, segregação, armazenamento, estocagem, transporte e destinação final, ambientalmente corretas.

No Paraná não há, até o momento, em serviços públicos e privados, empresas especializadas e licenciadas pelo Instituto Ambiental do Paraná (IAP) para destinação final dos resíduos de mercúrio e amálgama dentário. Assim, firmou-se convênio com uma empresa especializada na descontaminação de resíduos mercuriais, localizada no estado de São Paulo, devidamente habilitada e licenciada por órgão oficial competente, a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB).

A Secretaria Municipal da Saúde entrega os resíduos, devidamente acondicionados, segundo normas de segurança para este tipo de material e a empresa se responsabiliza pelo transporte e tratamento. Esse processo de recolhimento dos resíduos de amálgama das Unidades de Saúde é feito pelos cirurgiões-dentistas das equipes de vigilância sanitária dos Distritos, cuja produção média fica em torno de 70 kg/ano. Há o entendimento de que o gerenciamento dos resíduos gerados pelos equipamentos públicos municipais tem-se dado de maneira adequada.

A meta é ampliar a coleta para os demais estabelecimentos que prestam serviços odontológicos na cidade, onde o número de profissionais que atuam na área é bastante significativo. Para tanto, está sendo articulada junto à Secretaria Municipal do Meio Ambiente proposta para a implantação de um programa de gerenciamento desses resíduos na abrangência do município.

Conclusão

A SMS de Curitiba, nas ações que desenvolve, tanto na odontologia como nas demais áreas, procura aliar conhecimento, tecnologia e atitudes pró-ativas, visando contemplar a atenção integral à saúde. Na relação odontologia e saúde ambiental, ações de diferentes complexidades devem ser contempladas.

Nesse sentido, a vigilância dos aspectos sanitários nos serviços odontológicos, através do PASES, tem contribuído para o aprimoramento constante no controle de riscos e na qualidade dos serviços ofertados, seja pela melhoria do ambiente ou dos processos de trabalho. Isto resulta em maior proteção e segurança a saúde dos consumidores e trabalhadores.

Um avanço a ser obtido é o de estender a todos os serviços privados, como ação programada, a destinação adequada dos resíduos de amálgama. Embora ainda não haja avaliação local sobre o impacto desta ação, com base nas informações científicas a respeito pode-se inferir a importância da mesma.

Por sua vez, a vigilância dos teores de flúor na água de abastecimento é prática que deve ser mantida, com os respectivos resultados encontrados subsidiando a política interinstitucional sobre este tema. O conhecimento dessas informações permite avaliações mais pre-

cisas justificando a supressão de programas paralelos de suplementação do flúor ou sua alocação seletiva.

Pela característica das ações em saúde ambiental, as parcerias com diversos segmentos sociais que atuam com as áreas de odontologia, com universidades, associações, conselhos e empresas privadas devem ser objeto de busca constante por parte do poder público, para obtenção de melhores resultados. Tem-se a convicção de que a consciência individual sobre saúde ambiental, aliada a um conjunto de ações coletivas, fará grande diferença na saúde e qualidade de vida da população.

Gestão Local em Saúde Bucal

Nicolau Morozowski Filho[1]
Viviane Maria Sutile[2]
Mariana Thomaz[3]
Raquel Ferraro Cubas[4]

---

[1] Cirurgião-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social e em Gerência de Unidades Básicas de Saúde.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gerência de Unidades Básicas de Saúde.

[3] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social e em Gerência de Unidades Básicas de Saúde.

[4] Cirurgiã-dentista, Especialista em Gerência de Unidades Básicas de Saúde.

Resgate Histórico e Considerações

Um dos princípios que regem a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) é a descentralização, que se entende como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Somada a isso, há a idéia de que se a decisão for tomada o mais perto do local onde os problemas acontecem, mais chance haverá de acerto e de democratização do Sistema de Saúde.

Giacomini (41) conceitua a descentralização como:

> *um efetivo processo de deslocamento de poder técnico, administrativo e político, que não se esgota na municipalização e sim que deve adquirir, no âmbito do poder local, caráter de radicalidade na medida em que se estenda às unidades prestadoras de serviço e à população em geral.*

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) teve como linha prioritária a descentralização administrativa, regulamentada em 1992, permitindo criar os Núcleos Regionais de Saúde. Nessa estrutura regionalizada implantou-se o conceito de territorialização. A edificação de um território visava a operacionalização da 'Vigilância à Saúde', através da atuação integrada das equipes de epidemiologia, saúde ambiental e de apoio técnico (ligadas às Regionais), além das equipes locais que compunham as Unidades de Saúde e da população, protagonista insubstituível do processo.

As Unidades Municipais de Saúde representam a união dos Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas, outrora existentes na estrutura organizacional. A integração de equipes multiprofissionais e a substituição de chefias isoladas daquelas antigas unidades operativas pela Autoridade Sanitária Local, acabaram constituindo o rosto, geograficamente situado e historicamente contextualizado do gestor dos sistemas locais de saúde. A função da Autoridade Sanitária é realizar a administração estratégica local, entendida como o modo de se relacionar com as necessidades, angústias e representações das pessoas que habitam em determinado território. Esta Autoridade tem a incumbência de agregar conhecimentos e recursos institucionais e comunitários, com o objetivo de resolução ou minimização dos problemas de saúde como função da eqüidade social, da eficiência e eficácia operativa e da democratização do acesso a ações e serviços de saúde.

Nesta reforma política, técnica e administrativa a odontologia deixou de ter uma estrutura centralizada e passou a estar integrada ao todo, com dentistas assumindo cargos em estruturas centrais, regionais e locais. O processo de descentralização/regionalização administrativa, se por um lado reforçou a autonomia do nível loco-regional, aproximando as práticas de saúde às distintas realidades, por outro lado gerou inquietações pela suposta perda dos referenciais, existentes até então, como por exemplo na antiga Divisão de Odontologia Social – agora extinta (128).

Questionamentos acerca desta realidade estimularam discussões sobre o modelo de atuação da saúde bucal no sistema municipal de saúde, com a redefinição dos papéis técnico-políticos das diferentes categorias profissionais – cirurgiões dentistas (CD), técnicos em higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). Este processo possibilitou às equipes, avanços na execução e avaliação do planejamento no nível local e criou a necessidade de referenciais para o monitoramento das ações.

Diante desse panorama, em 1995, foram retomadas as discussões conduzidas pelo Grupo de Operacionalização da Política de Saúde Bucal (79). Com base nas reflexões anteriores e no Plano Municipal de Saúde, o Grupo assumiu o desafio de elaborar uma proposta para a saúde bucal no município. Ainda em 1995, as Autoridades Sanitárias Locais e equipes de apoio dos Núcleos Regionais de Saúde participaram do Projeto Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (GERUS) do Distrito Sanitário, visando mudanças das práticas sanitárias voltadas para a efetivação do Sistema Único de Saúde no município (68).

Neste mesmo ano foi expandido o Programa Saúde da Família (PSF) em cinco Unidades de Saúde, que já contava em Curitiba com a iniciativa pioneira de inclusão de equipes de saúde bucal na proposta de mudança do perfil da atenção à saúde. O PSF trazia como premissa o atendimento humanizado, a preservação e a promoção de saúde, a visão intersetorial da qualidade de vida e o vínculo com a população.

Também, em abril de 1995, foi implantado nas Unidades Básicas de Saúde o Plano Incentivo à Qualidade (PIQ), visando melhor instrumentalizar a gerência dos serviços, num constante processo de avaliação com conseqüências diretas na remuneração das equipes e na geração quali-quantitativa de resultados, quanto à saúde da população.

Em 1996, a SMS de Curitiba entrou em Gestão Semi-Plena, cuja maior contribuição foi a possibilidade de consolidar a implantação do Sistema Único de Saúde, alicerçada na efetiva participação da sociedade na construção do Sistema.

No início de 1997 foi assimilada a proposta do Distrito Sanitário, processo que visou a implementação de módulos auto-sustentados com maior grau de autonomia decisória. O que se pretendeu foi desenvolver uma concepção de Distrito Sanitário como processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, implicando considerá-lo na sua dimensão política, ideológica e técnica (66).

Sendo assim, a distritalização como estratégia assentou-se firmemente sobre os conceitos de cidadania e territorialidade. Os serviços organizaram-se em bases territoriais criteriosamente definidas para atendimento à população desse território, fazendo emergir complexos processos sociais e criando as bases de sua reprodução e existência.

Calcada nestes dois elementos fundamentais, cidadania e territorialidade, a lógica assistencial tradicional redefiniu-se. Agora a diretriz da universalidade comparece como a possibilidade de acesso à saúde, de cidadãos que mantém uma relação de pertinência e identidade

cultural com um território, e daí, com a reciprocidade de um sistema de saúde que se volta para essa população no espaço da cidade (66).

Tendo em vista que, para a construção do Distrito Sanitário é preciso estabelecer uma rede integrada de pontos de atenção com relativa densidade, a descentralização dos serviços tem resultado em expressiva ampliação do número de estabelecimentos básicos de saúde, juntamente com referências a outros níveis de complexidade e, conseqüentemente, de recursos humanos com grande diferenciação técnica e profissional.

No início de 2002, a Rede Municipal contava com 104 Unidades Básicas de Saúde, sendo 92 com Clínicas Odontológicas. Deste total, 13 eram Unidades Especializadas, além de 5 Unidades 24 horas. Vinculadas ao Programa Saúde da Família havia 42 Unidades, com 117 equipes. A rede municipal contava com um quadro de 488 Cirurgiões-Dentistas, incluídos os profissionais que desempenham cargos gerenciais, 176 Técnicos em Higiene Dental e 503 Auxiliares de Consultório Odontológico, além de contar com 830 Agentes Comunitários de Saúde.

Ao longo destes anos, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba se estruturou para fazer a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, que finalmente ocorreu em 1998. Este fato importante está permitindo a reorganização do Sistema de Saúde como um todo, adequando-o às necessidades assistenciais e epidemiológicas locais, bem como às diretrizes do Plano Municipal de Saúde, cuja orientação, a partir da VI Conferência Municipal da Saúde, em 2001, é construir o Sistema Integrado de Serviços de Saúde.

Ainda, reforçando a idéia da descentralização e distritalização dos serviços, em 1999, dentro de uma visão de Acolhimento Solidário, surge o Manual de Práticas Odontológicas, fazendo mais uma vez a saúde bucal presente num momento de transformações da cidade (crescimento, urbanização, mudanças epidemiológicas), reforçando o caminho da territorialização, da melhoria do acesso e principalmente da humanização e resolutividade do atendimento. Segundo Ducci (129), "este manual efetiva a implantação das Diretrizes de Saúde Bucal no município, compreendendo o processo de trabalho de forma integral, homogeneizando condutas técnicas, valorizando e otimizando o trabalho em equipe."

Apesar de todo o avanço, não se pode desvincular Curitiba da realidade do país. Dados do Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE)/ Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) 1998, amplamente divulgados, evidenciam que cerca de 30 milhões de brasileiros (18,7% da população) nunca tiveram acesso a serviço odontológico, sendo que 20 milhões residem em área urbana. Um terço da população rural também nunca esteve em um consultório odontológico (130).

De acordo com o IBGE, metade desses brasileiros tem renda familiar até dois salários-mínimos. Outro dado alarmante do PNAD, mostra que o problema tende a se agravar, pois atinge majoritariamente jovens. Nada menos que 85% dos brasileiros sem acesso a atendimento odontológico têm menos de 20 anos de idade.

Ainda, segundo o Instituto Nacional de Câncer, nos últimos 20 anos os óbitos de mulheres decorrentes de câncer bucal aumentaram cerca de 50% (131). Pesquisa do Instituto Nacional do Coração (INCOR) revela que 45% das endocardites bacterianas têm origem nas doenças da cavidade bucal (132).

Surge então, na perspectiva do Sistema Único de Saúde para esta nova década, a necessidade de consolidar o processo de trabalho em nível local, redefinir áreas de atuação e melhorar a produtividade e qualidade na prestação de serviços de saúde. Para isto, o gerenciamento local das Unidades de Saúde é importante fator para o alcance de tais objetivos. Esta forma de gerência implica na responsabilização pelas ações de saúde naquele espaço; na organização da prática da atenção básica; na capacidade de interação com a comunidade, com outros setores sociais e com diferentes instâncias de poder da organização.

Gerenciar instituições do setor público é, segundo Pires Filho (133),

> *trabalhar no domínio de três campos: o administrativo, o técnico e o político-estratégico. No plano administrativo a gerência ocupa-se de prover as condições humanas, físicas e materiais que, enquanto elementos de apoio, viabilizam a operacionalização do serviço. No campo técnico seu papel vincula-se à definição da proposta de abordagem a ser adotada, com identificação e priorização das ações assistenciais que maiores impactos gerem nos níveis de saúde da população a que se destinam. Finalmente, respeitadas as áreas de intercessão que seguramente se estabelecem com os demais planos, cumpre a gerência no campo político-estratégico buscar a identidade do serviço, localizando-o ao nível das políticas definidas ou pretendidas para o setor, bem como traçando as estratégias para sua atuação e desenvolvimento, frente às conjunturas e suas tendências.*

Então, o papel da Autoridade Sanitária Local necessita de certo nível de autonomia decisória e de perfil flexível para que se exercitem os momentos da administração estratégica local, a saber: diagnóstico, programação, execução e avaliação. Esses momentos constituem uma organização do método de planejamento e não devem ser vistas como uma seqüência rígida de passos a serem seguidos, uma vez que a realidade é dinâmica e com freqüência solicita dos atores envolvidos que executem ações referentes a mais de uma fase simultaneamente, ou que definam questões de instâncias avançadas do processo sem que os problemas iniciais estejam devidamente esclarecidos.

Diagnóstico

O diagnóstico sócio-sanitário das áreas de cobertura, para a vigilância à saúde, norteia os passos decisórios para elaboração de estratégias no nível local. Para que ele seja útil e de fácil apropriação pelos condutores do processo, há de se levar em consideração o conhecimento do território, dados epidemiológicos, diagnóstico assistencial e demais informações pertinentes, além dos recursos disponíveis.

Em Curitiba, de uma maneira geral, as Unidades de Saúde são construídas levando-se em consideração as áreas com necessidades do serviço, risco social, homogeneidade sócio-cultural, barreiras geográficas, setores censitários e organização social, de tal forma que atualmente as Unidades estão distribuídas pelo município de modo coerente com a realidade social. Em média, as Unidades de Saúde atendem grupos populacionais de dez a vinte mil habitantes.

Na gestão local, além de trabalhar com o conceito de território-solo, entendido como espaço geográfico, tem-se a visão também do território-área que circunscreve a abrangência da Unidade de Saúde, e do território-processo, que é dinâmico e inserido num contexto político-social.

O primeiro conceito refere-se a um espaço físico que está dado e completo, definido por critérios cartográficos. Esta concepção de apropriação de um espaço naturalizado e acabado é a que dá sustentação à visão topográfico-burocrática e também ao entendimento da saúde apoiado no modelo normativo rígido. Na verdade, importa mais o território-área, que se delimita em função da geografia humana, considerando a dimensão dos recursos existentes para uma certa população e a distância/tempo de demanda dos usuários à Unidade de Saúde. Conforme Mendes (134) "é, sobretudo, um território de definição da co-responsabilidade pela saúde naquela área entre população e serviço, e também, um espaço de organização básica da prática da atenção à demanda." E, mais importante ainda, pois produto de uma dinâmica social local, conectada com processos globais, o território-processo é um espaço em permanente construção. Transcende a superfície geográfica para instituir-se como um território econômico, político, cultural e epidemiológico, e que permite exercitar a disputa por projetos sociais e interesses conflitantes, tais como os relativos ao SUS.

O território-processo pode ser representado, no seu movimento, por uma conformação gráfica interativa com os problemas que se distribuem conforme as condições de vida dos diferentes grupos populacionais, ou seja, através de 'mapas inteligentes'. Deve-se, em qualquer proposta de intervenção em saúde, observar, perceber a realidade para definir as necessidades e encontrar as soluções aos problemas, o que vem ratificar a importância do trabalho de gestão local.

Para realizar um diagnóstico de saúde bucal, há de se levar em conta todas as informações de morbidade, necessidade percebida pela comunidade e serviços de saúde disponíveis na área, sejam eles públicos ou privados. Esta apropriação do território é realizada através de sucessivas aproximações. A estimativa rápida, como método, apóia a gerência e equipe quanto a avaliação das necessidades da população; e, como ferramenta do planejamento estratégico situacional, envolve a comunidade na identificação de seus problemas de saúde que, em parceria com os gestores, mobiliza recursos para enfrentar seus problemas (135, 136).

Nota-se que nas equipes de saúde bucal, principalmente nas que estão inseridas no Programa Saúde da Família, é grande esta noção de território, como fator importante para o planejamento. Algumas equipes já estão bem identificadas com o processo a ponto de traçar um perfil de sua demanda por micro-áreas, através do cruzamento de informações da necessidade sentida da comunidade e de dados epidemiológicos locais.

Sabem, por exemplo, que em determinada micro-área há predomínio de famílias em que os adultos apresentam problemas periodontais e, em outra, de pré-escolares com necessidade de ações preventivas e de dentística restauradora. Desse modo ficam mais bem definidas as ações a serem priorizadas e realizadas e os recursos e tempo a serem despendidos.

Dificuldades para fazer o reconhecimento do território existem, sendo que a maior é perceber que, mesmo para este reconhecimento, é necessário também um planejamento. Muitas vezes isto não é levado em consideração devido ao pouco tempo que se dá ao 'pensar' em relação à importância do 'fazer'.

Fator importante a ser analisado, ainda no diagnóstico, são os recursos locais disponíveis para o bom andamento do processo. Com relação aos recursos humanos, deve-se considerar, além da quantidade, também as particularidades de perfil das equipes, para identificação de problemas de desempenho e de necessidades de desenvolvimento.

Em 1981, o Ministério de Educação e Cultura já preconizava os seguintes requisitos para a formação de cirurgiões-dentistas, com vistas à realidade do país e ao trabalho em nível local:

- mentalidade preventiva de forma a privilegiar a execução de medidas que evitem e / ou impeçam a evolução das doenças bucais;
- sensibilidade social para que privilegiem ações que beneficiem o maior número de pessoas, respeitando o princípio de eqüidade. Para isso deverá ser preparado para a realidade de sua região e para uma saúde bucal com enfoque comunitário;
- capacidade de trabalhar em equipe, coordenando e supervisionando o desempenho de técnicos e auxiliares e executando tarefas mais complexas;
- capacidade técnica de forma a diagnosticar as patologias bucais e sistêmicas associadas de maior prevalência, executando trabalho clínico e delegando atividades mais simples ao pessoal auxiliar e as por demais complexas para o nível especializado;
- competência gerencial, a qual implica que o cirurgião dentista (CD) esteja apto a planejar, executar e avaliar as atividades clínicas, levando em consideração as características epidemiológicas e sócio-econômicas a atender e os recursos humanos e materiais disponíveis.

Atualmente, as novas Diretrizes e Bases para a Educação Superior no País ratificam e avançam sobre as proposições anteriores, particularmente quanto ao perfil do cirurgião-dentista.

Este deverá ser, sobretudo, um promotor de saúde, com sólida formação humanística, ética, científica e técnica. Apesar de existir, na rede municipal, razoável competência humana instalada, é importante frisar a necessidade de capacitação dos trabalhadores de saúde bucal para adequação do perfil ao modelo preconizado. Trata-se também, da obtenção de 'cumplicidade' da equipe de saúde bucal na construção do Sistema Único de Saúde, através de sua sensibilização para o compromisso de uma prática odontológica coletiva.

Não se pode deixar de reforçar a importância de adequação da composição das equipes de saúde bucal. A incorporação de pessoal auxiliar, THD e ACD, é indispensável para a transformação dos processos de trabalho e para o deslocamento de conjuntos de conhecimentos e práticas requeridos para o CD em direção e na perspectiva da saúde coletiva, favorecendo o trabalho interdisciplinar.

A inserção efetiva da equipe odontológica nas diversas realidades locais, faz com que se aumente a chance de elaboração de um bom diagnóstico de área, pois uma visão integral e integrada é necessária. Também se asseguram maiores chances de êxito quando se tem em vista o processo de trabalho referente à composição tecnológica dos serviços, isto é, ambiente, equipamentos, instrumentos e materiais; estes devem estar disponíveis de maneira equânime para o desenvolvimento das ações.

Programação

A conseqüência lógica da visão crítica sobre a realidade local é a determinação da programação de ações em saúde para futuras soluções de problemas. Cabe ao gerente local, em conjunto com os trabalhadores de saúde e a comunidade, a priorização de problemas, a determinação de objetivos e metas, a adequação de diretrizes, a tomada de decisões e a elaboração da programação.

Atualmente, as Autoridades Locais e também os dentistas começam a perceber que não podem resolver os problemas sozinhos, que é necessário uma equipe de saúde bucal integrada ao restante da equipe de saúde da Unidade. Conforme Souza (137), "a inserção da equipe de Saúde Bucal na equipe da Unidade Básica contribui para quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo categorias profissionais."

Sendo assim, estas etapas do planejamento passam a ser responsabilidade coletiva e assumem o caráter de um trabalho interdisciplinar pela qualidade de vida (138). Não é demais reforçar que a comunidade deve participar de todo o processo de planejamento local, para que se estabeleçam acordos de co-responsabilização pela saúde coletiva.

Importante salientar que, em Curitiba, o controle social em saúde teve vários momentos e circunstâncias de desenvolvimento, mas que, em sua maioria, começou com os líderes das

associações de moradores participando do agendamento de consultas na Clínica Odontológica. Esta lembrança, não entrando em pormenores de uma análise crítica, mostra que sempre houve uma preocupação da população em relação à saúde bucal, fato que ocorre até hoje, visto que em reuniões do Conselho Local de Saúde a saúde bucal quase sempre é tema de pauta. Em geral são levantados problemas de acesso aos serviços, principalmente em relação aos especializados.

Um grande desafio no planejamento local é definir a distribuição de ações de tal modo a melhorar a qualidade e ampliar o acesso da população ao tratamento odontológico, seja através do pronto-atendimento à demanda ou de ações programadas para grupos específicos; e utilizar recursos visando maior impacto epidemiológico, incrementando ações coletivas de prevenção e promoção à saúde.

Os coletivos restritos, como escolas e creches, continuam sendo espaços importantes de desenvolvimento de ações em saúde bucal. Geralmente são lembrados durante o planejamento, mas não mais de uma maneira simplista, como locais onde as atividades desenvolvidas são de mais fácil controle e avaliação, e sim como extensão da comunidade.

Até a década de 80, o enfoque dado às ações de prevenção de cárie dental e doença periodontal era generalizante e indiferenciado, considerando toda a população como se fosse 'de risco'. Nos anos 90, o conceito de risco foi amplamente discutido entre os profissionais de saúde bucal da rede municipal e, de acordo com a realidade da cidade, passou-se então a justificar uma freqüência maior de aplicação de métodos preventivos naqueles grupos com maior incidência de doenças bucais decorrentes da placa. Esta estratégia, que pode ser chamada de 'risco seletivo', não dispensa a continuidade de cuidados promocionais e educativos para toda a população, ou seja, vigora também a estratégia 'populacional' (31, 32).

Nota-se, então, que outro fator importante durante a programação local é a definição das diretrizes a serem seguidas; pois é preciso levar em consideração as macro-políticas de saúde bucal do município, e adaptá-las à realidade local, para que sejam coerentes com os objetivos e metas determinados. Estas metas não devem divergir das propostas do Plano Municipal de Saúde. O Projeto de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde respeita as diversidades locais, mas também direciona os serviços distritais para uma homogeneidade de ações.

Por exemplo, os princípios do Programa Saúde da Família são parte de uma proposição municipal estratégica, visando à reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, portanto devem ser taticamente considerados nas Unidades que estão inseridas no programa. Durante todo o processo de gestão local, muitas informações são discutidas, buscando uma série de alternativas de solução para os problemas apresentados. Estas soluções envolvem diferentes riscos, tempo de realização, custos e capacidade de impactar. Neste momento, as decisões gerenciais devem ser tomadas no sentido de apoiar as ações que se apresentem mais viáveis para aquela realidade.

Aos trabalhadores de saúde compete sugerir as alternativas que possibilitem melhor explicar a situação-problema detectada, dando suporte ao nível gerencial. Paralelamente, a sociedade deve estar convencida da necessidade das políticas locais de saúde a serem adotadas, postas em discussão junto à população, a qual participa por vias formais ou informais de representação, da implantação e implementação das ações.

Cabe ao nível gerencial conduzir essas negociações, tendo em vista as diretrizes anteriormente definidas. Não são raras discordâncias neste momento, pois podem existir grupos de interesse com projetos ou indivíduos com pontos de vista diferentes, considerando que há diferentes atores envolvidos no processo. Tem-se que procurar uma base consensual que permita avançar sobre impasses, pois a implantação de determinada linha de ação deve ser realizada com o mínimo risco de ser 'engavetada'.

Havendo esse consenso sobre os problemas priorizados, as metas a serem atingidas e as diretrizes a seguir, parte-se para a fase operacional, baseada num plano de ação subdividido em programas segundo a clientela que se quer atingir e detalhando-os em projetos que visem a realização das ações propostas.

A elaboração deve ser minuciosa, de forma que possibilite vislumbrar cenários dos possíveis entraves durante a execução e, ao mesmo tempo, deve ser flexível para possibilitar novas adaptações. Esses projetos podem ser planificados de várias formas, dependendo da capacitação de cada equipe, sendo importante que todos os atores sociais envolvidos tenham se apropriado deles.

Execução e Avaliação

Durante a execução, as ações devem ser constantemente reavaliadas para que possam ser implantadas novas estratégias a fim de atingir as metas estabelecidas pelos diversos atores do processo. Portanto, o momento da execução é simultâneo ao da avaliação, pois ele deve estar contextualizado no que foi planejado.

O papel do gerente local, nesse momento, é motivar a equipe e viabilizar recursos e condições para a execução das ações. Cabe a ele reavaliar estratégias adotadas, rever o papel de determinados atores e redirecionar os rumos.

Exemplificando este processo, recordamos quando da abertura de uma Unidade de Saúde inserida no PSF, em que o 'ideal' seria iniciar o atendimento baseado nos princípios do PSF e realizando ações programadas, individuais e coletivas, de acordo com a epidemiologia da referida área. No entanto, deparou-se com uma população adulta desassistida em termos de serviços odontológicos, com um grande estoque de doenças bucais acumuladas. Naquele momento, necessitava-se de respostas rápidas aos seus anseios e necessida-

des, tais como dor e desconforto. Buscou-se, então, readequar o projeto inicial e desencadear propostas de ações que resultassem impacto mais imediato. O serviço enfatizou o pronto-atendimento, deixando para um segundo momento a ampliação de oferta para atendimento programado aos grupos priorizados. Há dimensões subjetivas e de legitimação social que devem ser respeitadas, sobrepondo-se a uma visão técnica e normativa de intervenção. Isto não impede que, com clareza estratégica e com o manejo do tempo histórico, a dimensão técnica, suavizada pelo contato com as aspirações populares, comece a ser discutida e proposições epidemiologicamente mais impactantes possam ser implementadas, por exemplo, a atenção programada.

Portanto, é importante a efetiva participação da população e, conseqüentemente, sua satisfação com relação aos resultados da execução do planejamento local, de tal forma que veja concretizado o que foi definido nos projetos, ou seja, que a 'resolutividade' deixe de ser uma expressão técnica e seja convertida em aumento de bem-estar imediato (ou mediato) para pessoas que não têm mais carência de tempo para esperar.

Deve-se ressaltar que, em saúde, a avaliação não é um processo exato, tampouco finito, e que os dados somente são o reflexo de uma parte da realidade. Em saúde bucal, trabalhamos com prevenção e promoção em saúde, diretrizes que, espera-se, resultem em mudanças no perfil de uma determinada população. Essas modificações esperadas só podem ser verificadas tempos mais tarde, após vários momentos de aproximação com a comunidade.

Como base para uma avaliação mais formal, dispõe-se de uma série de relatórios no Sistema de Informação em Saúde Oral (SISO) que permitem uma análise de produtividade das ações de enfrentamento ocasional (pronto-atendimento), de enfrentamento continuado (ações programadas), e de atenção coletiva, assim como do perfil da demanda e dos serviços. Constata-se que a avaliação é um tipo de ação que se faz em função do modelo de prática odontológica existente. Essa ação só se define no concreto.

Muitos analistas em Saúde Pública vêem como crítico o modelo assistencial odontológico vigente no país (139, 140). Baseado nos passos já dados pelas equipes de Saúde Bucal do município de Curitiba e analisando as considerações desses mesmos autores, percebe-se que, de uma maneira geral, já se superou a fase de passividade e contemplação com relação à gerência local de serviços odontológicos. Verifica-se também a constante apropriação de novos conceitos e práticas, tendo como objetivo maior a melhoria da qualidade de vida da população.

Na atual forma de Gestão Local em Odontologia, o foco de atenção tem sido ampliado, do serviço em si, no contexto institucional, para a análise e o questionamento do impacto que suas ações produzem na sociedade. Assim, a partir dos três campos de gerência citados anteriormente (administrativo, técnico e político-estratégico), geram-se ações de caráter transformador, conforme as lógicas da Odontologia de Promoção de Saúde e da Saúde Bucal Coletiva.

O Monitoramento da Informação na Saúde Bucal

Ana Lúcia Camargo[1]
Elziane Cazura Xavier Ferreira Soares[2]
Marilete Aparecida Luiz da Silva[3]
Mario Augusto Gori Gomes[4]

[1] Cirurgiã-dentista e Fonoaudióloga, Especialista em Saúde Pública.

[2] Administradora Hospitalar.

[3] Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Pública.

[4] Cirurgião-dentista, Especialista em Odontopediatria.

Introdução

A evolução dos sistemas de informação em saúde bucal, em Curitiba, vem acontecendo simultaneamente ao desenvolvimento do modelo assistencial. Rever este movimento remete, inevitavelmente, a um resgate histórico confirmatório de passos continuados e coerentes. Fica nítida a constante prioridade dada à gestão da informação, como importante subsídio à tomada de decisões, pelo serviço público municipal.

Partindo de uma ferramenta exclusivamente manual, no fim dos anos 60 e década de 70, passando para uma informatização embrionária em meados dos anos 80, avançado para uma arquitetura corporativa de sistema, nos anos 90, chega-se ao momento atual, com o projeto de um sistema informacional integrado, o Cartão Saúde, com instrumentos que proporcionem uma informação com maior grau de agilidade, disponibilidade e consistência. Esta é a trajetória que será descrita a seguir.

Os Primeiros Registros

A odontologia no serviço público municipal teve início em 1966, quando foram instalados três consultórios odontológicos junto a escolas municipais, visando o atendimento ao escolar. No ano de 1967 a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação SESP), prestando consultoria, direcionou o atendimento odontológico público em Curitiba por meio de uma metodologia de trabalho denominada Sistema Incremental para Escolares (5).

O sistema de informação utilizado no período de 1968 a 1981 era coerente com o modelo assistencial vigente e com a base tecnológica disponível. Os registros adotados pela antiga seção de Odontologia Sanitária baseavam-se em formulários impressos para o controle da produtividade dos cirurgiões-dentistas, para o registro do índice CPO-D, para o diagnóstico e para o tratamento dos usuários atendidos. Os formulários utilizados eram preenchidos manualmente.

O formulário 1, chamado Ficha Para Inquérito Dentário, tinha por objetivo registrar o CPO-D, que subsidiava o planejamento anual das atividades dentro de cada escola. Agrupava por faixa etária as crianças com os seus respectivos levantamentos de CPO-D. Observa-se que estava explícita a atenção somente aos dentes permanentes. Através da tabulação dos dados analisava-se a prevalência da cárie dental e priorizava-se a faixa de 7 a 8 anos e a de 6 anos, caso houvesse. Quando a cobertura das primeiras era concluída, estendia-se o tratamento a outras faixas.

O formulário 2 era uma Ficha Individual, que registrava os dados pessoais da criança. Continha uma representação esquemática dos dentes (odontograma), que permitia o registro de

até 04 exames dentários seqüenciais. No verso anotava-se, de forma sucinta, o trabalho realizado a cada sessão. Esta ficha equivalia ao prontuário ou ficha clínica.

O formulário 3, chamado de Mapa do Trabalho Diário do Dentista, descrevia as atividades e procedimentos realizados por profissional. Ao final de cada mês estes mapas eram encaminhados à seção de Odontologia Sanitária para que o chefe do serviço transcrevesse estes dados para o Boletim Mensal (formulário 4), visando à elaboração do relatório mensal da unidade.

O Início da Informatização

Com a instalação das primeiras clínicas odontológicas simplificadas, a partir de 1979, diversas alterações ocorreram no modelo assistencial. A mais marcante foi a implantação do trabalho em equipes. Concomitantemente, e como parte da nova proposta de trabalho, ampliou-se o volume de usuários atendidos, o quadro de profissionais atuando e o número de dados a serem registrados e analisados. Sendo assim, em 1982, teve início o primeiro Sistema Informatizado do Serviço de Odontologia da Prefeitura Municipal de Curitiba, que permaneceu até 1992. A rigor, este foi o primeiro sistema informatizado implantado na área da saúde pública em Curitiba, o que reflete o pioneirismo da área de saúde bucal no município.

Este sistema era baseado em dois formulários preenchidos nas clínicas odontológicas. O registro dos dados era feito manualmente e encaminhado para processamento no Centro de Processamento de Dados (CPD) do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), órgão responsável pelo processamento integrado das informações provenientes de vários setores públicos do município.

O primeiro formulário, chamado Boletim de Tratamento Dentário, era o prontuário do usuário onde eram anotados os seus dados, bem como dos profissionais que atuaram no atendimento e intervenção realizada. Na conclusão era encaminhado para processamento. Com a ampliação do acesso a novos grupos de usuários, tais como gestantes, pré-escolares e adultos no 3° turno, surge o Boletim de Cadastramento Comunitário/Pré-Escola para Tratamento Dentário. O objetivo deste era incluir o usuário, não matriculado no ensino regular de 1° grau, no sistema de atendimento, caracterizando a ampliação do acesso ao serviço.

Na seqüência, os dois formulários eram processados pelo IPPUC que arquivava os dados em mídia magnética e emitia as fichas clínicas de cada usuário em papel impresso, bem como relatórios de produtividade/avaliação e, ainda, uma listagem de usuários atendidos, com tratamento completado ou em manutenção. As fichas e listagens seguiam para as clínicas odontológicas e os relatórios para o nível central da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Estes eram os instrumentos de avaliação gerencial, planejamento de ações e acompanhamento clínico dos usuários.

Ao final de 1992, o modelo assistencial baseado no tratamento completado (TC) e no atendimento programado deixa de ser prioridade exclusiva. O processo de municipalização, com extinção de unidades de pronto atendimento do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), bem como o movimento de regionalização impõem uma ampliação de atividades de atenção, com aumento tanto do repertório clínico-assistencial, inclusive de atendimento às emergências e necessidades auto-percebidas, quanto dos procedimentos coletivos (43). Isto evidenciou a necessidade do desenvolvimento de um novo sistema informatizado.

A Construção do Sistema Informatizado em Saúde Bucal

As limitações percebidas no sistema informatizado em vigência, aliadas à profunda transformação ocorrida na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em 1992, tornaram imprescindível o desenvolvimento de uma nova ferramenta para dar suporte à programação de saúde bucal. Naquele momento, passou-se a questionar o modelo assistencial, em um processo reflexivo nas áreas médica, de enfermagem e odontológica. Tal processo determinou a reestruturação do modelo, o que aconteceu concomitantemente a uma reforma administrativa em grande escala.

Foram criados sete Núcleos Regionais de Saúde avançando na descentralização administrativa. Os Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas, até então com funcionamento e gerentes isolados, fundem-se em uma Unidade de Saúde. Esta Unidade representou, mais que uma integração de estrutura física, uma alteração nos fundamentos da gestão territorial em saúde, com a criação da Autoridade Sanitária Local, em substituição às chefias isoladas.

Na estrutura regionalizada implantou-se o conceito de territorialização. A construção de um território-processo incluindo a participação popular, intermediada pelos Conselhos Locais de Saúde, tinha como conceito central a Vigilância à Saúde dos habitantes de um espaço geográfico e social dinâmico e contraditório. Diante desse contexto, houve a definição de se desenvolver um novo sistema informatizado para a saúde bucal.

Com o objetivo de elaborar uma proposta que descrevesse as expectativas dos técnicos usuários acerca do mesmo, foi organizada em 1992 uma comissão constituída por representantes das instâncias local, regional e central. O material produzido apontava algumas necessidades condizentes com o cenário do período. Era imprescindível que sua concepção privilegiasse o conceito de Vigilância à Saúde, constituindo-se em ferramenta de apoio ao planejamento local, com forte cunho epidemiológico, embasando a tomada de decisão e possibilitando a avaliação das ações implementadas. Deveria possuir flexibilidade suficiente para absorver as inovações decorrentes da dinâmica e do ritmo do processo em curso e adaptabilidade às diferentes realidades locais. Acompanhando a reforma administrativa, teria que viabilizar cadastro único aos usuários nas áreas médica/enfermagem e odontológica.

Havia, também, a necessidade de que fossem ampliadas as possibilidades de registros, contemplando além de assistência clínica básica, ações educativo-preventivas individuais e coletivas e o pronto-atendimento, bem como a entrada da matrícula de todos os profissionais da equipe odontológica, respaldando a delegação de funções. Considerando as contribuições mencionadas, foi desenvolvido o Sistema Informatizado em Saúde Oral (SISO), sendo implantado durante os anos de 1993 e 1994, paulatinamente, até atingir as sessenta e seis clínicas odontológicas existentes.

Atualmente, o SISO está instalado em noventa e duas clínicas odontológicas. Alguns princípios relevantes estão presentes em sua estrutura:

- integração entre áreas médica/enfermagem e odontológica. O sistema opera de forma integrada, no módulo 'cadastro do usuário', com um outro sistema – Sistema de Informação e Controle de Atendimento Ambulatorial (SICA). O SICA deu suporte à área médica/enfermagem no período em que o SISO foi desenvolvido. Atualmente está sendo substituído pelo Cartão Qualidade Saúde. Com a integração, o usuário passou a possuir uma única identificação na Unidade de Saúde, com a recomendação de que a recepção e o arquivo de prontuários também se unificassem;

- incorporação dos conceitos de Vigilância à Saúde. A entrada de dados via Ficha Clínica de Saúde Oral, permite o registro e tabulação de dados diagnósticos, podendo ser também utilizada em levantamentos epidemiológicos. Nos dados gerais informa a origem dos usuários, o que permite a tabulação dos dados em base local, ou seja, de população de cobertura da Unidade de Saúde, a construção de agregados populacionais distintos dentro da área de abrangência, e comparabilidade de situação de saúde bucal entre as diversas áreas. O diagnóstico considera a atividade de doença bucal e o risco futuro dos usuários. Tais possibilidades denotam a preocupação com planejamento local e diferenciação da programação para situações de risco, tendo em conta, ainda, a atenção a problemas de enfrentamento contínuo ou ocasional;

- aproximação da informação de quem a produz e agilidade no processo de entrada do dado, ou na obtenção da informação processada. O sistema considera as necessidades das instâncias local, regional e central, possibilitando a obtenção de relatórios, a qualquer momento, nos três níveis, com diferentes graus de desagregação.

As Entradas do SISO

A captação dos dados se dá através de dois formulários, a Ficha Clínica de Saúde Oral (FCSO) e o Registro de Atendimentos Odontológicos (RAO), e do módulo 'bochecho com

flúor'. A FCSO é o documento onde são registradas informações gerais do usuário (nome, data de nascimento, origem, entre outros), diagnóstico e necessidades de tratamento. A FCSO é preenchida para pessoas que terão todas suas necessidades básicas realizadas, no âmbito clínico e em levantamentos epidemiológicos.

No caso de atendimento clínico, a FCSO se constitui no prontuário do usuário. Quando utilizada em levantamentos epidemiológicos não necessita de preenchimento integral, podendo ser selecionados campos de interesse para o estudo. No verso do formulário existe uma anamnese resumida e espaço para registro da evolução clínica, sendo que este não é digitado. Os dados de diagnóstico transcendem o odontograma, incorporando situação periodontal e oclusal, necessidade de prótese, lesões de mucosa, má formação dentária, acesso ao flúor e critério de risco.

O RAO é preenchido a cada atendimento realizado na Unidade. Neste formulário existe a possibilidade de registro de procedimentos preventivos, curativos, individuais e coletivos. Além destes dados, permite a entrada de informações referentes a encaminhamentos a especialidades e de medicamentos dispensados. O RAO é utilizado em Unidades com perfil básico e especializado. O sistema possui um módulo especifico para o registro de bochechos com flúor realizados nas escolas públicas, situadas nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde.

O Fluxo Estabelecido

Os formulários são preenchidos manualmente pela equipe de saúde bucal, no espaço da intervenção que está sendo realizada, e digitados nas Unidades de Saúde por técnicos digitadores. Uma vez digitados permitem, em qualquer momento, a retirada de relatórios. Ao final de cada mês, os dados digitados no período são transferidos em disquete para o Centro de Processamento de Dados, da Secretaria Municipal da Saúde, para a alimentação do banco central de dados. Uma vez processados dados brutos em informações refinadas, é possível a retirada de relatórios por Unidade de Saúde, Distrito Sanitário ou do Sistema Municipal com um todo.

As Saídas do SISO

Os relatórios do SISO podem ser obtidos nas Unidades de Saúde e na Secretaria Municipal da Saúde. No nível central a informação está disponível em diversos graus de agregação/desagregação, que podem ser selecionados pelos usuários. Os relatórios, com informações sobre o diagnóstico, podem ser referentes aos usuários atendidos ou a levantamentos epidemiológicos, com a opção de serem obtidos segundo faixas etárias padrão ou outras definidas pelos usuários. O sistema fornece a possibilidade de retirada de relatórios que subsidiam o

planejamento local, bem como permitem a avaliação das ações desenvolvidas em nível global. Os principais relatórios do SISO estão listados abaixo:

Produtividade

- pessoas abrangidas por ações coletivas;
- distribuição das ações coletivas segundo o programa;
- distribuição das ações coletivas segundo a abrangência;
- distribuição das ações coletivas segundo a origem;
- tratamentos completados por tipo de atendimento (inicial, manutenção e pronto-atendimento);
- total de procedimentos e média diária por profissional;
- total de atendimentos e média diária por profissional;
- média de procedimento por tipo de atendimento (inicial, manutenção e pronto-atendimento) por profissional.

Perfil de Atendimento

- atendimentos por faixa etária;
- atendimentos segundo o diagnóstico odontológico;
- pacientes atendidos segundo a abrangência/origem;
- total de manutenções e altas por tratamento;
- emergências por tipo de tratamento;
- relação entre ações coletivas e ações individuais.

Encaminhamentos realizados

- pacientes encaminhados por Especialidade.

Diagnóstico e Monitoramento por Faixas Etárias

- pacientes livres de cárie;
- índices CPO-d e ceo-d;
- situação oclusal;
- pacientes segundo a situação periodontal (CPI);
- classificação de risco à cárie.

Unidades Especializadas

- tipo de procedimento/endodontia;
- pacientes agendados segundo a origem/endodontia;
- tipo de procedimento/ortodontia;
- pacientes agendados segundo a origem/ortodontia.

Administração

- relatório de fatura (conversão para tabela do Sistema de Informação Ambulatorial – SAI do Sistema Único de Saúde – SUS).

Bochecho com flúor

- produção;
- cobertura de crianças;
- cobertura de Estabelecimentos;
- média de sessões por estabelecimento.

A Alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)

O SISO possui um relatório que realiza a conversão de seus códigos para o sistema SIA-SUS. Cada Unidade de Saúde está cadastrada no SIA-SUS como Unidade Prestadora de Serviço (UPS), sendo, portanto, responsável pelos seus registros em fatura. As informações enviadas pelo Centro de Processamento de Dados permitem a transferência para o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

A Perspectiva de um Novo Sistema

A exemplo de qualquer sistema informatizado, em utilização há muito tempo, o SISO dá sinais de esgotamento frente aos novos desafios impostos pelo modelo assistencial. A partir de 1997, os usuários do SISO começaram a demandar tarefas que o sistema não conseguia realizar. Sob diversos aspectos o atendimento odontológico, as necessidades gerenciais e administrativas e o controle epidemiológico foram reformulados e precisavam de uma ferramenta de trabalho que os acompanhasse. A dinâmica do dia-a-dia, as novas realidades político-administrativas e a mudança dos indicadores epidemiológicos, impelem qualquer serviço de saúde a esta constante mutação. Os avanços tecnológicos na informática, assim como a maior disponibilidade destes recursos, foram também indutores da obsolescência do SISO. Aquilo que, no momento da construção de um sistema, é tido como tecnologia de ponta, em poucos anos torna-se ultrapassado. As novas tecnologias, tanto de *software* como de *hardware* e o incremento na velocidade de transmissão e processamento atualizam-se constantemente e chegam a um patamar de acessibilidade de custos que recomendam a sua utilização.

O primeiro sintoma de deficiência do SISO surgiu quando as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) começaram a sair das clínicas odontológicas e realizar atendimentos nos domi-

cílios das suas áreas de abrangência. O sistema não previa e inclusive bloqueava registros de atendimento e procedimentos em visita domiciliar. Com o PSF ampliando-se na Secretaria Municipal da Saúde, as queixas tornaram-se mais freqüentes. A lista de críticas, a seguir, será transcrita porque a mesma poderá servir como um *check list*, orientando a concepção de futuros sistemas de informação, para outros municípios brasileiros. Por exemplo:

- falta de adaptação à realidade PSF;
- os atendimentos extraclínica tornaram-se muito freqüentes e vários procedimentos novos começaram a acontecer, tais como Restaurações Atraumáticas e curativos em massa;
- incompatibilidade com a tabela SIA-SUS. Desde que o SISO foi concebido a tabela de procedimentos utilizada é própria. Este conceito obriga que a cada mês se realize uma conversão da tabela SISO para a SIA-SUS. Além de ser uma tarefa a mais a se realizar, alguns procedimentos não encontram equivalente na tabela do Ministério da Saúde (MS), o que inviabiliza o seu registro no BPA;
- incompatibilidade com o Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). Este sistema capta informação de produtividade e de cadastros das equipes PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF. As informações precisam ser repassadas manualmente para o SIAB, através de relatórios do SISO;
- falta de incorporação dos novos protocolos de atendimentos da SMS. Os procedimentos, programas e fluxos de atendimentos da saúde bucal da SMS, não estão contemplados pelo SISO. Os protocolos têm por objetivo garantir a qualidade e padronização dos serviços, por meio de sínteses de evidência disponível sobre as várias intervenções. Se o sistema não incorpora estes fluxos ele se torna um obstáculo para a garantia de qualidade;
- falta de consistência. Apesar do SISO possuir inúmeras tabelas de consistência, durante a sua existência foi detectada a necessidade de criação de outras tantas que contribuiriam sobremaneira para a confiabilidade e qualidade do sistema. Isto praticamente remete a necessidade de outro sistema;
- impossibilidade de checar a qualidade dos procedimentos clínicos (retrabalho). Como os procedimentos não são analisados pelo sistema sob a ótica da durabilidade, ou seja, permitindo que um mesmo procedimento, no mesmo usuário, seja refeito quantas vezes se desejar, não é possível avaliar a qualidade do trabalho individual;
- sistema não baseado em plataforma *on-line*. O SISO ainda depende de transferências e recepções via meio magnético, para repassar os dados do nível local (atendimento)

para os níveis regional e central. Este procedimento atrasa a obtenção de relatórios nos níveis superiores além de possibilitar quebra de arquivos e perda de produção;

• prontuário não eletrônico. O uso do papel para registros dos atendimentos e posterior digitação provoca freqüentes atrasos na obtenção da informação, além de demandar mais pessoal para a digitação. Este processo potencializa a incidência de erros;

• impossibilidade de unificação dos cadastros. O cadastro dos usuários do serviço odontológico é realizado nas Unidades da Saúde. Quando o indivíduo é atendido em outro local, não se tem acesso retrospectivo à sua história odontológica (e médica), e o atendimento realizado não pode ser incorporado ao prontuário existente na sua unidade de origem. Os dados epidemiológicos e de cobertura, ou seja, a geolocalização dos usuários também é prejudicada;

• sistema monousuário. A característica monousuário é incongruente com a atual realidade das Unidades de Saúde. A grande demanda por utilização do sistema e também a necessidade de intervenção dos níveis regional e central no local, indicam que um sistema multiusuário seria mais adequado.

Diante destas críticas, em meados de 1998, uma completa atualização do sistema SISO foi proposta. Aproximadamente em agosto do mesmo ano, a SMS iniciou suas discussões para a construção de um sistema unificado, que interligaria as diversas áreas onde atuava, de forma mais ágil e *on-line*. Com esta nova perspectiva vislumbrava-se um sistema muito amplo, que atenderia a todos os serviços inclusive a saúde bucal.

Sendo assim, optou-se por um investimento definitivo que seria o módulo de saúde bucal do sistema 'Cartão Qualidade Saúde'. Os trabalhos de construção deste novo sistema iniciariam com a área médica e de enfermagem, como ocorreu de fato. Os Distritos Sanitários e suas unidades de saúde foram sendo integrados à rede informatizada gradativamente, e na seqüência construíram-se os módulos do Alto Custo, da Central de Consultas Especializadas, da Central de Leitos e da Regulação do SUS em Curitiba.

A área de saúde bucal da SMS, então, defrontou-se com a tarefa de esboçar um sistema construído como um módulo, na lógica integradora do Cartão Qualidade Saúde. Em março de 2000 constituiu-se um grupo de cirurgiões-dentistas da SMS representando os níveis central, regional e local para dar conta deste objetivo. O trabalho deste grupo-tarefa apontou os seguintes princípios a serem observados:

• módulo de saúde bucal integrado ao Cartão Qualidade Saúde. Este módulo utilizaria as mesmas tabelas de convenções (profissionais, micro-áreas, unidades), o mesmo cadastro de famílias e usuários disponibilizado em toda a cidade, as centrais de apoio (consultas especializadas, ambulâncias e leitos hospitalares). Possuiria interface direta

com todos os serviços incluídos no Cartão Qualidade Saúde. Dentro das Unidades de Saúde trabalharia com a mesma recepção a usuários, dispensação de medicamentos e disponibilizaria as informações médicas e de saúde geral ao profissional dentista;

• cadastro único de usuários. Um cadastro unificado, acessível em todos as unidades da SMS, integrado com o Cartão Nacional de Saúde;

• utilização da Tabela de Procedimentos SIA-SUS. O uso desta tabela facilitaria muito a administração dos recursos do Fundo Municipal de Saúde. Alguns poucos procedimentos próprios da SMS, não contemplados pela tabela do Ministério da Saúde, poderiam ser utilizados, atendendo situações particulares do serviço que justifiquem tal esforço adicional;

• incorporação, ao novo sistema, dos protocolos de atenção já existentes na SMS. Este procedimento viabilizaria um melhor controle de qualidade, padronizando um repertório de tecnologias de intervenção, ética e cientificamente validado na instituição, através de revisões críticas sistemáticas, consensos com sociedades profissionais, pactos entre atores da instituição, dentre outros;

• controle de qualidade do atendimento clínico. Possibilidade de apontar aos profissionais os procedimentos que estejam gerando retrabalho com pouca vida média útil, refletindo, em última instância em ineficiência e ineficácia;

• sistema *on-line*. Dados e informações disponíveis em toda a cidade e em tempo real. Esta agilidade permite tomadas de decisão mais rápidas, em qualquer ponto de atenção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde. A segurança da base de dados também deve ser assegurada;

• atendimento às realidades do serviço. Contemplar as realidades do serviço no que se refere a demandas atuais como SIAB, PACS, PSF, entre outras;

• prontuário eletrônico. Racionalização do uso de papel para diminuir os erros de preenchimento e digitação e a necessidade de arquivamento dos documentos produzidos. Há suporte jurídico suficiente para que se adote o prontuário eletrônico. Cabe citar que o prontuário eletrônico da área médica é reconhecido pelo Conselho Regional de Medicina do Paraná;

• melhoria da consistência entre os procedimentos. Há a necessidade de eliminar os registros desnecessários que atualmente caracterizam uma 'superprodutividade'. Este registro inadequado dificulta o gerenciamento da produtividade das equipes a ponto de não se poder estabelecer metas reais e composições de equipes mais adequadas;

- encaminhamento *on-line* às especialidades odontológicas. Este sistema proporcionaria um melhor aproveitamento das vagas ofertadas pelo SUS em Curitiba e diminuiria o absenteísmo;
- possibilidade de pesquisa no acumulado do banco de dados. O leque de informações gerenciais e epidemiológicas ficaria ampliado.

Este novo sistema para a saúde bucal, que atualmente encontra-se em construção, irá incorporar avanços importantes para o serviço. Mais uma vez, acompanhará o desenvolvimento do modelo assistencial, trazendo maior agilidade e confiabilidade ao processo de monitoramento da informação.

Conclusão

Para melhor ilustrar como vem se desenvolvendo a gestão da informação na SMS de Curitiba, o Quadro 1, a seguir faz uma síntese dos aspectos mais marcantes de cada estágio.

Partindo de alguns consultórios isolados, com um sistema de coleta de dados exclusivamente manual, chegou-se a uma situação de domínio de ferramentas que proporcionam agilidade e consistência de informações. A velocidade da evolução tecnológica e a constante demanda por retratos que registrem o desenrolar da história da instituição, deixam claro que a gestão da informação será um permanente desafio.

QUADRO 1 – A Evolução do Sistema de Informação na Saúde bucal em Curitiba

Período	1968 a 1981	1982 a 1992	1993 a 2001	2001 - em diante
Sistema utilizado	registro manual	Sistema de Informações Clínicas Divisão de Odontologia Social (DOS)/Departamento de Assistência à Saúde(DAS)	Sistema Informatizado em Saúde Oral (SISO)	Cartão Qualidade Saúde
Interface com área médica-enfermagem	nenhuma	Nenhuma	cadastro de usuários	sistema único
Cadastro de usuários	exclusivamente na odontologia	Distintos na área médica e odontológica	único na unidade de saúde	único no município
Prontuário	manual	Registro manual com digitação e processamento posteriores	registro manual com digitação e processamento posteriores	prontuário eletrônico
Entrada de dados	manual	Manual	manual	digitação no local do atendimento
Digitação	não havia	Nível central (Centro de Processamento de Dados -CPD)	nível local	nível local
Códigos	próprios	Próprios	próprios	SIA-SUS e próprios
Ações registradas	individuais	Individuais	individuais e coletivas	individuais e coletivas
Alimentação do banco de dados central	formulários	Formulários	via disquete	*on-line*
Emissão de relatórios	nível central com tabulação manual	Nível central	nível local, regional e central	nível local, regional e central
Informação gerada	produção e CPO-D das escolas	Produção	epidemiológica, produção, necessidade de tratamento, encaminhamentos, medicamentos e conversão para fatura	epidemiológica, produção, necessidade de tratamento, encaminhamentos, medicamentos, fatura e geoprocessamento
Tempo de retorno da informação	—	3 meses	banco de dados local	tempo real com banco de dados centralizado

Programas Especiais na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Lise Mara Villani Souza[1]
Deizi Lourdes Zanin Groszewicz[2]
Sonia Teixeira Linhares[3]
Sylvio Gevaerd[4]

[1] Cirurgiã-dentista.

[2] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social.

[3] Cirurgiã-dentista.

[4] Cirurgião-dentista, Mestre em Odontologia.

O modelo de atuação da saúde bucal, na cidade de Curitiba, está estruturado desde a década de 1960, quando foi implantado o atendimento a escolares utilizando o sistema incremental. A partir daí a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) tem desenvolvido várias estratégias de atuação, incorporando as diferentes propostas que propiciaram avanços na área de saúde bucal coletiva tais como:

- a simplificação e desmonopolização, em 1970, com a instalação de equipamentos simplificados e trabalhos em equipe;
- a introdução dos Auxiliares e Técnicos em Higiene Dental em 1980, como parte integrante da equipe básica;
- a adoção, no início dos anos 90, do referencial científico da odontologia integral, da avaliação epidemiológica e de risco social e biológico;
- a incorporação, a partir do meio da década de 90, da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família.

A rede municipal de saúde desenvolve hoje um modelo de prestação de serviços através de equipes multiprofissionais, lotadas em 104 unidades de saúde, distribuídas em 8 Distritos Sanitários. Conta com um modelo de atenção voltado à melhoria da qualidade de vida da população, tomando como referência o conceito de promoção de saúde e o atendimento solidário à comunidade.

Considerando a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população curitibana, foram implementadas estratégias para possibilitar o atendimento de diferentes grupos sociais como os portadores de necessidades especiais, idosos, pacientes com câncer bucal, dentre outros. Serviços próprios, nas especialidades de endodontia e periodontia, vêm sendo implementados.

Um movimento difusor da concepção e filosofia do modelo assistencial público para a odontologia da cidade foi estruturado em três vertentes de atuação: Amigo Especial, Dentista Cárie Zero e Ônibus Cárie Zero, buscando somar os esforços entre os setores público e privado, associativo e educacional e procurando, através da integração intersetorial, potencializar ações e otimizar a atenção odontológica, priorizando o aumento da cobertura assistencial e as atividades de promoção à saúde bucal da população.

Programa Amigo Especial

Lançado em outubro de 1998, o Programa Amigo Especial é dirigido às pessoas portadoras de necessidades especiais, desenvolvendo ações educativas de promoção de saúde bucal e possibilitando o acesso ao atendimento clínico odontológico adequado.

Para a política de saúde bucal, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, é considerado 'usuário especial' ou portador de necessidades especiais, toda e qualquer pessoa que apresente uma ou mais limitações física, mental, emocional ou médica que a impeça de ser submetida a uma situação odontológica convencional, sendo necessária uma conduta especial por parte da equipe que irá se responsabilizar pelo seu atendimento.

Desde o seu lançamento, o Programa Amigo Especial imprimiu uma proposta de atenção integral, procurando organizar o atendimento odontológico de maneira a atingir todos os níveis de atuação, desde a promoção da saúde até o atendimento clínico resolutivo em Unidades de Saúde. Prestar cuidados a este grupo de pessoas é um grande desafio, já que implica em transpor as limitações e inseguranças por parte dos profissionais, que além das aptidões técnicas, precisam dispensar carinho, doação e muita sensibilidade durante todo o atendimento. A organização do 'Amigo Especial' partiu de 4 eixos de orientação:

- Promoção da Saúde Bucal;
- Atenção Clínica Básica;
- Atendimento Especializado;
- Atendimento Hospitalar.

As atividades de Promoção de Saúde Bucal são realizadas através de parcerias entre a Secretaria Municipal da Saúde e as instituições de Ensino Especial, nas quais as equipes das Unidades de Saúde visitam mensalmente as instituições de ensino especial, realizando atividades educativas com familiares, professores, cuidadores e com os 9 mil alunos especiais participantes do Programa.

O Projeto Acolhimento Solidário, desenvolvido no âmbito geral da SMS a partir do final de 1998, com o propósito de abertura dos serviços para a demanda, viabilizando o acesso, humanizando o atendimento e buscando a satisfação do usuário, ficou mais rico quando as Unidades Básicas de Saúde iniciaram o Acolhimento também aos usuários especiais. Isto ocorreu, inclusive, com o atendimento clínico realizado na própria Unidade de Saúde, tendo em vista que a mesma conta com a retaguarda da Unidade de Saúde Amigo Especial, criada para dar suporte a casos clínicos de maior complexidade.

Este acolhimento das Unidades de Saúde tem acontecido de uma forma crescente, tanto em qualidade como em quantidade. Percebe-se claramente a necessidade da inserção dos usuários especiais, reconhecendo-os, na maioria dos casos, socialmente aptos, desde que tratados sem discriminação, e isto tem sido uma rotina nas equipes das Unidades. O atendimento destes, no mesmo momento e ambiente que os usuários que não apresentam necessidades especiais, tem feito com que todos se sintam semelhantes em sua dimensão humana e, ao mesmo tempo, respeitados em suas diferenças funcionais.

A Atenção Clínica Básica é realizada em 86 Unidades de Saúde da rede municipal, por equipes capacitadas, direcionando seu atendimento de forma a incluir pacientes especiais, parte do grupo priorizado para atendimento programado. A porta de entrada do Programa é obrigatoriamente a Unidade de Saúde mais próxima da residência do portador de necessidades especiais.

Tornar os usuários receptivos às técnicas necessárias e adequadas, é a realidade diária da equipe da Unidade de Saúde Amigo Especial. Nas ações da equipe pode ser necessária, não somente a atenção ambulatorial mas também a atenção hospitalar, para os casos em que todas as opções físicas, motoras, emocionais e técnicas foram esgotadas. Nos casos em que o atendimento não foi possível de realização na rede básica, principalmente pela não colaboração do paciente (portadores de patologias mais severas), estes são encaminhados à Unidade de Saúde Amigo Especial, que é uma Unidade de Referência, mediante agendamento prévio. Instalada no Pequeno Cotolengo do Paraná, a Unidade proporciona uma grande aceitação para a família e para o usuário especial, pois as igualdades de suas diferenças são comuns neste ambiente. O atendimento com hora marcada também faz com que o serviço tenha mais crédito e legitimidade. A resolutividade é aumentada com a possibilidade de realização de exames de alto custo em locais de referência, sem longa espera e sem burocracia.

Seguindo esta lógica de organização do sistema de atenção, uma vez que se constate a impossibilidade de atendimento clínico na Unidade de Saúde Amigo Especial, com indicação de utilização de anestesia geral, os pacientes são encaminhados ao Centro Médico Comunitário Bairro Novo, hospital geral municipal, onde serão efetuados os procedimentos necessários pela própria equipe da Unidade de Referência. Para este atendimento, necessariamente, os usuários passam por uma avaliação clínica da equipe odontológica da Unidade de Saúde Amigo Especial, que realizará todos os encaminhamentos necessários.

Percebe-se que o mais interessante é mudar o foco do atendimento ao usuário especial, criando protocolos e uma ampla divulgação das ações desenvolvidas. A busca da capacitação contínua promove segurança nos profissionais de saúde e um grande desejo de alcançar novos desafios. Faz-se necessário registrar o envolvimento e dedicação por parte das diversas equipes em Unidades Básicas de Saúde, destacando-se algumas realizações, dentre as quais:

- mapeamento dos usuários especiais da área de abrangência, com divisão por micro-áreas;
- captação desses usuários com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde;
- atendimento clínico mais resolutivo, com diminuição significativa dos encaminhamentos para a Unidade de Saúde Amigo Especial;

• tratamentos realizados em domicílios, para aqueles usuários especiais impossibilitados de deslocamento até a Unidade de Saúde;

• realização, dentro da proposta de promoção de saúde, de oficinas para criação de vínculo entre as equipes, usuários e suas famílias, oportunizando o envolvimento dos cuidadores, em suas instituições educacionais, nos cuidados diários de higiene e prevenção de doenças bucais;

• inclusão destes usuários no atendimento de rotina das clínicas odontológicas, com o objetivo de integrá-los ao convívio com outros usuários e funcionários das Unidades de Saúde.

Resultados

Em 1999 foram realizados 2852 atendimentos de pessoas portadoras de necessidades especiais nas Unidades de Saúde Básicas. Destes, apenas 276 pacientes foram encaminhados para a Unidade de Saúde Amigo Especial. No Centro Comunitário Bairro Novo, foram atendidos 27 pacientes com anestesia geral.

No ano 2000 foram realizados 2874 atendimentos nas Unidades de Saúde , sendo que 281 foram encaminhados para a Unidade de Saúde Amigo Especial e 34 pacientes atendidos com anestesia geral no Centro Comunitário Bairro Novo.

É perceptível que há um alto índice de resolutividade no atendimento das Unidades Básicas de Saúde, desmistificando o conceito que estes pacientes não são passíveis de atenção na área básica.

Diante do exposto, torna-se clara a importância de consolidar este trabalho através de reavaliações periódicas e capacitações continuadas das equipes, o que tem contribuído para a criação de novas atividades, permitindo um avanço das ações propostas inicialmente pelo Programa. Assim, não se está construindo apenas mais um programa de saúde bucal, e sim, proporcionando meios de sensibilizar cada vez mais as pessoas a eliminar seus preconceitos, buscando fomentar iniciativas que contemplem a defesa dos direitos constitucionais dos 'cidadãos portadores de necessidades especiais'.

Dentista Cárie Zero

Este é um espaço de educação continuada para profissionais com atuação pública e particular. Ao ofertar aporte técnico, metodológico e informativo, oportuniza o desenvolvimento de prática clínica voltada ao controle de doenças bucais e a manutenção da saúde.

Através desta vertente, é coordenado um processo de certificação anual para os cirurgiões-dentistas que participaram da proposta e que cumpriram com as metas de capacitação acordadas. Tal certificação permite visibilidade junto à sociedade do perfil técnico e do trabalho destes profissionais.

Ônibus Cárie Zero

Como estratégia para estimular mudanças de atitude e de autocuidado na população, as atividades de educação em saúde bucal são realizadas utilizando um ônibus especialmente preparado para esta finalidade, com equipamentos interativos, abordando o processo de desenvolvimento das principais doenças da boca e os cuidados necessários para a manutenção da saúde. Sendo um ônibus, pode ser deslocado para os mais diferentes espaços sociais, desde escolas a fábricas, empresas ou praças públicas. Esta vertente contempla também uma programação de informações educativas nos meios de comunicação social e participação nos eventos ligados a odontologia em Curitiba e outras cidades, atuando em parceria com as entidades de representação da categoria.

A Atenção Especializada em Saúde Bucal na Secretaria Municipal da Saúde

Wellington M. Zaitter[1]
Sylvio P. Gevaerd[2]

[1] Cirurgião-dentista, Mestre em Odontologia Legal.

[2] Cirurgião-dentista, Mestre em Odontologia.

Atualmente, o modelo assistencial em saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba conta com as especialidades de endodontia, periodontia, ortodontia preventiva, de diagnóstico de lesões bucais e a atenção ao usuário portador de doenças especiais, que foram criadas para atender as demandas provenientes da atenção básica.

O Sistema de Saúde em Curitiba está organizado administrativamente em oito Distritos Sanitários, cada um comportando entre 7 a 20 Unidades de Saúde (US). Elas são a porta de entrada da população aos serviços oferecidos, sendo localizadas, preferencialmente, próximas às moradias dos usuários.

Se, após o atendimento básico odontológico, é identificada pelo cirurgião-dentista a necessidade de um atendimento de maior complexidade, o usuário é encaminhado para a consulta especializada. A Unidade de Saúde que gerou esta consulta responsabiliza-se pelo seu agendamento, que é realizada através de uma Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE), acessada pela Unidade de Saúde via telefone. Na Central estão concentradas todas as ofertas de consultas disponíveis, nas diversas especialidades, dos diversos serviços existentes no Sistema de Saúde da cidade. Acessada a Central, esta informará o dia, hora e local do atendimento especializado ao usuário.

Ao longo dos últimos anos de funcionamento deste sistema de referência e contra-referência, vários problemas foram percebidos. Por exemplo, os usuários encaminhados a Unidade de Referência Especializada, muitas vezes, não compareciam ao tratamento ou a sua necessidade não era contemplada pela referência, gerando com isto o retorno frustrado do usuário à US de origem. Através dos problemas detectados, tais como demanda reprimida e absenteísmo, refletiu-se sobre a real necessidade do encaminhamento pelo cirurgião-dentista às especialidades odontológicas ofertadas.

A experiência acumulada culminou na proposta de um novo modelo estruturado em três eixos de ação: (i) a atualização dos protocolos de encaminhamento para as especialidades; (ii) a descentralização dos serviços; e (iii) a utilização sistemática da triagem local dos casos referendados para a especialidade.

A proposta de criação de um protocolo de encaminhamentos visou nortear e regular as ações desenvolvidas, baseadas na casuística dos pacientes encaminhados, reduzindo os casos em que a própria Unidade de Saúde poderia resolver. A estratégia buscou, com isto, descongestionar o excessivo número de usuários em espera para o atendimento especializado.

Ao atualizar o protocolo para o encaminhamento às especialidades odontológicas, o mesmo foi amplamente divulgado às equipes de saúde bucal. Foram elaborados, também, protocolos para cada especialidade relacionada. Um dos critérios utilizados para o encaminhamento, em todas as especialidades, é de que o usuário manifeste real interesse no tratamento especializado. O turno e o horário são ofertados de forma que o usuário escolha o que melhor lhe convém.

Na especialidade de Endodontia o protocolo enfatiza a necessidade de que o elemento dentário a ser tratado apresente condições plenas de restauração na Unidade de Saúde. Quando houver indicação protética para o caso, pode ocorrer de não ser do interesse do usuário em realizar tal procedimento. Há relatos na casuística em que, depois do dente tratado, o usuário procura a clínica para extraí-lo porque não tinha condições financeiras ou interesse na confecção do trabalho protético. O encaminhamento deverá ser somente de dentes permanentes.

As gestantes também foram incluídas nos critérios para o encaminhamento à especialidade de Endodontia, devido às suas especificidades e a necessidade de tomadas radiográficas. Indica-se que as mesmas sejam encaminhadas, preferencialmente, no segundo trimestre de gestação com avaliação do seu obstetra, por escrito. Outro critério é a verificação, pelo clínico, se a dor em um determinado dente é de origem pulpar ou periodontal. Com esse diagnóstico diferencial evita-se o encaminhamento errôneo para a especialidade de Endodontia ou Periodontia.

Para a especialidade de ortodontia preventiva, utiliza-se somente aparatologia móvel e o critério fundamental para o encaminhamento é a de que todos os usuários sejam portadores de má oclusão tipo classe I, de Angle, e que a idade não seja inferior a cinco anos nem superior a nove anos. As indicações clínicas para a ortodontia preventiva são:

- perda prematura de dentes decíduos;
- mordida cruzada anterior;
- giroversão dos dentes anteriores;
- mordida anterior;
- mal alinhamento ântero-superior;
- classe I com protusão alveolar superior;
- mordida profunda.

Para a especialidade de periodontia os critérios são baseados, principalmente, na motivação do usuário em receber e preservar o tratamento, e o da patologia instalada ser passível de tratamento. Fazem parte dos critérios para encaminhamento:

- tratamento não cirúrgico de periodontite avançada;
- cirurgia pré-protética;
- cunha distal e mesial;
- gengivectomia;
- frenotomia.

Para a especialidade de diagnóstico de lesões bucais, são encaminhados casos onde não foi possível diagnosticar na clínica básica, precisamente, as lesões e necessidade de exames

complementares e pequenas cirurgias. Enfatiza-se o encaminhamento de usuários de alto risco, como, por exemplo, fumantes portadores de próteses mal adaptadas e casos de lesões que não cicatrizam num período de 15 dias.

Quanto aos usuários portadores de doenças especiais, também há critérios estabelecidos. Por exemplo, os usuários que não permitem o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, mesmo após o condicionamento, são encaminhados para a US referência de Usuários Especiais. Esse atendimento prioriza:

- usuários cujos movimentos involuntários não permitam ou coloquem em risco a sua integridade física durante o atendimento odontológico;
- usuários que necessitem de contenção física e/ou química;
- usuários com deficiência mental moderada e/ou profunda.

O cumprimento deste protocolo atualizado facilitou e otimizou o acesso às vagas para a referência. Outra metodologia indicada para as Unidades de Saúde é a triagem sistemática dos usuários referendados pelo clínico para o serviço especializado, com o objetivo de verificar se o problema, diagnosticado anteriormente, ainda permanece ou se o usuário ainda tem interesse e possibilidade de tratamento. A utilização contínua desta metodologia regula e otimiza a demanda ao serviço especializado, permitindo que a Unidade de Saúde conheça o real interesse do seu usuário em relação à vaga postulada. Como essa metodologia, todos os usuários que comparecerem a essa triagem terão a sua consulta assegurada, sendo esse o segundo eixo de ação.

Um outro fator que dificulta a oferta das vagas é a distância geográfica entre a Unidade Básica de Saúde e a referência. Esse problema é discutido ao se analisar o último eixo deste novo modelo, ou seja, a descentralização.

A descentralização dos serviços especializados visa a redistribuição de responsabilidades, sendo esta, compartilhada entre o usuário e a equipe de saúde quanto às ações e serviços, partindo da lógica de que os atores que estão mais perto do fato poderão influir melhor nas decisões, aumentando, com isso, as possibilidades de acerto.

O atendimento nas especialidades odontológicas está condicionado a disponibilidade das vagas ofertadas, que podem variar mês a mês, conforme a planilha de recursos humanos da US de referência. A descentralização, além de facilitar a readequação das vagas aos serviços, possibilita ao usuário a utilização mais próxima de sua residência.

Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca

Samuel Jorge Moysés[1]
Antonio Dercy Silveira Filho[2]

[1] Cirurgião-dentista, Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública.

[2] Cirurgião-dentista.

Notas introdutórias

O presente capítulo coloca algumas problematizações à arena de debates recentemente instaurada no Brasil e, particularmente, em Curitiba, quanto ao desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF):

1º – O PSF é programa ou estratégia? A resposta não é tão óbvia quanto possa parecer, exigindo a compreensão do papel estratégico que o PSF, como modelo de organização dos serviços de saúde, ocupa no Sistema Único de Saúde (SUS) e suas tensões e contradições com o SUS (141-144);

2º – Como se constitui o 'campo' do Programa Saúde da Família (PSF) e do 'núcleo' da saúde bucal no PSF? Será utilizada uma reinterpretação das expressões 'campo' e 'núcleo' do modo como foram propostas por Campos et al (145), buscando-se traçar a arqueologia discursiva do modelo do Médico de Família (146). Partindo daí, tenta-se discutir novas configurações possíveis aos modelos propostos para a Saúde da Família, numa perspectiva ampliada, que inclua a equipe multiprofissional de saúde;

3º – Qual o conceito de 'família' com o qual se pode operacionalizar a atenção à saúde por meio do PSF? Busca-se discutir uma ampliação conceitual, não em busca de um consenso teórico, bastante improvável, mas fazendo emergir uma literatura que vem questionando as inconsistências no uso contemporâneo do conceito de família (147-156).

Em uma primeira aproximação aos pontos focais, introdutoriamente assinalados, cumpre esclarecer o entendimento que aqui será adotado, do que seja modelo de atenção e quais dos seus elementos constitutivos serão considerados, como percurso analítico deste texto.

Dentre várias possibilidades, igualmente legítimas, o conceito a ser adotado seguirá o consenso obtido na oficina de sistematização sobre modelo de atenção, publicado pela Rede Unida (157): ou seja,

> *(...) a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde. Envolve as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho.*

E, ainda mais, modelo não é forma estática, nem uma sistematização cristalizada de práticas. É ação, processo, embate e busca de hegemonia em torno de projetos de atenção que guardam uma filiação epistemológica, traduzem opções políticas, refletem fundamentos teóricos, obedecem a delineamentos metodológicos, concretizam práticas, definem escolhas de bases tecnológicas, apontam para aberturas programáticas e alocação de recursos e,

fundamentalmente, buscam instituir perfis de trabalhadores da saúde que melhor atendam à interpretação dada para a realidade social e sanitária em questão.

Entre a ação programática e a agenda estratégica: dilemas para o desenvolvimento do PSF no Brasil

Para tocar minimamente nos dilemas atuais do PSF no Brasil, é preciso recuperar o significado político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), como resultante histórico do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), e sua relação significante com o PSF, anunciado como uma proposição estratégico-operativa que busca dar corpo à inteligência sanitária representada pelo SUS. Ou seja, é preciso, entender o que é continente e o que é conteúdo nesta relação. Esta, aliás, era a indagação formulada por Campos (141), tempos atrás: "O dilema central do Movimento Sanitário Brasileiro é que ele é uma inteligência a procura de um corpo que lhe dê capacidade real de movimento".

Há que se perceber, de imediato, as especificidades do PSF e o princípio diferenciador deste modelo operativo, que traz em sua raiz médica liberal, dentre outros, o princípio de um 'clínico habilidoso' (146). Esta diferença não é pífia. A adoção das bases conceituais e operativas, originárias da medicina de família, no PSF, faz emergir acirrada polêmica no setor saúde, justamente pelas suas tensões e contradições com as estratégias e conteúdos típicos da saúde pública (coletiva), que se tornaram hegemônicos a partir do MRSB.

Algumas incompreensões têm sido observadas no processo recente de implantação do PSF, Brasil afora, agravadas pelo fato de que há pouca experiência acumulada no país sobre o que deveria distinguir esta nova forma de organizar os serviços de saúde e, particularmente, a atenção básica, sob este princípio. Há, segundo alguns autores, pelo menos três modelos genéricos para a organização da atenção a saúde no SUS (69, 158):

- Modelo 1: visaria a reorganização de todo o Sistema de Saúde, com foco ampliado de atuação da esfera estatal na regulação do sistema, e do papel que as políticas públicas deveriam continuar jogando na sociedade. Esta é uma concepção integradora do Sistema;

- Modelo 2: visaria a mera implementação de programas marginais, para populações pobres, com recursos pobres, em regiões pobres. Esta é uma concepção 'foquista', fundada em uma visão de políticas compensatórias que simplesmente perpetuam a pobreza – só que, agora, uma pobreza incluída ao acessar as 'sobras' do sistema produtivo;

- Modelo 3: visaria a reorganização da Atenção Básica, entendida como porta de entrada ou primeiro nível de atenção, catalisando a reorganização dos níveis mais

> complexos, com maior densidade tecnológica. Esta é uma concepção que privilegia a organização hierárquica do sistema, embora alguns proponham a organização em rede, em lugar da organização piramidal clássica (70, 159).

Numa crítica aos modelos anteriores, poder-se-ia propor que o modelo 1, embora tenha clara superioridade conceitual, padece de grandes imprecisões operativas, frente à magnitude da tarefa a que se propõe. O modelo 2, padece de incontornáveis fragilidades conceituais e operativas, com uma visão socialmente segregadora e politicamente comprometida com o *status quo*, embora receba grande adesão por parte de atores descompromissados com a saúde pública. O modelo 3, com algumas limitações conceituais, parece apresentar superioridade operativa, tendo em vista a labilidade institucional para a reorganização da atenção básica pública, sobretudo por ser área de pouca agregação tecnológica e baixa rentabilidade (portanto, interesse) no mercado privado da saúde.

O reconhecimento do valor operativo imediato do modelo 3, fez com que ele fosse absorvido dentro da lógica do PSF. Adotar a sigla PSF é útil porque há um forte vínculo afetivo associado ao conceito de 'família'. Mas, mesmo no modelo 3, o PSF deve ser visto como estratégia e não como programa restrito para excluídos. Esta concepção deveria negar certos exemplos da literatura e da prática social; ou seja, o PSF não é a versão contemporânea da medicina simplificada ou comunitária, nem medicina familiar, de prestação de consultas 'mais humanizadas', mas ainda na lógica medicalizadora. O PSF deveria vir para instituir o paradigma da Produção Social da Saúde e superar a abordagem romântica do médico de família do passado, ou a abordagem perversa de medicina pobre para pobres.

Mas, para instituir tal paradigma, o PSF deve ser permanentemente confrontado com certos tensionamentos dialéticos, que são visíveis no dia a dia dos municípios brasileiros: as contradições são de ordem política, histórica, epistemológica, ideológica, operacional e profissional.

Do ponto de vista político, é necessário entender que o SUS é a conformação política, jurídica e organizativa da política de saúde vigente no Brasil, enquanto o PSF é uma estratégia para organização da Atenção Básica, na esfera pública, o que reduz substancialmente o arco de alianças e confrontações a que o PSF deve se submeter. Embora muitos entendam o PSF como estratégia que, a partir da atenção básica, vá alterando todos os arranjos mais complexos do sistema de saúde, isto ainda é uma possibilidade remota na quase totalidade dos municípios brasileiros. O PSF ainda não é uma ameaça para o *establishment* médico-industrial instituído em escala global, com fortes interesses nas áreas de maior agregação tecnológica.

Do ponto de vista histórico, o SUS evolui a partir das mobilizações políticas que criaram o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com todos os desafios que foram postos, sobretudo em períodos de regimes de exceção, no Brasil e América Latina, quando foram revogados os direitos fundamentais e a liberdade de expressão. O PSF evolui a partir da crítica, sistêmica em si mesma, aos excessos do modelo biomédico, com sua ênfase no individualismo, tecni-

cismo e especialismo. Isto coloca, de maneira inequívoca, que o SUS tem sua raiz fortemente ligada à abordagem histórico-estrutural, refletindo posicionamentos teóricos da esquerda sanitária latino-americana, enquanto o PSF tem raízes híbridas, que incluem o neokantismo (idealismo médico), o funcionalismo e a teoria sistêmica, sobretudo na Inglaterra e Canadá (160, 161). Embora muitos profissionais se recusem a enxergar esta realidade, ou reconhecer importância nestas distinções de origens, isto não evita que elas apareçam com grande freqüência e, às vezes, sem raízes desveladas, traduzindo um sentimento de forte desconfiança dos setores mais politizados do movimento sanitário.

Do ponto de vista ideológico e operacional, o SUS é uma proposição que busca reformar o aparelho de estado, na sua relação com a sociedade, na instauração do Estado dos Direitos Sociais – vide princípios do SUS. Esta reforma é contra-hegemônica e, nos seus aspectos substantivos de luta política, ela não é encampada pela estratégia PSF, embora, novamente, alguns enxerguem tamanha potencialidade no PSF. O PSF busca mesmo é reformar o modelo biomédico, o que já é bastante, com ênfase na relação profissional/paciente (ou equipe de saúde/famílias usuárias dos serviços) – vide princípios do PSF (162).

O SUS implica em linhas de ação plurais o suficiente para abarcar uma vasta gama de profissionais de saúde ou de outros setores. O PSF nasce como uma modalidade de intervenção do profissional médico, embora absorva a equipe multiprofissional de saúde, atualmente, em experiências localizadas. Contudo, conjunturalmente o ideário PSF apresenta infiltração apenas marginal no aparelho formador, com baixo *status quo* corporativo, sobretudo entre médicos, cujas representações profissionais ainda são fortemente dominadas pelo imaginário 'flexneriano', com valoração dos eventos agudos e legitimação da prática medicalizadora, mecanicista e tecnicista.

O campo da Saúde da Família e o núcleo da saúde bucal no PSF

Em 1963, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já publicava um documento sobre a formação do médico de família (Informes Técnicos n.º 257), mas foi nos Estados Unidos da América, na década de 60, que a proposta do médico de família mais se expandiu. Em 1969, a medicina familiar foi ali reconhecida como especialidade médica e, logo no ano seguinte, já haviam sido aprovados 54 programas de residência na área e 140 submetiam-se à aprovação (156).

Na década de 70, o modelo foi difundido no Canadá, México e alguns países europeus. No Brasil, quase simultaneamente ao movimento americano e europeu, já há registros de um seminário para a discussão da formação do médico de família (163). Esta proposta se diferencia do modelo inglês, com seu *general practitioner*, tendo em vista que, no Reino Unido, este perfil

profissional foi vinculado a um programa amplo de reformas sociais. No sistema inglês, tais reformas decorreram, primeiro, do Relatório Dawson e, posteriormente do Relatório Beveridge, que criaram as bases para o *National Health Service*. Estruturou-se uma complexa rede de assistência social, organizada a partir de Distritos, que faz o mapeamento e acompanhamento das famílias, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade.

O modelo americano foi uma reação saudosista contra a tendência à hospitalização, ao aumento da complexidade tecnológica e à fragmentação do trabalho médico – curiosamente, um efeito direto do projeto, americano por excelência, representado pelo Relatório Flexner (164). A proposta americana do médico de família representava uma volta ao passado, quando o médico liberal cuidava dos problemas de saúde de toda a família, embora somente fossem atendidas as famílias com capacidade de desembolso para remunerá-lo (141, 156, 165).

A medicina de família americana, em sintonia com a lógica de organização sócio-econômica liberal e individualista, jamais tocou na discussão sobre a reorganização das instituições de saúde como um todo, e nos princípios da cobertura universalizada (35). Este modelo, bem como o da medicina comunitária, difundidos na América Latina sob a égide da difusão rostowniana, ou seja, do desenvolvimento dos países periféricos, a partir dos países centrais (166), provocou grandes reações em um contexto continental de sectarização política, de golpes de estado e reflexos continentais da guerra fria, com o temor americano de comunização de áreas pobres, sob inspiração da revolução cubana.

O apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundações como a Kellogg ou a Ford, junto com programas do governo americano como o Ponto Quatro e a Aliança para o Progresso e, mais ainda, a proximidade ideológica com o modelo liberal de prática médica, causaram uma crítica intensa à medicina de família, por parte dos setores de esquerda do movimento sanitário latino-americano.

No Brasil o que se buscava, até como forma de rearticulação dos quadros da esquerda sanitária, era uma reforma do sistema de saúde brasileiro, como canal de discussão das questões sociais e como ponta-de-lança privilegiada, por sua capilaridade social, visando a redemocratização e reforma do Estado.

Esta polarização original não se desfez, quando a tese vitoriosa do MRSB foi consagrada na Constituição. Os trabalhadores de saúde, envolvidos no processo de construção do SUS, tinham que fazer opções sobre qual modelo de atenção básica deveria ser implementado e expandido. Tornou-se hegemônico, no movimento da saúde coletiva, o modelo que concentrava seus esforços e interesses na reforma institucional e na luta política, no âmbito das instâncias administrativas, de planejamento e de formulação de políticas, com ênfase na descentralização e controle social (141, 167).

O modelo perseguido priorizou a atenção primária. Este modelo piramidal, hierarquizado, inegavelmente avança na interpretação social dos problemas e necessidades da população,

bem como na promoção da saúde, nas abordagens territoriais, nos instrumentos de planejamento e diagnóstico comunitário, mas pouco altera a lógica biomédica dominante no espaço da clínica. Os serviços foram estruturando-se, muitas vezes, a partir de contribuições acadêmicas de profissionais situados em departamentos sociais e preventivos ou de saúde pública que acumulavam muitos saberes no espaço coletivo e pouca experiência no espaço da clínica, deixando-a quase intocada.

Não causa estranheza, portanto, que o exercício de uma clínica em bases renovadas no SUS, em que o sujeito focal seja a família, desperte grandes interesses nos serviços de saúde. No setor saúde, como observado por Vasconcelos (156), os Serviços Especiais de Saúde Pública, não por coincidência originários nos EUA, foram uma referência importante com sua tradição de visitas domiciliares, apesar de seu caráter normatizador e autoritário. Fora disto, raras foram as experiências de atenção a saúde que ocorressem fora do espaço do posto de saúde, da policlínica ou do ambulatório geral. Mas saúde da família não é sinônimo de cuidados no domicílio. Nem, tampouco, arremedo de prática comunitária rudimentar, de baixo custo e baixa densidade tecnológica, destinada a carentes de periferias urbanas pobres.

Micropolíticas profissionais e poder corporativo: trabalhando com famílias, pessoas e bocas

Frente às complexas relações discutidas anteriormente, pergunta-se: é oportuna a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF? Qual a identidade operativa e o papel da equipe de saúde bucal em atividades do PSF? Como sempre, qualquer iniciativa de resposta implica em riscos e vieses dos autores, já que se trata de uma questão subjetiva e aberta.

Um modo de introduzir esta questão é olhar com atenção os conceitos propostos por Campos et al (145), ao analisarem criticamente a questão das especialidades médicas frente a sua integração ao SUS. Estes autores propõem que uma linha de raciocínio seria dividir a denominada área de competência de cada 'especialidade' em dois espaços inclusivos: (i) um 'campo de competência', mais geral, com limites e contornos menos precisos, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que teria um espaço de sobreposição de saberes, ou interseção de exercício profissional com outras especialidades; (ii) um 'núcleo de competência', mais específico, que compreenderia as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, sua existência singular.

Como para o profissional do PSF, reconhecidamente, não basta a racionalidade técnica e o conhecimento biomédico, ao contrário, ele precisa incorporar novas racionalidades cognitivas e operativas para romper com os vícios do modelo de atenção que se procura modificar, resulta óbvia a aplicabilidade da divisão e do raciocínio proposto.

Há um patrimônio de conhecimento comum a várias profissões, atuantes na saúde coletiva, cujo campo compartilhado de competência torna-se essencial para vários trabalhadores atuarem eficazmente no SUS. Mas, novamente, ao PSF não basta somente esta competência genérica. O PSF nem mesmo se confunde com a racionalidade instrumental, observada em subespecialidades da saúde pública (coletiva), tal como no planejamento em saúde ou na epidemiologia. É necessário enfatizar que um dos princípios mais caros aos simpatizantes do PSF é aquele de um 'clínico habilidoso' (153).

Esta renovada habilidade clínica, mormente em bases tecnológicas 'leves', conforme a expressão de Franco & Merhy (142), o que inclui atos de 'escuta qualificada', relações interpessoais humanizadas, vínculo, responsabilidade, acolhimento, prática de saúde baseada em evidências, epidemiologia clínica, anamnese familiar e outras ferramentas relacionais que serão exploradas adiante, neste texto, colocam a necessidade permanente de capacitação dos trabalhadores de saúde em competências singulares, as quais terminam por revalorizar a própria clínica. E o saber clínico resolutivo tem sido, historicamente, o que legitima socialmente e caracteriza núcleos de competência específica de algumas das profissões da saúde.

Tomando o PSF de Curitiba, como referência, produziu-se um modelo local a partir da apropriação e transformação de conceitos e práticas tradicionalmente usados no meio médico *stricto sensu*. Buscou-se, na verdade, revalidar em áreas como a saúde bucal, aqueles saberes necessários ao trabalho com famílias, supostamente considerados como núcleos de competência exclusiva de médicos. Talvez, a maior justificativa para tal retórica fosse conseqüência de inércia discursiva, visto que, a rigor, o nome 'Medicina de Família' e não 'Saúde da Família' vem demarcando historicamente este território assistencial em países como Cuba, Canadá e Estados Unidos.

Ou seja, médicos seriam os profissionais eleitos para realizarem uma modalidade de atenção que traria em sua concepção alguns diferenciais importantes frente à assistência a saúde convencional, integrando saberes e práticas da clínica humanizada e da saúde coletiva. A saber, partindo-se de uma livre interpretação de McWhinney (146) e de Starfield (168):

(i) prioridade para o profissional generalista, sobrepondo-se ao especialista;

(ii) a visão de que o profissional 'de família' é um clínico hábil e um especialista em eventos de saúde-doença mais freqüentes;

(iii) ênfase na resposta resolutiva no nível da atenção básica, com adequados mecanismos de suporte para a atenção complexa;

(iv) investimento na formação do vínculo, responsabilização, atenção contínua e longitudinalidade entre profissional e paciente;

(v) percepção do paciente em seu contexto familiar e comunitário, com a utilização de instrumentos inovadores, mais sensíveis que a anamnese individual clássica, tais como o ciclo de vida familiar;

(vi) ações centradas na Promoção de Saúde com uma variedade de ações individuais e coletivas;

(vii) combinação de recursos diagnósticos fundados na epidemiologia clínica e social, de modo a estabelecer riscos biológicos e sociais;

(viii) territorialização do cuidado, com a criação de responsabilidade epidemiológica sobre um espaço-população adscritos ao profissional;

(ix) intersetorialidade, na busca do enfrentamento aos problemas de saúde de gênese sócio-ambiental e compartilhado por vários atores e instituições da sociedade;

(x) controle social e participação comunitária nos vários aspectos que compõem a atenção à saúde.

Ora, em todos os itens listados acima, parece pertinente reconhecer que a primazia da equipe de saúde sobre o profissional isolado deveria ser a tônica, caracterizando uma comunidade de interesses e habilidades profissionais, com campo de competência compartilhado. Igualmente, quando sobre um objeto transetorial e interdisciplinar, tal como a saúde das famílias e comunidades, se entrecruzam vários saberes, a possibilidade de eficácia parece se ampliar.

Genericamente, a inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado, incluindo médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, dentre outros, possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade, e ao mesmo tempo, de especificidade, que melhor atendem as distintas necessidades de atenção apresentadas pela população. Isto, sem contar o próprio autocuidado, internalizado na família e no sujeito, pois uma das metas do PSF deve ser apoiar a autonomia progressiva das pessoas.

Para tratar desta questão buscou-se, por exemplo, perfilar os princípios internacionais norteadores do PSF, adaptados de McWhinney (146) e contrapô-los as possibilidades reais de atuação da equipe de saúde bucal (152). Partindo desta simples comparação, caso ocorressem graves distorções, incompatibilidades várias e nenhum ponto de coincidência, tornar-se-ia óbvia a impropriedade de tal inclusão, sustentada somente por questões corporativas. Não foi o que aconteceu, embora se presencie no Brasil uma 'corrida ao PSF' também motivada por questões corporativo-utilitaristas, por questões de modismo e pela falsa ilusão de obtenção de verbas federais.

No caso em análise, em Curitiba, a inclusão da equipe de saúde bucal no PSF deixou claro que atendia a todos os pressupostos legitimados localmente para a equipe de saúde da família. Exemplificando por partes, com ênfase apenas no perfil esperado do cirurgião-dentista:

I. Este profissional da saúde dever ser, por herança de formação, virtualmente generalista. O graduado de odontologia deve sair da faculdade com aptidões básicas para realizar a clínica geral para adultos, crianças, gestantes e idosos. Isto inclui o atendimento às intercorrências bucodentais e de medicina oral mais comuns, atender emergências e urgências ambulatoriais e cirúrgicas de baixa complexidade ou densidade tecnológica, realizar atividades extra-clínicas e de promoção/educação para a saúde com a comunidade sem que para isto tenha que passar por qualquer qualificação adicional em termos de residência ou especialização. Somente os problemas mais complexos deverão ser objeto de especialização, tais como ortodontia corretiva e cirurgia/traumatologia bucomaxilofacial, no campo clínico, ou saúde coletiva, no campo da saúde pública. Enfatiza-se, ainda mais, que tal qualificação adicional, embora desejável, não é imprescindível para as subespecialidades da endodontia, periodontia, dentística, prótese e pediatria. Em relação a este tópico é desnecessário argumentar sobre o perfil generalista dos outros membros da equipe odontológica, tais como o técnico em higiene dental e o auxiliar de consultório dentário;

II. A visão de que o profissional 'de família' é um especialista em eventos de saúde-doença mais freqüentes, esgota qualquer nova digressão. Quando muito, e apenas para reforçar o argumento, poderia ser acrescentado que os problemas mais comuns para a equipe de saúde bucal são o controle e o tratamento das doenças da placa bacteriana – cárie e doença periodontal – tão prevalentes mundialmente como o resfriado comum. Quedas recentes da prevalência da cárie em populações jovens indicam que o problema, embora freqüente, é perfeitamente tratável e controlável pelo generalista da boca. Este item também esgota a questão sobre a resposta resolutiva no nível da atenção básica, com adequados mecanismos de retaguarda para a atenção complexa. Outros problemas associados à vida urbana e à transição epidemiológica, tal como os traumatismos alvéolo-dentários e o câncer bucal, também podem ser atendidos em seus aspectos preventivos *lato sensu*, pela equipe básica de saúde bucal;

III. O investimento na formação do vínculo e atendimento continuado entre profissional e paciente obviamente é uma declaração de princípios que deveria embasar a prática de todos os profissionais de saúde, não sendo exclusividade médica;

IV. A percepção do paciente em seu contexto familiar e comunitário, com a utilização de instrumentos adequados tais como genograma e ciclo de vida, define abordagens

e ferramentas de recente incorporação também por parte da equipe de saúde bucal e não apenas pelo médico ou equipe de enfermagem. A boca, com as suas estruturas, responde localmente à maioria dos estímulos ocorridos no nível sistêmico. Hoje, com o avanço científico no campo odontológico se pode falar em reações patológicas e adaptações fisiológicas do organismo humano, desde a fase fetal até o envelhecimento, com repercussões sobre o esmalte, dentina, polpa, gengivas e estruturas periodontais, glândulas salivares, músculos da face, dentre outros. A boca tem ainda, nos dentes e gengivas, excelentes 'marcadores biológicos' para carências nutricionais, deficiências metabólicas, estímulos estressores, desigualdades sociais, conflitos psicológicos, dentre outros. Uma abordagem moderna de problemas de saúde refere atualmente os chamados Fatores Comuns de Risco a várias doenças, sobretudo as crônico-degenerativas. Isto coloca em pontos comuns de abordagem, por exemplo, a hipertensão, diabetes, cardiopatias, carcinomas e causas externas associadas à alimentação, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, violência urbana, e afins. Todas estas causas primárias têm também impacto bucal, seja em relação a cáries, periodontopatias, câncer de boca ou trauma dentofacial (31);

V. intervenções centradas na Promoção de Saúde, com uma variedade de ações individuais e coletivas e somadas a uma combinação de recursos diagnósticos, fundados na epidemiologia clínica e social, de modo a estabelecer riscos biológicos e sociais, são abordagens e instrumentos típicos da saúde bucal coletiva;

VI. A territorialização do cuidado, com a criação de responsabilidade epidemiológica sobre um espaço-população adscrito à equipe de saúde, é um fenômeno recente na odontologia brasileira, embora antigo por exemplo, na odontologia inglesa com seus mecanismos de capitação de clientela. Todavia, esta responsabilidade é perfeitamente compatível com as novas exigências dirigidas ao profissional da saúde bucal;

VII. Intersetorialidade, na busca do enfrentamento compartilhado por vários atores da administração pública e sociedade civil, aos problemas de saúde de gênese sócio-ambiental comum, é uma importante e pedagógica forma de colocar o clínico (da boca) em contato com os determinantes sociais das doenças bucais, contribuindo para a formação de um profissional com visão ampliada do processo saúde-doença. Tais determinantes são sobejamente conhecidos na literatura internacional e infelizmente negligenciados na clínica estrita (169, 170). É, também, uma forma sensibilizadora de fazê-lo perceber os determinantes comuns de risco a várias doenças crônicas, na interface que as mesmas mantêm com determinantes sociais, culturais, ambientais e econômicos;

VIII. Finalmente, o controle social e participação das comunidades locais, nos vários aspectos que compõem a atenção à saúde bucal, implicam em uma democratização

e desmonopolização de uma das áreas ainda mais fechadas e corporativamente protegidas no âmbito das profissões de saúde. Já não é sem tempo, portanto, que a odontologia se torne 'de família', 'comunitária' e orgânica aos interesses da população.

O papel do cirurgião-dentista, em programas de saúde da família, é traduzido por aquela parcela de especificidade técnica, prática científica e sensibilidade social que, analogamente, cabe aos demais trabalhadores da saúde em seus núcleos de competência. Juntos, este trabalhadores compartilham o campo de competência da saúde coletiva em sua generosidade e abrangência: ética, social, humana e biológica.

A família na linha de fogo entre o ideário conservador e as forças transformadoras da sociedade

A primeira e importante constatação, que tem sido feita recentemente, é que se produz um discurso sobre uma nova prática em políticas sociais, incluindo a política de saúde, que elege a família como foco central, mas raramente se observa um esforço teórico para compreender como se (des)constitui a 'família' em sociedades contemporâneas. Para uma política e uma prática de saúde estabelecerem o foco na 'família', deve existir, ao menos, um conceito sobre família (171).

É certo que a família é um grupo social, mas quais fatores distinguem este grupo social de outros grupos sociais, tais como grupos sindicais, cooperativas ou redes de vizinhança? Família remete a idéia de um grupo de co-residentes, ou seja, um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção. Para este grupo a finalidade precípua é sua manutenção econômica, a identificação individual e coletiva, e a criação dos filhos. Os grupos de descendência e residência formados pelo parentesco mantêm uma solidariedade multifuncional, determinando casamentos, regulação dos conflitos, herança, cultos, valores.

A visão tradicional propõe que famílias duram por um período de tempo consideravelmente maior que a maioria de outros grupos sociais. Famílias são, além do mais, intergeracionais, contendo laços/relações biológicos e de afinidades que potencialmente são mais duradouros. Os aspectos biológicos das famílias ligam-nas a uma organização mais ampla de parentesco.

Várias tradições epistemológicas se apropriaram deste lugar-comum teórico, produzindo distintas interpretações e modelos explicativos. Por exemplo, a teoria utilitarista (modelo das trocas ou modelo transacional), a teoria da interação simbólica, a teoria do desenvolvimento familiar, a teoria sistêmica, a teoria do conflito, a teoria ecológica, dentre outras (150).

É certo, também, que novas interpretações e proposições teóricas têm expandido o conceito de família para abarcar, contemporaneamente, a grande diversidade e complexidade de relações humanas duradouras, de interesses recíprocos, mas que fogem do vínculo de

consangüinidade. É como se, ao mesmo tempo em que se dilui, o conceito de família se condensasse em uma nova substância, pois a maioria das pessoas busca uma vida de compartilhamentos de experiências, afetos e custos (149, 172, 173).

Como lembra Copeland (154), o conceito de família é algo velho e, paradoxalmente, muito novo. O velho, no conceito, é o reconhecimento que a família é uma encruzilhada onde intersectam o desenvolvimento individual, o comportamento grupal e a estrutura e/ou funcionamento da sociedade. O que é novo, contudo, é que a família não é mais o foco de apenas uma disciplina dentro das ciências sociais.

Durante as duas últimas décadas tem havido uma explosão de interesses sobre a família, de muitas disciplinas, o que vem gerando uma estimulante agenda de pesquisa interdisciplinar. O estudo de famílias tem exigido distintas estratégias de investigação, porque ela não é apenas uma coleção de indivíduos nem apenas mais um grupo social. Há desafios que são únicos no estudo teórico e metodológico de famílias, bem como no desenho de estratégias de ação com as mesmas.

Trabalhando com famílias

Primeiramente, em estudos multiníveis, a família ocupa um espaço (um nível) supostamente intermediário entre o indivíduo e o grupo comunitário ou a sociedade. Portanto, métodos desenvolvidos para estudar, ou para intervir sobre indivíduos ou comunidades, dificilmente são diretamente aplicáveis sobre famílias. O que fazer, portanto, com a tradição biomédica de realizar anamneses com indivíduos, se o foco de interpretação semiológica passa a ser também a família? Seria a dinâmica propedêutica e terapêutica, que vem sendo tradicionalmente aplicada a indivíduos, imediatamente redutível ao diagnóstico e planejamento de intervenção com famílias?

Antes de concentrarmos esforços no trabalho com as famílias, cabe uma reflexão a este respeito. Se compreendermos família estritamente no sentido tradicional, biológico e unidomiciliar, ela é constituída de pai, mãe e filhos, sendo que o sangue, a genética e a convivência em espaço de habitação comum, são as idéias centrais para a sua constituição. É curioso que a própria logomarca do programa ministerial reproduza iconograficamente este entendimento clássico. Esta concepção clássica, tanto na sociologia quanto na doutrina religiosa, normalmente traz consigo a idéia de que o pai é o provedor financeiro, que a mãe é a dona de casa e que a união dada pelo casamento deva ser eterna até a morte de um dos cônjuges.

Constata-se que este entendimento é bastante limitado dentro dos arranjos societários modernos. Nas últimas décadas a família vem passando por diversas mudanças, especialmen-

te no que se refere a sua composição, ao espaço de compartilhamento de vivências e aos papéis estabelecidos entre os seus membros.

As transformações advindas da revolução sexual, como as conquistas sociais das mulheres no mercado de trabalho; a legalização do divórcio; o aumento do acesso aos métodos contraceptivos e com isto a desvinculação entre sexualidade e procriação; o precoce afastamento das crianças do convívio direto com seus pais, transferindo o processo de aculturação e socialização para creches e escolas; os avanços no reconhecimento das relações homossexuais; a estruturação de uma sociedade cada vez mais centrada em valores individualistas que, por fim, proporcionam a diminuição do estigma dos 'solteirões' e 'solteironas' e valida socialmente as mães e pais solteiros; o aumento da longevidade, ocasionando o maior número de idosos vivendo isolados ou em comunidades asilares; e por fim, os avanços tecnológicos no campo da reprodução humana com a oportunidade da fertilização e reprodução assistida, algumas vezes sem contato algum entre os progenitores, como no caso dos 'bancos de sêmen', ou proporcionando o aparecimento de novos personagens como as 'mães de aluguel' e, ainda mais, com as perspectivas de futuro apontadas como a clonagem, trazem novas configurações ao conceito de família.

Nesta perspectiva, o conceito de 'família', assim como o de 'comunidade', carrega uma nova densidade interpretativa e analítica, bastante trabalhada por uma vasta gama de autores de diferentes áreas (56, 57, 59, 60, 62, 147, 149-151, 156, 172-187).

Com maior freqüência, percebe-se que as dinâmicas que acompanham a formação da personalidade, a incorporação de hábitos e estilos de vida, o desenvolvimento de linguagens, valores, comportamentos e visões de mundo, os fenômenos existenciais cotidianos e as pressões para enquadramento social e na ordem produtiva, com as conseqüências disto tudo sobre o processo saúde-doença, ocorrem em ambientes não 'domésticos' e com uma constelação de 'comunidades familiares', não necessariamente constituídas por pessoas aparentadas (com laços de consangüinidade).

Considerem-se as seguintes questões, sobre arranjos familiares (154):

- filhos de mães trabalhadoras que crescem e se desenvolvem, em período integral, com membros da família nuclear ou outros, como avós, vizinhos, creches, pré-escolas ou escolas, podem considerar todas estas relações de vivência como 'famílias'?
- filhos de pais separados em que, ambos, reconstituem novas famílias, teriam duas famílias?
- namorados(as) de pais ou mães solteiros(as) ou de divorciados que ficam com a guarda das crianças, a partir de que momento podem ser considerados parte da família?

- casais homossexuais, ao receberem o respeito e a atenção das políticas sociais e do cuidado à saúde, para além do reconhecimento do direito no código civil, são socialmente legitimados como famílias?
- casais sem filhos têm tratamento familiar, por parte das políticas públicas?

O importante é estar atento a diversidade instituída dentro desta organização social que continua sendo, apesar das transformações apontadas, aquela que especifica papéis sociais, os preceitos, os valores e comportamento dos indivíduos e fornece a base para as demais instituições sociais básicas, tais como a econômica, a educacional, a religiosa, a governamental, dentre outras.

Uma concepção para entender famílias: a base teórica da medicina canadense para trabalhar com Sistemas Familiares

Na visão da sociologia 'normal', sistêmico-funcionalista, as famílias constituem sistemas onde os elementos estão interagindo, são interdependentes, constituindo-se em um todo. Este todo é capaz de realizar funções e de alcançar objetivos que ultrapassam a capacidade de cada um, isoladamente. Este todo fundamenta-se sob dois aspectos: (i) estrutural, que é hierárquico; (ii) funcional, que produz o equilíbrio (188-196).

Sob o aspecto estrutural, esta família ampliada está inserida dentro do complexo sistema social, onde relações com certo grau de permanência possam estar gerando estímulos crônicos, positivos ou negativos, com impacto no processo saúde-doença: domicílios, escolas, creches, locais de trabalho, asilos, dentre outros. Define-se como campo de atuação da equipe de saúde da família o sistema corporal, os indivíduos, as famílias as comunidades e organizações.

Cabe salientar a natureza comunitária da prática de saúde proposta. Todos os profissionais que atuam nesta área devem ter em mente a manutenção dos estados de saúde desejáveis a esta comunidade. Desta forma, sua prática será sempre centrada nas ações de prevenção e promoção à saúde, habilitando-se, agora, a serem promotores sociais para estas famílias, sejam quais forem os arranjos relacionais encontrados. Isto porque a manutenção da saúde passa também pela forma como os membros familiares se relacionam, desenvolvem seus papéis, interagem, pensam, lidam com o poder, com as perdas, correspondem ao que se espera deles e tudo mais. Isto não significa dizer que os profissionais de saúde da família devam se tornar simplesmente terapeutas familiares, até porque este campo específico de conhecimento deve ser preservado e valorizado pelos profissionais de saúde da família como um importante recurso a ser empregado.

Significa sim, entender o indivíduo em sua integralidade, no contexto global de vida que lhe é indissociável. Uma diferença fundamental é que não se estabelece nenhum contrato de mudança com a família; se elas ocorrerem, surgirão por potencialidade interna da família, obviamente que com suporte da equipe, pois escolhas familiares são facilitadas pela mesma. Já a Terapia Familiar é fixada dentro dos padrões disfuncionais, estabelecendo um contrato com tempo limitado e de intensa intervenção, características da Atenção Secundária, fundamental para o sucesso em determinados casos.

No modelo canadense estão categorizados cinco níveis de intervenção do profissional de saúde da família (153):

- Nível 1: Intervenção com mínima ênfase na família;
- Nível 2: Intervenção com informações e conselhos contínuos, fornecendo informações médicas, utilizando a escuta qualificada, referindo para um terapeuta de família;
- Nível 3: Intervenção com vínculos afetivos e suporte, buscando a comunicação com os membros da família, considerando os sentimentos sobre a condição presente e efeitos sobre o paciente, referindo para um terapeuta de família;
- Nível 4: Intervenção com avaliação sistemática e intervenção planejada, utilizando-se conhecimentos complexos, interdisciplinares, para dar suporte aos familiares, ajudando-os a desenvolverem novas maneiras de se relacionar e facilitando a referência para problemas familiares que escapem ao nível primário de atenção;
- Nível 5: Intervenção com terapia de família. O proposto para os profissionais de saúde da família é que desenvolvam habilidades para estarem trabalhando no Nível 4.

Para que o profissional esteja praticando saúde da família ele deve, em todos os casos, desenvolver a atividade com as famílias no seu sentido clássico? Parece legítimo assumir que não. É importante que se priorizem, na prática diária, as situações em que sejam fundamentais este tipo de intervenção. Haverá o trabalho com as famílias sempre que se imponha a necessidade de compreender melhor a estrutura familiar, seu funcionamento e desenvolvimento, visando um diagnóstico aprofundado para elaboração de intervenção planejada desde a educação em saúde até as necessidades de referências ambulatoriais, hospitalares ou laboratoriais complexas. Algumas situações podem ser destacadas para esta prática, quando do diagnóstico de uma patologia grave e aguda, ou de uma patologia crônica; por ocasião de problemas genéticos; ou durante problemas de períodos-chave no ciclo da vida e durante crises familiares, desencadeadas ou não, em decorrência de patologias associadas.

É imprescindível para o profissional de saúde da família que, antes de qualquer proposta de trabalho com as famílias, amplie seu vínculo, numa atitude de associação com aquela família;

fazendo contato com cada um dos membros; respeitando a organização familiar estabelecida, suas definições e formas de perceber a situação problema; e adaptando-se à forma de comunicação daquela família.

Outra abordagem: a dialética das famílias

Se há uma necessária diferenciação de modelagem da atenção clínica tradicional (modelo biomédico, baseada em tecnologias 'duras') *versus* atenção clínica para famílias (tecnologias 'leves'), de que modo uma teoria atual sobre famílias pode contribuir para as bases fundantes desta nova modelagem? Que implicação tem isto para a questão do 'campo' PSF e do 'núcleo' saúde bucal no PSF?

Há que se avançar por partes. Um modo de responder as questões anteriores é ir formulando outras perguntas, a partir de autores que vêm estudando e problematizando a questão social da família e o próprio PSF, como racionalidade sanitária. Cinco *teoremas* serão desenvolvidos a partir destas perguntas, extraídas de uma revisão crítica da literatura recente sobre o assunto:

Teorema 1

"Por que uma adesão tão ampla a uma proposta que responde de forma limitada às necessidades de atenção à saúde da população e se apresenta frágil diante dos desafios que estão colocados para mudar o modelo assistencial?" (142).

Inicialmente, deixa-se a palavra com os próprios autores do questionamento. Eles respondem que, provavelmente, raízes históricas comuns entre as propostas do MRSB e do PSF levam a uma articulação teórica entre os dois movimentos. Os dois lados encontram-se na esfera do conhecimento estruturado, das práticas preconizadas e no nível do imaginário construído para o setor da saúde. Há uma grande coincidência entre os patrimônios de conhecimento presentes nas duas propostas. Bem, esta articulação entre as proposta do MRSB e o PSF pode não ser tão pacífica. Os próprios autores, em outro texto (143), corrigem sua proposição inicial, caracterizando, isto sim, similaridades entre o PSF e a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde emanadas de Alma-Ata, as quais não equivalem linearmente, nem tampouco esgotam todo o manancial que abasteceu o MRSB.

Embora não seja objetivo central deste texto trabalhar aspectos epistemológicos que originam e circunscrevem determinados paradigmas de atenção à saúde, algo que abarcaria uma densa reflexão, deve-se, ao menos tangencialmente, apontar sutis diferenças entre o eixo epistemológico e político do MBRS, em contraponto ao eixo PSF.

Portanto, o primeiro teorema, para a questão debatida neste item fica assim formulado: *o PSF é conteúdo e não continente do SUS.* Embora muitos advoguem sua superioridade paradigmática como modelo organizativo da atenção básica (70, 168), com base nos resultados alcançados por sistemas de saúde que vem trabalhando com correlatos de tal modelo (Canadá, Cuba, Reino Unido), o PSF pode conviver com outros modelos estruturadores da atenção à saúde no SUS sem produzir ambigüidades ou impasses irresolúveis. Este teorema vem sendo demonstrado em Curitiba, com a convivência dual entre a atenção básica tradicional e o PSF. Vasconcelos (156) também chama a atenção para esta possibilidade, visto que o SUS é maior que o PSF e pode conviver dialeticamente com organizações do processo de trabalho que não sejam monoblocos.

Teorema 2

"Como poderá o PSF reorganizar o sistema de saúde, a partir da atenção básica, se a proposta articula um discurso de conotação populista, voltado aos 'pobres', traduzindo-se tão somente como mecanismo para a inclusão assistencial dos mesmos?" (142).

Bem, esta interpretação parece ser legítima, a julgar por muitas experiências brasileiras. Se a observação estiver restrita ao discurso oficial do Ministério, que se apresenta homogeneizador em seus requisitos programáticos, a tendência nos municípios será alocar equipes mínimas em comunidades de baixa renda. Mas, assim como são vários 'Brasis', serão muitos os PSF, desde que o próprio Ministério da Saúde assim o compreenda e estimule, favorecendo práticas mais abrangentes e dinamizadoras da estratégia.

Caso contrário, a universalização do direito à saúde pode sofrer um forte revés. Duas ameaças estruturais pairam sobre o PSF: primeiro, os interesses que se beneficiam da pobreza no país (e a perpetuam) podem se sentir desafiados, caso sobrevenha uma proposta mais abrangente e de larga escala nos municípios brasileiros; segundo, o PSF, como proposta setorial de intervenção sanitária, não tem potência suficiente para neutralizar e compensar as desigualdades em saúde geradas em nível societário mais global.

Mesmo que a prioridade aos pobres ocorra sob o (forte) argumento da discriminação positiva, ou da busca da eqüidade, em que os desiguais devem ser tratados desigualmente, oferecendo-se mais para os mais vulneráveis, ainda assim, há o forte risco de que o PSF se torne um 'tampão sócio-sanitário', mais humanizado, mas sem força transformadora para o alcance dos objetivos mais caros ao SUS.

Coloca-se, então, como segundo teorema que: *mantidas as condições estruturais que perpetuam as iniqüidades sociais e de saúde em populações urbanas brasileiras, o PSF deverá consagrar a atenção aos pobres urbanos, como prioridade máxima, o que retirará potência transformadora do modelo, na busca de um Sistema de Saúde para todos os brasileiros.*

A eqüidade, assim, esvai-se em um sistema altamente segmentado. Portanto, sem negar que a questão do financiamento é importante, ele não pode ser o ponto de partida e nem o determinante na definição das propostas de políticas de saúde, embora elas tenham que responder também pelo indicador de eficiência alocativa e redistributiva. Por vários motivos, inclusive preconceito de classe, as classes médias formadoras de opinião rejeitarão o modelo, identificado como dirigido aos 'pobres'.

Espera-se que este teorema possa sofrer demonstração contrária, como em casos isolados, mas já existentes, de estruturação do PSF em sistemas de atenção a todos os residentes de um Sistema Local de Saúde ou Distrito Sanitário, ou mesmo aos trabalhadores de classe média, como no caso da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI). Mas, neste último exemplo, estaríamos falando do modelo de saúde da família?

Teorema 3

"Não seria a proposta apenas uma facilitação do acesso de governos locais, aos recursos financeiros oriundos do MS, que tem destinado subsídios e incentivos aos municípios para a implantação do PSF?" (142).

Sim, o desconhecimento conjuntural de algumas administrações municipais, entre outras coisas, do que constitui uma política social e do que deveria ser a essência do PSF, bem como do necessário compromisso trilateral de investimento, firmado sobretudo com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC da Saúde), deve criar grandes confusões em alguns municípios.

Dois aspectos deverão ficar claros, em breve. Primeiro, a descoberta que o incentivo financeiro ministerial, para implantação de equipes de saúde da família, não é tão pródigo como muitos podem estar sendo induzidos a pensar. Segundo, que a contrapartida municipal é proporcionalmente grande, porque implica em assumir custos operacionais fixos para a sustentabilidade da estratégia PSF. Com isto, formula-se outro teorema: *a continuidade e sustentação, de longo prazo, do PSF ocorrerão onde haja administrações comprometidas com políticas e investimentos sociais, bem como onde a organicidade de trabalhadores da saúde com a população e o controle social estejam bem consolidados.*

Este teorema pode não ser imediatamente demonstrável, mas já têm sido constatadas, em alguns municípios, crises de sustentabilidade da proposta com respectivas desabilitações por parte das Secretarias Estaduais e Ministério. Tão rápida quanto a adesão, pode ser a desativação do PSF.

Teorema 4

Uma característica considerada positiva e que torna mais sedutora a proposta é a adscrição de clientela, o que possibilita criar referência dos usuários em relação a uma dada equipe

e responsabilizar esta equipe pelo cuidado daquela população. Mas seria este um expediente exclusivo do PSF e, para isto acontecer, seria mesmo necessário um vínculo trabalhista de dedicação integral, com remuneração diferenciada?

O expediente do vínculo integral pode ser utilizado, tanto no PSF como em outros modelos assistenciais, sem conseguir alterar substantivamente o processo de trabalho e os arranjos assistenciais que se pretende mudar. E quais os problemas centrais do modelo PSF, a serem superados, que não se esgotam apenas na extensão da jornada de trabalho e salarial do vínculo? É fundamental que o PSF 'entregue o que promete', ou seja, a mudança do modelo tecnoassistencial, a partir da reorganização do processo de trabalho. Contudo, mais do que uma questão de macropolítica sanitária ou trabalhista, esta é uma questão de micropolítica profissional.

Assim, o próximo teorema toma emprestado de Franco & Merhy (142), uma de suas conjecturas: *se os propositores do PSF não enxergarem o problema onde ele originalmente se estrutura e se enraíza, ou seja, no processo de trabalho, ele também será engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado.*

O problema não é apenas de mudança do tempo dedicado ou da estrutura de um modo medicocêntrico para outro, centrado na equipe multiprofissional, pois isto apenas não garante uma nova ordem ou lógica finalística na organização de trabalho e no impacto em saúde. Já há relatos municipais onde, até mesmo os agentes comunitários de saúde, começam a se comportar como 'especialistas', numa concepção minimalista, executando algumas poucas atividades de visitação domiciliar e reivindicando uma organização fragmentária, pela via equivocada da divisão técnica do trabalho em moldes *tayloristas*.

É preciso transformar, por comprometimento crítico, gradativo, com experiências vinculadoras, todos os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de atenção. O fundamental a ser compreendido nesta nova lógica assistencial é que o vínculo e o seguimento longitudinal reduzem a insegurança profissional, sobretudo para diagnósticos mal definidos. A garantia de vinculação permite ao profissional exercer aquilo que lhe é, talvez, mais custoso, ou seja, não intervir imediatamente, mas esperar e acompanhar até que o 'caso' individual ou familiar se defina melhor. Mas só é possível esperar devido às características organizativas deste modelo.

É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, como novas configurações tecnológicas e novas micropolíticas para o trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. Não se obtém novos perfis somente com capacitações que enfatizam o cognitivo, como em epidemiologia clínica, ou medicina baseada em evidências, pois não basta somente ter o perfil do clínico hábil. As tecnologias leves, por exemplo, ao apostarem no diagnóstico sensível a subjetividade, as relações de poder e afeto, aos códigos familiares subliminares, aos papéis e tarefas desempenhados por membros da 'família', ao Acolhimento, Responsa-

bilização e Vínculo, ampliam a pauta técnica para a pauta Ética, baseada em solidariedade, cidadania e humanização.

Esta 'face humana', incorporada à produção do cuidado, joga um papel firme na construção de uma nova postura dos profissionais de saúde frente aos usuários, recentrando a finalidade do trabalho e criando um processo coletivo de reconhecimento dos sujeitos da saúde, bem como sua autonomização. Tecnologia é aqui referida como o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção do cuidado. As tecnologias têm sua relevância na configuração do modelo porque perfilam o modo pelo qual se produzem serviços de saúde, definindo por conseqüência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo.

O trabalho em saúde centrado em procedimentos é, por conseqüência, trabalho 'frio', determinado por tecnologias duras, é custoso, pouco resolutivo, invertendo finalidades da atenção (142). Estes são obstáculos graves, pois implicam em alterações não só de estruturas mas de referências epistemológicas, sendo necessário superar os comportamentos estereotipados, cuja raiz remonta aos bancos universitários. Tal potencialidade ainda está por ser demonstrada por municípios e equipes que adotam o PSF.

A discussão acima remete, obrigatoriamente, a questão da incorporação de uma pauta que discuta aspectos da formação e da educação continuada dos profissionais. Por último, mas não menos importante, faz-se necessário aprimorar mecanismos de contratação e vínculo trabalhista, lembrando que dois aspectos são relevantes e devem ser corrigidos: a 'precarização' de vínculos trabalhistas e de remuneração no PSF e a 'precarização' de compromissos éticos de muitos profissionais que, ainda, colocam interesses pessoais ou corporativos acima da sociedade.

Teorema 5

O que fazer com o caráter prescritivo que o PSF vem tomando, a partir de propostas que, com maior ou menor sutileza, impõem-se normativamente, a partir de autoproclamados centros de competência, freqüentemente instalados nas academias? As ferramentas para diagnóstico e planejamento, que são instrumentos mediadores de processo de trabalho, muitas vezes são reificadas e confundidas com objetivos finalísticos em saúde. É uma das razões porque a experiência sanitária brasileira tem exemplos de prodigalidade no uso de metodologias sofisticadas, mas com baixo impacto em indicadores de saúde.

Não basta aprofundar o conhecimento em epidemiologia e planejamento ou gestão, que são conteúdos clássicos da saúde pública. Há um outro componente, que diz respeito às redes de produção de conhecimento *in loco*, ou *em-contexto*, o que é obtido na linha de frente do trabalho em saúde, caminhando os mesmos caminhos que as famílias atendidas costumam caminhar. Este é o contato direto entre equipes e famílias/indivíduos.

Um exemplo modelar diz respeito ao cuidado com crianças de baixa idade, extremamente comprometidas pelos padrões de cuidado, higiene e dieta definidos por adultos em algumas famílias muito vulnerabilizadas. E, embora neste momento, seja óbvia a necessidade de um saber específico, exercido com confiança e segurança por profissionais capacitados, por exemplo o nutricionista, o médico, o dentista ou o assistente social, dialeticamente também é necessário o reconhecimento dos limites deste saber específico, o que vai permitir operar um outro nível de 'cuidado' necessário, qual seja o cuidado com a onipotência profissional, para que seja possível o trabalho interativo entre equipe de saúde e outros atores, somando-se competências e olhares diversos sobre um mesmo problema.

Daí decorre mais um teorema: *enquanto os atores da saúde isolarem-se em seus núcleos de competência, por corporativismo, arrogância, insegurança ou ignorância, ou tudo isto junto; enquanto não constituírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um 'campo de produção do cuidado' não haverá efetivo trabalho em equipe.*

Isto significa que os profissionais podem até estar juntos, na unidade de saúde, na visita domiciliar ou no reconhecimento do território, mas o aprisionamento do trabalho a estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado torna o trabalho 'morto' (142). É um desafio, também, conciliar a dualidade da saúde pública, com seus referenciais amplos de epidemiologia, planejamento e gestão, com os referenciais mais focados no pequeno grupo social, ou na subjetividade do sujeito, que é a atenção clínica humanizada e resolutiva do PSF.

Mas, com uma atenção programada (planejamento situacional), com perfilização de famílias no território (epidemiologia), com a gestão de casos familiares (ferramentas de trabalho com famílias), e com a gestão de patologias (protocolos de atenção, com foco em prática de saúde baseada em evidências), pode-se buscar responder a esta questão de maneira mais compreensiva, permitindo que todos os atores envolvidos contribuam para a emergência de um novo conhecimento, uma nova prática, transdisciplinar.

Exemplos de ferramentas para o trabalho com famílias

Genograma

O Genograma ou a Árvore da Família é um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre uma família. É uma ferramenta que parte de um conceito sistêmico de família e tem sido utilizada em contextos mais convencionais de constituição do núcleo familiar, embora possa ser aplicada também em interpretações ampliadas do conceito de família.

É a representação gráfica dos diferentes membros da família, com suas ligações civis e biológicas. Quando estamos construindo um Genograma familiar estamos registrando obser-

vações que tratam da estrutura familiar, delineando suas relações e coletando informações-chave sobre o processo saúde-doença. Estas observações vão nos mostrar os padrões de relacionamento e conflitos que interferem no processo de adoecer daquela família.

Na representação iconográfica, as figuras geométricas são as pessoas e as linhas conectoras suas relações. As representações são convencionadas, possibilitando que todos tenham entendimento comum acerca daquele gráfico. É importante deixar sempre claro a pessoa que ocupa papel central no genograma, normalmente aquela que originou a necessidade de utilização desta ferramenta. Esta pessoa passa a ser, então, estruturante do problema e, também, da representação familiar em questão. Todos os problemas de saúde, de situações sociais ou existenciais, de comportamento afetivo, de hábitos ou estilos de vida daquela família que, no entendimento do profissional de saúde da família, forem pertinentes, devem ser anotados.

Algumas áreas da vida familiar devem ser avaliadas para a elaboração do Genograma. Por exemplo, devem constar todas as doenças importantes relacionadas a causas de morte, pois se buscarão identificar padrões familiares entre as gerações, a exemplo de anomalias congênitas, doenças genéticas, abortos e outras. Informações relativas ao estilo de vida, que sejam pertinentes na adequação dos cuidados com a saúde daquela família, também podem ser levantados, como uso de medicamentos, alcoolismo, drogadição e outros. Dados socioculturais e econômicos que possam influenciar o funcionamento familiar, questões de credo religioso, de trabalho, de vida social e de lazer, e outros. Por fim, devem aparecer as relações interpessoais, de conflito, de resolução de conflito e problemas de comunicação.

Esta ferramenta é indicada na avaliação dos riscos familiares, em trabalhos de prevenção, para o estudo das doenças em geral e especialmente na avaliação de problemas familiares, de ordem relacional, que podem interferir como estressores crônicos. Exemplos de utilização do genograma aparecerão no capítulo 14.

Ciclo de Vida das Famílias

As famílias, como as pessoas, seguem seu curso de desenvolvimento em ciclos. Para cada ciclo, determinados papéis e tarefas específicas devem ser executados. As dificuldades no cumprimento destes papéis ou tarefas aumentarão a probabilidade do surgimento de patologias, sendo algumas destas doenças previsíveis. Portanto, ter apropriação sobre estes ciclos e patologias associadas, faz com que os profissionais de saúde da família possam desenvolver melhor seu papel na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Esta ferramenta divide a história da família em estágios de desenvolvimento, onde se caracterizam papéis e tarefas específicas a cada um desses estágios, sendo que, de acordo com o desempenho ou não destas tarefas, podem-se prever determinadas crises associadas. Sua aplicabilidade é bastante ampla e recomenda-se sua incorporação na prática com famílias, pois se aplica ao estudo da maioria dos problemas de saúde e nas ações de prevenção.

Os estágios, bastante esquemáticos por conveniência expositiva, apresentam movimentos de autonomização, expansão de uma nova família jovem que se constitui, seguida pela contração de uma família madura, que envelhece. Tais estágios incluem tarefas a serem cumpridas pelos membros familiares, bem como tópicos de promoção de saúde familiar que podem ser implementados (153):

1. Sair de casa:

- estabelecer a independência pessoal;
- iniciar a construção de uma nova identidade, com a superação da dependência emocional dos pais.

2. Compromisso com seu parceiro/parceira:

- estabelecer uma relação íntima um com o outro;
- maior desenvolvimento da independência emocional em relação aos pais.

3. Aprender a viver junto:

- dividir os vários papéis do casal de modo equilibrado;
- estabelecer uma nova relação, mais independente com a família e referencial com novos amigos do casal;
- comunicação e planejamento familiar ganham importância.

4. Chegando o primeiro filho:

- preparar a relação a dois para a inclusão de um novo membro;
- dividir os papéis de progenitores, envolvendo o pai na gestação;
- ganham importância as informações sobre desenvolvimento infantil, sendo necessário encorajar um tempo para o casal e a discussão de espaços, pois muitas situações estressoras interferem na relação do casal.

5. Vivendo com pré-escolares e escolares

- prover espaço adequado;
- enfrentar custos financeiros crescentes;
- assumir o papel maduro com a família, parentes, e estimular o diálogo na educação dos filhos;
- monitorar o desempenho escolar e a aquisição de novos hábitos e amigos;
- sugerir estratégias de manejo do tempo;
- informações sobre desenvolvimento infantil e pré-adolescência ganham importância;
- é importante encorajar o casal a criar tempo para si mesmo, bem como superar os desafios advindos da transição dos filhos, da casa para a escola, além de enfrentar demandas crescentes por tempo, atenção e dinheiro.

6. Vivendo com um adolescente:

- aumentar a flexibilidade das fronteiras para permitir que o adolescente se mova para dentro e para fora do sistema da família;
- estabelecer relação que reflita aumento de autonomia;
- reforçar a vida marital e a carreira profissional;
- informações sobre o desenvolvimento de adolescentes, incluindo sexualidade, hábitos, comportamentos grupais e estilo de vida socialmente determinado ganham importância.

7. A saída dos filhos – o ninho (quase) vazio:

- aceitar a multiplicidade de saídas e de entradas na família, com a busca de autonomia do novo adulto jovem, mas sua dependência financeira da família;
- ajustar à transição do papel dos pais;
- prover conforto, saúde e bem estar para o casal;
- planejar o futuro financeiro e aposentadoria;
- discutir sexualidade e processos ligados ao envelhecimento;
- torna-se importante reavaliar o significado da vida do casal e a preparação para a possibilidade de se tornarem avós.

8. Velhice:

- lidar com a perda de habilidades e maior dependência aos outros;
- lidar com a perda de amigos, familiares e eventualmente do cônjuge;
- revisar a vida como recurso para a saúde mental;
- tópicos de saúde na terceira idade, incluindo terapias ocupacionais e lazer, tornam-se fundamentais.

O ciclo de vida é constituído por uma série de eventos previsíveis que ocorrem no desenvolvimento da vida familiar, exigindo adaptação e ajustamento de seus membros. A ferramenta acima é sugestiva de que os ciclos interferem no processo saúde-doença, o que permite prever com alta probabilidade quais, quando e como as doenças podem ocorrer.

Não entender os papéis correspondentes a cada ciclo, bem como as tarefas exigidas, pode gerar disfunção pessoal e familiar. Por isto, o ciclo de vida familiar permite uma visão antecipada dos problemas e, embora não utilize tecnologia 'dura', na forma de equipamentos biomédicos, permite uma 'tomografia' da situação de vida das pessoas, no contexto familiar, com seu processo de viver, ter saúde ou adoecer. O ciclo de vida é particularmente útil no diagnóstico de situações indefinidas, que perfazem quase 50% dos comparecimentos em serviços de saúde.

Modelo F.I.R.O.

O modelo é baseado em Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, do original em inglês *Fundamental Interpersonal Relations Orientations*. As proposições do modelo F.I.R.O., quanto ao estudo das famílias, são aplicáveis em quatro situações: (i) quando as interações na família podem ser categorizadas nas dimensões de *inclusão, controle* e *intimidade,* ou seja, a família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto; (ii) quando a família sofre mudanças importantes, ou ritos de passagem, tais como descritos no Ciclo de Vida e faz-se necessário criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade; (iii) quando a inclusão, o controle e a intimidade constituem uma seqüência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças na família; (iv) quando as três dimensões anteriores constituem uma seqüência lógica de prioridades para o tratamento, que é primeiro a inclusão, depois o controle e em seguida a intimidade.

A inclusão diz respeito à interação dentro da família para sua vinculação e organização, ou seja, desvenda os que 'estão dentro' ou que 'estão fora' do contexto familiar apresentado. Aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos nesta família e entre as gerações. Percebe a conectividade, ou seja, a interação entre os familiares buscando clarear as questões de comprometimento, educação e do sentimento de pertencer à família. Conhece os modos de compartilhar, a interação entre os familiares, a identidade da família como um grupo, incluindo as questões de valores e dos rituais familiares.

O controle refere-se às interações do exercício de poder dentro da família. Podem ser identificadas situações de: (i) controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral; (ii) controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, de reação a uma influência que quer tornar-se dominante; (iii) controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

A intimidade refere-se às interações familiares correlatas às trocas interpessoais, o modo de compartilhar sentimentos, tais como esperanças e frustrações, o desenvolvimento de atitudes de aproximação ou de distanciamento entre os familiares, as vulnerabilidades e as fortalezas.

Esta ferramenta é muito útil quando nos deparamos com situações de doenças agudas, de hospitalizações ou no acompanhamento das doenças crônicas, pois a família deverá negociar, entre seus membros, possíveis alterações de papéis decorrentes das crises familiares advindas destas situações.

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E.

O esquema opera por momentos de entrevista familiar e nasce das seguintes palavras, do original em inglês (*problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping, environment/ecology*).

P – Problem – Problema apresentado

Este momento auxilia a equipe de saúde da família a compreender o significado daquele problema, muitas vezes o motivo da queixa, da autopercepção e busca de atendimento, por parte da família naquele momento. Permite compreender como aquela família vê e enfrenta o problema;

R – Roles and Structure – Papéis e Estrutura

O momento aprofunda aspectos do desempenho dos papéis de cada um dos membros e como eles evoluem a partir dos seus posicionamentos;

A – Affect – Afeto

O momento reconhece como se estabelecem as demonstrações de afeto entre os familiares e como esta troca afetiva pode interferir, positivamente ou negativamente, no problema apresentado;

C – Communication – Comunicação

O momento ajuda a observar como se dá a comunicação verbal e não verbal dentro da família.

T – Time in Life – Tempo no Ciclo de Vida

O momento correlaciona o problema com as tarefas esperadas dentro do Ciclo de Vida, a serem desempenhadas pelos membros daquela família, tentando verificar onde pode estar situada a dificuldade.

I – Illness in Family – Doenças na família, passadas e presentes

O momento resgata a morbidade familiar, valoriza as atitudes e os cuidados frente às situações vividas e trabalha com a perspectiva de longitudinalidade do cuidado, contando com o suporte familiar.

C – Coping with stress – Lidando com estresse

O momento parte das experiências descritas anteriormente, buscando identificar fontes de recursos internos à própria família, que possam ser mobilizados para o enfrentamento do problema atual.

E – Environmen or Ecology – Meio ambiente ou Ecologia

O momento identifica o tipo de sustentação familiar e como podem ser mobilizados todos os recursos disponíveis para manejar o problema em questão. Isto inclui as redes sociais e de vizinhança, bem como questões mais estruturais como coesão social e determinantes sociais no trabalho, na renda, no saneamento, na escolaridade, dentre outros.

O esquema P.R.A.C.T.I.C.E. foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis. É focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas, o que pode incluir o papel da equipe como defensores públicos para ação intersetorial (*advocacy*). Esta ferramenta fornece uma estrutura básica para a equipe organizar as informações relevantes colhidas com a família. Deve ser aplicada sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações, pois é muito difícil esclarecer todos os itens com apenas uma aproximação. É uma ferramenta mais trabalhosa e como a intenção é focar o problema, muitas vezes não se faz necessário a abordagem de todos os itens, visto que o importante é aprofundar nas questões que estão diretamente interferindo na resolução do conflito, ou do problema. Numa escala de complexidade para a aplicação das ferramentas de saúde da família, teríamos o Genograma e o Ciclo de Vida, seguidos do F.I.R.O. e, por fim, do P.R.A.C.T.I.C.E.

Conclusões

O Programa Saúde da Família é um modelo de atenção à saúde que surge em Curitiba como parte do esforço de fazer avançar os propósitos descritos na Reforma Sanitária, mais precisamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se integrá-lo aos princípios da Universalidade, Eqüidade, Integralidade e Controle Social.

Sabe-se que os diferentes processos de viver, adoecer ou morrer, além das questões biológicas, são determinados pelas condições de vida, trabalho e relacionamentos dos indivíduos nas suas famílias e comunidade. Um espaço primário e primordial é definido na 'família', e dentro do domicílio. Ali se expressam as relações de convivência, de saberes, de experiências, de trocas, de lutas, de poder, de hábitos e de cultura que, aliados às condições da habitação como, concentração de pessoas por metro quadrado, acesso a saneamento, alimentação, educação e lazer, definem dentro deste território as bases dos processos de saúde e doença.

Além disto, os espaços circunvizinhos caracterizados por aglomerados populacionais que guardam semelhantes condições sociais, definem pressões que se expressam através da cultura local, suas crenças e que, dependendo de seu nível de interação, propiciam que aquela comunidade avance ou não nas suas questões de cidadania. Por fim, estas comunidades situam-se no território município, repleto de diferenças mas com os recursos para minimizar desigualdades, promover justiça e propiciar qualidade de vida.

Todos estes espaços, com suas dinâmicas, são determinantes das condições de saúde. A estratégia de Saúde da Família formula um novo modelo assistencial que propõe a real apropriação e interferência dos atores de saúde nestes espaços através: da revisão do modelo

clínico centrado na doença e no paciente; da eleição da epidemiologia social e clínica como norteadoras da atenção; da humanização das práticas de saúde, identificando, mapeando e propiciando atenção diferenciada a famílias ou grupos expostos a maiores probabilidades de adoecer; da compreensão da patologia como o reflexo do ser humano e, desta forma, buscando se aprofundar nas interfaces biológicas, sociais, econômicas e culturais envolvidas; de proporcionar uma atenção holística e integral; da propagação do conhecimento e da criação de espaços de vivência comunitária; do estímulo ao autocuidado e co-responsabilidade com a saúde e, por fim, do desenvolvimento de sistemas de acesso e monitoramento a todos os níveis de complexidade de assistência necessária.

Diante do exposto, clarificam-se alguns objetivos ao se implantar a estratégia de Saúde da Família em Curitiba. Pode-se inferir que estreitar as relações entre equipe e comunidade, detalhando o conhecimento do território família, é sem dúvida dos objetivos mais importantes, pois desta maneira é possível concentrar recursos para obter impacto nas ações nas diferentes comunidades, respeitando sua base territorial e as características que as distinguem dentro do princípio da eqüidade.

Não obstante todas as considerações anteriores, reconhece-se que o PSF no Brasil é um *cadinho* sanitário, caudatário de variados posicionamentos oriundos dos sucessivos paradigmas que vêm conformando o SUS. Se for a força indutora necessária para propostas como distritalização, planejamento local, vigilância territorial, atenção clínica humanizada, prática baseada em evidências, controle social e profissionalização da saúde coletiva...bem vindo PSF! O que a proposta não deve ser é "somente um novo nome, muito aderente, mas usado para renomear práticas velhas".

Organizando a Atenção Básica em Saúde Bucal com a Lógica do PSF

Antonio Dercy Silveira Filho[1]
Maria Christina Moreira Correia[2]
Geni da Silva Sugita[3]
Gilberto Hosoume[4]
Eneida Prochmann[5]
Zilá Ferreira Dias Gonçalves dos Santos[6]

---

[1] Cirurgião-dentista

[2] Cirurgiã-dentista

[3] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social e em Gerência de Unidades Básicas de Saúde.

[4] Cirurgião-dentista.

[5] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social.

[6] Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontologia Preventiva e Social e em Gerência de Unidades Básicas de Saúde.

Introdução

Este capítulo abordará algumas experiências que estão sendo implementadas no município de Curitiba, com base no referencial teórico e metodologia de trabalho do Programa Saúde Família (PSF) desenvolvido nesta cidade. Salienta-se que os relatos aqui descritos não esgotam o que já é possível de se identificar de avanços no modelo proposto, nem tão pouco visam fornecer uma fórmula de implantação para a proposta, mas simplesmente ajudar a vislumbrar alguns caminhos que estão sendo trilhados no município.

Construindo um modelo de atenção programada em saúde bucal, com base na estratégia Saúde da Família, para o Distrito Sanitário Bairro Novo

A Prefeitura de Curitiba possui oito Regionais Administrativas, com equivalência, no setor saúde, ao Distrito Sanitário. Com a política de descentralização, estas Regionais estão dotadas de estruturas das Secretarias de Saúde, Obras, Educação, Criança, Esporte e Lazer, Meio Ambiente, Abastecimento e da Fundação de Assistência Social e Cultural, facilitando o planejamento e execução de ações intersetoriais integradas.

Localizada na região sul de Curitiba, a Regional Administrativa do Bairro Novo foi a região com maior crescimento demográfico da última década. Até 1994 era uma área com características essencialmente agrícolas e, com a implantação de grandes loteamentos, houve rápido crescimento populacional. Foram direcionados para a região grandes investimentos em estruturas públicas da área social: transporte, unidades de saúde, creches, escolas, bem como projetos de formação profissional e geração de renda.

A estimativa de população da Regional para 1999, com base no CENSO de 1996 era de aproximadamente 120 mil habitantes, dos quais 85% eram usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com pesquisas realizadas pelas equipes de saúde, o Distrito Sanitário (DS) Bairro Novo apresenta 60% da população com renda familiar de até 2 salários mínimos e 80% de até 3 salários mínimos.

A rede de atenção em saúde é composta de onze Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nas áreas de maior concentração populacional do Distrito. Estão interligadas por uma rede informatizada, vinculada ao Sistema Municipal de Saúde. Todo usuário do SUS no Distrito tem seu cadastro individual e familiar, com possibilidade de acesso ao seu prontuário em qualquer das outras Unidades de Saúde do Sistema. As informações dos usuários poderão, em breve, serem analisadas sobre a base territorial pois estarão geoprocessadas.

Além das Unidades Básicas (US), conta-se com uma Unidade de Saúde 24 horas, voltada para o atendimento de urgências e emergências. Esta Unidade dispõe das especialidades

odontológicas de endodontia e periodontia. Conta-se, também, com um Hospital Comunitário municipal, de baixa complexidade, com internamento nas áreas de pediatria, clínica médica e obstetrícia, com retaguarda de um hospital escola de alta complexidade (localizado em outra região da cidade), e também com o Centro de Especialidades Médicas Bairro Novo, que realiza consultas especializadas nas áreas de ginecologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, dermatologia, urologia, além de procedimentos como audiometria, teste de esforço, entre outros.

A implantação da estratégia de saúde da família como o modelo de organização da atenção básica, e de reorganização progressiva de todo o sistema integrado distrital, buscou o estreitamento das relações entre serviços e usuários ampliando o conhecimento do modo de viver e do processo saúde-doença naquelas famílias.

Maior envolvimento da comunidade com as equipes distritais pode ser evidenciado, envolvendo a discussão permanente das condições sócio-ambientais do território, assim como em situações específicas de saúde, incluindo saúde mental, drogadição, gravidez na adolescência, envelhecimento, entre outros. Este envolvimento ocorre através da formação de grupos de auto-ajuda e de convivência, cujas necessidades são apontadas a partir das evidências epidemiológicas e clínicas, discutidas com a equipe de saúde.

É visível, também, uma maior integração distrital entre as diversas instâncias governamentais (e não-governamentais) visando obter respostas mais adequadas e ágeis às demandas da população, como por exemplo, a construção de áreas de lazer, planejamento e colocação de antipó, ações integradas de atenção à criança e ao idoso, entre outras.

Numa perspectiva de planejamento orgânico, a constituição do sistema distrital integrado de saúde tem articulado processos que visam a melhoria na resolutividade da atenção, através de integração entre os níveis de assistência ambulatorial básica, especializada, ou emergencial e hospitalar. Isto inclui um repertório variado de intervenções em vários espaços sociais, o que inclui a implementação de alternativas terapêuticas de atendimento como a internação domiciliar para usuários com enfermidades crônicas, desintoxicação domiciliar de alcoolistas e atendimento odontológico e fisioterapia domiciliar, em usuários com dificuldade de locomoção.

O DS do Bairro Novo tem uma conformação de atenção à saúde que possibilita realizar com agilidade a complementaridade entre os níveis de assistência, propriamente dita. Aliado a isso, a experiência de atuação com centros formadores de profissionais de saúde propicia a constituição de uma rede de educação continuada, voltada principalmente para a atuação mais resolutiva do médico generalista e do dentista, profissionais com perfil mais problemático devido ao modelo biomédico hegemônico nas graduações.

Ao se desenhar um modelo de atenção em saúde bucal da família, para esta população, foi composto um grupo tarefa que, durante o período de um ano, reuniu-se periodicamente para construir a proposta que se segue.

Primeiramente, fez-se necessário o resgate da proposta contida no Manual de Práticas Odontológicas da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), formalmente discutido a partir de 1994, com a realização do I Seminário Municipal de Saúde Bucal Coletiva. Este Manual representou a culminância de um rico processo de descentralização, regionalização e planejamento local, alcançando todos os espaços de ação institucional, e que fora desencadeado nos anos de 1991-93. O referido Manual, que nos seus pressupostos principais foi publicado na forma de seção de capítulo de livro de grande circulação na área de saúde bucal coletiva ADDIN ENRef (55), sofreu atualizações sucessivas no âmbito da SMS.

Com base no Manual, o atendimento à saúde bucal fora centrado em dois eixos: (i) o *Pronto Atendimento*, aos que apresentam Problemas de Enfrenta*mento Ocasional;* e (ii) o *Atendimento Programado*, àqueles que, mediante a aplicação dos critérios de classificação dos fatores de risco social e biológico, devem ser atendidos com vinculação e seguimento longitudinal, pois se caracterizam como portadores de Problemas de Enfrentamento Contínuo.

O Pronto Atendimento é organizado através da Triagem Odontológica e visa ampliar o acolhimento e o atendimento clínico odontológico a todos que dele necessitam. Busca adequar a demanda espontânea à máxima capacidade de atendimento da equipe de saúde bucal, onde cada um dos trabalhadores de saúde bucal desempenha as funções inerentes a sua categoria profissional.

Esta iniciativa veio de encontro ao conceito de Acolhimento Solidário, que buscou resgatar as questões de cidadania e relacionamento interpessoal entre as equipes de saúde e comunidade, melhorando os fluxos e o acesso da comunidade às Unidades de Saúde. Porém com o passar do tempo, novas acomodações inerciais foram se estabelecendo e o que se observou é que as equipes criaram novas formas de limitação ao acesso. O argumento principal era que isto se devia à dificuldade de seguir o critério de priorização do atendimento às questões de urgência, emergência e agravos evidentes.

Resgatar a capacidade operacional de resposta às demandas da comunidade, utilizando-se do potencial de toda a equipe, passou a ser o novo desafio para superar este dilema. No eixo da Atenção Programada, havia uma clara compreensão de que o enfoque principal deveria ser a abordagem comunitária e familiar. As acumulações precursoras de uma atenção programada, agendada para toda a família, remontavam a meados dos anos 80, em Curitiba. Na verdade, quando se tomou a decisão de sair das clínicas escolares para os Postos de Saúde, com abertura de terceiros turnos (noturnos) para atendimento de adultos, a percepção de cobertura de todo o grupo familiar evidenciou-se como a mais oportuna. A antiga atenção individualizada e tecnificada, dos escolares, não repercutiu em mais saúde bucal como se esperava.

Com a perspectiva ampliada que a atenção de adultos propiciou, obteve-se maciça participação familiar e comunitária na programação da atenção odontológica, em reuniões de agendamento com as comissões de saúde (embriões dos conselhos locais de saúde). Embo-

ra ações coletivas, educativas e promocionais, já fossem descortinadas como passíveis de realização nos domicílios, assim como em escolas, creches e associações comunitárias, de fato a atenção clínica domiciliar não fora aventada e nem considerada importante. O potencial instalado nos Centros de Saúde era tido como estratégica e politicamente mais importante de ser obtido, com vistas à ampliação da rede física por bairros e áreas de abrangência.

Para equipes acostumadas durante anos a priorizarem grupos como creches, escolas, gestantes e outros, a atuação com as famílias da área de abrangência, tanto na atenção extraclínica como na atenção intraclínica, tornou-se um grande desafio. A estratégia de PSF veio para conhecer e interferir positivamente na dinâmica familiar, resgatar a interação entre os usuários e equipes e assumir o núcleo familiar como prioridade da atenção. Uma das principais dificuldades no entendimento das propostas ainda é a discussão sobre fatores de risco (enfoque de risco), pois risco em saúde bucal, como de resto em todo o campo da saúde, é um tema bastante abrangente e polêmico, visto que as principais doenças são de origem multifatorial ADDIN ENRef (45, 48, 197, 198, 199, 200).

Procurou-se, dentro do Grupo de Trabalho do DSBN, trabalhar este conceito, facilitá-lo em entendimento e aplicação para traçar alternativas de ações de modo a ser efetivamente possível aplicá-lo na prática diária. 'Risco' é, então, concebido como um conjunto de fatores que contribuem, ou aumentam a probabilidade do surgimento das patologias, porém sua existência não é determinante para dizermos seguramente que sempre encontraremos doença.

Significa que tais fatores, quando presentes, aumentam as chances das pessoas adoecerem. Podem ser qualificados em vários níveis, quanto à saúde bucal, tendo em vista o paradigma dos Fatores Comuns de Risco a várias doenças crônicas ADDIN ENRef (31, 169, 201, 202): a precariedade material e social, expressa nas condições de vida; insuficiências ou deficiências alimentares (alta ingestão de carboidratos, no caso da saúde bucal); higiene ambiental, corporal e bucal precária; períodos fisiológicos tais como a dentição mista; pouco ou nenhum acesso ao flúor; falta de acesso aos serviços de saúde bucal promocionais-preventivos; presença de fatores retentivos de placas bacterianas, como a má oclusão e próteses não adaptadas; maus hábitos posturais como sucção de dedo, chupeta. Ou seja, é possível traçar um conjunto de cadeias causais, desde os fatores mais 'proximais' até os mais 'distais', para discutir risco.

Obviamente, fatores como presença de placa são possíveis de serem observados durante um exame clínico, porém muitos outros fatores, distantes do olhar clínico, podem permanecer inobservados, mascarando ou distorcendo a acurácia da observação clínica. E, mesmo que fosse constatada a presença de placa bacteriana, não se poderia categoricamente afirmar que esta pessoa terá cárie ou doença periodontal. Isto porque os demais fatores relacionados ao surgimento da doença podem estar compensando este dado negativo.

Alguns, neste momento, já devem estar se perguntando: mas onde estão os fatores como a presença de manchas brancas ativas e as cavitações com processo agudo? Aí reside a

diferença! Tais fatores, em verdade, não dizem que a pessoa tem maior risco futuro de adoecer, mas sim e o mais importante, que já está doente. São fatores de diagnóstico de Atividade de Doença, que podem ser considerados estatisticamente, mas não medem mais o risco e sim a doença presente.

Foi definido, pelo grupo distrital, que os fatores de medida de doença presente seriam os elementos dentários com lesões cariosas ativas, que vão desde pequenas lesões cariosas até a raízes residuais, ou abcessos dentários, gengiva sangrante ou doença periodontal e presença de manchas brancas ativas.

Dentro desta visão, construiu-se o componente diagnóstico do Projeto de Saúde Bucal, uma vez que os instrumentos factíveis de serem trabalhados tecnicamente em Saúde Bucal Coletiva advêm, primariamente, do exame clínico de situação bucal. Dentro desta visão, a história anterior de cárie não é tratada como risco determinístico a novas cáries ADDIN ENRef (45, 203). Portanto, se o usuário teve experiência de cárie e foi atendido corretamente, não significa dizer que sempre terá maior probabilidade de ter cárie, visto que todo o investimento da atenção está focado na desmonopolização do conhecimento e na geração do autocuidado. Somente com esta visão é possível entendermos que um usuário, com história de lesões graves de cárie, pode ter o controle dos seus fatores de risco e receber a 'alta odontológica'.

Entender que a história anterior de cárie é, obrigatoriamente, um fator de risco desacredita todo o investimento direcionado para as ações de prevenção e promoção à saúde bucal realizadas pelas equipes; esgota e inviabiliza as políticas públicas de saúde bucal, por meio de inúmeras manutenções, já que todo cidadão que tenha tido experiência de cárie deverá indefinidamente fazer parte das Ações Programadas e, por fim, subestima a capacidade de autocuidado dos usuários.

A equipe distrital utiliza o Levantamento de Atividade de Doenças (LAD), para definir, do ponto de vista biológico, padrões de saúde-doença bucal, podendo referir a qualquer problema ou agravo de importância para intervenção em saúde bucal. Define-se, também, quais usuários terão acesso ao tratamento intraclínica e quais os que serão acompanhados nas atividades extraclínica. Destaca-se que a priorização, do ponto de vista social, é feita a partir do cadastramento de famílias, nas micro-áreas cobertas pela equipe de saúde da família. Em ambos os casos os fatores de risco são tratados de maneira indireta (proxy), norteando sempre a prática epidemiológica e clínica, mas eles não são considerados medidas puras da condição de vida das famílias e de sua situação de saúde, pois estas são difíceis (ou impossíveis) de serem obtidas e acompanhadas em sua complexidade e multidimensionalidade.

O primeiro passo para a implantação do projeto foi uma análise aprofundada das diferentes situações em que se encontram as comunidades, sob responsabilidade de cada equipe de saúde da família. Sabia-se que quanto mais participativos fossem os atores sociais na definição das áreas a serem prioritariamente trabalhadas, melhor seria a adesão da comunidade e maiores as chances de sucesso do trabalho proposto.

Para efeito de exemplificação, dentre várias ações programáticas desenvolvidas, será descrito um dos processos desencadeados, que priorizou em uma das micro-áreas o atendimento de famílias com crianças menores de idade. Tendo em vista que as US do DS Bairro Novo já possuem os cadastros das famílias atualizados pelas equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e realizam ações coletivas multiprofissionais para determinados grupos familiares, sugeriu-se que toda a história familiar disponível daquela área priorizada fosse resgatada para a realização do primeiro 'mapa inteligente', que deveria localizar espacialmente as famílias, de acordo com característica de interesse, tais como, neste caso, famílias com crianças menores. Sugeriu-se:

(i) que fossem mapeadas, primeiramente, todas as questões geo-populacionais pertinentes, incluindo terrenos baldios, comércio, igreja, dentre outras, de interesse comum para a equipe multiprofissional de saúde da família;

(ii) que fossem localizados todos os históricos das famílias da área em questão, disponíveis em todos os setores da US;

(iii) que fossem conferidos e atualizados os dados provenientes dos cadastros do PACS;

(iv) que somente se realizasse nova visita domiciliar, pela equipe de saúde bucal, para aquelas famílias que, a partir do cadastro disponível, tivessem crianças menores de 14 anos e, desta forma, já ocorresse o primeiro Levantamento de Atividade de Doenças (LAD 1) que faria a distinção, por exemplo entre as famílias de 'baixa atividade de doença cárie' e as de 'alta atividade de doença cárie';

(v) com o Cadastro Familiar de Saúde Bucal, desenvolvido para contemplar as informações da situação de saúde bucal de todos os membros daquela família, aliado ao Sistema de Informação de Saúde Oral (SISO), sistema informatizado oficial da SMS, objetivou-se facilitar o acompanhamento dos tratamentos clínicos e domiciliares nas famílias, identificando os membros que o realizaram ou não;

(vi) as fichas clínicas de cada membro individual foram organizadas por micro-área e seus respectivos números de cadastro familiar;

(vii) a partir deste levantamento de dados e das próprias visitas domiciliares foi possível construir o segundo mapa, descrevendo a situação de saúde bucal das famílias daquela micro-área;

(viii) planejou-se, então, o atendimento clínico programado, para as famílias com situação de alta atividade de doença;

(ix) os dados estão sendo continuamente alimentados no Cadastro Familiar de Saúde Bucal, reunindo toda informação referente àquela família. Os registros dos tratamentos

individuais são realizados na Ficha Clínica de Saúde Oral, de acordo com o preconizado pela SMS. Salienta-se a importância da abordagem e da disponibilidade de utilização das ferramentas de trabalho do Programa Saúde da Família, conforme descrito adiante neste texto, para aquelas situações que se fizerem necessárias;

(x) sugeriu-se que seja construído um mapa final da ação, onde será possível comparar a situação de saúde bucal inicial, obtida pelo segundo mapa, com a atual.

Todas estas ações devem seguir rigorosamente os princípios e objetivos do Programa Saúde da Família e o planejamento deverá ser continuamente trabalhado com os Conselhos Locais de Saúde.

Experiência de atendimento na US João Cândido a partir do modelo de Atenção Programada em Saúde Bucal com base na estratégia Saúde da Família no DS Bairro Novo

A partir de junho de 1999, após discussões com as equipes de saúde atuantes no PSF do DS Bairro Novo, acerca do modelo de atenção para o território, a equipe de saúde bucal da US João Cândido partiu para a priorização de uma micro-área para atuação, realizando o mapeamento dos domicílios com crianças e adolescentes até 14 anos de idade. Paralelamente, seguiu o pronto-atendimento para a população da área de abrangência não priorizada neste primeiro momento.

Iniciou-se o primeiro Levantamento de Atividade de Doenças (LAD 1), utilizando espátula de madeira e luz natural, realizando exames clínicos nos domicílios e, na seqüência, foi possível a construção do segundo mapa, já com a identificação das famílias com alta atividade de doença. Famílias com baixa atividade de doença interagiram com a equipe de saúde, em atividades de educação em saúde, além de receberem novas escovas, escovação orientada com dentifrício fluoretado, com a previsão de retorno a seus domicílios no intervalo de aproximadamente um ano.

Para as famílias de alta atividade de doença organizou-se a agenda de forma a contemplar todos os familiares para exame detalhado, desta feita em ambiente clínico e com acesso direto para a atenção individualizada necessária. A previsão foi de realizar manutenção coletiva familiar, em um período de seis meses a um ano, de acordo com a resposta familiar e monitoramento dos fatores de risco evolutivo de seus membros.

Todas as famílias que foram priorizadas para atenção clínica, foram mapeadas e legendas foram criadas para identificar no mapa algumas situações encontradas no transcorrer do ciclo programático. Por exemplo: (1) nenhum tratamento realizado na família, por diferentes motivos; (2) atenção clínica somente para as crianças (0 a 14 anos); (3) abandono de

tratamento, por algumas crianças, adolescentes ou adultos da família; (4) todos os membros com atenção clínica levada a termo.

Após o período programático proposto, realizou-se a manutenção coletiva familiar. Na mesma ficha do LAD 1, realizou-se o LAD 2 e procedeu-se à manutenção das famílias nos seus próprios domicílios, com forte ênfase na delegação de funções para os auxiliares e agentes comunitários de saúde. Nos casos em que se observava baixa atividade de doença, considerou-se a 'alta odontológica familiar' e os casos que se mantinham (ou se tornaram) alta atividade de doença procedeu-se novamente ao ciclo de atenção clínica e domiciliar, pela equipe de saúde.

Ao findar uma micro-área buscou-se estender a estratégia para outras micro-áreas. Após dois anos, começou a estabilizar e reduzir também a demanda explosiva por pronto-atendimento, visto que na primeira fase de implantação da equipe de saúde da família a própria presença em área da equipe, com busca pró-ativa de problemas, gerava esta demanda, há muito reprimida. Percebeu-se que a utilização da estratégia ajudou a ampliar o conhecimento e o vínculo com as famílias assistidas, possibilitando rápidos resultados e trazendo uma maior satisfação dos usuários e da equipe multiprofissional de saúde da família.

Por outro lado, a equipe de saúde bucal encontrou alguma dificuldade para a manutenção coletiva em período recente, quando as visitas de levantamento e agendamento de cobertura, às outras áreas, passaram a ocupar boa parte do tempo operativo da equipe. Outra razão é a grande mobilidade social de famílias que não residem mais no mesmo local. Também se observou que, mesmo ofertando o atendimento agendado na clínica, ainda assim houve um número expressivo de faltas. Em alguns casos os usuários justificavam as faltas por estarem residindo longe da US; outros, por dificuldade de horário; outros, ainda, porque suas famílias não estavam suficientemente sensibilizadas quanto à valorização de saúde bucal. Estes fatos remeteram continuamente ao processo de reavaliação de condutas e práticas da equipe de saúde da família.

Uma visão ampliada dos contextos familiares aponta para a necessidade de implementar, paralelamente a esta estratégia, intervenções de base epidemiológica, focadas sobre determinadas famílias que estão muito vulneráveis e impossibilitadas de realizarem o autocuidado. Estas famílias merecem uma atenção diferenciada, que as tecnologias de Saúde da Família possibilitam quando usadas pelas equipes com vistas a uma atenção mais resolutiva.

Construindo um modelo de Atenção Programada em Saúde Bucal, com base na estratégia de Saúde da Família para a US Santos Andrade

A US Jardim Santos Andrade foi implantada em 1996, contando com o serviço médico e de enfermagem e apenas um profissional Técnico em Higiene Dental, fazendo parte do Programa Saúde da Família. Em 1999 a equipe de saúde bucal foi implementada, com um cirurgião

dentista e um auxiliar de consultório dentário; todavia, sem a inauguração do equipamento clínico odontológico, que veio a acontecer em dezembro do mesmo ano.

Inicialmente realizou-se levantamento epidemiológico das doenças bucais nas crianças da área de abrangência da US, com possibilidade de Levantamento de Atividade de Doenças (LAD).

Através do levantamento e dos dados cadastrais das famílias da área, realizados anteriormente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe médica e de enfermagem da US, foram mapeadas as famílias caracterizadas como alta atividade de doença cárie e doença periodontal e estruturada a proposta "Guia de Conduta de Atenção à Saúde Bucal".

Caso Familiar 1

Em uma das visitas em micro-área, a equipe de saúde bucal conheceu a criança JF (11 anos), portadora de fissura lábio-palatal, deficiência mental e subdesenvolvimento muscular. Nascida em Santa Catarina, aos 3 anos de idade realizou enxerto para correção da fenda palatal, porém o mesmo não foi bem sucedido. Como alimentação, a família fornece apenas leite, acreditando ser a única forma de dieta que JF poderia ingerir. A despeito de sua idade, a criança pesa apenas 13 Kg. A deficiência mental foi ocasionada por problemas no parto e dificuldade assistencial decorrente de parada respiratória prolongada.

JF é filho do segundo casamento de RS e, logo após o seu nascimento, o casal se separou. RS tem ainda 2 filhos, de um primeiro casamento terminado porque o marido foi assassinado com 13 facadas. Ela reside nos fundos da casa da mãe, TS, numa área de ocupação, há 6 meses.

Na segunda visita domiciliar realizada pela equipe de saúde bucal, constatou-se que a má-formação lábio-palatal não era um caso isolado pois também ocorreu em JS, filho de RS com o seu terceiro companheiro, mas esta criança veio a falecer ao completar o primeiro ano de vida.

No ano de 1999 a equipe da Unidade de Saúde realizou, além das visitas domiciliares, o estudo de caso utilizando-se das ferramentas de Saúde da Família e também o planejamento da abordagem para o caso (ver capítulo 13 para detalhamento sobre ferramentas do PSF). Foram utilizadas as ferramentas: Ciclo de Vida, PRACTICE e FIRO. Posteriormente teve início o atendimento odontológico de toda a família na clínica da US. A criança JF foi encaminhada ao Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF), que é uma unidade de referência para fissurados em Curitiba. A mãe foi encaminhada para a unidade de referência, na Universidade Federal do Paraná (UFPR), para confecção de próteses, após receber o tratamento clínico básico na US. Em ambos os encaminhamentos, foram fornecidos vales-transporte pela equipe de saúde, pois a situação sócio-econômica da família era precária.

CICLO DA VIDA

A família de RS estava no estágio 4 do ciclo de vida, mas com a chegada de JF, as tarefas de cuidar do mesmo e buscar sustentação financeira tornaram-se mais importantes. Apesar disto, a família já estava vivendo com adolescentes e executando as tarefas esperadas junto aos adolescentes. Na moradia de TS, que é a mãe de RS, vemos o estágio 8 do ciclo de vida, ou seja, da velhice e a dificuldade sentida é a perda da capacidade física para ajudar o neto.

PRACTICE

- Problema: desnutrição de JF, alimentado até a idade de 11 anos predominantemente com leite, segundo a família, devido à fissura lábio-palatal e as demais patologias associadas;
- Papéis e Estrutura: RS divide a responsabilidade com TS na criação de seus filhos, pois a sua única fonte de renda é a pensão familiar que TS recebe. As refeições são realizadas na casa de TS;
- Afeto: A família é bastante unida, com sentimentos de carinho e preocupação entre eles e, em especial, com JF;
- Comunicação: TS é mais comunicativa e receptiva que RS, mas não há maiores dificuldades de comunicação entre os familiares;
- Tempo no ciclo de vida: descrito anteriormente;
- Doença na família: JF, portador de fissura palatina e patologias mentais associadas, é filho do terceiro casamento que se desfez logo após o seu nascimento. JF não seria o único filho com este problema, pois o filho do terceiro casamento, que faleceu com 1 ano de idade, também tinha fissura palatina;
- Enfrentamento do Estresse: Há disposição de toda a família em buscar solução ao problema de JF, bem como aos demais problemas familiares. Os problemas são tantos que eles não têm tempo para depressão;
- Ecologia: A família apresenta um convívio amigável com os vizinhos, formando uma razoável rede de apoio e solidariedade; freqüentemente recebe a visita da irmã de TS, também moradora da área.

FIRO

Como RS foi morar com sua mãe, após mudança de cidade, o FIRO pode ser aplicado para o estudo da redefinição dos papéis familiares:

- Inclusão: após a mudança, a família mostrou-se mais unida ainda na vontade de buscar alternativas para enfrentar seus problemas e, em especial, os de JF;

- Controle: estabeleceu-se um controle colaborativo por parte de TS que, embora dominante na relação familiar, consegue o respeito e apoio de todos sem maiores conflitos;

- Intimidade: embora vivendo juntos, em condições precárias, ampliou-se o sentimento de fortaleza familiar, com manifestações explícitas de carinho e preocupação entre eles e, em especial, com JF.

Em conferência familiar aplicamos estas duas últimas ferramentas para sistematizar nossa entrevista e o que pudemos destacar foi que RS divide com TS a responsabilidade na família. Demonstram um relacionamento bastante solidário, com sentimentos de carinho e preocupação com o bem estar de todos. TS é quem tem um controle dominante e, aparentemente, os outros membros da família são colaborativos. Ficou bem claro para a equipe que, o fato de RS não ter procurado auxílio no tratamento de JF, foi por desconhecer a existência de serviços especializados gratuitos, o que pode ser indicativo da eqüidade e importância do PSF para famílias muito vulneráveis. Também ficou claro que a alimentação era precária porque, logo após o fracasso da cirurgia da fenda palatal, RS foi orientada a fornecer leite e ela entendeu que nunca deveria dar outro alimento. RS também acreditava que os cuidados com JF deveriam ser somente de sua responsabilidade, mas após o contato com a equipe, ela recuperou a auto-estima e começou a trabalhar em alguns dias da semana, o que tem ajudado na renda familiar.

Numa abordagem conjunta de toda a equipe de Saúde da Família da US, foram conseguidos coletores infantis de urina para JF, através de doações, pois um dos aspectos para a estruturação familiar era criar condições de superação do seu severo quadro de doença e superar a impossibilidade da mãe em conhecer e dispor de recursos que a ajudassem a enfrentar esta situação.

No CAIF foram feitas avaliações com psicólogo, assistente social, cirurgião plástico, cirurgião-dentista, e a mãe recebeu todas as orientações necessárias para o tratamento integral de seu filho. Em seguida foi encaminhado para o Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID) e para o Pequeno Cotolengo para a realização do tratamento odontológico, antes da cirurgia reparadora. Houve também o encaminhamento à Universidade Federal do Paraná para realização de avaliação com geneticista, objetivando especificar diagnóstico de todo o seu quadro patológico.

Em nenhum dos momentos anteriores, por mais que este usuário tenha sido referendado para níveis assistenciais de complexidade maior, a equipe de saúde da família deixou de acompanhá-lo. Durante todo este período, o usuário em questão foi alvo de nossa atenção, seja através de visitas domiciliares, seja através de contatos da mãe com a clínica. É dispensável traçar outras considerações acerca do vínculo criado entre equipe e familiares. A equipe da

US sempre buscou a continuidade dos cuidados e a manutenção odontológica está em dia em todos os familiares. No ano de 2001 JF foi internado e há indícios de leucemia. A cirurgia reparadora teve que ser adiada.

Caso Familiar 2

A família da Sra. P, incluindo seu marido e seus dois filhos que freqüentavam a escola da área, foi identificada com Alta Atividade de Doença. Foram utilizadas as ferramentas: Genograma, Ciclo de Vida, FIRO e PRACTICE, além do "Instrumento de Estudo de Famílias para Intervenção em Saúde Bucal". Com este último instrumento é possível trabalhar: a história familiar; os comportamentos, hábitos e a importância dada à saúde bucal; as crenças, as representações do corpo, da boca e do processo saúde-doença; os traumas e o padrão de utilização do serviço odontológico; doenças sistêmicas relacionadas com possível impacto em saúde bucal.

Genograma Familiar

A Sra. P (27 anos), desde os dezessete anos vive com Sr. S e tem dois filhos: F (9 anos) e C (6 anos). Ela veio de uma família de nove filhos, com várias histórias de violência: drogadição, alcoolismo e, inclusive, assassinatos de dois irmãos. Foi a única filha do terceiro e último relacionamento da Sra. M, sua mãe, que morreu de cirrose hepática e seu pai tem paradeiro desconhecido. Ela freqüentou muito pouco a escola e não sabe assinar seu próprio nome. Aos dezessete anos ficou grávida, passando a morar com o Sr. S. Desde então parou de trabalhar fora.

O Sr. S sustenta a família como catador de papel. É muito ciumento, controla as amizades da Sra. P e impede que retome seus estudos. A família vive em precárias condições sócio-econômicas e de higiene, tendo como vizinhos a família do Sr. S (pais, irmãos e sobrinhos). A mãe do Sr. S apresentou tuberculose, com tratamento dificultado, pois a mesma recusava a rotina terapêutica, fazendo-se necessário que a equipe da US, através da Agente Comunitária de Saúde, realizasse o tratamento supervisionado diário. Todos da família apresentam uma certa resistência aos cuidados de saúde em geral e pouca aderência aos tratamentos. Foi através da abordagem da equipe de saúde bucal e atenção odontológica que a família passou a utilizar os serviços da US com maior freqüência.

Como já se conhecia bastante sobre a condição social e ambiental, por meio de cadastramento da área e do domicílio, uma nova aproximação foi utilizada, através do "Instrumento de Estudo de Famílias para Intervenção em Saúde Bucal".

A família, anteriormente, utilizava os serviços odontológicos apenas em situações de emergência. A Sra. P relata que desistiu de tratamentos continuados devido a uma experiência traumática anterior. A saúde bucal da família é bastante comprometida. A Sra. P necessitou de múltiplas exodontias de raízes residuais, e confecção de prótese total superior. Os

filhos também apresentavam alta atividade de doença cárie, com comprometimento em dentes permanentes. O Sr. S, apesar das contínuas abordagens pela equipe, apresenta resistência ao tratamento, não procurando o atendimento para seus problemas de cárie e doença periodontal.

Discutiu-se com a família uma abordagem promocional-terapêutica que incluiu orientação sobre métodos contraceptivos, noções básicas de higiene e auxílio a Sra. P, no sentido de trabalhar as barreiras advindas do ciúme excessivo de Sr. S, incentivando-a a retomar os estudos e a trabalhar fora, com vistas a resgatar a sua auto-estima. O caminho encontrado para não gerar crises familiares foi estimular também o Sr. S a retornar aos estudos, bem como a integração das crianças no Projeto Piá (projeto de educação e profissionalização de menores, visando tirá-los das ruas) e aos grupos de adolescentes da US, liberando a Sra. P de seus cuidados diários domésticos.

Atualmente, segundo a Sra. P, o relacionamento familiar está melhor porque estão dialogando mais. O Sr. S está mais carinhoso, diminuiu o ciúme e melhorou o companheirismo; também porque esteve adoentado, com suspeitas de tuberculose e, desta forma, ele reconheceu a importância dela ter emprego e assumir o provimento da família. O Sr. S parou de fumar, após integrar-se ao Programa de Tabagismo da US. A Sra. P está utilizado uma prótese total superior, embora não tenha concluído todo o tratamento reabilitador dela e dos filhos. Reconhece e valoriza a necessidade da seqüência do tratamento, inclusive porque isto foi determinante para conseguir emprego. O Sr. S, recentemente, manifestou interesse em procurar o atendimento oferecido pela US.

Através desta intervenção, a equipe percebeu que os resultados obtidos são frutos de uma série de fatores relacionados à família e a própria abordagem da equipe de saúde. Fatores como a história familiar, a compreensão dos problemas vividos pela família, o nível de aceitação e motivação para reavaliar as relações familiares e as possíveis mudanças, só foram compreendidos por meio de ferramentas relacionais utilizadas na abordagem.

Deve-se ter sensibilidade para respeitar o tempo da família, percebendo se ela está preparada e se está aceitando que sejam trabalhados sentimentos e atitudes que possam estar cristalizados em crenças ou determinados por fatores fora do controle dos membros da família. A equipe deve valorizar toda e qualquer melhora alcançada, pois por menor que possa parecer é sempre uma semeadura.

O processo possibilitou à equipe estabelecer vínculo com a família; conhecer a realidade em que vivem; observar em que estágio de desenvolvimento do ciclo de vida familiar eles estavam, bem como os problemas previsíveis para tal estágio; avaliar dinâmicas de interação familiar e estratégias de sobrevivência; promover a educação em saúde; e estabelecer uma proposta terapêutica.

Caso Familiar 3

Em 1997 conhecemos a família composta pelo pai Sr. JM (42 anos), a mãe Sra. J (34 anos), que é hipertensa, estava grávida e já possuía seis filhos: R, R, J, V, C, G. A Sra. J tinha ainda dois outros filhos do primeiro casamento que não moravam com ela. Também havia sofrido um aborto. O grande número de filhos e a hipertensão chamaram a atenção da equipe da Unidade de Saúde que, prontamente, começou a trabalhar com vistas ao planejamento familiar e controle da hipertensão, pois as evidências apontavam para estas necessidades urgentes. Todos os familiares também foram orientados sobre saúde bucal, principalmente no que diz respeito à dieta e hábitos e, posteriormente, encaminhados à atenção odontológica.

Com a aplicação das ferramentas Genograma, Ciclo de Vida e PRACTICE conseguimos abordar outras questões referentes àquele núcleo familiar, como o controle dominante que o Sr. JM exercia sobre a família pelo fato de ser o único provedor; a não aceitação da Sra. J em fazer uso de qualquer método anticoncepcional por questões religiosas e o relato da projeção de sua filha R (9 anos), que era de se casar o quanto antes para ter muitos filhos, seguindo o exemplo de sua mãe.

Mesmo com um acompanhamento periódico da equipe, a Sra. J engravidou do seu décimo primeiro filho no ano de 1998. O bebê, ao completar 6 meses de idade, foi trazido pela mãe à clínica odontológica, já que ela buscava retomar o tratamento odontológico de todos os seus familiares. A hipertensão da Sra. J era severa e se agravara. Prontamente foi encaminhada ao médico da US para avaliação. Quando voltamos a utilizar as ferramentas, descobrimos que a Sra. J estava fazendo uso de pílulas anticoncepcionais sem orientação médica pois relatava medo de engravidar e seu marido se recusava a usar preservativo. Foi observada interação medicamentosa entre o anti-hipertensivo e o anticoncepcional. Foi sugerido uso do DIU e, depois de mais algumas conversas, ela compreendeu que o uso do anticoncepcional poderia colocar em risco sua própria vida. Na realidade, o que a sensibilizou foi o fato de ela poder deixar desamparados seus filhos caso algo de mais sério ocorresse. No final de 1999 ela compareceu à US para a colocação do DIU. Logo em seguida, o Sr. JM comprou uma máquina da assar frango que poderia ser usada em casa, para aumentar a renda familiar.

Neste ano de 2001 não foi necessário retornarem para atenção ambulatorial, médica ou odontológica, pois de acordo com observações feitas nas visitas domiciliares de manutenção, pode-se constatar que a Sra. J está com o DIU e mantém corretamente o controle da sua hipertensão; todos os filhos estão com a saúde bucal mantida; a máquina de assar frango está sendo usada, gerando renda; todos os filhos freqüentam a escola e, o mais importante, a saúde mental e afetiva familiar se encontra preservada.

Caso Familiar 4

A Sra. R (28 anos) estava em seu quintal quando a equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde chegou para uma visita domiciliar. No primeiro momento ela ficou muito irritada com a presença daqueles profissionais em sua casa e, ali mesmo, levantou sua blusa mostrando uma cicatriz de cirurgia recente de retirada de uma de suas mamas.

Nos relatou todo o seu sentimento de perda, desgosto, sofrimento e insegurança, frente ao grave problema de saúde que estava enfrentando. Ela residia em Maringá (interior do Paraná) quando, depois de muito peregrinar de médico em médico, havia sido diagnosticado um câncer de mama. Em Maringá haviam dito que suas chances de sobrevivência eram muito reduzidas.

Ela e sua família (marido e três filhos) mudaram-se para Curitiba, em busca de tratamento no Hospital Erasto Gaertner. Em conseqüência dessa mudança, seu marido perdeu o emprego e ela, que era comerciante, vendeu sua loja, o que dificultou muito a condição financeira da família. Foi em meio a este momento familiar dramático que a equipe abordou a senhora R, tornando plenamente compreensível sua reação.

Após escutarmos toda sua história e darmos espaço para que ela pudesse diminuir um pouco suas angústias, conseguimos examinar os componentes da família. Todos estavam com necessidade de tratamento dentário, que foi realizado na Clínica Odontológica. O suporte inicial recebido e o tratamento humanizado geraram o vínculo que se estabeleceu em seguida entre a Sra. R e a equipe de saúde bucal. Este vínculo foi decisivo para o bom andamento do seu tratamento de câncer, pois a partir daquele contato ela passou a confiar no serviço prestado pela Unidade de Saúde e seguiu todas as orientações. Atualmente, a Sra. R foi dada como curada do câncer.

Hoje a família já está mais estabilizada financeiramente, sendo que ela montou uma loja em Curitiba e está voltando sua vida ao normal.

Comentários finais

Os casos familiares exemplificados permitem discutir os princípios de trabalho no Programa Saúde da Família ADDIN ENRef (146). O primeiro princípio é que o profissional de Saúde da Família é *hábil*. Mas esta habilidade não deve ser somente clínica; mais que isto, é preciso mostrar capacidade de desenvolver parcerias e comprometimento com o usuário, objetivando problematizar a realidade deste e aumentar sua competência para lidar com seus problemas. É notório que, nos exemplos trabalhados, buscou-se a valorização dos recursos familiares para o enfrentamento de seus problemas, sempre respeitando seus valores e entendimento sobre o modo de adoecer ou ter saúde.

Como segundo princípio vemos que o profissional de Saúde da Família é *fonte de recursos para uma população definida*, tendo responsabilidade como protagonista importante no sistema e saúde e com acesso e capacidade de manejo de recursos escassos, tais como a necessidade de referência a níveis mais complexos de atenção. Este princípio se evidencia em toda a atenção clínico-cirúrgica propiciada ao tratamento de JF (a criança fissurada), sendo que ela teve que ser encaminhada, mesmo não dispondo de recursos próprios para locomoção, e teve acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema, tanto na área médica quanto na área odontológica.

O terceiro princípio estabelece que a Saúde da Família é um campo interdisciplinar baseado na *comunidade*, seus integrantes têm o cuidado com a população de referência, nos diferentes contextos em que se apresentam, pois são de uma rede de relações de suporte. É visível que, desde a interferência da equipe de saúde em casos familiares, como os relatado, houve uma melhora significativa nas condições de vida dessas famílias. As diversas aproximações da equipe possibilitaram que seus membros desenvolvessem alternativas de superação dos problemas, de modo compatível com a sua realidade.

Como quarto princípio temos que *a relação equipe e família é o foco central do Programa Saúde da Família*. Há que se ter comprometimento com a causa do usuário em primeiro lugar. Há necessidade que os cuidados sejam contínuos ao longo do tempo e sempre devemos estar prontos a ouvir o usuário. Nossa relação com as famílias, nos casos descritos, é de estrema confiança mútua, o que permite conhecer aspectos de dinâmica familiar e comunitária, de modo ético, não invasivo e solidificando o vínculo e o compromisso da equipe com a saúde coletiva dos curitibanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, LM. A odontologia no contexto da Secretaria da Saúde no Estado do Paraná (Monografia). Curitiba, 1994. 64 p.

2. CURITIBA. Diretoria de Bem Estar Social. Diretoria de Medicina e Engenharia Sanitária. Plano Municipal de Saúde. Curitiba: PMC, 1964.

3. AMARANTE, LM. Flúor: benefícios e controvérsias dos programas de fluoretação no estado do Paraná (Monografia). Curitiba, 1992. 124 p.

4. DINIZ, J. Contribuição ao estudo do sistema incremental de atendimento odontológico (Tese de Doutorado). Salvador: UFBA, 1987. 320 p.

5. BRASIL. Ministério da Educação. Fundação de Assistência ao Estudante. Programa Nacional de Saúde do Escolar. Sistema incremental de atenção odontológica para escolares. Brasília: Lance Gráfica e Editora, s/d.

6. FREIRE, PS, LOURES OF. Organização de um programa dentário escolar. Revista da FSESP 1957;9(1):307-325.

7. UCHÔA, HW, SILVA AH, FREIRE PS. Planejamento do Serviço Dentário Escolar. Revista da FSESP 1966;12(2).

8. CHAVES, MM, FRANKEL, JM. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. Revista da FSESP 1952;5(2):469-484.

9. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Odontologia Social. Programa Integrado de Saúde do Escolar. Curitiba: PMC, 1973. (mimeog.).

10. PEDOTTI, MA, MOYSÉS, SJ. A história dos 20 anos de Atenção Primária à Saúde em Curitiba e outras "estórias". Divulgação em Saúde para Debate 2000(19):6-13.

11. WATERMAN, GE, KNUTSON, JW. Studies on dental care services for school children. First and second treatment series, Richmond, Indiana. Public Health Report 1953 (68):583-589.

12. WATERMAN, GE, KNUTSON, JW. Studies on dental care services for school children. Third and fourth treatment series, Richmond, Indiana. Public Health Report 1954(69):247-254.

13. WATERMAN, GE. The Richmond-Woonsocket studies on dental care services for school children. Journal of American Dental Association 1956(52):676-684.

14. LAW, FE, JOHNSON, CE, KNUTSON, JW. Studies on dental care services for school children. First and second treatment series, Woonsocket, R. I. Public Health Report 1953(68):1192-1198.

15. LAW, FE, JOHNSON, CE, KNUTSON, JW. Studies on dental care services for school children. Third and fourth treatment series, Woonsocket, R. I. Public Health Report 1955(70):402-409.

16. CHAVES, MM. Odontologia social. (2nd ed.). Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1977.

17. PINTO, VG. Saúde bucal; Odontologia social e preventiva. (1a. ed.) São Paulo: Santos, 1989.

18. PIRES FILHO, FM, PORTILLO, JAC, BERCHT, SMB. Módulo de serviço comunitário. Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS 1984;26:97-111.

19. MENDES, EV, MARCOS, B. Odontologia integral; bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológicas - A experiência do Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1985.

20. NARVAI, PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. (2a. ed.) São Paulo: Santos, 2002. 120 p.

21. BROWN, RH. Evidence of decrease in the prevalence of dental caries in New Zealand. Journal of Dental Research 1982;61(Special issue):1327-1330.

22. BECK, DV et al. Dental caries in New Zealand adolescents in 1962-64 and 1976. Journal of Dental Research 1979;58(51):1217.

23. RITCHIE GR, HOLLIS MJ. Dental health programmes for children and adolescents & Health expenditure in New Zealand. Auckland, NZ: 1978.

24. GEVAERD, S, GUSSO, D. A. Atenção odontológica para escolares no Brasil: demandas sociais, políticas públicas e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, IPEA, NESCO-PR, 1989. (mimeog.).

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: princípios, objetivos, prioridades. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989.23 p.

26. GUSSO, DA. A escola de 1º grau e o sistema para atenção odontológica no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fórum Internacional de Saúde Bucal, IV Encontro Nacional

de Coordenadores de Odontologia. Campo Grande: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989:85-89.

27. LOCKER, D. Measuring social inequality in dental health services research: individual, household and area-based measures. Community Dental Health 1993;10:139-150.

28. LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health. Community Dent Oral Epidemiol 1997;25:199-203.

29. SLADE, GD. ed. Measuring oral health and quality of life. 1st ed. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. 160 p.

30. MOYSÉS, SJ. A construção de uma odontologia orgânica à população: Programa da Comunidade Parigot de Souza. Curitiba: Secretaria da Saúde de Curitiba, 1987. (mimeog.).

31. SHEIHAM, A, MOYSÉS, SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: BUISCHI, YP. ed. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. 1a. ed. São Paulo: Artes Médicas/APCD, 2000:23-37.

32. SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO VG ed. Saúde bucal coletiva. 4a. ed. São Paulo: Santos, 2000:223-250.

33. MOYSÉS, ST. The impact of health promoting policies in schools on oral health in Curitiba, Brazil (Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy of University of London). London: University College London, 2000. 361 p.

34. WERNECK, MAF, FERREIRA, RC. Tecnologia em saúde bucal. In: Pinto VG, ed. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2000:276-291.

35. PAIM, JS. Saúde, crise e reformas. (1a. ed.) Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986.

36. TARIMO, E, WEBSTER, EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Geneva: Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization, 1997.

37. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Implementation of the global strategy for Health for All by the Year 2000: Second evaluation. Eighth report on the World Health situation. Geneva: World Health Organization, 1993.

38. PEDOTTI, MA. A vaca sagrada X o caleidoscópio. Divulgação em Saúde para Debate 1992(8):67-68.

39. LEONARDI, LJ, SIMÃO, MG, SHIMAZAKI, ME. Atenção à demanda. Divulgação em Saúde para Debate 1992(8):34-36.

40. TESTA, M. Pensar en salud. Buenos Aires: OPS/OMS, 1989.

41. GIACOMINI, CH. Descentralização e Distritos Sanitários: aproximação ao deslocamento de poder no processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Dissertação de mestrado). Londrina: UEL, 1994. 254 p.

42. MOYSÉS, SJ et al. Modelo da integralidade substitui paradigma curativo-restaurador. Divulgação em Saúde para Debate 1992(8):39-43.

43. MOYSÉS, SJ. Reformar opiniões. Divulgação em Saúde para Debate 1992(8):26-30.

44. KRIEGER, N. Sticky webs; hungry spiders; buzzing flies; and fractal metaphors: on the misleading juxtaposition of "risk factor" versus "social" epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health 1999;53:678-680.

45. BECK, JD, WEINTRAUB, JA, DISNEY, JA et al. University of North Carolina caries risk assessment study: comparisons of high risk prediction, any risk prediction, and any risk etiologic models. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1992;20:313-321.

46. BUNTON, R, NETTLETON, S, BURROWS, R eds. The sociology of health promotion; critical analyses of consumption, lifestyle and risk. 1st ed. London, New York: Routledge, 1995. 253 p.

47. FORDE, OH. Is imposing risk awareness cultural imperialism? Social Science and Medicine 1998;47(9):1155-1159.

48. HAYES, MV. On the epistemology of risk: language, logic and social science. Social Science and Medicine 1992;35(4):401-407.

49. KOGEVINAS, M. The loss of the population approach puts epidemiology at risk. Journal of Epidemiology and Community Health 1998;52:615-616.

50. NETTLETON, S, BUNTON, R. Sociological critiques of health promotion. In: BUNTON, R, NETTLETON, S, BURROWS, R eds. The sociology of health promotion; critical analysis of consumption, lifestyle and risk. London: Routledge, 1995: 41-58.

51. STREINER, DL, NORMAN, GR. PDQ epidemiology. (2nd ed.) St. Louis, Baltimore, Boston, Carlsbad, Chicago, Naples, New York, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Mexico City, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto, Wiesbaden: Mosby, 1996.

52. HABICHT, JP, VICTORA, CG, VAUGHAN, JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. International Journal of Epidemiology 1999;28:10-18.

53. VICTORA, CG. Epidemiologia na avaliação de impacto de programas (Conferência). In: ABRASCO, ed. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia – A epidemiologia na Promoção de Saúde. Curitiba: ABRASCO, 2002.

54. CAMPOS, RTO. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. Ciência & Saúde Coletiva 2001;6(1):197-207.

55. MOYSÉS, SJ. O conceito de promoção de saúde na construção de sistemas de atenção em saúde bucal coletiva. In: Kriger L, ed. Promoção de saúde bucal. 1a. ed. São Paulo: ABOPREV, Artes Médicas, 1997:373-407.

56. WANDERSMAN, A, VALOIS, R, OCHS, L, DE LA CRUZ, DS, ADKINS, E, GOODMAN, RM. Toward a social ecology of community coalitions. American Journal of Health Promotion 1996;10(4):299-307.

57. KICKBUSCH, I, O'BYRNE, D. Community as the focus for health and health changes. Promotion & Education 1995;II:17-20.

58. SCHULTZ, AJ, ISRAEL, BA, ZIMMERMAN, MA, CHECKOWAY, BN. Empowerment as a multilevel construct: perceived control at the individual, organizational and community level. Health Education Research 1995;10(3):309-327.

59. BUTTERFOSS, FD, GOODMAN, RM, WANDERSMAN, A. Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation, and planning. Health Education Quarterly 1996;23(1):65-79.

60. COHEN, AP. The symbolic construction of community. (1st ed.) London, New York: Routledge, 1985. 128 p.

61. MOXLEY, RL. Proctor C. Community solidarity, political competitiveness, and social rigidity: relationships with social health services. Rural Sociology 1995;60(2):310-322.

62. HAWE, P. Capturing the meaning of "community" in community intervention evaluation: some contributions from community psychology. Health Promotion International 1994;9(3):199-210.

63. RIVERA, FJU. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. (1a. ed.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 213 p.

64. CAMPOS, GWS, MERHY, EE, NUNES, ED. Planejamento sem normas. São Paulo: HUCITEC, 1989. 134 p.

65. TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. 306 p.

66. MOYSÉS, SJ, OLIVEIRA, CA, D'ANGELIS, MA, PACIORNIK, EF. A construção social do Distrito Sanitário. In: DUCCI, L, PEDOTTI, MA, SIMÃO, MG, MOYSÉS, SJ eds. Curitiba – A saúde de braços abertos. 1a. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2001:21-32.

67. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projeto GERUS. Brasília: Representação da OPAS no Brasil, 1994.

68. BERTUSSI, DC, SCUCATO, R, MOYSÉS, SJ, PETRIS, SM, MARTINS, VL. Implantação do Projeto GERUS na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – Paraná. Revista Espaço para a Saúde 1996;5(5):48-56.

69. MENDES, EV ed. A organização da saúde no nível local. 1a ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. 359 p.

70. MENDES, EV. Os grandes dilemas do SUS: tomo I. (1a ed.) Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144 p.

71. MATTOS, RA. Desenvolvimento de recursos humanos e mudança organizacional. Rio de Janeiro: LTC/ANFUP, 1985.

72. CHIAVENATO, I. Gerenciando pessoas; o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books, 1992. 136 p.

73. NARVAI, PC. Recursos humanos para promoção da saúde bucal. In: KRIGER, L. ed. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas/ABOPREV, 1997:449-463.

74. CURITIBA. Diretoria de Bem Estar Social. Assistência odonto-sanitária a escolares, normas e instruções. Curitiba: PMC, 1972. (mimeog.).

75. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Odontologia Social. Enfoque normativo-estratégico de programação odontológica. Curitiba: SMS, 1989. (mimeog.).

76. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Projeto de profissionalização de pessoal de nível médio na SMS-Curitiba; Curso Técnico em Higiene Dental. Curitiba: SMS, 1992. (mimeog.).

77. CAMARGO, AL, MOYSÉS, SJ. A saúde bucal no município de Curitiba. Divulgação em Saúde para Debate 1996(13):54-62.

78. PARANÁ. Conselho de Estado da Educação. Parecer nº 25/93. Projeto de operacionalização da metodologia do currículo integrado para o curso de 2º grau supletivo, função suplência profissionalizante de Técnico em Higiene Dental. Curitiba: CEE, 1993. (mimeog.).

79. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto de saúde bucal. Curitiba: SMS, 1996. (mimeog.).

80. FRAZÃO, P. Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate 1994(42):30-35.

81. LAST, JM ed. A dictionary of epidemiology. 3rd ed. New York, Oxford, Toronto: Oxford University Press, 1995. 180 p.

82. ENGELS, F. The condition of the working-class in England. London: Granada Publishing Ltd., 1969. 336 p.

83. ROSEN, G. Uma história da saúde pública. (1a. ed.) São Paulo: HUCITEC, Editora UNESP, ABRASCO, 1994. 423 p.

84. CAMERON, D, JONES, IG. John Snow, the Broad Street pump and modern epidemiology. International Journal of Epidemiology 1983;12(4):393-396.

85. VANDENBROUCKE, JP, ROODA, HME, BEUKERS, H. Who made John Snow a hero? American Journal of Epidemiology 1991;133(10):967973.

86. KEYES, PH. Recent advances in dental caries research. Bacteriology. International Dental Journal 1962;12(4):443-464.

87. NEWBRUN, E. Cariology. Chicago: Quintessence Publishing Co., 1989. 326 p.

88. UNIVERSITY OF CALIFORNIA AT LOS ANGELES (UCLA). John Snow. Los Angeles, CA: UCLA, Department of Epidemiology, School of Public Health, 2002: available at URL: http://www.ph.ucla.edu/epi/snow.html, 05/02/2002.

89. ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia sem números; uma introdução crítica à ciência epidemiológica. (1a. ed.) Rio de Janeiro: Campus, 1989. 108 p.

90. BREILH, J, GRANDA, E. Epidemiologia y contrahegemonia. Social Science and Medicine 1989;28(11):1121-1127.

91. SUSSER, M. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. American Journal of Public Health 1996;86(5):668-673.

92. MORABIA, A. Epidemiology and bacteriology in 1900: who is the handmaid of whom? Journal of Epidemiology and Community Health 1998;52:617-618.

93. MACMAHON, B. Trichopoulos D. Epidemiology; principles and methods. (2nd ed.) Boston, New York, Toronto, London: Little, Brown and Company, 1996. 347 p.

94. USA. The epidemiology of dental disease; collected papers of Henry Klein 1937-1947. Pennsylvania: Federal Security Agency, Public Health Service, Division of Public Health Methods, 1948.

95. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Oral health surveys: basic methods. (4th ed.) Geneva: World Health Organization, 1997. 66 p.

96. ALMEIDA FILHO, N, ROUQUAYROL, MZ. Introdução à epidemiologia moderna. (1a. ed.) Salvador, Rio de Janeiro: APCE/ABRASCO, 1990. 223 p.

97. MUNIZ, A. Relatório dos levantamento do índice de prevalência da cárie dentária nos escolares de Curitiba, em 1958 e 1962. Curitiba: Secretaria de Saúde Pública do Paraná, Departamento de Saúde, Serviço de Higiene Dentária, 1963. (mimeog.).

98. MUNIZ, A. Assistência odontológica escolar em Curitiba. Curitiba: Secretaria de Saúde Pública do Paraná, Departamento de Unidades Sanitárias, Serviço de Odontologia Sanitária, 1964. (mimeog.).

99. MUNIZ, A. Prevalência da cárie dentária em escolares de Curitiba expostos a água fluoretada 1958-1968. Curitiba: Secretaria de Saúde Pública do Paraná, Departamento de Unidades Sanitárias, Serviço de Odontologia Sanitária, 1969. (mimeog.).

100. MUNIZ, A, RIBEIRO, WL, BIANCHETTI, J. Inquérito epidemiológico da cárie dental na comunidade escolar de Curitiba, 1969. Curitiba: Secretaria de Saúde Pública do Paraná, Departamento de Unidades Sanitárias, Serviço de Odontologia Sanitária, 1969. (mimeog.).

101. CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Departamento de Desenvolvimento Social. Divisão de Odontologia Sanitária. Prevalência de cárie dental em escolares de 6 a 12 anos. Curitiba:, 1981. (mimeog.).

102. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Divisão de Odontologia Social. Programa de saúde bucal. Curitiba: SMS, 1986. (mimeog.).

103. BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal; Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

104. MOYSÉS, SJ. Estudo epidemiológico da cárie dentária em população pediátrica coberta pela programação odontológica da DOS/DAS – SMS Curitiba. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Assistência à Saúde, Divisão de Odontologia Social, 1989. (mimeog.).

105. PINTO, VG. Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos: Brasil, 1993. Brasília: SESI, Serviço Social da Indústria, 1993.

106. BARTH, LM, MOYSÉS, SJ, FERREIRA, VLA, SILVA, MAL, NASCIMENTO, AC. Planejamento de um levantamento epidemiológico de saúde bucal; Manual de Orientação. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, Secretaria Municipal da Saúde, Departamento de Epidemiologia e Saúde, Divisão de Diagnóstico em Saúde & Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1994, (mimeog.).

107. BRASIL. Levantamento epidemiológico em saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Bucal, 1996.

108. MOYSÉS, SJ, FERREIRA, VLA. Levantamento epidemiológico da cárie dentária em Regionais de Saúde de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 1996. (mimeog.).

109. WITT, MCR. Pattern of caries experience in a 12-year-old Brazilian population related to socioeconomic background. Acta Odontologica Scandinava 1992;50:25-30.

110. MOYSÉS, SJ. Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to "healthy cities" policies in Curitiba, Brazil (PhD Thesis). London: University College London, 2000. 386 p.

111. ABRASCO. III Plano Diretor para desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000-2004. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. (mimeog.).

112. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health for All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1977.

113. UNICEF. Fundo das Nações para a Infância. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF – Brasil, 1979.

114. UNITED NATIONS (UN). Agenda 21. Rio de Janeiro: The Regency Press Corporation, 1992.

115. BARROS, E. Saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável: subsídios para a preparação do Plano Nacional de Ação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

116. SOUZA, MF. Saúde, ambiente e desenvolvimento: reflexões sobre a experiência da Conferência Pan-americana de Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável (COPASAD). Ciência & Saúde Coletiva 1998;3(2):33-45.

117. TAMBELLINI, AT, CÂMARA, VM. A temática e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva 1998;3(2):47-59.

118. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Saúde Ambiental. Saúde ambiental. Curitiba: 1999. (mimeog.).

119. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Saúde Ambiental. Diagnóstico situacional da área de saúde ambiental. Curitiba: 1999. (mimeog.)

120. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Saúde Ambiental. Programa de Avaliação Sanitária de Estabelecimentos de Saúde (PASES). Odontologia. Curitiba: SMS, 1998. (mimeog.).

121. MMWR. Achievements in public health, 1900-1999: fluoridation of drinking water to prevent dental caries. Morbidity and Mortality Weekly Report 1999;48(41):933-940.

122. McDONAGH, MS, WHITING, PF, WILSON, PM et al. Systematic review of water fluoridation. British Medical Journal 2000;321(7265):855-859.

123. BURT, BA, KEELS, MA, HELLER, KE. The effects of a break in water fluoridation on the development of dental caries and fluorosis. Journal of Dental Research 2000;79(2):761-769.

124. LOCKER, D. Benefits and risks of water fluoridation: an update of the 1996 Federal-Provincial Sub-committee Report. Toronto: Public Health Branch, Ontario Ministry of Health. University of Toronto, 1999.

125. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. MMWR 2001;50 (Nº RR-14):59.

126. MOYSÉS, SJ et al. Fluorose dental: ficção epidemiológica? (no prelo, submetido à Revista Pan-americana de Saúde Pública 2002).

127. NHS. Center for Revision and Dissemination, University of York. Dental restoration: what type of filling? Effective Health Care. Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers 1999;5(2).

128. THOMAZ, M. Políticas de saúde no Brasil – Caminhando rumo ao Distrito Sanitário (monografia de Especialização). Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1997.

129. DUCCI, L. Apresentação. In: CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde, ed. Manual de Práticas Odontológicas. Curitiba: SMS, 1999. (mimeog.).

130. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 1998. Acesso e uso de serviços de saúde. Brasília: IBGE, 1998.

131. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de boca. Rio de Janeiro: available at URL:http://www.inca.org.br/cancer/tipos/boca.html, 25/04/2002.

132. Instituto do Coração (INCOR). São Paulo: available at URL: http://www.incor.usp.br/welcome.htm, 25/04/2002.

133. PIRES FILHO, FM. A construção interativa do saber e do fazer acadêmicos: o desafio da prática odontológica integral (Tese de doutoramento). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 1995. 262-272 p.

134. MENDES, EV. Território: conceitos chave. In: MENDES, EV ed. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993:166-169.

135. ANNET, H, RIFKIN, SB. Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs: a focus on health improvements for low-income urban and rural areas. Geneva: World Health Organization, 1995.

136. KIELMANN, AA, JANOVSKY, K, ANNETT, H. Assessing district health needs, services and systems: protocols for rapid data collection and analysis. (1st ed.) London, Basingstoke: MacMillan Education Ltd., 1991. 172 p.

137. SOUZA, DS. A saúde bucal e sua inserção no Sistema Único de Saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate 1996 (13):83-89.

138. CORDÓN, J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Cadernos de Saúde Pública 2001;13(3):557-563.

139. GARRAFA, V, MOYSÉS, SJ. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. Divulgação em Saúde para Debate 1996(13):17.

140. MOYSÉS, SJ. Modelo da integralidade substitui paradigma curativo-restaurador. Divulgação em Saúde para Debate 1992(8):39-43.

141. CAMPOS, GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. (1a. ed.) São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.

142. FRANCO, TB, MERHY, EE. PSF: contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. Universidade de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1999. (mimeog.).

143. FRANCO, TB, MERHY, EE. PSF: contradições e novos desafios. Campinas, Brasília: Conferência Nacional de Saúde on-line: available at URL: http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm, 29/12/1999.

144. ROMANÓ JUNIOR, D. Programa de Saúde da Família & Sistema Único de Saúde. Boletim Informativo do Núcleo de Estudos em Saúde da Família 2000 Jul/Dez:02.

145. CAMPOS, GWS, CHAKOUR, M, SANTOS, RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública 1997;13(1):141-144.

146. McWHINNEY, IR. Manual de medicina familiar. (1a. ed.) Lisboa: Inforsalus, 1994. 335 p.

147. SHARPE, S, MAUTHNER, M, FRANCE-DOWSON, M. Family health: a literature review. London: HEA, 1996.

148. MACINTYRE, S. The effects of family position and status on health. Social Science and Medicine 1992;35(4):453-464.

149. BAUMAN, KJ. Shifting family definitions: the effect of cohabitation and other nonfamily household relationships on measures of poverty. Demography 1999;36(3):315-325.

150. KLEIN, DM, WHITE, JM. Family theories; an introduction. (1st ed.) London: Sage Publications, 1996. 294 p.

151. RODGER, JJ. Family life & social control: a sociological perspective. (1st ed.) London: Macmillan, 1996. 229 p.

152. MOYSÉS, SJ, CZECZKO, NG, MOYSÉS, ST et al. A equipe de saúde multiprofissional nos programas de saúde da família. Revista Médica do Paraná 1999;57(1/2):1-7.

153. WILSON, L, WAGNER, THL eds. Trabalhando com famílias; livro de trabalho para residentes. 1a. ed. Curitiba: Prefeitura de Curitiba/Secretaria Municipal da Saúde, 2000. 49 p.

154. COPELAND, AP, WHITE, KM. Studying families. (1st ed.) London: Sage Publications, 1991. (Applied Social Research Method Series; vol 27).

155. CAMPOS, RHF ed. Psicologia social comunitária; da solidariedade à autonomia. 4a. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 179 p.

156. VASCONCELOS, EM. A priorização da família nas políticas de saúde. Saúde em Debate 1999;23(53):6-19.

157. REDE UNIDA. Relatório da Oficina de Sistematização sobre modelo de atenção. Londrina: Rede Unida, 2001.

158. MENDES, EV. Uma agenda para a saúde. (2a. ed.) São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

159. MENDES, EV. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. (1st ed.) Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176 p.

160. NUNES, ED ed. Juan Cesar Garcia: pensamento social em saúde na América Latina. 1a. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 238 p.

161. NUNES, ED. ed. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. 1a. ed. São Paulo: Global, 1983. 205 p.

162. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

163. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Associação Brasileira de Escolas Médicas, Faculdade de Medicina de Petrópolis. Seminário: "a formação do médico de família". Petrópolis, RJ: Faculdade de Medicina de Petrópolis, 1973.

164. PAIM, JS. Medicina no Brasil: de movimento ideológico a ação política. Salvador: UFBA/ISC, 1985. (mimeog.).

165. CAMPOS, GWS. Os médicos e a política de saúde. (1a. ed.) São Paulo: Hucitec, 1988. 214 p.

166. MENDES, EV. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. (1a. ed.) Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

167. CAMPOS, GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1991. 175 p.

168. STARFIELD, B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

169. EVANS, RG, BARER, ML, MARMOR, TR eds. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. 1st ed. New York: Aldine de Gruyter, 1994. 378 p.

170. MARMOT, M, WILKINSON, RG eds. Social determinants of health. 1st ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 1999. 291 p.

171. TRAD, LAB, BASTOS, ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Pública 1998;14(2):429-435.

172. OLIVEIRA, MCFA. Family change and family process: implications for research in developing countries. In: BERQUO E, XENOS P eds. Family systmes and cultural change. Oxford: Claredon Press, 1992:201-214.

173. PRATT, L. The support functions of the family. In: BADURA, B, KICKBUSCH, I eds. Health promotion research; towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO/Europe, 1991:229-250. (WHO Regional Publications ES, nº 37)

174. PERRY, CL, KELDE, SH, LOMRO, KA. The social world of adolescents: family, peers, schools, and community. In: MILLSTEIN, SG, PETERSEN, AC, NIGHTINGALE, EO eds. Promoting the health of adolescents. Oxford: Oxford University Press, 1993:73-96.

175. BIRCH, S, STODDART, G, BELAND, F. Modelling the community as a determinant of health. Hamilton, Ontario: McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis, 1997.

176. HANCOCK, T. Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. Health Promotion International 1993;8(1):41-47.

177. BRANNEN, J, DODD, K, OAKLEY, A, STOREY, P. Young people, health and family life. London: Open University Press, 1994.

178. CRESSON, G, PITROU A. The role of the family in creating and maintaining healthy lifestyles. In: BADURA, B, KICKBUSCH, I eds. Health promotion research; towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO/Europe, 1991:213-227. (WHO Regional Publications ES, nº 37).

179. ELL, K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. Social Science and Medicine 1996;42(2):173-183.

180. GRAHAM, H. Women, health and the family. Brighton: Wheatsheaf Books LTD, 1984.

181. HOGG, C, BARKER, R, McGUIRE, C. Resource reviews: Health Promotion and the Family. Health Promotion International 1997;12(3):259-260.

182. HOLLAND, J, MAUTHNER, M, SHARPE, S. Family matters: communicating health messages in the family. London: Health Education Authority (HEA), 1996.

183. INGLEHART, MR, TEDESCO, LA. The role of the family in preventing oral diseases. In: COHEN, LK, GIFT, HC eds. Disease prevention and oral health promotion; socio-dental sciences in action. Copenhagen: Munksgaard, 1995:271-305.

184. McLANAHAN, S. Family structure and the reproduction of poverty. American Journal of Sociology 1985;90(4):873-901.

185. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health education in the family. Gunzburg, Germay: WHO/Europe, 1987.

186. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. In: Rede Unida, Fundação Kellogg, ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000: 84 p.

187. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. 1a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000: 65 p.

188. CANADA. The College of Family Physicians of Canada. Four principles of family medicine. Toronto: available at URL: http:www.cfpc.ca/four.htm, 15/09/1999.

189. TALBOT, YR. Family system medicine. Toronto: Publicola Reg'd, 1991.

190. DEACON, SA. Intercountry adoption and the family life cycle. American Journal of Family Therapy 1997;25(3):245-260.

191. FRAMO, JL. The family-life cycle – impressions. Contemporary Family Therapy 1994;16(2):87-117.

192. GELLERSTEDT, ME, LEROUX, P. Beyond anticipatory guidance-parenting and the family-life cycle. Pediatric Clinics of North America 1995;42(1):65-78.

193. JORDAN, JR, KRAUS, DR, WARE, ES. Observations on loss and family development. Family Process 1993;32(4):425-440.

194. LAIRD, J. Family-centered practice in the postmodern era. Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services 1995;76(3):150-162.

195. MOORE, A, STAMBROOK, M, PETERS, L. Centripetal and centrifugal family-life cycle factors in long-term outcome following traumatic brain injury. Brain Injury 1993;7(3):247-255.

196. NEWBY, NM. Chronic illness and the family life-cycle. Journal of Advanced Nursing 1996;23(4):786-791.

197. GRAVES, RC, DISNEY, JÁ, STAMM, JW, ABERNATHY, JR, BOHANNAN, HM Physical and environmental risk factors in dental caries. In: BADER, JD ed. Risk assessment in dentistry. 1st ed. Chapel Hill: University of North Carolina, Ecology, 1990:37-47.

198. AYRES, JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: HUCITEC, 1997. 327 p.

199. ALMEIDA FILHO, N. A clínica e a epidemiologia. (1a. ed.) Salvador - Rio de Janeiro: APCE/ ABRASCO, 1992. 164 p.

200. BAUM, F, SANDERS, D. Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? Health Promotion International 1995;10(2):149-159.

201. ROSE, G. Sick individuals an sick populations. International Journal of Epidemiology 1985;14(1):32-38.

202. SHEIHAM, A. Challenging the paradigms. What explains the caries decline? In: GUGGE-NHEIM, B, KARGER, S eds. Oral biology at the turn of the century: misconceptions, truths challenges and prospects. 1st ed. Basel: 1998:32-42.

203. SCHOU, L, BLINKHORN, AS eds. Oral health promotion. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 1993. 277 p.

POSFÁCIO

Notas Sobre um Título Estranho para Não-Curitibanos

Em qualquer parte que se vá, os nomes dos lugares sempre motivam desde a curiosidade laica até estudos históricos, semiológicos, antropológicos. Em Curitiba também. Há até uma coleção de textos históricos em Curitiba, em cuja apresentação se lê: "*...esta publicação, seguindo uma tendência mundial, fortifica o bairro, a vizinhança, valorizando suas tradições, seu comércio, sua cultura, seus costumes e sua alma*".

Curitiba tem 75 bairros, referidos em verso, em prosa e em publicações tais como os estudos técnicos que são realizados pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), ou as memórias da Casa Romário Martins.

Muitas vezes o folclore, a ficção e a história real se confundem, quanto à origem dos nomes, com as motivações que os criaram. É o caso do bairro Bacacheri, o antigo 'Parque Inglez', onde se conta que o imperador Pedro II teria descansado em 23 de maio de 1880, da visita que fez às colônias Argelina e Santa Cândida. Sentado no banco dos campos do *Bacachery,* saberia ele do caso do espanhol (ou seria francês?) dono da *Vaca Chéry*?

Assim é com o nome do bairro Juvevê, *"...uma corrupção da palavra Yubebã que significa, em língua abanhaem, espinho chato, ou ainda rio do fruto espinhoso"*. E quanto ao bairro Batel, que tanto poderia ser a *"...corruptella do nome de um dos moradores desse suburbio de Curityba, que se chamava Bathé?"* ou seria devido ao *"...mulato bahiano Torquato Paulino Nogueira, folgazão e pernostico, que exercia a profissão de alfaiate e, porque sua profissão não lhe desse o suficiente recurso para sustentar a família, teve a ideia de preparar uma bella embarcação, ornamentada com vistosos galhardetes e bandeiras - um exentrico e vistoso Batél - com o que vendia quitandas, gallinhas recheiadas, leitões assados e recheiados, pasteis, croquetes e tudo mais que se podia desejar..."*

A analogia do nome do bairro Boqueirão com o tema objeto deste livro é óbvia. Por isto, homenageia-se este singular bairro de Curitiba, cujo nome parece provir *"(...) da fazenda, de mesmo nome, que ocupava aproximadamente 1.000 alqueires na região."* A imensa planície encharcada, berço verde do grande rio Iguaçu, tornou-se importante área da cidade, sediando em 1995 uma reunião da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre assentamentos humanos, no Dia Mundial do Habitat. Boqueirão é também o nome de um dos oito Distritos Sanitários de Curitiba. Como sinal de sua influência, permitiu nomear outro bairro, o Alto Boqueirão. Curitiba não tem o Baixo Leblon, mas tem o Alto Boqueirão!

Já a Boca Maldita não é um bairro, embora seja um 'território' simbólico. É um lugar central no calçadão da Rua das Flores, onde se respira a vida política de Curitiba. A Boca é um 'estado de espírito' curitibano, tornando-se também uma confraria com seus respectivos 'cavaleiros da Boca'.

Curitiba tem também bocas poéticas, bocas prosaicas, bocas infames, bocas sedutoras, bocas que se abrem para a maledicência, bocas que se fecham para o além, bocas que beijam, bocas que comem e bocas que nem tanto... Tantas bocas cidadãs que se pretende sejam mais saudáveis também. Pretensão fundada nas várias políticas públicas que se multiplicam nos vários bairros e espaços onde pulsa a vida da cidade e de seus habitantes.

Uma das bocas malditas e poéticas de Curitiba, a de Paulo Leminski, cultivou o hábito lúcido-louco de cantar a cidade e seus habitantes usando o haicai, ou então, numa espécie de metalinguagem, falando de outras cidades, de outras gentes, desde esta pequena província-cosmopolitana de Nossa Senhora da Luz dos Pinhais. Como nos versos:

pariso
novayorquizo
moscoviteio
sem sair do bar

só não levanto e vou embora
porque tem países
que eu nem chego a madagascar

Quando morto, Leminski foi homenageado postumamente pelo paulistano concretista Augusto de Campos, por meio de uma referência a grandeza provinciana, quase várzea mundana, de seu bairro polaco, o Pilarzinho:

"Curitiba, Pilarzinho do mundo".

Quanto ao nome Pilarzinho, ele não aparece no título deste livro: *"O bairro do Pilarzinho, quase todo silvoso, recebeu este nome em virtude de existir uma ermida consagrada a Nossa Senhora do Pilar... a igreja antiga, fundada em 1782, toda de barro, lenha e capim... construção tão antiga que não pudemos aproveitar nem o telhado".*

Contudo, concordando com o poeta concretista e as reminiscências históricas, os pilares do nosso mundo talvez não dependam tanto da permanência das obras físicas, quanto da permanência das idéias, da centelha de vida que pulsa em cada um de nós e faz brotar, da inteligência e trabalho de várias gerações, um futuro mais humano. Este é o espírito deste livro.

Samuel Jorge Moysés

Abril de 2002

texto do cebes (falta)

A Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná é uma entidade de direito privado que ampara a pesquisa científica e tecnológica e a formação de recursos humanos no Estado do Paraná. Para isto, a Fundação conta com programas de apoio à pesquisa básica e aplicada, promoção de intercâmbio de pesquisadores e disseminação científica. Os recursos financeiros utilizados pela Fundação têm origem no Fundo Paraná, que destina 2% da receita tributária do Estado ao desenvolvimento científico e tecnológico.

Fundação Araucária
Av. Comendador Franco, 1341 CIETEP
Jardim Botânico 80215-090 Curitiba PR
Telefones: (41) 218-7803 e 218-7752
E-mail: araucaria@setl.gov.br
Site: www.setl.gov.br/araucaria