



Boletim do Instituto de Saúde
Nº 43 – Dezembro de 2007
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



SAÚDE BUCAL



Sumário

❖ Editorial.....	1
❖ Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva: uma estratégia para integração de serviços	3
❖ A Saúde Bucal nos Municípios da DIR V –Osasco: a experiência do Comitê de Saúde Bucal da região	6
❖ Formação para a Clínica Ampliada de Saúde Bucal: uma proposta metodológica (e mudança de olhar)	10
❖ Curso de Clínica Ampliada de Odonto-estomatologia para Cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde –SUS: monitoramento de resultados após um ano	15
❖ A Política como Necessidade: pensando a participação popular na saúde	22
❖ Espaços Coletivos: I Encontro Popular de Saúde de Osasco e região na perspectiva do apoderamento e da co-gestão	24
❖ I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região - Carta de Osasco	28
❖ Conselhos Municipais de Saúde de Osasco e Região: identificação de perfil, controle social e formulação de políticas para o SUS	29
❖ Estudo Comparativo entre Tendências de Gastos Públicos Municipais em Saúde e Indicadores de Saúde Bucal na Antiga DIR V - Osasco (2000-2004)	32
❖ Formação de Gestores para o SUS, Novas Abordagens e Novas Possibilidades de Interlocução: a experiência do curso de formação de coordenadores de Saúde Bucal em co-gestão para o SUS	36
❖ Relatório Científico do “Observatório de Saúde Bucal Coletiva”: comentários críticos e reflexões úteis ao Serviço Público Odontológico	40

BIS – Boletim do Instituto de Saúde
Nº 43 – Dezembro de 2007
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529

Publicação Quadrimestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2.000 exemplares
Rua Santo Antônio, 590 –Bela Vista
Cep: 01314-000 São Paulo - SP
E-mail: editora@isaude.sp.gov.br
Home page: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo:
Luiz Roberto Barradas Barata

Coodenadora de Ciência, Tecnologia
e Insumos Estratégicos em Saúde:
Maria Cecília Marchese da Mota Azevedo Correa

Diretor do Instituto de Saúde:
Otávio Azevedo Mercadante

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde:
Cláudia Valencia Montero

Expediente:

Editor Responsável: *Luiz Vicente Souza Martinos*

Comissão Editorial: *Lenise Mondini; Marisa Feffermann; Olga Sofia F. Alves; Regina Figueiredo; Sandra M. T. Greger; Silvia Bastos*

Colaboradores desta Edição:

Carlos Butazzo; Carolina Rogel Souza; Fabiana Schneider Pires; Fausto Souza Martino; Luiz Antonio Cherubini Carvalho; Luiz Vicente Souza Martino; Maria Aparecida de Oliveira; Rebeca Silva Barros.

Revisão e Normalização Bibliográfica:
Carmen Paulenas; Ana Maria da Silva

Revisão de Texto:
Marcelo Rouanet

Edição Final:
Dulce Rocha

Apoio Logístico:
Área de Comunicação - IS

Responsável Administrativa:
Vânia Feres

Divulgação: *Núcleo de Documentação e Informação - IS*

Capa: Keith Horing, Untitled, 1989, enamel and acrylic on canvas.

Arte final, CTP, Impressão e Acabamento:
Páginas & Letras Editora e Gráfica Ltda.

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições.
Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Luiz Vicente Souza Martino¹

**“A luta para a construção de uma prática pública
que incorpore e inclua a cidadania de todos e todas
como sua premissa básica - onde igualdade é um ponto
de partida e não um objetivo eventual e místico -
não é um sonho”²**

Em 2008, a Constituição Federal que abriu caminho para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), completa 20 anos. Neste contexto de profícuas lutas e motivo de justa satisfação, onde também completa 20 anos a divulgação do pequeno texto mimeografado - o hoje famoso marco teórico (Saúde Bucal Coletiva³) -, é que pela primeira vez o Boletim do Instituto de Saúde (BIS), em seu 43º número, tem como tema central a Saúde Bucal Coletiva. Mais precisamente, o Projeto “Observatório de Saúde Bucal Coletiva - construindo a cidadania na saúde”, que nasceu no próprio Instituto de Saúde da SES-SP entre reflexões e debates do Grupo de Estudos de Clínica Odontológica, lá pelos idos de 2003.

O Projeto, aprovado e financiado pelo CNPq, teve como seu território de observação a região da extinta Direção Regional de Saúde (DIR) V de Osasco - hoje pertencente ao Departamento Regional de Saúde (DRS) I, juntamente com todos os municípios da Região Metropolitana de São Paulo -, entre os anos de 2005 e 2007. Aspectos fundamentais aos serviços públicos de saúde como a universalidade, equidade, integralidade e controle social foram examinados pelo Observatório, utilizando algumas possibilidades de investigação: observação, investigação teórica, análise documental, entrevista e pesquisa-ação e guiando-se por cinco linhas de pesquisa: clínica ampliada, ações coletivas, média e alta complexidade, gestão e co-gestão e informação em saúde.

O componente “clínica ampliada”, no contexto do Observatório de Saúde Bucal Coletiva, trabalhou com elementos que pretendiam que o cirurgião-dentista repensasse sua prática, propiciando condições subjetivas para o exercício ampliado da clínica odontológica, ultrapassando a usual abordagem de “cariologia” e puericultura presente nos serviços e a fragmentação das especialidades.

Enquanto isso, inovações em promoção da saúde foram propostas pelo componente de ações coletivas, avaliando o potencial de mobilização social e política das práticas educativas em saúde bucal, como expressão de ações coletivas em saúde, no tocante à participação

¹ Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da SES-SP e editor responsável por essa edição. Contato: lmartino@isaude.sp.gov.br

² Spink PK. In: Keinert TMM & Karruz AP. (org.). Qualidade de vida: observatórios, experiências e metodologias. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2002.

³ Botazzo C, Manfredini MA, Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo/SP, 1988. mimeo.

do usuário e à capacidade dos conselhos de saúde na formulação e implementação das políticas de saúde.

A média e alta complexidade avaliou a demanda e sistemas de referência e contra-referência na região da DIR V. Ao contextualizar a região, deparou-se com o processo de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), parte integrante da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), que teve como propostas aspectos como ampliação do acesso e integralidade das ações de saúde bucal.

O grupo gestão e co-gestão ocupou-se em pesquisar modelos de gestão para os serviços de saúde que impulsionassem a participação popular na condução e implantação das políticas de saúde, discutindo modelos de gestão que incluíssem o usuário na gestão do SUS. E a informação em saúde trabalhou com os sistemas de informação em saúde bucal, utilizados pelos municípios, representados no Comitê de Saúde Bucal da Direção Regional de Saúde V, avaliando-os, sugerindo readaptações e propondo a construção e utilização de novos indicadores de saúde bucal.

O percurso do Projeto foi marcado por inúmeras experiências que construíram uma vasta biblioteca de assuntos que, logicamente, carecem de investigações futuras. Os textos presentes nesta edição do BIS fornecem apenas uma pequena amostra do trabalho produzido pelo Observatório. Por enveredar pela diversidade da pesquisa que o SUS proporciona, o Observatório de Saúde Bucal Coletiva agregou uma grande quantidade de pessoas em sua estrutura dentre usuários, trabalhadores e pesquisadores, bem como os participantes de seus dezesseis "Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva - Integrando Serviços" que se realizaram em seu trajeto. Portanto, é necessário salientar que seu desenvolvimento científico, desde a proposição de seus objetivos até a demonstração de seus produtos, só foi possível com a contribuição de todas estas pessoas e é justo aqui o agradecimento a todos.

Finalmente, para o fechamento desta publicação, houve uma preocupação referente à autoria dos dez artigos aqui presentes, devido à maneira como as atividades foram propostas, planejadas e executadas no Projeto Observatório, ou seja, em clima de liberdade e de escuta, principalmente. Optou-se, então, por utilizar critérios semelhantes a outras publicações, já usuais e conhecidos por todos. Os autores foram aqueles que participaram da elaboração dos artigos de modo que assumam publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, a redação do artigo ou a sua revisão crítica, além da aprovação da versão a ser publicada também foram levados em consideração.

A efetiva intenção do Projeto foi de contribuir para a construção da cidadania no SUS. E, com esta perspectiva, o Observatório de Saúde Bucal Coletiva deseja a todos uma boa leitura!

Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva: uma estratégia para integração de serviços

Rebeca Silva de Barros¹
Carlos Botazzo²

Breve Histórico de um Percurso na Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva

A formação do Observatório de Saúde Bucal Coletiva teve origem no Grupo de Estudos de Clínica Odontológica que se reuniu no Instituto de Saúde a partir de agosto de 2003 com o intuito de problematizar algumas relações entre a clínica odontológica e o Sistema Único de Saúde (SUS), vale dizer, das relações entre Odontologia e Sociedade.

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

Estas interrogações nos conduziram à proposição deste Observatório de Saúde Bucal Coletiva em fevereiro de 2004, quando se realizou no Instituto de Saúde a 1ª sessão de um seminário que tomou o nome de "Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva: integrando serviços". Neste mesmo ano, houve a abertura do Edital MS/CNPq 038/2004, com seleção pública de propostas tratando de políticas de saúde bucal, criando-se a possibilidade de estruturarmos um projeto que poderia, caso aprovado e com recursos, dar institucionalidade e capacidade operativa de forma mais ampla para a condução de estudos sistematizados sobre a situação que se desenhava no território da antiga Direção Regional de Saúde V - Osasco, atualmente incorporada ao Departamento Regional de Saúde I.

Metodologicamente, escolhemos **pesquisa-ação** como técnica de investigação para pesquisa científica

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

Os eixos temáticos para pesquisa e debate no âmbito do projeto se concentraram em cinco componentes, a saber: clínica ampliada, ações coletivas, informação em saúde, co-gestão e média e alta complexidade. Dentre as ações desenvolvidas no período de vigência do projeto encontraram-se desde a modalidade de observação, até pesquisa-intervenção em campo.

Nesse artigo, focaremos na apresentação e discussão da modalidade de execução de **seminários de pesquisa**, como estratégia de integração de serviços³ e publicização do conhecimento.

Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva - produção de conhecimento e sua incorporação no cotidiano dos serviços

O Observatório de Saúde Bucal Coletiva realizou, com regularidade, seminários de pesquisa dos quais participaram pesquisadores, profissionais e mesmo usuários (conselheiros dos Conselhos de Saúde da região do Observatório).

O objetivo dessas reuniões teórico-metodológicas foi oferecer suporte teórico-crítico para as equipes locais de saúde, formuladores de políticas e gestores do SUS e, igualmente, para a reflexão sobre as relações entre o aparelho formador e o sistema de saúde a partir da: 1) articulação de pesquisadores e docentes de distintos centros produtores de conhecimento em saúde bucal; 2) apresentação de resultados de pesquisas conduzidas nestes centros à luz de novas referências teóricas e metodológicas; 3) estimação (ou estimativa?) do potencial de inovação na organização tecnológica do trabalho e no recorte de objetos para a investigação; 4) organização e coordenação da difusão do conhecimento.

¹ Cirurgião-Dentista, participante do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rebeca_osp@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br

³ Por serviços compreendemos a academia, os institutos de pesquisa, as unidades de saúde, as secretarias municipais/estaduais de saúde e seus respectivos conselhos.

Tais seminários se iniciaram em 2004 e por meio deles foi possível estimar o potencial de participação dos profissionais e dos usuários na formulação de políticas, identificar nós-críticos na oferta de serviços e limites na competência diagnóstico-terapêutica dos dentistas da região e equacionar propostas de superação pelo incremento da capacidade resolutive e desenvolver metodologia de formação com vistas à ampliação da clínica de odonto-estomatologia consoante à integralidade e à universalidade do SUS, assim como, propiciar “massa crítica” e formação da própria equipe do projeto.

As sete primeiras sessões foram realizadas em 2004, na fase preparatória do Observatório e, mesmo depois de implantado o Projeto, mantiveram a seqüência e o mesmo desenho. Cada uma delas teve diferentes objetivos e finalidades, e, em conjunto, permitiram acumular conhecimentos entre distintos sujeitos, propiciar troca de experiência entre os componentes das equipes de saúde bucal e colocar os participantes diante do desafio de pensar o cotidiano dos serviços muitas vezes a partir de procedimentos “sem muito rigor metodológico”, como foi o caso do levantamento de necessidades sentidas de tratamento odontológico, na 5ª Sessão dos Seminários, conduzida por meio de “enquete” da qual participaram pesquisadores, dentistas, auxiliares e conselheiros usuários, com base em roteiro de entrevista.

As oito sessões seguintes foram realizadas já no âmbito do projeto. Na 8ª sessão foram definidos os temas que deveriam ser incorporados numa futura formação clínica, outra vez com a participação dos dentistas das equipes de saúde bucal, auxiliares e conselheiros, além, naturalmente, dos pesquisadores.

A problematização se deu a partir da exposição de “casos clínicos” selecionados pelos dentistas, explicitando os “limites” sentidos para a efetivação do trabalho clínico. Assim, o foco foi o paciente adulto com sua carga de doença bucal, os portadores de patologias crônicas, os seqüelados neurológicos, os casos “buciais” de maior complexidade, o fluxo da referência e da contra-referência, exames complementares, registro da informação, seguida da observação de que, em tudo, este processo é diferente do recorte puericultor ou materno-infantil (cariológico), base tradicional dos conceitos “programáticos” presentes na organização dos serviços.

Nas sessões 9 e 10, realizadas em dezembro de 2005, foram apresentadas “as primeiras leituras” permitidas pelo Observatório. Abriam-se os debates com gestores municipais e regionais de saúde, incluindo representantes do Núcleo de Educação Permanente da (extinta) Direção Regional de Saúde (DIR) V – Osasco, do Pólo da Região Metropolitana de São Paulo.

O conteúdo programático tomou duas grandes vertentes: a dinâmica social na região e as questões do poder local (9ª sessão) e a impossibilidade histórica de uma “clínica integrada” de odontologia com relação à

inclusividade (“acolhimento e desvio”) de uma clínica ampliada de odonto-estomatologia (10ª sessão). Também, na 9ª sessão, com as “primeiras leituras”, foi possível explicitar a pluralidade dos modelos de organização local do SUS e a variedade da organização do trabalho em saúde bucal, e isto no tocante ao número de equipes, incorporação de pessoal auxiliar, uso da informação em saúde, protocolos de referência e contra-referência, abrangência do cuidado em saúde bucal prestado à população, entre outros aspectos relevantes.

As sessões de 11 a 15 foram as primeiras abertas ao público e nelas se buscou inovar na programação. Assim, enquanto nas sessões anteriores o foco recaía na formação da própria equipe, nestas foram organizados debates em torno de questões relevantes para a organização do SUS. Os temas foram, seqüencialmente, os seguintes: 11ª sessão: Atenção Básica e Saúde Bucal na Atenção Básica; 12ª sessão: Informação em Saúde e Indicadores de Saúde, 13ª sessão: A Gestão da Saúde Bucal no SUS; 14ª sessão: Especialidades Odontológicas, o Ensino da Odontologia e o SUS; e 15ª sessão: A Cárie Dentária como Fetiche.

Foram convidados pesquisadores e gestores em posição de contribuir com o debate, e participaram como ouvintes coordenadores municipais, dentistas das equipes de saúde em unidades básicas e de saúde da família, conselheiros dos conselhos municipais de saúde e outros interessados, representando dezenas de cidades do estado de São Paulo e capital, com aproximadamente 100 ouvintes a cada sessão.

A 16ª sessão, realizada em setembro de 2007, dedicou-se à apresentação do Relatório Científico do Projeto enviado ao CNPq com participação de representantes das esferas federal, estadual e municipal como comentaristas dos resultados de pesquisa apresentados publicamente no Instituto de Saúde.

Considerações Finais

A oportunidade de propor a realização desses seminários corrobora as expectativas, entre os pesquisadores e profissionais da saúde bucal, de estreitar o intercâmbio entre gestores, trabalhadores, usuários e pesquisadores dos centros e grupos de pesquisa atuantes neste específico segmento da Saúde Coletiva.

Como uma das estratégias, os Seminários de Pesquisa constituíram modalidade inovadora de reunião técnico-científica dinamizada pelo Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Tiveram por finalidade consolidar e desenvolver a equipe e propor o aprofundamento teórico e metodológico do coletivo, com a agregação de novos meios de trabalho e de linguagem comum e identitária. Foram propostos como extensão do Grupo de Estudos em Clínica Odontológica, de natureza multiprofissional, que inicialmente reunia estudantes de graduação e pós-graduação interessados em problematizar aspectos da prática odontológica.

Como inovação houve, desde o começo, a participação não apenas dos pesquisadores, mas também dos trabalhadores dos serviços (dentistas e auxiliares) e conselheiros-usuários dos Conselhos Municipais de Saúde. Desta maneira, foi possível partilhar experiências, levantar expectativas, identificar problemas e propor soluções. Também foi relevante tal arranjo, pois permitiu que distintos atores pudessem se encontrar num mesmo espaço e na mesma ocasião, com suas distintas posições ou visões do SUS.

A despeito de que se dê grande ênfase à participação popular na saúde e, igualmente, se enfatize as diferenças entre os sujeitos, raramente estes encontram ocasião para se confrontar. Assim, foi oportunidade única a possibilidade deste convívio “heterodoxo”. Não por acaso, tais reuniões denominaram-se “Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva: Integrando Serviços”.

A promoção dessas reuniões significou uma oportunidade fundamental, posto que o espaço oferecido por congressos ou encontros de maior envergadura permite a difusão do conhecimento, sem dúvida. Porém não foi possibilitou o aprofundamento teórico-político e metodológico necessário para fornecer subsídios para a definição de uma agenda de pesquisas em Saúde Bucal Coletiva comum às prioridades da pesquisa em Saúde e à Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Referências Bibliográficas

THIOLLENT M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo, Livraria e Editora Polis. 2ª edição, 1981. Coleção Teoria e História.

A Saúde Bucal nos Municípios da DIR V – Osasco: a experiência do Comitê de Saúde Bucal da região

Fausto Souza Martino¹
 Luiz Vicente Souza Martino²
 Rebeca Silva de Barros³
 Carlos Botazzo⁴

Introdução

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços municipais de saúde vêm trabalhando de forma a transpor barreiras para sua implantação, através de seus princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade. A busca da ampliação do acesso a serviços integrais e resolutivos tem sido um constante desafio aos municípios que tiveram sua responsabilidade aumentada, pois, segundo a lei federal 8.080 - Lei Orgânica da Saúde - (BRASIL, 1990), compete à esfera municipal do SUS um papel mais amplo do que mero coletor de dados, devendo planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços, além de gerir e executar os serviços públicos de saúde.

A região da extinta Diretoria Regional de Saúde (DIR) V de Osasco apresenta-se como uma pequena fatia do universo do SUS, com seus problemas e soluções no encaminhamento do cotidiano dos serviços públicos de saúde. Como ramo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), a DIR promovia a interlocução entre estado e municípios pertencentes à sua região para implementação de diversos programas de saúde, dentre eles a saúde bucal. Administrativamente, ainda apresentava resquícios de sua história recente, pois sempre foi mapeada, para efeito de planejamento, em duas micro-regiões: **A** (São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista, Juquitiba, Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra) e **B** (Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba), que compreendiam dois antigos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) da década de oitenta, fundidos na criação das Direções Regionais de Saúde no estado de São Paulo. Porém, não se pode deixar de notar algumas diferenças entre as duas micro-regiões quanto a seus serviços de saúde.

Historicamente, a micro-região A sempre foi a mais organizada e coesa nos aspectos da saúde pública, com seu ERSA sendo dirigido quase que constantemente por pessoas ligadas à Reforma Sanitária. Pode-se lembrar, por exemplo, o pioneirismo de Embu das Artes na saúde bucal, como um dos primeiros municípios do Brasil a integrar os técnicos de higiene dental (THD) ao serviço público, além da implantação dos procedimentos coletivos nas ações de natureza coletiva. Enquanto isso, a outra micro-região insistia, ainda no início dos anos noventa, com a assistência materno-puericultora, além de manter profissionais exclusivos para atendimento de escolares, em consultórios tradicionais dentro de escolas públicas.

Ainda na época do experimento do Observatório, entre 2005 e 2007, diferenças na organização dos serviços podiam ser detectadas, por exemplo, nos fluxos de encaminhamento e assistência aos pacientes que necessitavam de atendimento hospitalar em saúde bucal. O fluxo ao Hospital Pirajussara, localizado próximo aos municípios de Embu das Artes e Taboão da Serra, acontecia com muito mais agilidade que no Hospital Regional de Osasco. Para surpresa dos gestores municipais da região, constatou-se que a Regional de Osasco não possuía cargo de cirurgião-dentista em seu quadro, mesmo prestando atendimento na área de cirurgia bucomaxilo facial, fazendo com que as dificuldades para encaminhamento e atendimento dos pacientes da região aumentassem sobremaneira.

A população estimada na região é de 2.845.205 habitantes, numa área de cerca de 2.080 Km² (IBGE, 2007), abrangendo os municípios de Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Itapevi, Jandira, Juquitiba, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista. Seu território é entrecortado por três grandes rodovias que ligam a região metropolitana de São Paulo ao interior do estado (Castelo Branco, Raposo Tavares e Regis Bitencourt), além de um novo anel viário, ainda em construção, que as liga (Rodoanel). O acesso a algumas das cidades da região pode ser feito também por ferrovia, principalmente aos municípios próximos à Rodovia Castelo Branco, caso de Osasco, Barueri, Carapicuíba, Jandira e Itapevi.

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Mestrando em Ciências Odontológicas, área de concentração Odontologia Social pela Universidade de São Paulo, Cirurgião-Dentista. Contato: fmartino@uol.com.br

² Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Contato: lvsmartino@ig.com.br

³ Cirurgião-Dentista e participante do Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rebeca_osp@yahoo.com.br.

⁴ Doutor em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br.

A região revela grandes contrastes e distorções, pois tanto abriga em seu território a riqueza e opulência de municípios com arrecadações das maiores do Brasil, como também a miséria e a pobreza daqueles que, para guardar sua população, optaram pela construção de um mar de pequenos prédios, que escondem por detrás de seu concreto uma história de gente que teve de ser deslocada de seus logradouros para dar lugar ao progresso.

Várias de suas cidades viraram dormitórios, pois seus moradores necessitam buscar seu sustento na grande metrópole. Contudo, também há os condomínios de alto padrão, onde o mais pobre munícipe também tem acesso, mas como local de trabalho. Além do mais, extensas áreas de mananciais e florestas de mata atlântica misturam-se a regiões que se ligam à capital paulista, produzindo um conglomerado de habitações que torna impossível saber onde começam e terminam as cidades.

Tamãhas diferenças findaram, ironicamente, por reproduzirem-se nos programas e panoramas da saúde bucal dos municípios da região, pois se verificam, verdadeiramente, quinze maneiras diferentes de “fazer” saúde bucal na antiga DIR V. Tal fato explicaria, por si só, a criação de uma instância, onde pudesse haver um direcionamento e orientação às cidades da região. Ao criar-se um Comitê de Saúde Bucal, ao final dos anos noventa, a intenção era a organização da política de saúde bucal da região, assessorando, fortalecendo e incentivando os municípios neste aspecto para que o SUS também pudesse avançar em suas diretrizes e bases.

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência de organização da saúde bucal na região da extinta DIR V - Osasco, através da criação de um Comitê de Saúde Bucal da região composto pelas coordenações de saúde bucal de quinze municípios; sua forma de organização; e suas realizações. Pretende também apresentar parte do diagnóstico de saúde, através de indicadores de saúde bucal da região, com dados coletados entre 2003 e 2005, depois desenvolvido pelo grupo nos anos de 2005 e 2006, durante o desenvolvimento do Projeto Observatório de Saúde Coletiva.

O Comitê de Saúde Bucal

A experiência da área de saúde bucal da extinta DIR V - Osasco teve importantes avanços em sua organização nos últimos anos. A região agrega 15 (quinze) municípios da região metropolitana de São Paulo estando localizada a oeste da capital.

Em 12 de novembro de 1999, foi criado oficialmente o Comitê de Saúde Bucal da DIRV - Osasco através de portaria do Diretor Técnico da DIR V, Diário Oficial, vol. 109, nº 214, com os objetivos de:

- Fortalecer a implantação e implementação das diretrizes políticas da saúde bucal nos municípios;

- Promover a integração dos municípios entre a DIR V - Osasco e a coordenação estadual de saúde bucal;
- Buscar incentivos financeiros para subsidiar ações de saúde bucal e divulgar resultados das ações de saúde bucal dos municípios da região;
- Divulgar resultados das ações de saúde bucal.
- O comitê apresentava em sua composição o interlocutor de saúde bucal da DIR V e representantes da área técnica da DIR V e dos Programas de Saúde Bucal dos 15 municípios da região, designados por ato dos respectivos Secretários de Saúde de cada município.
- Dentre suas atribuições estão:
 - Acompanhar e assessorar tecnicamente a execução e a avaliação das ações de Saúde Bucal implementadas pelos municípios;
 - Promover meios que permitam divulgação de propostas e resultados atingidos para os secretários municipais de saúde;
 - Incentivar a divulgação de resultados atingidos pela equipe de Saúde Bucal aos conselhos municipais de saúde e a população em geral;
 - Incentivar a capacitação técnico-científica de todos os profissionais envolvidos na área de Saúde Bucal;
 - Promover discussões ampliadas através de fóruns periódicos;
 - Incentivar a execução e divulgação de trabalhos científicos e sociais empreendidos na região da DIR V.

Dentre algumas atividades realizadas pelo Comitê, vale ressaltar as que demonstraram grande importância na integração, no desenvolvimento científico e no suporte técnico à organização dos serviços de saúde bucal da região. Pontualmente, pode-se apontar: o apoio técnico aos municípios na implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); elaboração do Plano Diretor Regional (PDR) de Saúde Bucal; assessoria aos municípios nas campanhas de prevenção do câncer bucal; promoção do 1º e do 2º Fóruns de Saúde Bucal Coletiva da região; incentivo à capacitação técnico-científica de todos os profissionais envolvidos com a saúde bucal através da educação continuada com os profissionais que realizam especialidades nos municípios; além de apoiar o desenvolvimento de pesquisas em serviço, desenvolvidas juntamente com o Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e o Instituto de Saúde da SES/ SP, que promoveu o surgimento do Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, aprovado e financiado pelo CNPq, de 2005 a 2007.

A Saúde Bucal na Região

A região apresenta 100% dos municípios com serviços de Atenção Básica, incluindo procedimentos coletivos

vos, ações de caráter preventivo, dentística e cirurgia básica. Apesar de alguns serviços ainda estarem com a assistência odontológica voltada à população materno-infantil, a grande maioria apresenta modelos na lógica da universalização dos serviços. Há serviços, também, baseados em fatores de risco para as doenças bucais.

Além da Atenção Básica, os municípios dispõem de serviços especializados de endodontia, cirurgia oral menor e atendimento a portadores de necessidades especiais. Com a criação de oito CEO na região, outras especialidades como periodontia, semiologia e prótese foram implantadas e expandidas a mais municípios.

Como característica diferencial da região, destaca-se o histórico de trabalho com sistema modular e equipe de saúde bucal. O primeiro curso de formação de THD no Estado de São Paulo foi realizado no município de Embu das Artes. Ao todo, foram realizados quatro destes cursos, com cerca de 50 trabalhadores formados, além de um curso de formação de Auxiliares de Consultório Dentário (ACD).

Dentre os fatores que contribuíram para a melhoria dos serviços e do quadro de saúde bucal da região estão, além da fluoretação das águas de abastecimento há mais de 20 anos na maioria dos municípios e do uso de dentifícios fluoretados, a melhoria da qualidade da atenção em saúde bucal proporcionada pela participação da equipe de saúde bucal em atividades multidisciplinares e investimentos públicos na formação de pessoal auxiliar.

Entretanto, não se pode deixar de relatar que:

“o número absoluto de dentistas na região determina a proporção de 1 dentista público para cada 6.000 habitantes mas esta é uma aproximação matemática que nada tem de concreta. De fato, em alguns municípios esta proporção alcança espantosos 1:25.000 (Itapevi) e em outros é 10 vezes mais favorável, 1:2.500 (Santana do Parnaíba), enquanto na maior parte deles fica entre 1:3.500 a 1:4.500” (CNPq, 2007).

Indicadores de Saúde Bucal

Com a evolução da implantação do SUS, torna-se cada vez mais evidente a necessidade da esfera municipal fazer uso de indicadores de saúde, não só para o cumprimento das exigências dos níveis federal e estadual de acordo com a gestão, mas para a avaliação, controle e planejamento das ações em saúde.

A avaliação das ações e serviços constitui desafio permanente aos administradores dos serviços de saúde (NARVAI, 1996).

Tais indicadores devem ser amplamente utilizados em nível local, no controle, planejamento, organização e avaliação das ações e serviços, e principalmente, na tomada de decisões. Eles não devem ser avaliados isoladamente, e sim através de sua série histórica e da relação com outros indicadores.

Dentre os indicadores analisados pelo Comitê de Saúde Bucal e o Projeto do Observatório de Saúde Coletiva estão: o índice de acesso à primeira consulta odontológica; a cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal na população de 0 a 14 anos e o índice CPOD aos 12 anos de idade.

Os dados foram coletados através de pesquisa na rede internacional de computadores nos endereços eletrônicos do Ministério da Saúde (MS) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). As pesquisas na área técnica da DIR V - Osasco e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios estudados, serviram para complementar as informações. Estes indicadores foram totalizados na região e trabalhados juntamente com os do estado de São Paulo. Houve também o estabelecimento de uma relação com as metas propostas pela SES/ SP, conforme gráficos de 1 a 3.

Gráfico 1: Percentual do índice de acesso à primeira consulta odontológica na região da DIR V - Osasco e Estado de São Paulo nos anos de 2003 a 2005 (fonte: DATASUS).



Gráfico 2: Percentual da cobertura de procedimentos coletivos em saúde bucal na população de 0 a 14 anos na região da DIR V - Osasco e Estado de São Paulo nos anos 2000 a 2002 (fonte: DATASUS).

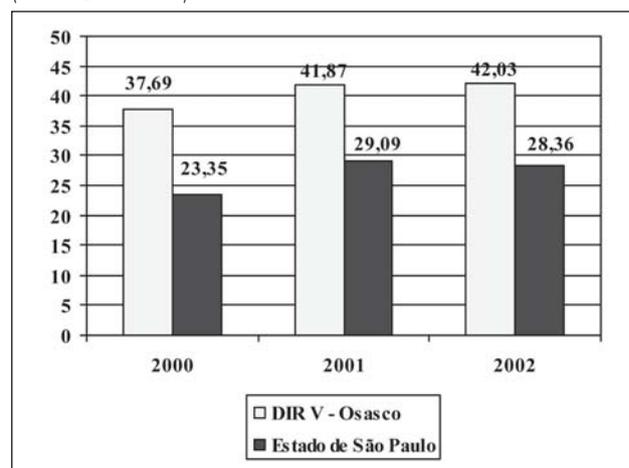
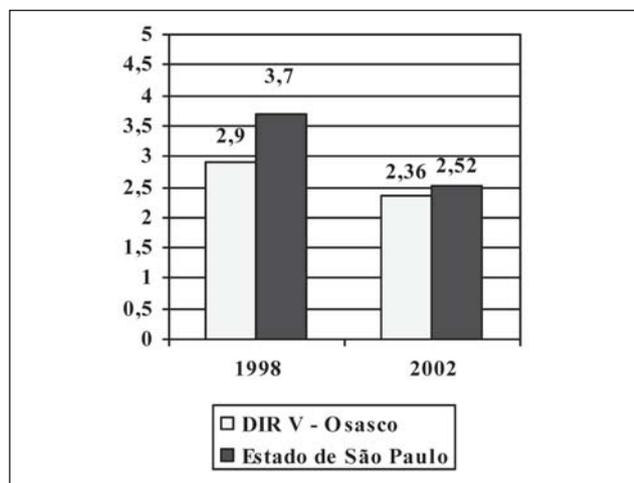


Gráfico 3: Índice CPOD aos 12 anos de idade na região da DIR V - Osasco e no Estado de São Paulo nos anos de 1998 e 2002 (fonte: <http://www.saude.sp.gov.br>).



Os dados demonstraram que a cobertura da assistência não tem tido alterações significativas em número relativo há vários anos, demonstrando uma baixa cobertura da assistência odontológica para a região. Alternativas de investimento em equipe de saúde bucal, como a contratação de ACD e THD, poderiam incrementar o valor do índice. Além disso, fica claro que investimentos em promoção de saúde são mais eficazes e eficientes para a melhoria da saúde bucal da população. Mostraram, ainda, que o indicador da DIR V - Osasco, quando comparado às informações obtidas do estado de São Paulo, encontra-se abaixo da média.

A média do indicador de procedimentos coletivos na região da DIR V - Osasco vem sendo maior que a do estado no decorrer dos anos. Porém, deve-se levar em consideração a grande variação da cobertura entre os municípios. As ações parecem estar incorporadas aos serviços, porém não tem havido grandes evoluções no aumento de cobertura.

A faixa etária de escolares até 14 anos de idade, na qual se encontra a população analisada, vem sendo beneficiada ao longo das últimas décadas pela priorização da atenção em saúde bucal. Outras faixas etárias não apresentam resultados tão significativos (SÃO PAULO, 1998 e 2002).

O índice CPOD tem uma tendência decrescente na maioria dos municípios, demonstrando melhora dos níveis de saúde bucal da população. Apesar das limitações do indicador, pode-se observar que houve melhora no índice desde 1998 até 2002, tanto na região da DIR V - Osasco como em todo o estado de São Paulo.

Considerações Finais

Destacamos a importância do Comitê de Saúde Bucal da DIR V - Osasco, na lógica da regionalização;

na promoção da integração e articulação intermunicipal; no desenvolvimento técnico-científico de gestores e trabalhadores na saúde e reprodução de campanhas e suporte técnico para a organização dos serviços. A continuidade desta iniciativa, de acordo com as características da nova reorganização das regionais de saúde no estado de São Paulo, deve permanecer na pauta dos municípios da região. Essa experiência poderia ser estimulada nas demais regionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília (DF): **Diário Oficial da União**, v.1:73, .set. 20, 1990.
- IBGE. Censo demográfico. Disponível em: [<http://www.ibge.gov.br>]. Acessado em 07 fevereiro de 2008.
- CNPq. **Relatório Científico do Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde**, 2007. Disponível em: [<http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/obs.htm>]. Acessado em 7 fevereiro de 2008.
- NARVAI PC. **Avaliação de ações de saúde bucal**. [apostila] São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1996. [Apresentado na Oficina "Saúde Bucal Coletiva promovida pela SES-SP. Jaguariúna, São Paulo.
- DATASUS. Indicadores de Saúde. Disponível em: [<http://www.datasus.gov.br>]. Acessado em 07 de fevereiro de 2008.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde, 1998. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: estado de São Paulo**, 1998. Disponível em [<http://www.saude.sp.gov.br>]. Acessado em 5 de maio de 2003.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde, 2002. **Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002**. Disponível em [<http://www.saude.sp.gov.br>]. Acesso em 5 de maio de 2003.

Formação para a Clínica Ampliada de Saúde Bucal: uma proposta metodológica (e mudança de olhar)

Luiz Vicente Souza Martino¹
Carlos Botazzo²

Introdução

Desde 2004, o Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde abriga o Grupo de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, com linhas de pesquisa em políticas públicas, indicadores de Saúde Bucal e bucalidade. Em agosto do ano anterior, teve origem o Grupo de Estudos de Clínica Odontológica, neste mesmo Instituto de Saúde, com o intuito de problematizar algumas relações entre clínica odontológica e Sistema Único de Saúde e entre Odontologia e Sociedade. Das discussões e idéias surgidas em seu âmbito foi proposta uma série de seminários com o tema "Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva - Integrando Serviços", que tiveram início em fevereiro do ano de 2004, sempre com a participação de pesquisadores, coordenadores de Saúde Bucal, secretários de saúde, equipes de Saúde Bucal, incluindo auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico em higiene bucal (THD), e um número expressivo de usuários, representando conselhos de saúde da antiga DIR V de Osasco, antiga Direção Regional de Saúde da região metropolitana de São Paulo. O resultado destes seminários foi o incremento da parceria entre Instituto e municípios, com o estabelecimento de novos vínculos na região, dando como produto um projeto de pesquisa "Observatório de Saúde Bucal Coletiva da Direção Regional de Saúde (DIR) V - Osasco: construindo a cidadania na saúde", aprovado e financiado pelo CNPq durante os anos de 2005 e 2007, cuja referência central é a ampliação da clínica odontológica.

Pensar a clínica no Sistema Único de Saúde (SUS) é tarefa árdua e, não raro, incomum, já que dificilmente nos deparamos com o assunto em produções científicas, salvo em algumas importantes exceções. Quando a preocupação é a clínica ampliada em Saúde Bucal as dificuldades aumentam. O Observatório se propôs a investigar o tema, tendo como campo de pesquisa os quinze municípios da extinta DIR V, aproveitando aspectos da experiência já instalada na região, referente ao seu Comitê de Saúde Bucal, que reúne

representantes gestores dos 15 municípios da região e a interlocução da própria DIR, tendo como objetivos: fortalecer a implantação e implementação das diretrizes políticas de Saúde Bucal nos municípios; promover a integração entre os municípios com a DIR V e a Coordenação Estadual; buscar incentivos financeiros para subsidiar ações de Saúde Bucal e divulgar resultados das ações de Saúde Bucal.

O Percurso

O Comitê de Saúde Bucal, em 2003, iniciou uma aproximação junto aos cirurgiões-dentistas da rede pública da região através de reuniões técnicas com endodontistas dos municípios de Barueri, Carapicuíba, Embu das Artes, Itapeverica da Serra, Osasco e Taboão da Serra (municípios que então eram os únicos a prestar este tipo de serviço na região). Tais encontros tinham como objetivos: a troca de experiências entre os profissionais, a incrementação dos serviços na região e o desenvolvimento de uma proposta de protocolo para a especialidade de endodontia. Estas reuniões tiveram um caráter eminentemente técnico, com periodicidade mensal, abordando assuntos como cirurgia de acesso, preparo químico-cirúrgico, obturação de condutos, entre outros, além de aspectos relativos ao atendimento em suas respectivas unidades e municípios envolvidos. A iniciativa surgiu em meio a um panorama nacional de ponto de partida da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), onde, claramente, cabia uma discussão em torno das especialidades odontológicas por conta da então proposta de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Ao final do ano de 2004 e início de 2005, o grupo do Observatório, ainda como coletivo independente, envolveu-se com estas reuniões técnicas do Comitê. Os encontros alcançaram uma expansão em relação aos temas e, conseqüentemente, às especialidades odontológicas. Profissionais envolvidos com o atendimento de pacientes com problemas periodontais e necessidades de cirurgia oral menor, além daqueles que lidavam com portadores de necessidades especiais já começavam a participar das reuniões técnicas. O grupo de pesquisa promoveu uma escuta destes cirur-

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da SES/SP. Contato: lvsmartino@ig.com.br.

² Doutor em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da SES/SP. Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br.

giões-dentistas com o intuito de identificar seus problemas cotidianos na clínica odontológica. Dentro disto ficava evidenciada uma das estratégias do futuro projeto Observatório, ou seja, a mobilização das equipes locais de Saúde Bucal, pesquisadores e colaboradores, visando o estabelecimento e o desenvolvimento de uma rede de interesses comuns.

A confluência entre os relatos das reuniões técnicas com especialistas e clínicos gerais, a Oficina sobre a ampliação da clínica na perspectiva do cuidado integral em Saúde Bucal do XVIII Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), realizado em 2004 - onde surgiram aspectos relevantes em relação à clínica ampliada, além de investigação teórica (CAMPOS, 2003; SOUZA & BOTAZZO, 2004), trouxeram à tona uma visão particular de clínica ampliada em Saúde Bucal para o Observatório.

Tendo em vista a identificação do problema - a baixa capacidade diagnóstico-terapêutica do cirurgião-dentista que compõe as equipes de Saúde Bucal da região -, sugeriu-se uma capacitação no sentido de se ampliar o espectro de ação deste trabalhador na clínica odontológica, promovendo a abertura de um repertório maior e mais significativo do diagnóstico além do atual, que dificilmente ultrapassa os limites do elemento dental. Fato a ser destacado é que todas as atividades foram, desde o início, propostas e construídas coletivamente, como modalidade de pesquisa-ação, o que permitiu aprofundar a compreensão dos limites da assistência odontológica e as possibilidades de superação de seu atual estado.

Objetivo do Curso

Com esta visão definida, o Observatório de Saúde Bucal Coletiva construiu juntamente com os cirurgiões-dentistas da região uma nova proposta de qualificação para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde e apresentou-a ao Núcleo de Educação Permanente da antiga DIR -V e, posteriormente, ao Pólo de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo durante o segundo semestre de 2005. Este produto coletivo teve como objetivo geral desenvolver novas tecnologias de produção de cuidado em Saúde Bucal, experimentando as possibilidades de uma clínica odontológica ampliada, que incluísse procedimentos de média complexidade, com redefinição do processo de trabalho e, principalmente, trazer uma releitura desta clínica com ênfase na integralidade do cuidado. E dentre seus objetivos específicos os seguintes tópicos elencados:

1. Propiciar o desenvolvimento de competência diagnóstico-terapêutica do cirurgião-dentista, permitindo inovações clínicas na prática odontológica;

2. Capacitar os profissionais para a redefinição do processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal, incluindo a relação com os outros serviços na unidade, fornecendo a interconsulta por meio do Prontuário Único;

3. Inovar o trabalho do pessoal auxiliar, especialmente o THD, observando a extensão das suas atribuições de origem;

4. Desenvolver, juntamente com as equipes de Saúde Bucal, protocolos de atendimento e de referência e contra-referência.

A Proposta

Na proposta do projeto constavam duas fases distintas: uma fase de concentração e outra de dispersão.

Na fase de concentração, onde são propostos processos dinâmicos de ensino-aprendizagem; isto significa, preliminarmente, a partilha entre os atores envolvidos no que toca à construção desta capacitação. Como definido no projeto, um dos objetivos estratégicos seria a construção, na Saúde, de coletivos com capacidade para a produção de valores de uso, quer dizer, o bem estar do paciente, tão integralmente quanto possível, nos limites da capacidade instalada ou do conhecimento e tecnologias disponíveis. As atividades foram previstas com a forma de: oficinas, aulas expositivas, seminários e outras modalidades dinâmicas; todas desenvolvidas consoante aos três eixos, já experimentados na fase de construção: (1) comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade); (2) elaboração (análise da escuta e das informações) e (3) tomada de decisões (prioridades, projetos, contratos) com arranjos concretos de tempo e lugar, em situações em que o poder esteja "em jogo" e onde, de fato, se analisem problemas e se façam deliberações para a construção de novos espaços públicos. Além disto, como no seu escopo se toma a atividade clínica como foco, o trabalho - e mais especificamente, o trabalho em saúde - converteu-se no estruturante pedagógico do projeto.

Na fase de dispersão, os profissionais voltariam a atuar nos serviços, propondo e negociando com os gestores modificações no processo de trabalho e seriam acompanhados pela equipe do projeto, participando em duas avaliações de desempenho e aferição dos resultados. O público-alvo foi de quarenta cirurgiões-dentistas dos sistemas locais adscritos à DIR V -Osasco, nas equipes de Saúde Bucal, em atenção básica ou no atendimento especializado (endodontia, periodontia, cirurgia, pacientes especiais), vinculados ao experimento das possibilidades de uma clínica ampliada de odonto-estomatologia.

Com esta proposta de atividades, optou-se pela seguinte estrutura para a fase de concentração, com carga horária de 136 horas:

Módulo I

Assunto	Carga horária
Dinâmica corporal, jogos pedagógicos	04 horas
Dinâmica corporal, jogos pedagógicos	04 horas
Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva: Definição do campo, história das políticas públicas e políticas de Saúde Bucal (Princípios do SUS)	08 horas
Clínica Ampliada: integralidade como função coletiva	04 horas
Oficina de Clínica Ampliada	04 horas

Módulo II

Assunto	Carga horária
Aspectos Legais, Clínicos e Administrativos do Prontuário	04 horas
Oficina: Prontuário Único	04 horas
Anamnese, Exame Físico, Hipóteses de Diagnóstico, Exames Complementares, Diagnóstico e Prognóstico	08 horas

Módulo III

Assunto	Carga horária
Biodinâmica do Aparelho Mastigatório: Articulação Têmporo-mandibular/ Dor orofacial/ Oclusão (Fisiologia Bucal)	08 horas
Anatomia Patológica da Cavidade Bucal	04 horas
Patologia Bucal	04 horas
Farmacologia - Lista Básica e Genéricos - U/E	04 horas
Sedação Pré-cirúrgica	04 horas
Caso clínico - Infectologia	04 horas
Caso clínico - Doença Auto-imune e Cavidade Bucal	04 horas
Caso clínico - Hematologia	04 horas
Caso clínico - Neurologia	04 horas
Caso clínico - Transtornos Psiquiátricos	04 horas
Caso clínico - Pacientes Síndrômicos	04 horas
Caso clínico - Dependentes Químicos	04 horas
Caso clínico - Doenças Endocrinológicas e Metabólicas	04 horas
Caso clínico - Hipertensão e Cardiopatias	04 horas
Caso clínico - Gravidez	04 horas

Módulo IV

Assunto	Carga horária
Grupo Focal	04 horas
Grupo Focal	04 horas
Grupo Focal	04 horas
Grupo Focal	04 horas
Processo de Trabalho/ Organização da Assistência	04 horas
Organização da Assistência/ Protocolo	04 horas
Organização da Assistência/ Protocolo	04 horas
Organização da Assistência/ Protocolo	04 horas

O Curso

Aprovado, tanto pelo Núcleo quanto pelo Pólo de Educação Permanente, o curso transcorreu nos meses de março, abril e maio de 2006 (13 de março a 06 de maio), no Centro de Formação (CEFOR) da DIR V, em Osasco, porém com 20 participantes, dos 40 previstos, de oito dos 15 municípios.

Há que se destacar, especialmente, o Módulo III que tratou de interconsultas, quase que totalmente montado com ministradores que prestavam serviço na região; ele foi de grande valia na identificação dos fluxos de referência e contra-referência, além da possibilidade de se contar com a “inteligência” da própria região, descortinando talentos que permaneciam em latência e abrindo novas possibilidades para que, no futuro, a própria região identifique onde pode buscar o “saber” para o cotidiano da clínica em novas atividades na educação permanente.

Alguns resultados foram esperados, como o incremento na competência diagnóstica e terapêutica do cirurgião-dentista que compõe a equipe de Saúde Bucal. Esperava-se, com isto, melhoria de qualidade no atendimento, com maior capacidade resolutive e encaminhamento conclusivo da intercorrência. Como efeitos derivados, poder-se-iam citar: a) a construção ampliada da capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de um coletivo e não somente entre sua cúpula; b) a capacidade de direção, pela instalação de habilidade e potência para compor consensos, alianças e implantar projetos. Neste sentido, e vista como forma da democracia, verificar-se-ia incremento na capacidade de governo, pois estes coletivos estariam aptos ao planejamento, posto que esta é uma aptidão a ser socialmente construída, já que co-governar é uma tarefa inerente a todos os membros de uma equipe. Finalmente, a democracia institucional seria um meio de impulsionar mudanças sociais e como um fim em si mesmo.

Discussão

A ampliação da clínica odontológica foi o fio condutor do curso, sempre acompanhada pela busca da integralidade das ações e da conseqüente e evidente necessidade de prontuário único (efetivação onde já existia e implantação onde não existia) para se chegar a estes objetivos.

Dos 40 cirurgiões-dentistas que pertenciam ao público-alvo e participaram do processo de construção do curso, somente 18 o concluíram, ou seja, 45%. E dos 15 municípios pertencentes à DIR V, oito deles ou 53,33% tiveram representantes no curso. A forma intensiva como a atividade desenvolveu-se, com uma carga horária que abarcou os períodos da manhã e da tarde nos dias em que acontecia poderiam ser prováveis razões para a aderência ao curso. Alguns municípios tiveram dificuldades de prescindir de seus profissionais durante a realização das atividades e os próprios cirurgiões-dentistas foram, de certa forma, reticentes a presenciar as aulas fora de seu horário de trabalho.

Uma rápida avaliação foi realizada junto aos participantes na metade do curso, composta basicamente por três perguntas: como percebe o curso?; como se percebe no curso e informações quanto ao local, horário, adequação dos professores ao tema e as técnicas didáticas? Um pano rápido desvendou alguns aspectos relevantes em relação à formação odontológica, clínica odontológica e ao cirurgião-dentista no SUS: a unanimidade do grupo manifestou-se positivamente em relação ao curso, segundo a avaliação preliminar; respostas que manifestaram a importância do curso como instrumento para se alcançar a ampliação da clínica e a integralidade das ações foram encontradas em 55,55% das avaliações; mensagens positivas, como motivação, interação, aprendizado, aperfeiçoamento e ampliação dos conhecimentos, estiveram presentes em 61,11% das avaliações, além de outras como “satis-

fação”, “participação” ou outras manifestações de contentamento, que constavam em sete avaliações restantes frente à pergunta: “como se percebe no curso?”

Com relação à terceira questão da avaliação, que versava sobre o local, horário, adequação dos professores ao tema e técnicas didáticas, pôde-se notar a presença de duas intervenções criticando a pontualidade das atividades do curso, quatro mencionando falta de infra-estrutura das instalações do CEFOR da DIR e cinco avaliações apontando pontualmente aspectos negativos da adequação dos professores ao tema ou às técnicas didáticas empregadas.

Considerações Finais

Pode-se notar, como aspecto de emergência das avaliações, que atividades que priorizem a construção coletiva devem sempre ser estimuladas. A participação de atores locais, principalmente quando o assunto interconsulta foi tratado, fez com que emergissem para a discussão temas como cuidado integral, “leitura” do paciente como um todo, uso do prontuário único e o estabelecimento de protocolos de referência e contra-referência, dentre outros, que indubitavelmente são fundamentais na construção da integralidade da atenção, um dos aspectos essenciais para a ampliação da clínica em Saúde Bucal.

Examinando a história da região, no que diz respeito a capacitações realizadas até então, constata-se escassez, ou até inexistência de atividades nestes moldes. Foi comum encontrar em meio aos escritos, sugestões de continuidade para o curso e proposição de outros, com temas diversos. Nota interessante foi a constatação, pelos próprios profissionais, da necessidade de ampliação da clínica odontológica na direção da competência diagnóstico-terapêutica, pois como relatado nas avaliações houve mais segurança para encarar a clínica cotidiana após a capacitação. Disso partem algumas críticas à formação odontológica que, por ser privatista e odonto-centrada, não consegue dar suporte ao cirurgião-dentista do SUS quando este tem que encarar toda a gama de patologias da clínica que não se restringe à cárie dentária. Finalmente, numa das avaliações pôde-se ler que enfim desvendavam-se pouco a pouco os mistérios da clínica odontológica.

Agradecimentos

Agradecemos as contribuições de todas as pessoas que passaram pelo Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, pois direta ou indiretamente foram importantes para a finalização dos trabalhos. E, principalmente para este artigo, segue um agradecimento especial aos 18 profissionais que concluíram o Curso de Clínica Ampliada.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Brasil Sorridente: Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BOTAZZO C. (Coordenador). **Curso de clínica ampliada de odonto-estomatologia para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS, 2005**. Disponível em [www.isaude.sp.gov.br/observatorio/index.htm]. Acessado em 30 de Novembro de 2007.
- CAMPOS, G W S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- SOUZA, E C F. & BOTAZZO C. **Relatório de Atividade da Oficina Temática “A ampliação da clínica na perspectiva do cuidado integral em saúde”**. XVIII ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), 2004.

Curso de Clínica Ampliada de Odonto-estomatologia para Cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS: monitoramento de resultados após um ano

Luiz Vicente Souza Martino¹
Carlos Botazzo²

Introdução

Monitoramento e avaliação não são procedimentos cotidianos no Sistema Único de Saúde, genericamente falando, salvo elogiosas exceções. Tanto é que para aqueles que se propõem a eles sobram dificuldades e é escassa a bibliografia sobre o assunto. Contudo, nota-se que este panorama dá sinais de mudanças, já que os próprios gestores muitas vezes mostram-se desanimados com modificações de estratégias e programas que mal saíram do papel e são substituídos por outros sem passar por qualquer avaliação que explicasse, ao menos em parte, tais alterações. É comum hoje em dia serem previstos monitoramentos e/ou avaliações para projetos de qualquer natureza.

Há diferenças entre estes dois conceitos pelos quais o texto foi iniciado. Monitoramento é o acompanhamento de rotina de informação prioritária sobre o programa e seus efeitos esperados e avaliação é uma coleta rigorosa de informações sobre as atividades, as características e os resultados de um programa é que determinam seu mérito ou valor. Para o desenvolvimento da proposta deste trabalho, qual seja a obtenção de respostas de como estariam os profissionais após o período de um ano do término do curso de clínica ampliada de odonto-estomatologia para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS, escolheu-se o monitoramento de resultados, pelas circunstâncias que cercaram o curso, visto que o mesmo emergiu de maneira que não foi possível o estabelecimento de parâmetros de comparação objetivamente levantados, mas de forma subjetiva pelos pesquisadores do Observatório de Saúde Bucal Coletiva e os cirurgiões-dentistas trabalhadores do SUS da região de Osasco.

Por quê um Curso de Capacitação para Cirurgiões-dentistas do SUS?

A organização da atenção odontológica no setor público teve grande desenvolvimento a partir da constituição do SUS. Equipes de saúde bucal se formaram, houve importante incremento na formação e incorpo-

ração de pessoal auxiliar e novas tecnologias coletivas de cuidado foram implementadas, com impacto considerável na experiência da cárie e outras doenças dentárias, sobretudo até os 12 anos de idade. A assistência odontológica, todavia, se manteve próxima dos patamares anteriores ao SUS. Isto significa que o atendimento ao paciente adulto, expressão da universalidade, continuou sendo apenas uma referência nos programas. Além disto, se pensamos a integralidade do cuidado, notaremos que os programas procedem de modo bastante fragmentado e que o acesso da população adulta à consulta odontológica não passa de escassos 10%, na maioria das vezes como pronto-atendimento.

Faltam aos programas adotados no nível local:

- I. inovar quanto ao acesso e à cobertura;
- II. incorporar a assistência odontológica ao conjunto da população SUS;
- III. realizar diagnóstico em saúde bucal como rotina;
- IV. estabelecer protocolos de referência e contra-referência;
- V. inovar a clínica odontológica, propondo sistêmicas de atendimento adequado ao SUS.

Alguns pontos puderam ser apreendidos de informações coligidas pelo Comitê de Saúde Bucal da antiga DIR V, confirmados pela observação em campo e também por meio de numerosas atividades com gestores e equipes de saúde bucal, além da literatura especializada, sendo, em sua generalidade, significativas da realidade sanitária regional. Há dificuldades de toda ordem, nem sempre devidas ao desinteresse do gestor, tais como:

- A consulta odontológica completa (anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, exames complementares, diagnóstico, prognóstico, terapêutica) não é rotina nas unidades. Contraditoriamente, o CFO instituiu como especialidade odontológica o “diagnóstico bucal”, significando que fazer diagnóstico é atividade altamente especializada de alguns profissionais que teriam recebido formação compatível com este passo basilar da clínica. Quer dizer, não é feito o diagnóstico bucal na rotina da consulta, nem mesmo se pôde definir, com clareza, o que vem a constituir tal procedimento, o que coloca o cirurgião-dentista na condição ímpar de intervir sem antes diagnosticar.

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: lvsmartino@ig.com.br.

² Doutor em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br

- Os programas de saúde bucal mantiveram, com ligeiras alterações, o recorte puericultor da saúde pública e a criança institucionalizada como foco prioritário dos serviços. O mote para esta definição pré Reforma Sanitária entendia que o acúmulo de doenças bucais seria resolvido com a produção de crianças hígdas, e assim, passados alguns anos, formaríamos um estoque de adultos saudáveis. Este raciocínio, infelizmente conservado durante a Reforma Sanitária e até o presente, revelou-se equivocado.
- Acumulam-se evidências de que a população adulta apresenta carga de doenças bucais incompatível com o desenvolvimento tecnológico da Odontologia, em grande parte de natureza crônica ou degenerativa, ou mutilações, simplesmente necessitando intervenções cirúrgicas e procedimentos reabilitadores em grande escala. Além disto, a cárie dentária se afigura, cada vez mais, como doença típica da infância e da adolescência, restando compreender melhor o processo do adocimento bucal em adultos. São poucos os serviços que atendem transtornos em ortopedia e trauma, cirurgias de médio e grande porte demandam verdadeiras maratonas dos necessitados, não há protocolos rotinizados quanto ao câncer de boca, pacientes sindrômicos ficam à míngua de atendimento adequado, a interconsulta não é senão mero desejo de alguns profissionais.
- A graduação odontológica mantém estruturalmente uma grade curricular que data de mais de 100 anos. A ênfase é o treinamento da habilidade manual do aluno, sem a qual - afirmam - não se produz um dentista digno deste nome. Decorrentemente, a formação ocorre na bancada do laboratório, as disciplinas sendo ministradas de modo desarticulado entre si; as atividades clínicas são, em sua maioria, de natureza ambulatorial; grande parte da carga horária é dedicada ao trabalho de prótese e à natureza dos materiais de uso odontológico; ideologicamente, insiste-se, ainda hoje, no privatismo da profissão; finalmente, a unidade anatômica a ser considerada é a peça dentária, em tudo desarticulada da própria boca quando não do próprio paciente.
- A raridade clínica deste arranjo torna crítico o exercício da prática odontológica no setor público. Não é de espantar, portanto, que os entraves à extensão da cobertura apareçam imediatamente como baixa competência de diagnóstico e terapêutica. Esta fragilidade torna-se mais notável quando as equipes de saúde bucal nos sistemas locais buscam alternativas a este estado de coisas. Na organização do atendimento aos pacientes especiais, aos crônicos e sindrômicos, dentre outros, são logo percebidos

limites ao exercício ampliado da clínica odontológica.

- A despeito de que os profissionais venham buscando, às vezes por sua conta, ampliar a base teórica para a clínica que desejam praticar, ressentem de maior preparo em diagnose e terapêutica, de diálogo com outras especialidades médicas, de registro adequado no sistema de informação SUS, de entrada e utilização dos centros cirúrgicos e nos mecanismos de internação de pacientes etc.

A partir de reuniões técnicas realizadas entre cirurgiões-dentistas da rede pública que desenvolviam serviços de especialidades odontológicas na antiga DIR V - Osasco, ocorridas no âmbito de seu Comitê de Saúde Bucal no ano de 2004, começa a surgir do próprio grupo a necessidade da ampliação da clínica dentro de seus verdadeiros limites, ou seja, sem um único foco voltado para o esmalte dentário. O ano de 2005 torna-se fundamental quanto ao desenvolvimento de uma capacitação que contemple o que o grupo identificou como interesse. É daí que surgiu como proposta junto ao Observatório de Saúde Bucal Coletiva o Projeto de Curso de Capacitação de Clínica Ampliada de Odonto-estomatologia para Cirurgiões-dentistas do SUS que foi discutido e aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente do CEFOR da antiga DIR V - Osasco e pelo Pólo de Educação Permanente do Estado de São Paulo.

O projeto contemplou muitas das idéias contidas na Política Nacional de Educação Permanente, como articulação entre educação e trabalho no SUS; produção de processos e práticas de desenvolvimento nos locais de serviço; mudanças nas práticas de formação e de saúde, tendo em vista a integralidade e humanização; articulação entre ensino, gestão, atenção e participação popular e controle social em saúde e produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica dos serviços e do sistema de saúde.

Metodologia

Foram planejadas para a capacitação duas fases distintas, **concentração** e **dispersão**, que contemplassem pedagogicamente seus objetivos gerais e específicos.

Na fase de concentração, foram propostos processos dinâmicos de ensino-aprendizagem. Isto significa, preliminarmente, a partilha entre os atores envolvidos no que toca à construção desta capacitação. Como definido no projeto, um dos objetivos estratégicos é a construção, na saúde, de coletivos com capacidade para a produção de valores de uso, quer dizer, o bem estar do paciente, tão integralmente quanto possível, nos limites da capacidade instalada ou do conhecimento e tecnologias disponíveis.

Na fase de dispersão, os profissionais voltarão a atuar nos serviços, propondo e negociando com os gestores modificações no processo de trabalho. Nesta fase, serão acompanhados pela equipe do projeto e participarão ativamente de duas avaliações de desempenho e aferição dos resultados.

Para facilitar as questões de monitoramento de resultados propostas neste trabalho, o projeto do curso foi transposto para o modelo lógico, de forma simplificada, pois desta maneira pode haver uma visão detalhada do mesmo, fornecendo subsídios seguros daquilo que realmente deverá ser monitorado ao clarear os resultados esperados. Aqui se procurou monitorar resultados da fase de dispersão, porém para melhor compreensão do curso em sua íntegra, as duas fases (concentração e dispersão) foram demonstradas com suas metas, insumos, atividades, produtos e resultados esperados (Tabelas I e II).

A meta para a fase de concentração foi realizar entre os meses de março, abril e maio (06/05) de

2006, 136 horas-aula através de processos dinâmicos de ensino-aprendizagem desenvolvidos em quatro módulos divididos da seguinte maneira:

a) comunicação - Módulo I (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade);

b) elaboração - Módulo II e III (análise da escuta e das informações);

c) tomada de decisões - Módulo IV (prioridades, projetos, contratos) arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo e onde de fato se analisem problemas e se tomem deliberações na construção de novos espaços públicos.

E após período de dispersão de doze meses, onde os profissionais voltarão a atuar nos serviços, propondo e negociando com os gestores modificações no processo de trabalho, monitorá-los através de aplicação de auto-avaliação, verificando sua autopercepção com relação aos objetivos do curso.

Tabela I

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Esperados
Recursos humanos	Realização dos Módulos I, II, III e IV.	Número de profissionais capacitados.	Incremento na competência diagnóstica e terapêutica do cirurgião-dentista que compõe a equipe de saúde.
Recursos materiais	Realização de avaliação parcial durante o curso.		Melhora de qualidade do atendimento, com maior capacidade resolutive e encaminhamento conclusivo da intercorrência.
Recursos financeiros	Realização de avaliação parcial ao final do curso.		Construção ampliada da capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de um coletivo e não somente entre sua cúpula. Aumento da capacidade de direção, pela instalação de habilidade e potência para compor consensos, alianças e implantar projetos.

Tabela II

Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Esperados
Recursos humanos	Aplicação de auto-avaliação após seis meses do término do curso, apontando realizações, dificuldades, obstáculos e perspectivas de realização profissional.	Número de profissionais avaliados.	Ampliação da capacidade diagnóstico-terapêutica aplicada efetivamente na clínica sob a perspectiva da integralidade
	Aplicação de auto-avaliação após um ano do término do curso, apontando realizações, dificuldades, obstáculos e perspectivas de realização profissional.		Melhorar a integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal e demais profissionais das Unidades. Estimular um maior envolvimento entre os vários atores sociais (usuários e outros profissionais de saúde) nas práticas de saúde. Implantação do prontuário único nas Unidades onde o mesmo não exista.

Monitoramento de resultados: um ano depois

Os resultados esperados, elencados na Tabela II, foram monitorados através de auto-avaliação, após um ano do término do curso. Dos 18 profissionais que concluíram o Curso de Clínica Ampliada de Odontostomatologia para Cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde - SUS, somente 11 participaram da aplicação dos questionários para o monitoramento de resultados no dia 16 de maio de 2007 no Instituto de Saúde - SES/SP, ou seja, 61,11% do total.

Mesmo com o convite sendo estendido a todos os participantes a adesão não foi completa. O mesmo problema já havia sido verificado durante a formação, pois a previsão do projeto de formação era de que os participantes seriam 40 pessoas (total de participantes da construção do processo de criação do projeto, tendo estado presentes em todas as tomadas de decisão referentes à proposta do curso) e o que ocorreu na realidade foi a participação efetiva de 18 cirurgiões-dentistas.

Entre as explicações para a não aderência, tanto ao curso quanto a participação na auto-avaliação, tem-se desinteresse de alguns municípios da antiga DIR V de Osasco na participação de seus funcionários neste curso, proporcionando dificuldade na liberação dos profissionais de seus respectivos serviços; além da falta de interesse de alguns participantes devido à carga horária do curso (a liberação no período de trabalho cabia aos serviços, mas a outra metade da carga horária seria por conta do participante).

Para a realização do monitoramento de resultados, foi elaborado pela equipe do projeto Observatório um roteiro que foi apresentado aos participantes presentes, constando das seguintes questões:

- 1) No seu trabalho, o que você faz melhor ou bem feito?
- 2) No seu trabalho, o que você faz pior ou mal feito?
- 3) Correlacione estas duas questões com o curso de formação clínica (tipo "antes e depois").
- 4) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou melhor integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e os demais profissionais da UBS?
- 5) Na prática, o curso de formação em clínica ampliada possibilitou realizar integralidade como ação ou efeito coletivo?
- 6) Considerando os usuários e os profissionais de saúde como atores sociais, houve percepção e mudança do papel deste atores após o curso de formação em clínica ampliada?
- 7) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou mudança na sua prática no ambulatório ou no centro de especialidades?

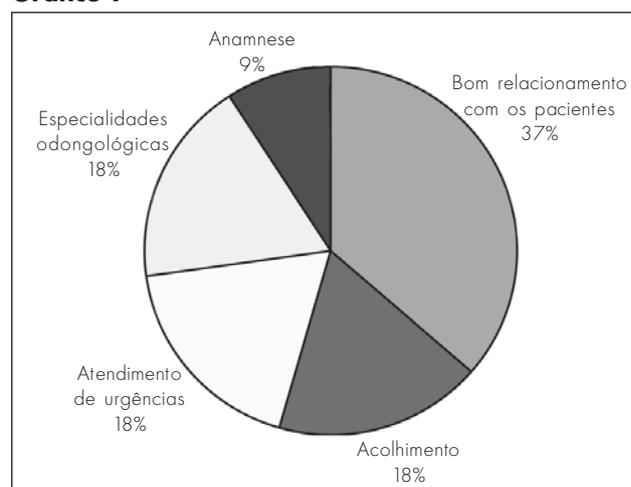
Resultados

A seguir seguem os resultados da atividade de monitoramento, apresentada questão por questão:

- 1) No seu trabalho, o que você faz melhor ou bem feito?

Quanto a esta questão a relação profissional-paciente foi o foco. Dentre 11 auto-avaliações, 4 ressaltaram o bom relacionamento com os pacientes ou seus responsáveis como ponto positivo no desenvolvimento do trabalho. Outras 2 relataram o acolhimento como fator positivo no cotidiano da clínica. Duas pessoas colocaram o atendimento de urgências como a atividade que melhor realizam na clínica odontológica, sendo que endodontia e periodontia também apareceram, juntamente com o atendimento com técnica e eficiência. A anamnese apareceu somente numa das avaliações (Gráfico 1).

Gráfico 1

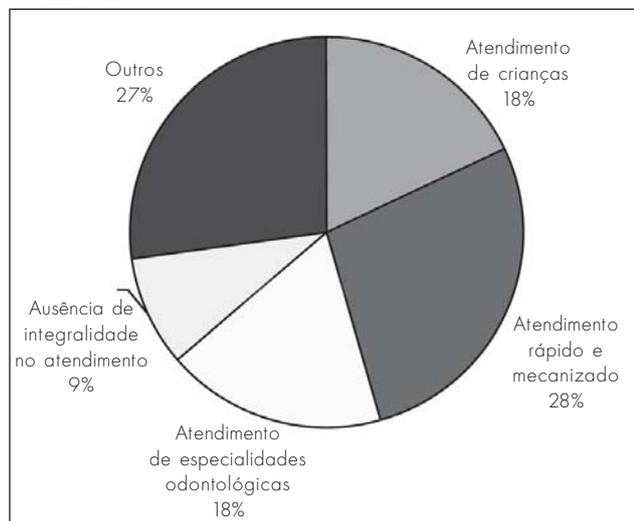
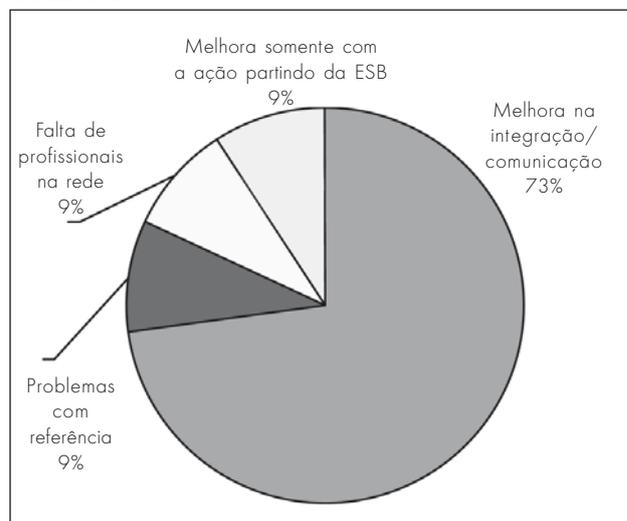
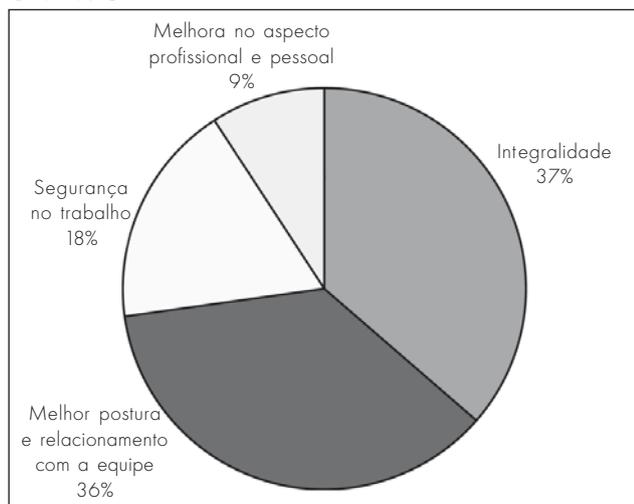


- 2) No seu trabalho, o que você faz pior ou mal feito?

O atendimento de crianças (2), a grande demanda de pacientes que acabam sendo atendidos de maneira rápida e mecanizada (3) e a resolução de casos referentes a algumas especialidades clínicas (prótese, ortodontia, endodontia, problemas de Articulação Temporomandibular), em 2 avaliações, foram as intervenções mais presentes nas avaliações. Ausência de integralidade no atendimento do paciente surgiu em uma única intervenção (Gráfico 2).

- 3) Correlacione estas duas questões com o curso de formação clínica (tipo "antes e depois").

Das 11 avaliações, 4 definiram que após o curso a integralidade pôde ser praticada de maneira mais concreta. Uma melhor postura e um bom relacionamento com a equipe surgiram em 4 questionários, com dois mencionando um aumento da segurança no trabalho e outros dois declarando que o curso proporcionou melhora no aspecto profissional e pessoal (Gráfico 3).

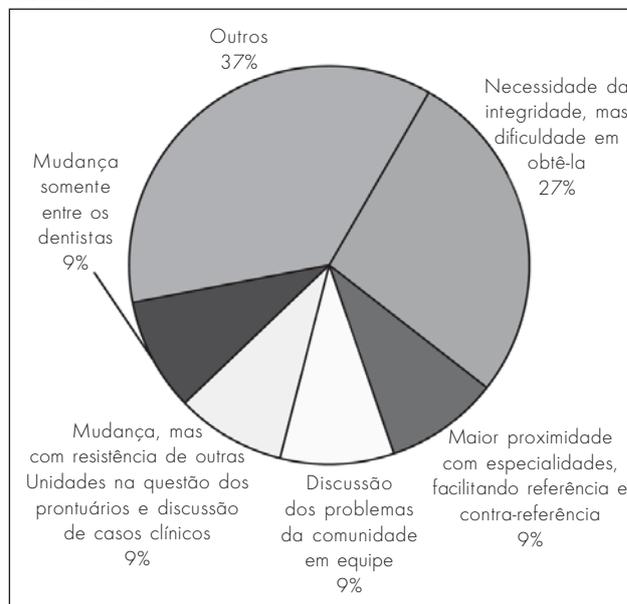
Gráfico 2**Gráfico 4****Gráfico 3**

- 4) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou melhor integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e os demais profissionais da UBS?

Em 8, dos 11 questionários, houve manifestações positivas em relação à melhora na integração e comunicação com a equipe de saúde das Unidades, porém vale ressaltar intervenções que também surgiram, como a presença de problemas nas questões de encaminhamento quando os pacientes não são da mesma Unidade, a falta de profissionais na rede como dificuldade para realmente haver melhora no aspecto integração/comunicação e o relato de melhora somente quando a ação parte da equipe de saúde bucal (Gráfico 4).

- 5) Na prática, o curso de formação em clínica ampliada possibilitou realizar integralidade como ação ou efeito coletivo?

Dentre as 11 avaliações, 3 delas consideraram a necessidade da integralidade como efeito coletivo, mas também citaram a dificuldade em obtê-la. Outras intervenções surgiram colocando pontos como a maior proximidade com as especialidades, o que auxilia na melhora da referência e contra-referência, a discussão dos problemas da comunidade entre toda a equipe, a presença de uma mudança, mas com resistência de outras Unidades na questão dos prontuários e discussão de casos clínicos ou até uma avaliação que apontou mudanças, mas somente entre os dentistas (Gráfico 5).

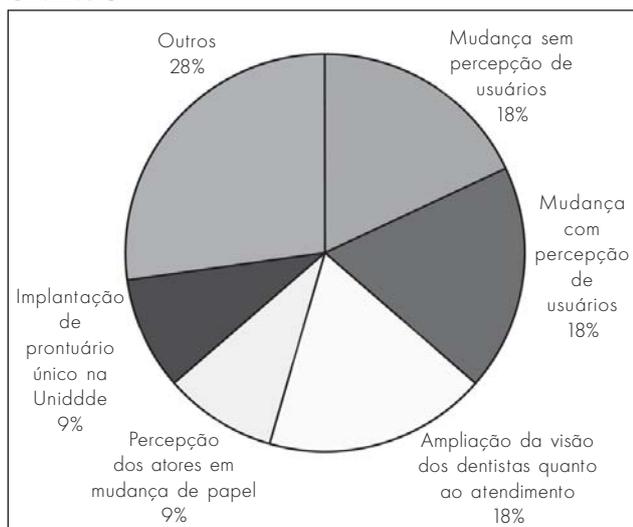
Gráfico 5

- 6) Considerando os usuários e os profissionais de saúde como atores sociais, houve percepção e

mudança do papel destes atores após o curso de formação em clínica ampliada?

Duas intervenções provocaram mudanças positivas nos profissionais, porém sem reflexo na população e na percepção do usuário. Outras duas colocaram que mudanças positivas ocorreram nos profissionais, com a percepção dos usuários. Houve intervenções como a que trazia a percepção dos atores, mas não a mudança de papel, que seria prejudicada pela rotina, juntamente com a grande demanda. Outras duas avaliações que sugeriam uma ampliação da visão dos dentistas sobre o atendimento dos pacientes e uma delas ressaltando que o prontuário na Unidade afinal havia se tornado único (Gráfico 6).

Gráfico 6



7) O curso de formação em clínica ampliada possibilitou mudança na sua prática no ambulatório ou no centro de especialidades?

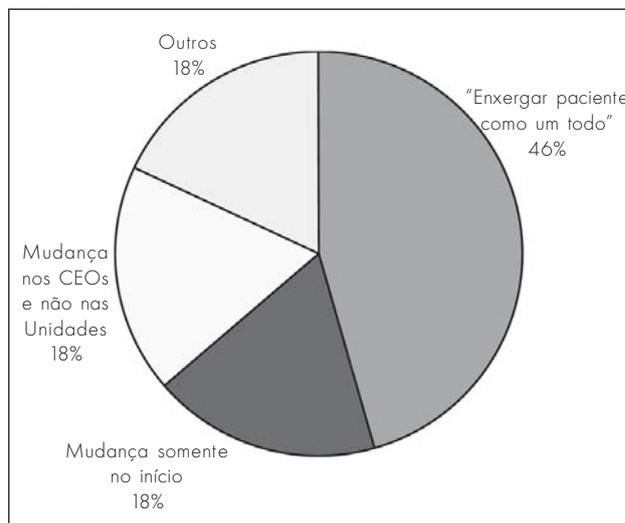
Em 11 avaliações, 5 demonstraram que “enxergar o paciente como um todo” foi a principal mudança na prática após o curso. Duas apontaram uma mudança inicial, porém com o tempo a rotina fez com que a integralidade fosse deixada de lado. Outras duas sugeriram mudanças significativas nos CEOs, mas não nas Unidades (Gráfico 7).

Discussão e Conclusões

Os questionários das auto-avaliações foram coletados e sistematizados e uma discussão sobre eles torna-se válida a partir do que era esperado na fase de dispersão prevista no projeto do curso.

Quanto à ampliação da capacidade diagnóstico-terapêutica aplicada efetivamente na clínica sob a perspectiva da integralidade, pôde-se perceber que

Gráfico 7



aspectos clínicos não apareceram nas avaliações, a não ser quando foi tratado do assunto “o que faço bem e mal feito na clínica”, onde certas especialidades odontológicas surgiram, timidamente, como dificuldades no cotidiano clínico. A questão da integralidade foi lembrada, porém a capacidade diagnóstico-terapêutica não apareceu como mote nestas avaliações em momento algum. Os participantes quando indagados sobre sua clínica comentaram sobre temas como a relação profissional-paciente, acolhimento ou até lembrar que aquilo que faz melhor é “passar” alegria e otimismo ao paciente. Ao partir do pressuposto que é na anamnese que se constitui o caso clínico verificou-se que o assunto foi mencionado uma única vez dentro das sete questões dos onze participantes da auto-avaliação.

No quesito melhorar a integração/comunicação entre a Equipe de Saúde Bucal e os demais profissionais das unidades de saúde, a auto-percepção dos avaliados correspondeu aos resultados esperados, pois oito das onze avaliações relataram melhora entre a Equipe de Saúde Bucal e demais profissionais da Unidade. As outras três avaliações apesar de concordar com a melhora da integração/comunicação trouxeram aspectos como a presença de problemas nas questões de encaminhamento quando os pacientes não são da mesma Unidade, a falta de profissionais na rede como dificuldade para realmente haver melhora no aspecto integração/comunicação e o relato de melhora somente quando a ação parte da Equipe de Saúde Bucal.

Ao se propor estimular um maior envolvimento entre os vários atores sociais (usuários e outros profissionais de saúde) nas práticas de saúde houve duas intervenções que manifestaram mudança positiva nos profissionais, porém sem reflexo na população e na percepção do usuário. Outras duas colocaram que mudanças positivas ocorreram nos profissionais, com a

percepção dos usuários. Houve intervenções como a que trouxe a percepção dos atores, mas não a mudança efetiva de papel, que seria prejudicada pela rotina e pela grande demanda. Outras duas avaliações que sugeriram uma ampliação da visão dos dentistas sobre o atendimento dos pacientes. Os resultados sugerem que não ocorreu, como esperado, um aumento da capacidade de direção entre o conjunto das pessoas do coletivo de tal forma que consensos e alianças fossem compostos.

Finalmente, quanto à implantação do prontuário único nas unidades, onde o mesmo não exista, das sete questões presentes nas auto-avaliações o assunto prontuário único apareceu somente duas vezes: na questão sobre a integralidade como efeito coletivo e em outra, onde a percepção e mudança dos atores são discutidas, sendo que na primeira delas é mencionada a resistência de outras unidades em trabalhar com o prontuário único e somente na segunda é que é comentado que por fim o prontuário tornara-se único naquela unidade. Tal resultado sugere a presença de problemas no gerenciamento do problema na própria unidade, como com a chefia direta, aspecto que poderia ser explicado pela falta de governabilidade sobre o assunto pelos atores avaliados ou até a falta de envolvimento de suas chefias diretas com o assunto.

Agradecimentos

Agradecemos as contribuições de todas as pessoas que passaram pelo Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, pois, direta ou indiretamente, foram importantes para a finalização dos trabalhos e, principalmente, para este artigo. Segue um agradecimento especial aos 18 profissionais que concluíram o Curso de Clínica Ampliada.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Brasil Sorridente: Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BOTAZZO C. (coordenador). **Curso de clínica ampliada de odonto-estomatologia para cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde – SUS, 2005**. Disponível em [<http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/index.htm>]. Acessado em 30 de Novembro de 2007.
- CAMPOS, G W S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- HARTZ, Z M A. (Org.). **Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

KELLOGG FOUNDATION. **Logic Model Development Guide: Logic models to bring together planning, evaluation & action**. Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation, 2001.

SOUZA, E C F. & BOTAZZO C. **Relatório de Atividade da Oficina Temática “A ampliação da clínica na perspectiva do cuidado integral em saúde”**. XVIII ENATESPO (Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico), 2004.

A Política como Necessidade: pensando a participação popular na saúde¹

Carlos Botazzo²

O tema da participação social, e destacadamente na saúde, vem ocupando o tempo de muitos pesquisadores e também gestores e políticos, e isto desde que a Constituição Federal estabeleceu que a gestão do Sistema Único de Saúde seria partilhada entre governo, trabalhadores e usuários dos serviços. Antes, e ainda durante a ditadura militar, já se havia experimentado partilhar decisões entre representantes do governo e dos técnicos, mas podemos afirmar com segurança que a inclusão de representantes da sociedade civil nos Conselhos é a forma superior de gestão dos serviços de saúde.

É possível estabelecer a diferença entre participação popular e controle social quando se fala em gestão dos serviços, e esta diferença é importante, sobretudo, porque muita gente entende que a função dos Conselhos Gestores seria a de apenas fiscalizar as ações do governo na saúde. De fato, alguns estudiosos distinguem controle e gestão, porque dizem que controlar significa medir, supervisionar e acompanhar o que os outros fazem, enquanto gestão deveria significar acima de tudo a capacidade de estabelecer políticas e implementá-las de forma soberana. Há mais confusão conceitual ainda porque outros entendem que a função dos conselhos é controlar a saúde, e chamam isto de controle social. Ora, se é de controle que se trata, e se aceitamos a diferença a que acima se referiu, então significa que a função dos conselhos seria a de medir, supervisionar e acompanhar as ações do governo, não tendo sobre elas, entretanto, posição de soberania.

Mas não é isto o que diz a Lei nem vem sendo este o trabalho dos conselhos, de modo que seria conveniente examinar melhor esta matéria. Se admitimos que controlar significa controlar as ações dos outros, também podemos admitir que é isto o que o Estado faz, pois somos cercados por numerosos e quase infinitos dispositivos regulatórios que se estendem como teias invisíveis que direcionam a vida prática de todos os dias de mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores, transeuntes, consumidores e produtores, estu-

dantes, intelectuais e artistas, negros e pardos, pobres e remediados, incluídos e excluídos. Esses dispositivos todos em seu continuo movimento é que constituiriam as formas do Controle Social, vistos agora como ação permanente do Estado sobre a Sociedade. Esta compreensão do problema dá um outro contorno a essa discussão, pois é fato que o Estado não é completamente soberano em relação aos sujeitos e às ações que praticam; por isso, o Estado controla. Se vamos nesta direção, todavia, precisamos outra vez admitir que não apenas o Estado atua por meio de dispositivos regulatórios ou disciplinares, mas também exercem esse controle o pai sobre o filho, o homem sobre a mulher, o velho sobre o novo, o professor sobre o aluno, o feitor sobre o operário, o pastor diante do crente, e às vezes o contrário disso tudo. Desta forma, fica mais fácil compreender que os dispositivos disciplinares vão do Estado ao Não-Estado, se interpenetram, se correspondem, se articulam uns com os outros e se interterminam, e este conjunto todo e todos os seus liames - ele todo em movimento - é que podemos denominar Controle Social.

A gestão da saúde tem um pouco este componente controlista, mas o fato é que as atribuições dos Conselhos Gestores vão muito além disto. Se eles são a instância máxima no nível em que se acham colocados, então é legítimo pensar que os Conselhos fazem verdadeiramente a Gestão da Saúde, e não meramente o seu controle.

Mas será que podemos falar em Gestão Popular da Saúde? Se aceitamos a diferença estabelecida entre controle e gestão, vemos que os Conselhos Gestores não têm essa característica, pois os "populares", isto é, os usuários, dividem a função do conselho com outros dois sujeitos, a saber, o Governo e os Trabalhadores. Controvérsias à parte, restaria saber se os Trabalhadores não seriam também Populares, mas o fato é que os Trabalhadores compõem no conselho por conta do seu Saber Técnico, e assim, pelo tipo peculiar de conhecimento que detêm, eles se diferenciam politicamente dos "populares". Quanto ao Governo, sua expressão é previsivelmente amplificada, porque o apoio que recebe do Estado é proporcionalmente maior que o apoio que recebem os Trabalhadores e o Povo. Seriam

¹ Texto apresentado no I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região, realizado em 17-18 de março de 2006, em Osasco-SP.

² Pesquisador Científico do Instituto de Saúde. Coordenador do Projeto "Observatório de Saúde bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde". Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br.

então três sujeitos com proporções desiguais de poder, e por isso há contradição no funcionamento do conselho.

Nem por isso se poderia dizer que não seja democrático, ou que nele a palavra não esteja liberada: não há quem possa calar a boca de um conselheiro, seja qual for o segmento a que ele pertença. A questão seria, segundo parece a tantos outros, não a falta de liberdade para discutir mas o fato de que os Trabalhadores e o Povo são freqüentemente envolvidos pelos problemas do Governo, que são muitos, de modo que acabam não colocando os seus próprios, que também não são poucos. Apesar de todos se referirem à saúde, ao Povo, por exemplo, interessa ter mais e melhor atendimento, mas o Governo sempre se diz pressionado pelo Orçamento, enquanto os Trabalhadores querem melhores condições de trabalho e melhores salários, mas igualmente o Governo insiste nos gastos..., e assim por diante. São muitas as distinções que podemos fazer e cada um que vive a realidade do dia-a-dia saberá fazer sua própria conta.

Podemos concluir assim: os problemas do Governo, dos Trabalhadores e do Povo, no âmbito da Gestão da Saúde, são muitos e se distinguem entre si — apesar de se referirem ao mesmo objeto —, mas os problemas do Governo freqüentemente são mais fortes e pesam mais na ação dos Conselhos.

Restaria um último problema a ser examinado, pois lá atrás se perguntava se seria possível a gestão popular da saúde, de modo exclusivo, e vemos agora que não. Quer dizer, ao menos naquilo que a Lei estabelece não é possível, pois a gestão deve ser partilhada. O que não significa, no entanto, que o Povo não possa se organizar de modo autônomo e independente do Governo e dos Trabalhadores, mas neste caso já não se pode falar em gestão popular.

Seria, neste caso, legítimo *os populares* terem sua própria organização? A resposta deve ser positiva, na medida mesmo em que tanto o Governo quanto os Trabalhadores têm cada qual a sua (coordenadorias, direções regionais, colegiados, sindicatos, associações etc) mas o Povo raramente consegue se organizar deste modo e, assim, pensar com a própria cabeça seus problemas e depois encaminhá-los na forma da ação política.

Estas questões estarão sendo debatidas no dia de amanhã nos grupos de trabalho. E amanhã também vamos estudar se desejamos essa organização, se temos vontade de nos organizar deste modo, se é conveniente ou desejável tal propósito, se temos pernas suficientes ou clareza nas nossas mentes para tal proceder.

Finalmente, é importante reafirmar o papel fundamental que os conselhos gestores têm na saúde, reafirmar que a gestão pública das políticas de saúde é essencial para a construção do SUS. Costuma-se, no Brasil, falar mal dos serviços públicos de saúde e a imprensa é, muitas vezes, a primeira nos ataques, mas

não apenas. Os que assim procedem, consciente ou inconscientemente estão fazendo o jogo dos grupos econômicos privados que têm fortes interesses na saúde, como é o caso da indústria farmacêutica e a de equipamentos, mas sobretudo a das empresas médicas, dos convênios e dos seguros privados de saúde. Enfim, por isso tudo, e mesmo sendo possível que os conselhos não funcionem como deveriam funcionar, devemos levar em conta que este espaço foi conquistado em consequência das lutas democráticas e populares. Assim, ele nos pertence. E funcionando bem ou funcionando mal, ele é o modo que temos de realizar a utopia de um sistema de saúde universal, democrático, equitativo e incluyente, o único à disposição de milhões de homens e mulheres deste nosso país, e por isso é nosso dever defendê-lo e contribuir para sua construção e desenvolvimento. Penso que este é o objetivo maior deste Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região que hoje se inicia.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei 8142, 1990.

BRINTON, M. **Os bolcheviques e o controle operário**. Porto: Afrontamento, 1975.

Espaços Coletivos: I Encontro Popular de Saúde de Osasco e região na perspectiva do apoderamento e da co-gestão

Rebeca Silva de Barros¹
Fabiana Schneider Pires²

Introdução

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde da constituição de 1988 e das leis que o regulamentam, a saber, leis 8080 e 8142 (BRASIL, 2008), tem sido gradual, às vezes interrompido por percalços políticos, mas principalmente pela mudança do modelo de atenção à saúde e de participação popular (controle social).

A descentralização da gestão do SUS com a adoção da municipalização tem exigido dos municípios capacidade gerencial na condução e execução das ações em saúde, pois as diferentes e complexas modalidades de gestão nas quais os municípios habilitaram-se com o passar dos anos - NOB/93, NOB/96, NOAS/2002 (BRASIL, 93, 96, 2002) - fortaleceram suas habilidades técnicas, operacionais e proporcionaram um crescimento da participação popular nos processos decisórios, por meio das atividades dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).

Embora os movimentos populares sejam anteriores às leis que instituem a participação popular no SUS, o segmento usuário na constituição dos CMS ainda encontra-se fragmentado e pouco articulado com seus pares.

Diversos autores têm tratado deste instigante tema. A crescente participação de usuários não tem garantido a redução de iniquidades na promoção dos cuidados em saúde por isso a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar na democratização das instituições brasileiras, assim, "dando voz aos setores sociais tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político" (CORTES, 1988, pg 15).

Campos (2000) também propõe a criação de "espaços coletivos" onde ocorra o exercício da co-gestão. Seriam espaços nos quais atores sociais expressam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, na busca de construir conhecimentos e trocar experiências que possam analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstituir-se como sujeito.

Nesse artigo, apresentaremos o relato de experiência da realização do *I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região*, realizado no mês de março de 2006 no município de Osasco, localizado na região metropolitana de São Paulo, e algumas reflexões sobre a organização da participação popular na saúde.

Osasco e Região e seu contexto Sócio-Histórico

A área de abrangência da região de Osasco constitui-se por 15 municípios: Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Embu Guaçu, Itapeverica da Serra, Itapevi, Jandira, Juquitiba, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Santana de Parnaíba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista, localizados a oeste da região metropolitana da Grande São Paulo - que até dezembro de 2006, denominava-se Direção Regional de Saúde V - Osasco, hoje incorporada ao Departamento Regional de Saúde I.

Esta região é pólo de referência histórico-cultural do estado paulista, tendo cidades originadas no tempo dos jesuítas e sendo roteiro de bandeirantes como é o caso de Santana de Parnaíba e Pirapora do Bom Jesus. A população estimada em 2006 era de 2.767.445 habitantes, apresentava taxa de alfabetização de 93%, com população marcadamente urbana - apenas 0,5 % da população reside em área rural - e a classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) foi de grau 2, ou seja, região economicamente dinâmica e de baixo desenvolvimento social (SEADE, 2006).

Historicamente, o anel periférico da cidade de São Paulo formou-se com a chegada de migrantes em busca de postos de trabalho na capital do estado de São Paulo. Na década de 1960 - 1970 o crescimento foi de 12,90% e nas décadas seguintes caiu para 7,42%, acompanhadas pelo declínio da migração e de um crescimento inusitado do anel interior do município de São Paulo (cerca de 4,5%), decorrente do empobrecimento da população em virtude da crise econômica, o que desestimulou a compra de lotes na periferia e incrementou o aumento da população encortçada e favelada (COHN et al., 2002).

As áreas periféricas abrigavam mais de 70% da população, além da região sul que teve um crescimento da ordem de 15% na década de 1970, respondendo

¹ Cirurgiã-Dentista e Participante do Programa de Aprimoramento em Saúde Coletiva - Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rebeca_osp@yahoo.com.br.

² Cirurgiã-Dentista do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids e Mestre em Ciências - Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: fabianaschneider@crt.saude.sp.gov.br.

por um dos maiores aglomerados do município de São Paulo (região de Santo Amaro e Campo Limpo). Por existir uma contigüidade entre a periferia de São Paulo e as cidades da região metropolitana, muitas dessas características são comuns a ambas, como o agravamento do nível de exclusão social da população de baixa renda que reside no anel periférico.

A ocupação desordenada destas regiões, muitas vezes desrespeitando áreas de proteção de mananciais e com irregularidades nos lotes residenciais, que se localizam em encostas íngremes e de solo impróprio para construções, bem como a densidade populacional que alcançam, acabam por ilustrar as capas de jornais com desgraças a cada período de chuvas, com deslizamentos de terra, transbordamento de córregos e mortes.

Por certo, a extensão da área urbana de forma precária e desorganizada pode ser compreendida como o resultado da inexistência de uma política habitacional adequada que se acentuou na década de 80 e provocou o aumento de moradias precárias, ocupação irracional do solo, agravando o risco de vida da população (COHN et al., 2002).

I Encontro Popular de Saúde de Osasco

Os pesquisadores do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS - SES/ SP), em parceria com o Comitê de Saúde Bucal - composto pelos coordenadores municipais de saúde bucal da região de Osasco - visitaram e observaram intensamente a região, no período de 2004 a 2006 com objetivo de compreender a dinâmica social e a organização dos serviços públicos de saúde local e regionalmente.

Assim estruturou-se o Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva - construindo a cidadania na saúde, tendo como proposta a produção científica e tecnológica sobre a situação de saúde bucal e a análise do desempenho de programas e serviços da região da DIR V - Osasco, gerando subsídios para a elaboração de políticas públicas, propiciando aumento da competência diagnóstico-terapêutica do cirurgião-dentista, procedendo coleta de dados e análise das ações de média e alta complexidade, análise das ações de natureza coletiva e fortalecimento do sistema de gestão, dentro dos princípios que regem o SUS.

O processo de construção do encontro popular de saúde iniciou-se com visitas em 11 dos 15 CMS da região, apresentando o projeto do Observatório de Saúde Bucal Coletiva e convidando-os para organizar um encontro popular. Organizou-se um grupo de discussão sobre problemas loco-regionais e planejamento de ações composto por conselheiros representantes do segmento dos usuários e pesquisadores, sendo que os últimos atuaram como mediadores durante o processo estimulando a participação popular na organização do coletivo.

O I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região realizou-se em 17 e 18 de março de 2006, no Centro de Eventos *Pedro Bortolosso* no município de Osasco. O evento reuniu conselheiros usuários dos CMS e líderes comunitários dos 15 municípios que compõem a DIR-V e promoveu a discussão dos problemas de saúde da região, bem como temas relacionados ao processo de gestão do SUS, troca de experiências, estabelecimento de compromissos e projetos comuns.

Dentre os resultados deste evento destacamos a formulação da "*Carta de Osasco*" (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA, 2008) em que constam as deliberações do encontro tais como:

1. Formar uma rede de articulação intermunicipal e disponibilizar informações sobre os municípios no site do Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva cujos objetivos seriam de informar, promover trocas de experiências e promover cursos de capacitação/ atualização para os conselheiros usuários adequados às necessidades de desempenho do papel do conselheiro e à realidade municipal;
2. Identificar e utilizar espaços pré-existent (reuniões de conselheiros usuários, rádios comunitárias, pastorais, associação de amigos de bairro etc) onde possa ocorrer a mobilização da população para troca de informação, reflexão e formação de consciência crítica sobre o papel do Conselho, destacando o exercício da cidadania e ressaltando a importância da participação ativa do indivíduo, de forma a garantir o cumprimento da lei 8142;
3. Divulgar as propostas do I Encontro junto aos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios envolvidos e promover a discussão sobre possíveis temas do II Encontro bem como a criação da Comissão Organizadora do II Encontro;
4. A comissão organizadora do I Encontro será referência com objetivo de manter e estimular a formação de redes de articulação intermunicipal visando promover o II Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região, possibilitando a participação de lideranças populares, comunitárias e novos conselheiros;
5. Incentivar a criação de um boletim informativo local contendo os direitos e deveres dos usuários como forma de melhor esclarecê-los em relação à organização dos serviços municipais de saúde e no SUS;
6. Discutir nos foros adequados (reuniões dos CMS, reuniões da CIR) a implementação da política de saúde para usuários com necessidades especiais, bem como a aplicação da política de medicamentos, inclusive medicamentos de alto custo, com informação correta para os usuários proporcionando também a capacitação dos trabalhadores do SUS nas ações da Política Nacional de Humanização;
7. Discutir nos foros adequados (reuniões dos CMS, reuniões da CIR) a pactuação de vagas dos serviços

de saúde de média e alta complexidade entre os municípios que compõem a DIR V bem como as políticas de saúde no sistema penitenciário e para o idoso, buscando garantir os direitos do seu estatuto;

8. Garantir o cumprimento da lei 8142 que trata da composição dos três segmentos no CMS e promover a integração dos Conselhos Gestores dos serviços de saúde com os CMS;

9. Apoiar a organização de uma comissão de acompanhamento das finanças municipais e também a formação em contabilidade para Conselheiros usuários com o objetivo de facilitar a compreensão das discussões referentes ao financiamento na área da saúde para buscar uma melhor distribuição dos recursos orçamentários;

10. Discutir nos foros adequados (reuniões dos CMS, reuniões da CIR) formas de aumentar a receita e de garantir a contrapartida estadual no financiamento da atenção básica, baseado EC 29."

Considerações Finais

A criação de espaços coletivos para o exercício da co-gestão proporciona a reunião de atores sociais para que expressem seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, na busca de construir conhecimentos, trocar experiências para analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstituir-se como sujeito (CAMPOS, 2000).

Durante a execução do projeto, houve evidências de apoderamento coletivo, aumento da auto-estima e autoconfiança dos usuários participantes do processo (apoderamento pessoal). Foram inquestionáveis o envolvimento gradual e o comprometimento dos usuários na construção do evento.

Acreditamos que a consolidação de espaços democráticos para discussão e proposição de políticas de saúde proporcionaria o desenvolvimento de um conjunto de valores comuns aos membros do grupo e permitiria cooperação entre eles.

Por fim, o fortalecimento de espaços coletivos que favoreçam a troca de experiências, a construção de conhecimento, de saberes e identidade, poderia encaminhar tomada de decisões com maior grau de legitimidade e ter relação direta com a melhoria da qualidade de vida da população e da liberdade político-social dos cidadãos.

Colaboração

Patrícia Nieri Martins participou como colaboradora deste projeto no planejamento, na organização e na execução do I Encontro Popular de Saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. **Lei Federal n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil n° 182 de 20 de setembro de 1990. p.25.694 -5. Disponível em [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>]. Acessado em 30 de janeiro de 2008.

BRASIL. **Lei Federal n° 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil n° 249 de 31 de dezembro de 1990. p. 18.055-9. Disponível em [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>]. Acessado em 30 de janeiro de 2008. BRASIL. Norma Operacional Básica 01/93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços. Portaria do Gabinete do Ministro da saúde n° 545, de 20 de maio de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil n° 96 de 24 de maio de 1993. p. 6.961-5.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da saúde, 1997. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n° 2023. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 6 de novembro de 1996; com alterações estabelecidas na Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde n° 1.872. Diário Oficial da República Federativa do Brasil de 22 de dezembro de 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria n° 373 de 27/02/2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS**.

CAMPOS GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

COHN, A. Desenvolvimento Social e Impactos na Saúde. In: BARATA, R. B. (org.) **Condições de Vida e Situação de Saúde**. Rio de Janeiro, ed. Abrasco, 1997.

CORTES SMV. Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. **Ciência & Saúde Coletiva III (1)**, 1998 p.5-17.

FUNDAÇÃO SEADE. **Perfil Municipal: 2006**. Disponível em <http://www.seade.gov.br> [30 jan 2008].

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA. **Carta de Osasco**. Disponível em [<http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/obs.htm>]. Acessado em 30 de janeiro de 2008.

I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região - Carta de Osasco¹

Conselheiros Municipais de Saúde (CMS), pesquisadores do Instituto de Saúde, cirurgiões-dentistas, pessoal auxiliar odontológico, líderes comunitários, secretários municipais de saúde e administradores e técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estiveram reunidos em Osasco nos dias 17 e 18 de março no centro de Eventos da Secretaria de Cultura de Osasco para realizarem o I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região. O evento contou com 80 participantes, provenientes de 9 municípios da região de Osasco, 3 cirurgiões-dentistas dos municípios envolvidos e 6 pesquisadores do projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O Tema da mesa de abertura foi "A política como necessidade: pensando a participação popular na saúde" com conferência proferida por Carlos Botazzo, tema este que permeou todas as atividades do evento. As discussões foram precedidas pela mesa de debate tema "Controle social: como efetivar a participação popular e a transparência no processo de gestão", onde os debatedores foram Virgínia Junqueira (Instituto de Saúde) e o Deputado Estadual Carlos Neder. Foram organizados 3 grupos de discussão abordando os temas de financiamento, políticas de saúde e controle social no SUS.

Na plenária final os participantes deliberaram:

1. Formar uma rede de articulação intermunicipal e disponibilizar informações sobre os municípios no site do Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva cujos objetivos seriam de informar, promover trocas de experiências e promover cursos de capacitação/atualização para os conselheiros usuários adequados às necessidades de desempenho do papel do conselheiro e à realidade municipal;
2. Identificar e utilizar espaços pré-existentis (reuniões de conselheiros usuários, rádios comunitárias, pastorais, associação de amigos de bairro etc) onde possa ocorrer a mobilização da população para troca de informação, reflexão e formação de consciência crítica sobre o papel do Conselho, destacando o exercício da cidadania e ressaltando a importância da participação ativa do indivíduo, de forma a garantir o cumprimento da lei 8142.
3. Divulgar as propostas do I Encontro junto aos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios

envolvidos e promover a discussão sobre possíveis temas do II Encontro bem como a criação da Comissão Organizadora do II Encontro;

4. A comissão organizadora do I Encontro será referência com objetivo de manter e estimular a formação de redes de articulação intermunicipal visando promover o II Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região, possibilitando a participação de lideranças populares, comunitárias e novos Conselheiros;
5. Incentivar a criação de um boletim informativo local contendo os direitos e deveres dos usuários como forma de melhor esclarecê-los em relação à organização dos serviços municipais de saúde e no SUS;
6. Discutir nos foros adequados (reuniões dos CMS, reuniões da CIR) a implementação da política de saúde para usuários com necessidades especiais, bem como a aplicação da política de medicamentos, inclusive medicamentos de alto custo, com informação correta para os usuários proporcionando também a capacitação dos trabalhadores do SUS nas ações da Política Nacional de Humanização;
7. Discutir nos foros adequados (reuniões dos CMS, reuniões da CIR) a pactuação de vagas dos serviços de saúde de média e alta complexidade entre os municípios que compõem a DIR V bem como as políticas de saúde no sistema penitenciário e para o idoso, buscando garantir os direitos do seu estatuto;
8. Garantir o cumprimento da lei 8142 que trata da composição dos três segmentos no CMS e promover a integração dos Conselhos Gestores dos serviços de saúde com os CMS;
9. Apoiar a organização de uma comissão de acompanhamento das finanças municipais e também a formação em contabilidade para Conselheiros usuários com o objetivo de facilitar a compreensão das discussões referentes ao financiamento na área da saúde para buscar uma melhor distribuição dos recursos orçamentários;
10. Discutir nos foros adequados (reuniões dos CMS, reuniões da CIR) formas de aumentar a receita e de garantir a contrapartida estadual no financiamento da atenção básica, baseado EC 29.

¹ Documento produzido ao final do I Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região, realizado em 17 e 18 de março de 2006.

Osasco, 18 de março de 2006.

Conselhos Municipais de Saúde de Osasco e Região: identificação de perfil, controle social e formulação de políticas para o SUS

Carolina Rogel Souza¹
Rebeca Silva de Barros²
Maria Aparecida de Oliveira³

Introdução

A Lei 8.142 de 1990 instituiu as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) responsáveis por garantir a participação da comunidade na gestão do sistema (BRASIL, 2007).

Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes, deliberativos, consultivos, normativos e fiscalizadores das ações e políticas de saúde. São constituídos de forma paritária, com 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde, 25% de representantes do governo e prestadores de serviços. Os usuários devem ser escolhidos por seus pares, com direito a voz e voto, garantindo, assim, a legitimidade e a representatividade dos mesmos.

A instituição desses espaços foi muito importante para a implementação dos serviços públicos de saúde voltados para responder às demandas da população. Nessas instâncias, a partir de uma composição paritária, é possível debater os problemas de saúde locais e construir políticas de saúde apropriadas a cada realidade.

Os conselhos municipais de saúde (CMS) – como espaços coletivos (CAMPOS, 2000) – são arranjos estruturais montados para estimular a produção e a construção de sujeitos e coletivos organizados tendo por funções a administração e o planejamento de processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso. Por isso revelariam seu caráter político tendo a co-gestão como uma forma específica de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições.

Baseados nesses pressupostos, investigamos os sujeitos que compõem os CMS da região de Osasco/ SP, pois conhecendo seus participantes podemos compreender a atuação dos conselhos e sua relação com a política local.

Quem é o conselheiro de saúde? Quais suas pautas de interesse? Como foi seu ingresso no Conselho Municipal de Saúde? Estas, dentre outras, foram as perguntas que motivaram esta pesquisa.

Objetivo

O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil dos conselheiros dos 15 CMS dos municípios que compõem a extinta DIR V-Osasco, identificando possíveis diferenças entre os membros que paritariamente os compõem.

Metodologia

A equipe do projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva visitou, no período de setembro de 2006 a abril de 2007, as reuniões ordinárias dos CMS dos municípios da região de Osasco apresentando-se e distribuindo um questionário semi-estruturado para representantes dos segmentos dos gestores, profissionais de saúde e usuários.

Os questionários preenchidos forneceram as seguintes informações sócio-demográficas: gênero, faixa etária, escolaridade, ocupação, renda familiar, religião. Além disso, foram obtidas as seguintes: composição dos CMS, motivação para participação, formas de ingresso nos CMS; participação em oficinas de capacitação para conselheiros de saúde; utilização do SUS e pautas de interesse nas reuniões do CMS.

A análise estatística dos dados coletados utilizou o programa EPI INFO versão 5.01. Todos os sujeitos de pesquisa assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

No total, foram 14 CMS visitados e 157 questionários respondidos. Os sujeitos de pesquisa eram em sua maioria mulheres, sendo 51% usuárias, 49% gestoras e 56% trabalhadoras.

A faixa etária concentrou-se entre 41 e 50 anos para o segmento dos usuários e gestores e, entre 31 e 50 anos para os trabalhadores.

Em relação à escolaridade, 27% dos usuários apresentam ensino fundamental completo; 65% dos gestores e 51% dos trabalhadores apresentam curso superior completo.

A renda familiar de 37% dos usuários encontra-se na faixa de 2 a 4 salários mínimos (SM); 23% dos trabalhadores, entre 5 a 8 SM e 33% dos gestores ganham de 9 a 15 SM. Em relação à ocupação dos conselheiros usuários, 31% são aposentados e 24% trabalhadores

¹ Fonoaudióloga e participante do Programa Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Contato: carolrogel@yahoo.com.br

² Cirurgião-Dentista, e participante do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Contato: rebecca_osp@yahoo.com.br

³ Cirurgião-Dentista da Prefeitura do Município de São Paulo e Mestre em Ciências –Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cissa.oliveira@terra.com.br

dos serviços e comércio, as demais categorias apresentaram números entre 3% e 9% (Gráfico 1).

Observamos que 93% dos usuários, 79% gestores e 69% trabalhadores declararam utilizar o SUS (Gráfico 2). Em relação aos convênios de saúde, 32% dos usuários, 56% dos gestores e 62% dos trabalhadores afirmaram possuir algum tipo de seguro de saúde (Gráfico 3).

A religião católica foi professada pela maioria dos participantes, sendo que 81% das respostas foram de gestores, 73% usuários e 62% trabalhadores.

Sobre a participação em processos de formação de conselheiros, 53% dos usuários, 49% dos gestores e 33% dos trabalhadores declararam ter freqüentado oficinas de capacitação para conselheiros da saúde.

O perfil dos conselheiros, as pautas de interesse em reuniões e a motivação para participação no CMS e o setor que representam estão expressas nos Gráficos 4, 5 e 6.

Gráfico 1: Ocupação dos usuários

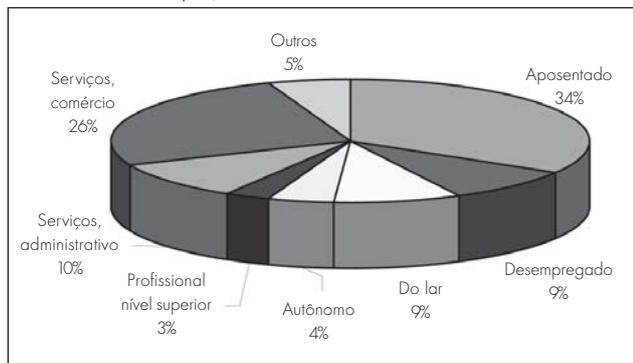
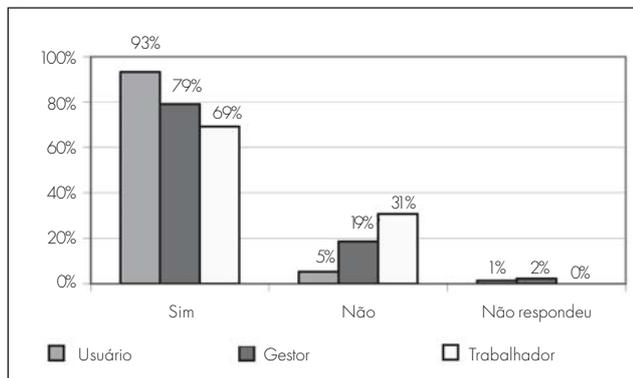


Gráfico 2: Utiliza o SUS?



Discussão

Com a inclusão da participação da comunidade como uma diretriz do SUS, abre-se a oportunidade da população e dos trabalhadores se apropriarem de questões relativas à formulação e proposição de ações em saúde. Assim, temos a sociedade mais próxima do Estado, de seu funcionamento, orientando o mesmo no

Gráfico 3: Tem convênio?

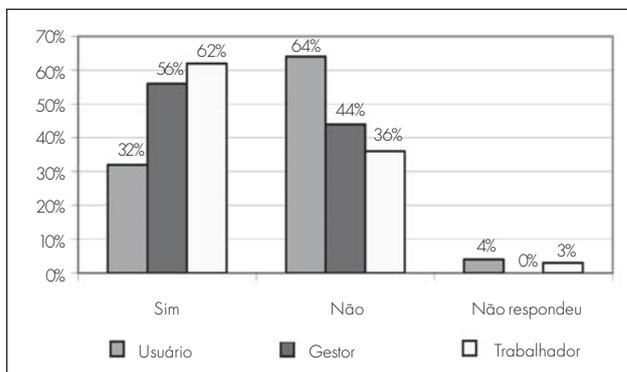


Gráfico 4: Forma de eleição

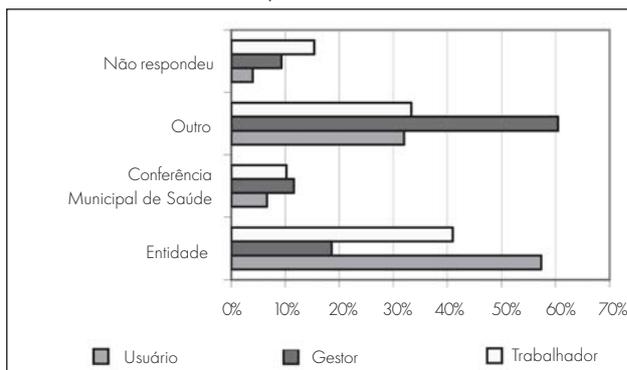


Gráfico 5: Pautas de interesse

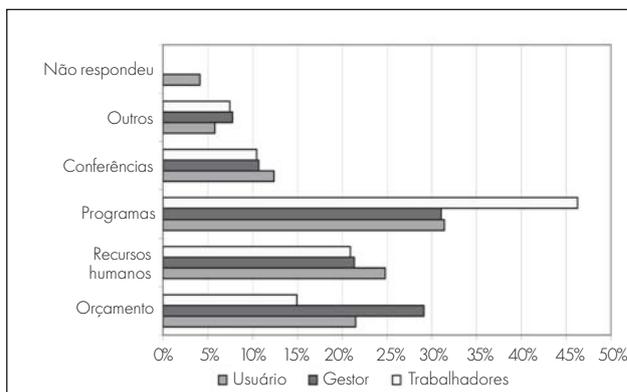
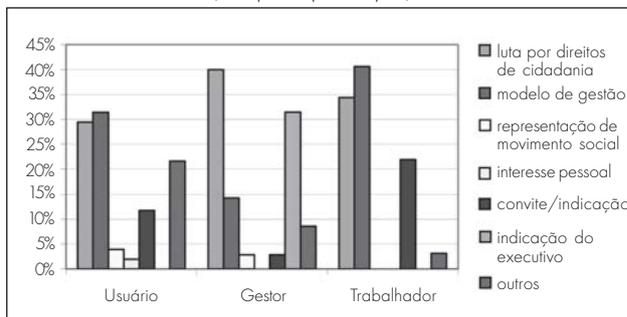


Gráfico 6: Motivação para participação no CMS



sentido de privilegiar ações necessárias à população. Os efeitos dessa participação são altamente positivos: qualificação dos sujeitos, incremento da auto-estima, explicitação do conteúdo educativo e aumento de expectativas futuras otimistas.

A baixa escolaridade e a falta de capacitação dos conselheiros usuários podem ser fatores limitantes da participação destes sujeitos no CMS. A pesquisa revela que a maior parte dos usuários é composta por aposentados, o que nos faz refletir o seguinte: ou os trabalhadores não têm realmente interesse em participar ou não o fazem por desconhecerem a Resolução nº. 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 04 de novembro de 2003:

“X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde” (BRASIL, 2003).

Ou ainda, a precarização dos vínculos de trabalho poderia vir a dificultar a participação destes trabalhadores nas reuniões e atividades do conselho.

Para os usuários, a forma de ingresso nos CMS é majoritariamente feita através da indicação por entidades como igrejas e associações. Isso pode ser um mérito para a entidade, mas não necessariamente esse método de indicação da representação indica o compromisso de um grupo com a defesa da saúde do conjunto da população já que, algumas vezes, o interesse da entidade pode se sobrepor ao da comunidade.

Os gestores, em sua maioria, estão no CMS por indicação do executivo ou por “força da lei”, o que influencia grandemente a construção de políticas para a saúde, pois o gestor da saúde, por vezes, tem que se submeter aos mandos e desmandos do poder local. A pauta de interesse desse segmento concentra-se na discussão acerca do orçamento da saúde já que o CMS é umas das instâncias de aprovação de projetos e de delimitação de prioridades. O que pode acontecer é que a prioridade para a gestão nem sempre é prioridade para usuários e trabalhadores.

Os trabalhadores, assim como os gestores, estão no CMS em “horário de trabalho”. A pauta de interesse concentra-se na discussão acerca dos Programas e Recursos Humanos, pois ambas afetam diretamente o cotidiano do trabalhador no serviço.

Conclusão

A saúde é dos poucos setores do Estado que garante a participação popular nos espaços de gestão, portanto é inegável a importância dos CMS para a implementação do SUS.

Porém, ainda prevalece um caráter mais consultivo do que deliberativo nos conselhos no que se refere às diversas propostas apresentadas em reuniões.

A pouca participação dos diversos segmentos mais organizados da população, o pouco envolvimento dos trabalhadores da saúde e o predomínio de pautas apontadas pelos gestores são dificuldades que diminuem a proposta do controle social - defesa esta do direito à saúde da comunidade (RONCALLI, 2003).

Para que o CMS se torne um **espaço coletivo** de atuação plena e democrática, é necessário que os conselheiros tenham formação não apenas técnica, mas também política, já que é a partir da compreensão dos direitos de cidadania que será possível uma atuação mais ampla e um rompimento das lógicas de tutela e dependência.

Isto depende da necessária mudança de postura da população, dos profissionais de saúde e dos gestores, para que comecem a utilizar espaço do CMS não apenas para cobranças e reivindicações, mas também para promover processos dialógicos de proposição de ações e políticas.

Colaboração

Patrícia Nieri Martins participou como colaboradora deste projeto na fase inicial, estruturação do questionário e na coleta parcial de dados.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. **Lei 8.142** de 28/12/1990. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm]. Acessado em 23 outubro de 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04/11/ 2003. Disponível em [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf]. Acessado em 30 de janeiro de 2008.
- CAMPOS GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2º ed, 2005. 240 p.
- RONCALLI AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA AP (org). **Odontologia em Saúde Coletiva**. São Paulo: Artmed, 2003. 440 p.

Estudo Comparativo entre Tendências de Gastos Públicos Municipais em Saúde e Indicadores de Saúde Bucal na Antiga DIR V - Osasco (2000-2004)

Luiz Vicente Souza Martino¹
Luís Antonio Cherubini Carvalho²
Fausto Souza Martino³

Introdução

A distribuição de renda no Brasil é uma das mais injustas e perversas do mundo. Há no país uma “baixa e instável expansão da riqueza para o conjunto da sociedade”, desvelando problemas “como o desemprego elevado, a pobreza e as desigualdades sociais em alta escala” (POCHMANN, 2002). Conseqüentemente, parte da população dependente de ações sociais (saúde, alimentação, assistência social etc.) pelo governo vem crescendo. O desenvolvimento da qualidade e eficiência dos serviços públicos insere-se nas alternativas de políticas ativas de geração de emprego e renda, onde a “efetiva melhora do serviço social envolveria a ampliação dos recursos, por meio de uma reforma tributária e da redução sensível da evasão fiscal, a racionalização e a moralização dos gastos (diminuição do grau de corrupção, despotismo etc.), a universalização das atividades e serviços de boa qualidade para todos (educação, saúde, assistência social etc.) e a promoção de novos mecanismos de garantia de renda” (POCHMANN, 2002).

O SUS pode e deve ser visto como produtor de bens e serviços (consultas, assistência, cuidado, programas etc.) que possuem valor de uso (capacidade potencial de atender as necessidades sociais) socialmente co-produzido através de uma multiplicidade de determinantes (CAMPOS, 2003). Dentre estes, perpassam aspectos relacionados à economia da saúde, como financiamento do setor, gastos e alocação de recursos. Deve-se, pois, concentrar esforços na análise das prioridades de aplicação dos recursos, tendo em vista a crise econômica e a limitação dos orçamentos (MENDES & MARQUES, 2006).

O orçamento público municipal tem passado por constantes readequações nos últimos anos e a porcentagem de dinheiro público gasto pelos gestores municipais tem sido alvo de legislação orçamentária. É o caso da saúde que estabelece na Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) de 2000, o vínculo de recursos orçamen-

tários em no mínimo 15% para os municípios, dando início “ao processo de construção das condições necessárias para que se alcance o equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de saúde e os recursos necessários para seu financiamento” (BRASIL, 2001). Em 1995 a União, com 63%, era quem mais aplicava em saúde, seguida pelos Estados, com 20,7%, e os Municípios, com 16,4%. Em 2003, após três anos da aprovação da EC 29, o panorama alterou-se, com a União investindo 50,7%, os Estados 22,8% e os Municípios 26,5%. Os dados apontam para uma participação crescente dos Municípios nos gastos com saúde, aumentando seus investimentos em mais de 10% num intervalo de oito anos (FERNANDES *et al*, 1998; DATASUS).

O Projeto “Observatório de Saúde Bucal Coletiva: construindo a cidadania na saúde”, aprovado e financiado pelo CNPq, teve suas atividades concentradas na antiga Direção Regional de Saúde (DIR) V de Osasco, trabalhando com seus 15 municípios, durante os anos de 2005 e 2007, guiando-se por cinco linhas de pesquisa: clínica ampliada, ações de natureza coletiva, média e alta complexidade, gestão e co-gestão e informação em saúde. Durante seu trabalho o projeto pôde tomar contato com a realidade local, além de assimilar melhor algumas características e indicadores referentes aos municípios pertencentes à região. Peculiaridades quanto à gestão, programas, serviços, orçamentos e a própria história das políticas públicas da região mostraram sua saúde bucal modelando inovadoras metodologias de trabalho, mesmo mantendo o perfil e o baixo acesso da população atendida (Relatório Científico Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, 2007).

Objetivos e Resultados

Objetivou-se estabelecer a relação dos gastos públicos municipais em saúde (Despesas Totais em Saúde - DTS) e indicadores de saúde bucal dos municípios pertencentes à antiga DIR V - Osasco, do estado de São Paulo, entre 2000 - 2004, como uma das propostas do Projeto “Observatório de Saúde Bucal Coletiva”. Para coleta dos dados utilizou-se o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) - para análise dos gastos públicos em saúde - e o

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: lvsmartino@ig.com.br.

² Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde Pública e Odontologia Legal e Mestre em Odontologia e Odontologia Legal pela Universidade de São Paulo. Contato: luischerubini@yahoo.com.br

³ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Mestrando em Ciências Odontológicas da Área de Odontologia Social da Universidade de São Paulo, Cirurgião-Dentista. Contato: fmartino@uol.com.br

DATASUS, do qual o SIOPS é parte integrante - para os indicadores de saúde bucal.

A partir daí analisaram-se as linhas de tendência das DTS de cada município, estipulando-se as linhas de tendência linear, realizando-se o mesmo procedimento para a DIR em seu conjunto, através da média das despesas das 15 cidades. Os indicadores de saúde bucal escolhidos e presentes no Pacto da Atenção Básica do SUS, presentes no DATASUS, foram:

a) a cobertura de primeira consulta odontológica, calculada pela divisão do número total de primeiras consultas realizadas no município em determinado ano pela população total do município e multiplicados por 100 - que indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual; porém, consultas de urgência e emergência não são incluídas neste indicador.

b) a média anual de população entre zero a 14 anos de idade coberta por procedimentos odontológicos coletivos - que são definidos como a realização de exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde, realização de bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada. O numerador foi calculado dividindo-se a soma da quantidade de procedimentos coletivos apresentada pelo município mês a mês, em cada ano, pelo número de meses em que esta quantidade foi diferente de zero. O denominador foi constituído pela totalidade da população entre zero a 14 anos de idade residente no município. Este indicador é apresentado na forma de razão, sendo uma relação favorável àquela em que os valores estão mais distantes de 0,0 e próximos de 1,0;

c) a proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais - indicador que mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal (FERNANDES & PERES, 2005). Estes foram examinados um a um, ano após ano, verificando-se também suas linhas de tendência linear, para cada cidade, além do mesmo ter sido feito para a média de cada um dos três indicadores para a DIR V.

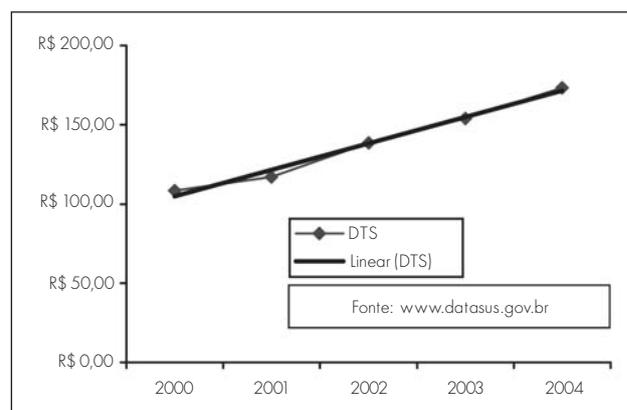
A análise conjugada das vertentes das despesas totais em saúde e indicadores de saúde bucal na atenção básica possibilitou a visualização de tendências sobre a utilização dos recursos e o desenvolvimento da própria saúde bucal na região. Verificou-se que não há relação direta entre um maior ou menor financiamento em saúde e o desempenho da saúde bucal. A verificação das bases de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde permitiu constatar grandes diferenças no financiamento da saúde entre os municípios da região, que variou de R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais) a R\$ 335,00 (trezentos e trinta e cinco reais), em 2003, sendo que isto nem sempre se traduziu como diferença na oferta de serviços.

É verdade que a maior parte dos municípios tem um per capita/ano para a saúde inferior à média nacional,

no entanto, não se observaram diferenças notáveis entre os serviços públicos odontológicos, assistência e os níveis de acesso entre alguns dos menos financiados (Carapicuíba, Embu das Artes, Itapevi e Embu-Guaçu), e os mais financiados (Barueri, São Lourenço da Serra, Santana do Parnaíba e Pirapora do Bom Jesus). Tampouco se observou qualquer relação entre o percentual do orçamento municipal gasto com saúde, Emenda Constitucional -29 (EC 29), e a oferta de serviços; casos de Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba, ambos com menor (15,24 %) e maior (31,25 %) investimento respectivamente (Relatório Científico Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, 2007).

Na compilação dos dados pode-se verificar que as DTS em todos os municípios apresentam tendência de aumento e, logicamente, a média da DIR segue a mesma característica (Gráfico 1), observando-se, também, que a partir de 2002 todos os municípios da DIR V - Osasco cumprem a EC-29.

Gráfico 1: Tendência linear de despesas totais em saúde na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.



Quando se examinam as linhas de tendência linear dos indicadores de saúde bucal, verifica-se que em 60% dos municípios a cobertura de primeira consulta odontológica tem uma tendência à melhora do indicador. Porém quando os dados são avaliados, examinando-se a DIR como um todo (Gráfico 2), a linha de tendência linear projeta-se inversamente à maioria das cidades, ou seja, há uma queda do acesso aos serviços no decorrer dos anos estudados, caindo de 9,43%, em 2000, para 7,27% no ano de 2004.

Há claramente um aumento do investimento que não se reflete neste indicador importante que retrata o acesso aos serviços. É comum nos depararmos com realidades municipais que revelam fatos como uma exígua proporção entre o número de cirurgiões dentistas públicos e o total da população, pequena quantidade ou até ausência de mão-de-obra auxiliar contratada pelos governos municipais, baixo número de equipa-

mentos para a assistência e o seu precário estado de conservação ou até mesmo a ausência de determinados serviços odontológicos essenciais para o bom andamento da assistência aos munícipes.

Todos estes aspectos, dentre outros, invariavelmente têm como justificativas dos governantes fatores econômicos, como falta de recursos, lei de responsabilidade fiscal, alto custo da saúde bucal etc. Na antiga DIR V de Osasco pôde-se verificar que “o número absoluto de dentistas na região determina a proporção de um dentista público para cada 6.000 habitantes, mas esta é uma aproximação matemática que nada tem de concreta. De fato, em alguns municípios esta proporção alcança espantosos 1:25.000 (Itapevi) e em outros é 10 vezes mais favorável, 1:2.500 (Santana do Parnaíba), enquanto na maior parte deles fica entre 1:3.500 a 1:4.500” (Relatório Científico Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, 2007).

Há, ainda, um município na região que presta seus serviços à população sem pessoal auxiliar e outros com um baixo contingente destes profissionais ou, até, com a inexistência dos cargos-função de técnicos de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Verificou-se, também, o sucateamento de equipamentos odontológicos em certos municípios visitados.

O acesso à assistência odontológica de outras fatias populacionais, além materno-puericultora, pode também ter levado à queda neste indicador, uma vez que esta população possuía grande necessidade acumulada. Tais explicações podem muito bem se tratar dos supostos motivos para que os 40% dos municípios que não tiveram a tendência de melhora deste indicador fossem os responsáveis pela queda no cálculo geral para a região.

O indicador que corresponde à razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos de idade apresenta-se com 53,33% das cidades com uma tendência de melhora neste quesito. O mesmo acontece com a região que revela leve tendência positiva do indicador (Gráfico 3).

Gráfico 2: Tendência linear de indicadores de saúde bucal - 1ª Consulta na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.

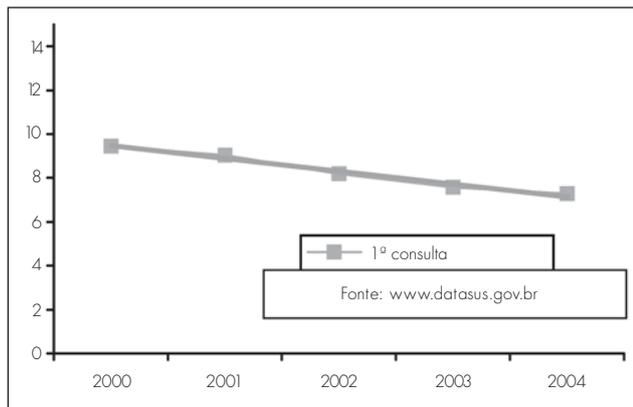
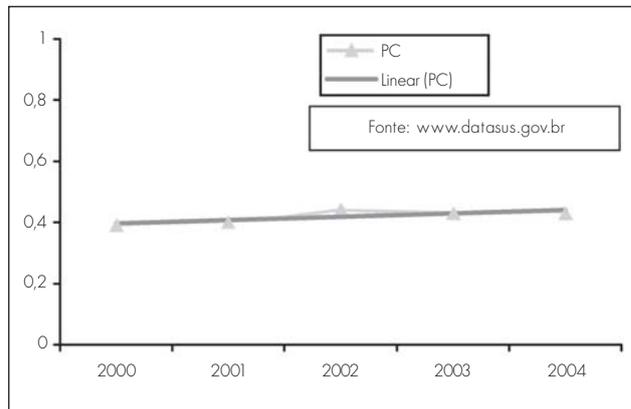
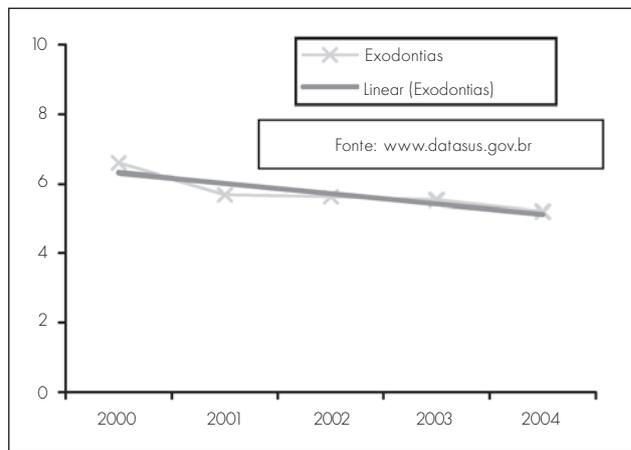


Gráfico 3: Tendência linear de indicadores de saúde bucal - Procedimentos Coletivos (PC) na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.



No caso da proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais a tendência foi, em 60% dos municípios, de queda, sendo este um fator positivo. O mesmo acontece com a média da DIR V (Gráfico 4).

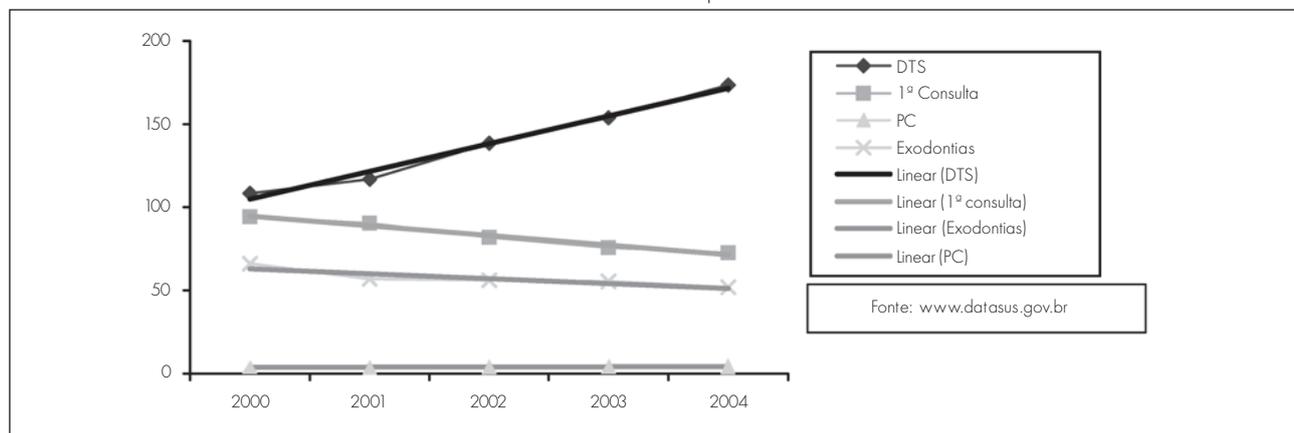
Gráfico 4: Tendência linear de indicadores de saúde bucal - Exodontias na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.



Nota-se uma tendência de melhora, não proporcional, para os indicadores de saúde bucal quando comparados às despesas totais em saúde, a não ser pela cobertura de primeira consulta odontológica (Gráfico 5).

Considerações finais

Parte-se do pressuposto, que apesar de necessário o aumento dos investimentos em saúde, certas questões devem ser discutidas: qual a relação das DTS com planejamento de ações em saúde e organização do trabalho (gestão)? Quanto de investimento das DTS é direcionado aos programas de saúde bucal? Quanto o

Gráfico 5*: Tendências lineares de indicadores de saúde bucal e despesas totais em saúde na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.

* Para melhor visualização e apresentação, no gráfico, os resultados obtidos da razão foram multiplicados pelo fator 10.

SLOPS está sendo usado como instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS?

O aprofundamento nestas questões é necessário para que se compreenda o processo de investimento em saúde bucal e a utilização dele como ferramenta de gestão, direcionando-se os investimentos para as necessidades latentes e procurando, com isto, diminuir as expressões das desigualdades sociais no âmbito da saúde bucal.

Referências Bibliográficas

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DE 1998. **Emenda Constitucional nº 29**, de 2000. Brasília: Diário Oficial da união nº 178 E, 14 de setembro de 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; elaboração de Ana Cecília de Sá Campello Faveret...[et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. UNIDADE DE GERENCIAMENTO DO BRASIL, DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, DEPARTAMENTO DE REDUÇÃO DE POBREZA E GESTÃO ECONÔMICA, REGIÃO DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE. RELATÓRIO Nº. 36601-BR. DOCUMENTO DO BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**, 2007.

CAMPOS, G W S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CNPq. **Relatório Científico do Projeto "Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde"**, 2007.

DATASUS. Disponível em [http://: www.datasus.gov.br]. Acessado em maio de 2005.

FERNANDES, L S & PERES, M A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, 39(6): 930 - 6, 2005.

FERNANDES, M.A.; OLIVEIRA, M.M.S.; AYUB, C.A.; ROCHA, D.C.C.; RIBEIRO, J.A.C; AQUINO, L M C. **Gasto Social das Três Esferas de Governo: 1995. Texto para Discussão** n. 598. Ipea: Brasília, 1998.

MENDES, A & MARQUES, R. Sobre a economia da saúde. In: CAMPOS, G W S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

POCHMANN, M. **O Trabalho sob Fogo Cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século**. São Paulo: Contexto, 2002.

Formação de Gestores para o SUS, Novas Abordagens e Novas Possibilidades de Interlocução: a experiência do curso de formação de coordenadores de Saúde Bucal em co-gestão para o SUS

Fabiana Schneider Pires¹
 Maria Aparecida Oliveira²

De uma forma geral, questões sobre os modos de produção da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a participação, a democracia institucional e a competência, constituem componentes explicativos e operativos capazes de ultrapassar o caráter normativo dos processos decisórios. Por outro lado, a lógica da competência centrada nas relações e em seus efeitos - abertura de novos espaços institucionais democráticos e reconfigurados para o principal objeto da gestão: as relações do trabalho na saúde mostrando-se como via alternativa e consistente para reescrever tecnologias de gestão e organização do trabalho. (GUIZARDI *et al*, 2006)

Sob este prisma, em decorrência dos desafios da implantação do SUS ao longo dos anos e da necessidade de formação e aperfeiçoamento de gestores para administrar as demandas gerenciais que se seguiram à descentralização e hierarquização das ações, a discussão acerca do papel daqueles que se defrontam com a tarefa de administrar e gerenciar o SUS tem suscitado amplos debates e teorizações.

Alguns autores³ têm apontado que os desenhos institucionais que atualmente configuram o SUS podem não responder plenamente aos desafios de democratização das políticas do setor, indicando resistência tanto micro quanto macro política além de obstáculos no cotidiano dos serviços, como ilustra Castanheira (2000):

“... o conflito entre a necessidade institucional de estabelecer normas para o atendimento e as necessidades mais imediatas trazidas pelos usuários (...) o conflito entre os interesses de grupos de trabalhadores da unidade, e de cada trabalhador individual, com as normas da instituição, de um lado e com as demandas dos usuários, de outro”.

Nos serviços públicos de saúde a gerência possui, também, a incumbência de fazer a mediação entre as políticas públicas, as opções do governo e o projeto ético, técnico e político que o SUS representa (CASTANHEIRA, 2000).

Entre os desafios a serem enfrentados pelos gestores estão os de identificar e selecionar os conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que os ajudem a tomar decisões e a conduzir a implementação de políticas, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

Campos (2000) propõe a criação de espaços coletivos para o exercício da Co-Gestão. Estes seriam espaços onde atores sociais expressariam seus desejos e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, na busca de construir conhecimentos, trocar experiências para analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstituir-se como sujeito. A consolidação de espaços democráticos para discussão e proposição de políticas de saúde proporciona o desenvolvimento de valores comuns ao grupo permitindo intercooperação - relacionada diretamente com o exercício da cidadania.

Conforme as leis que regulamentam o SUS (Leis 8080 e 8142), apropriar-se do conhecimento necessário para conduzir as ações em saúde tem sido questão fundamental para a garantia da participação popular nos processos decisórios e de gestão participativa.

Por certo, reunir tais habilidades na figura do gestor tornou-se relevante para a gestão do SUS e tem gerado propostas de planejamento, monitoramento do sistema, incorporando tecnologias de formulação, implementação e avaliação de políticas, programas, projetos que sirvam para intervir sobre as condições de saúde da população e sobre o serviço de saúde.

Nesta perspectiva, o projeto “Observatório de Saúde Bucal Coletiva” do Instituto de Saúde da SES/SP, em parceria com o Comitê de Saúde Bucal da SES/SP e o Pólo de Educação Permanente em Saúde, com financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), realizou em 2007 o **“Curso de Formação de Coordenadores de Saúde Bucal em Co-Gestão**

¹ Cirurgião-Dentista do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS e Mestre em Ciências - Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: fabianaschneider@crt.saude.sp.gov.br

² Cirurgião-Dentista da Prefeitura Municipal de São Paulo e Mestre em Ciências - Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cissa.oliveira@terra.com.br.

³ O tema “Gestão em Redes” tem sido discutido e trabalhado por relevantes pesquisadores do país, sobretudo o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (2006).

para o SUS” para Coordenadores de Saúde Bucal da rede pública dos municípios da região metropolitana de São Paulo.

A metodologia para conduzir o curso de formação foi a proposta da educação permanente, como conceito pedagógico capaz de promover a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, definindo de forma descentralizada a ação loco-regional desta política e fortalecendo as parcerias interinstitucionais e o controle social. A educação permanente trata da aprendizagem que se processa através das diferenças culturais, sociais e religiosas dos sujeitos sociais, considerando as necessidades sentidas, bem como as condições e oportunidades destes sujeitos em refletir sobre o conhecimento apreendido ao longo da vida. (BRASIL, 2004).

Utilizamos a problematização (centrada na reflexão do dia-a-dia) que estimula processos de desconstrução e de busca de outros saberes para a nova construção do cotidiano, possibilitando desenvolver habilidades de observação, análise, avaliação e cooperação entre os membros do grupo para a superação de conflitos. Optamos por organizar as atividades considerando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pois a educação permanente é uma ação interinstitucional e loco-regional com funções de identificar e priorizar necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais, articular e estimular a transformação das práticas de saúde, tendo como referência as reais necessidades das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social.

De forma objetiva, a atividade realizada buscou acolher e integrar os participantes, criar identidade de grupo e vínculo monitores/participantes, bem como contextualizar, aproximar e dimensionar o problema: **a co-gestão em saúde como política de gestão para o Sistema Único de Saúde.**

Durante a realização do curso, foram incentivadas a construção e implementação de propostas de articulação entre os coordenadores de Saúde Bucal da região metropolitana de São Paulo com proposta, entre outras, de criação de um Fórum Virtual de Gestores em Saúde Bucal. Este produto teve o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de gestão, viabilizando discussões entre os gestores de temas comuns a todos, como as atuais portarias de gestão do SUS (PACTO PELA SAÚDE, 2006) e caminhos para o fortalecimento de identidade entre eles.

Desta forma, foram realizados encontros presenciais, totalizando 56 horas, com oficinas de formação e trocas de experiências relacionadas à elaboração e implementação loco-regionais dos processos de co-gestão em saúde e também, a partir de roteiro definido,

o diagnóstico da situação da rede de serviços, das atividades dos Conselhos Municipais de Saúde, do trabalho das equipes, dentre outros, totalizando 30 horas de atividades não presenciais e permitindo aos participantes reflexões sobre sua prática enquanto gestor, suas dificuldades, suas realizações.

Com a elaboração do diagnóstico loco-regional e dos projetos de intervenção, os coordenadores de Saúde Bucal apropriaram-se de ferramentas de gestão que podem facilitar questões do dia-a-dia, como a regulação da atenção à saúde, a construção de pactos regionais, outras formas de financiamento para os programas municipais de Saúde Bucal (incluindo a Saúde Bucal em outros programas, como Saúde do Idoso, Plano de Ações e Metas para DST/Aids, dentre outros).

Tais atividades resultaram, segundo os participantes, no aumento da capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação de projetos de intervenção, o aumento da capacidade de articulação dos gestores no âmbito da região metropolitana e, sobretudo, a interlocução a partir da formação de uma rede virtual de gestores do SUS com a proposta de troca de experiências, espaço para discussão e formação, contando com a mediação dos pesquisadores e instituições correlatas, experiência esta que certamente conduzirá à melhoria da qualidade da gestão.

A discussão central, depois de executado pelos participantes o diagnóstico loco-regional, abrangeu questões relativas à capacidade de direção (GRAMSCI, 1978): habilidade e potência para compor consensos, alianças e implantar projetos, relatada como dificuldade e muitas vezes não facultada aos gestores, por posições políticas – no seu pior sentido, aquele de “politicagem” nos municípios.

Perceptível também foi a problematização da gestão pública e cidadania, quando o grupo buscava entender de qual forma seria possível focalizar e disseminar o que está indo bem na administração pública, descobrir as inovações e os inovadores, aumentar o estoque de conhecimento sobre experiências alternativas em gestão pública, bem como as mudanças em relação à autonomia e legitimidade dos atores sociais.

A adesão ao curso foi espontânea, ou seja, havia um contato prévio por parte dos pesquisadores com o coordenador municipal de Saúde Bucal dos municípios da região metropolitana de São Paulo, 39 ao total, e posteriormente, enviada carta-convide aos secretários municipais de saúde formalizando a proposta de curso de formação aos gestores. A adesão foi parcial, com a presença de 26 municípios representados, alguns com mais de um participante⁴.

⁴ Consideramos o processo de adesão muito singular, neste caso, pois à medida que as atividades do curso começaram e os participantes comentavam com seus pares, entendidos aqui como “colegas gestores dos municípios vizinhos”, outros coordenadores pediam adesão, mesmo com o grupo já em andamento. Alguns municípios solicitaram adesões para 4 ou mais participantes, mesmo antes de começarem as atividades. No entanto, alguns coordenadores municipais conseguiram liberação para o segundo módulo do curso, alegando pouca vontade política do município na sua formação.

Dentre os resultados alcançados, podemos descrever que os gestores consideraram-se, nas avaliações do curso, capacitados para melhor realizar atividades de planejamento, monitoramento & avaliação e projetos de intervenção em Saúde Bucal, perceberam um aumento da capacidade gestora das equipes de Saúde Bucal dos municípios e de sua articulação no âmbito intermunicipal. Foi possível perceber que os participantes estavam sensibilizados para a condução de processos participativos de gestão e que conseguiram estabelecer um bom vínculo entre eles. A possibilidade de acesso às informações disponíveis sobre Saúde Bucal, na rede mundial de computadores (com a participação e apoio do Instituto de Saúde - Observatório de Saúde Bucal Coletiva) e a formação e acesso ao Fórum Virtual de Gestores em Saúde Bucal

Foram apontadas pelos participantes como de muita importância para troca de experiências e articulação entre os gestores dos municípios.

Alguns depoimentos dos participantes ilustram os resultados alcançados:

“O curso conseguiu passar para os coordenadores uma forma mais fácil, objetiva de lidar com a Saúde Bucal municipal, mudando a visão e abrindo algumas questões antes nunca inseridas na Saúde Bucal, como por exemplo, o financiamento” (coordenador de Saúde Bucal A) .

“... pois a partir de agora tenho subsídios para argumentar e pôr em prática as ações, mesmo com a resistência de alguns” (coordenador de Saúde Bucal B).

“A participação no curso dará mais qualidade à gestão e uma maior qualidade de argumentação com o gestor municipal” (coordenador de Saúde Bucal C).

“O curso foi de suma importância, pois dividimos experiências entre os colegas, tivemos oportunidade de conhecer assuntos até então desconhecidos. Este curso deveria ocorrer mais vezes” (coordenador de Saúde Bucal D).

A discussão central para esta experiência de formação passa pelas questões relativas à governabilidade dos gestores locais, pela fragilidade do papel do coordenador, sujeito às intempéries da política local, com suas interferências na condução dos processos. De modo geral, os coordenadores são unânimes em afirmar que as relações políticas são muito fortes e preponderantes no âmbito municipal e que a inserção da Saúde Bucal no rol de preocupações dos poderes executivo e legislativo depende da ação direta do gestor, com diferente poder de negociação, tanto com os secretários municipais de saúde quanto com os conselhos municipais de saúde. Some-se a isto a dificuldade em lidar com os processos de gestão do SUS, a

organização do serviço, estruturação da rede e os percalços político/organizacionais, como a última reestruturação das extintas Direções Regionais de Saúde (DIR), como referência, principalmente técnica, para a condução da política de Saúde Bucal do SUS⁵.

Por certo, a co-gestão depende de vontade política e de condições objetivas e supõe a ampliação do espaço tradicional da política, reconstruindo os modos de fazê-la, tendo como fim alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições. Consideramos que a formação de redes, comitês, conselhos ou outras iniciativas para troca de experiências, produção de conhecimento, fortalecimento das relações entre os segmentos da sociedade e o compromisso com a gestão participativa supõem assumir posturas éticas na democratização das relações sociais e buscam romper lógicas de tutela e dependência, reforçando a necessidade de relações na horizontalidade do tecido social, conduzindo a mudanças em relação à autonomia e legitimidade dos atores, na construção da cidadania.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição, República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988, seção II, Da saúde.

_____. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 182 de 20 de setembro de 1990. p.25.694 -5.

_____. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 249 de 31 de dezembro de 1990. p.18.055-9.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Editora MS. Brasília, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2000.

⁵ Em dezembro de 2006 foram extintas as DIR (órgão da esfera estadual do Estado de São Paulo) e substituídas por outro arranjo regional. Na região metropolitana de São Paulo que possui um contingente populacional expressivo e de características locais tão diferentes entre si, a reestruturação em apenas um Departamento de Saúde em substituição aos cinco antes existentes, gerou frustração e descontentamento por parte dos gestores municipais que viram o desmonte da estrutura intermunicipal a qual muitos recorriam para soluções técnicas, à qual mantinha um profícuo relacionamento, como atesta a constituição do Comitê de Saúde Bucal da DIR V - Osasco, espaço de discussões e elaboração de políticas de Saúde Bucal para os 15 municípios daquela região.

CASTANHEIRA, E. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L.B. (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec; 1990.

COHN, A. Desenvolvimento Social e Impactos na Saúde. In: BARATA, R.B. (org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco; 1997(a).

COSTA, N.R.; PINTO, L.F. Avaliação de Programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Abrasco, vol. 7 n° 4. 2002.

GRAMSCI A. *apud* CECILIO L.C. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. 2ª edição. São Paulo: ed. Hucitec; 1997.

DAGNINO E. (org.). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: ed. Paz e Terra; 2002.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S.; DELAAL, T. Participação, democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (org.) **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ; CEPESQ, 2006.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. **Gestão e redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro, LAPPIS, 2006.

HEIMANN LS. CARVALHEIRO JR, DONATO AF, IBANHES LC, LOBO EF, PESSOTO UC. *O Município e a Saúde*. São Paulo: ed. Hucitec; 1992.

HEIMANN, L.S.; CORTIZO, C.T.; CASTRO, I.E.N.; KAYANO, J.; ROCHA, J.L.; NASCIMENTO, P.R.; BOARETTO, R.C.; PESSOTO, U.C.; JUNQUEIRA, V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: ed: SOBRAVIME; 2000.

Relatório Científico do “Observatório de Saúde Bucal Coletiva”: comentários críticos e reflexões úteis ao Serviço Público Odontológico

Carlos Botazzo¹
Rebeca Silva de Barros²
Luiz Vicente Souza Martino³
Maria Aparecida Oliveira⁴
Fabiana Schneider Pires⁵
Carolina Rogel Souza⁶

Introdução – O Escopo do Projeto

Este projeto teve por escopo propiciar competência diagnóstico-terapêutica ao cirurgião-dentista do SUS, tendo como foco inicial as equipes de saúde bucal de municípios da extinta Divisão Regional de Saúde (DIR) V - Osasco. Para a consecução dos seus objetivos, foram organizadas ações e atividades interligadas ou interdependentes. No entanto, e a despeito dessas características, os limites institucionais estavam desde logo colocados, pois, para se garantir tal competência, seria preciso incorporar pessoal auxiliar aos serviços (auxiliares de consultório dentário - ACD - e técnicos de higiene dental - THD) organizar serviços de média e alta complexidade, contar com a participação social, elaborar a informação produzida e implementar dispositivos democráticos de gestão.

De outra parte, propiciar competência diagnóstico-terapêutica implica romper com as concepções estritamente “dentárias” que cercam a formação e o conceito (ideológico) de odontologia, reproduzido no currículo formal das escolas, mas, sobretudo, no “oculto”. Assim, ainda hoje e quase duas décadas depois de implantada, a prática odontológica que se reproduz no SUS mantém o caráter “privatista” da origem da profissão e se expressa no acentuado recorte materno-infantil. De fato, é notório o “encolhimento” que a odontologia apresenta no setor público, a despeito de tratar-se de prática social e técnica altamente sofisticada e competente, mas também altamente exclusora, comprovação imediata quando se observam os indicadores

de cobertura e acesso da população aos serviços públicos odontológicos.

Para além disto, as atividades com equipes de saúde bucal na região permitiram um conjunto de observações, sucintamente descritas: 1) dificuldade ou impedimento para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos na Atenção Básica, mesmo os de baixa complexidade; 2) escassa oferta de procedimentos em média e alta complexidade; 3) dificuldade ou impossibilidade para encaminhamento a especialidades médicas; 4) processos de trabalho isolados do restante da unidade (unidades básicas de Saúde - UBS - ou do Programa de Saúde da Família - PSF), com agendamento privado e sem acesso ao prontuário único; 5) inexistência de interconsulta.

Decorrentemente, seria recomendável que as atividades de formação incidissem sobre os seguintes pontos: 1) revisão da clínica com a perspectiva interdisciplinar, com dois pólos: um clínico-biológico e o outro clínico-social; 2) função plena dos agentes comunitários de saúde (ACS), ACD e THD, proporcionando maior tempo do CD para intervenção qualificada (aumento da capacidade diagnóstico-terapêutica na atenção básica); 3) desenvolvimento de protocolos de funcionamento, dentro das competências da Unidade Básica de Saúde ou equipes do Programa de Saúde da Família (ESF); 4) anamnese individual e coletiva; 5) discussão com a sociedade local (conselhos de saúde); 6) seminários com usuários.

Para implantação do projeto na região, foram adotadas as seguintes estratégias: 1) seminário de apresentação do projeto para DIR e CIR; 2) ampliação dos grupos de trabalho com municípios adscritos; 3) identificação de 5 unidades de saúde para implantação do “experimento” de clínica ampliada; 4) reuniões de trabalho com o Comitê de Saúde Bucal da DIR V e equipes de saúde bucal para elaboração dos conteúdos da formação clínica; 5) elaboração de projeto pedagógico e execução.

¹ Doutor em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: botazzo@isaude.sp.gov.br

² Cirurgiã Dentista e participante do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: rebeca_osp@yahoo.com.br

³ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: lvsmartino@ig.com.br

⁴ Cirurgiã-Dentista da Prefeitura Municipal de São Paulo e Mestre em Ciência - Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: cissa.oliveira@terra.com.br

⁵ Cirurgiã-Dentista do CRT DST/Aids e Mestre em Ciências - Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: fabianaschneider@crt.saude.sp.gov.br

⁶ Fonoaudióloga e participante do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: carolrogel@yahoo.com.br

Os Objetivos Iniciais do Projeto

Foram oito (8) os objetivos inicialmente propostos, a saber:

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

Destes, os objetivos 2 e 4 não foram atingidos; o objetivo 5 foi parcialmente atingido; o objetivo 7 foi deslocado para a instituição colaboradora, no caso o Departamento de Odontologia Social da FO-USP; os demais permaneceram dentro do programado, com atividades em curso ou ainda demandando finalização da execução.

Os objetivos propostos seriam completamente exequíveis, porém, com prazo maior para a execução do projeto. Ocorre que as regiões de saúde têm dinâmica própria e um dos problemas da construção do SUS, hoje, é exatamente o do seu estreitamento pela observação limitada de protocolos e normas técnicas derivadas do modelo de financiamento das ações e atividades de saúde. Assim, e ainda que seja recomendado ou possível inovar, as equipes locais atuam de modo burocrático. Uma dessas questões diz respeito ao pessoal auxiliar odontológico (ACD e THD), cuja formação e incorporação aos serviços ou se acha interrompida ou, nos casos nos quais este pessoal é incorporado, tem suas funções reduzidas; no caso do THD, por força das pressões corporativas, esse profissional não exerce funções compatíveis com sua formação e atribuições

de origem, sendo, quando muito, um auxiliar “melhorado”; há o caso de numerosos sistemas locais onde os dentistas atuam sem qualquer tipo de trabalho auxiliado. Por estes motivos, e para as finalidades deste projeto, o cumprimento do objetivo 2, finalmente, foi inteiramente comprometido.

De qualquer modo, a “taxa de acertos” do projeto pode ser considerada como elevada. Na verdade, a taxa de sucesso pode ser considerada ainda maior, posto que os objetivos alcançados excederam em muito que havia sido proposto, com número expressivo de “eventos não previstos”, o que é enorme vantagem nesta modalidade de pesquisa e investigação.

Procedimentos Metodológicos

O projeto foi do tipo pesquisa participativa ou pesquisa-ação, mesclado com técnicas de investigação clássicas, das quais a observação (total, participativa, parcial) foi utilizada em grande escala.

De modo geral, foram utilizadas as seguintes técnicas ou possibilidades de pesquisa:

- Observação
- Investigação teórica
- Análise documental
- Entrevista
- Pesquisa-ação

Como pesquisa social, com dinâmica própria e muitas vezes direcionada pelos eventos que ocorriam no “campo”, freqüentemente o cronograma ou o planejamento veio a sofrer alterações. Assim, algumas etapas foram antecipadas e outras postergadas, pois o número de sujeitos em situação sempre foi elevado e nem sempre compatibilizadas as agendas.

Em alguns casos, as atividades propostas se desdobraram naturalmente em outras atividades, caso do Encontro Popular de Saúde da região, por exemplo, em tudo um grande êxito, mas que originalmente não constava da proposta. Do mesmo modo, não constava da proposta original a supervisão “in loco” do trabalho nas unidades, realizada por conselheiros, como parte de suas atribuições legais, e totalmente inédita no SUS brasileiro, além da pesquisa sobre o perfil dos conselheiros-usuários, isto sem falar dos seminários de pesquisa, que agora em fevereiro de 2008 realizará sua 17ª Sessão. Estas seriam algumas das atividades com base em “eventos não previstos”.

Muitos fatores contribuíram para o trabalho prático do projeto, e todos influenciaram nos resultados finais e na quantidade e tipo de produtos. Dentre os fatores positivos podemos citar: abertura e compromisso das equipes loco-regionais; articulação com gestores e conselhos de saúde; disposição do grupo executivo do projeto; apoio institucional. Já os fatores negativos, podem ser arrolados: política local; eleição de novos prefeitos e substituição de dirigentes; envolvimento de

atores que, a despeito do alto interesse, têm pouca familiaridade com pesquisa.

Uma Leitura “Popular” do Projeto

Por solicitação do CNPq, um relatório dirigido a “leigos” foi preparado, encontrando a versão apresentada abaixo e mantido na íntegra.

O Projeto “Observatório de Saúde Bucal Coletiva, Construindo a Cidadania na Saúde” é um projeto de desenvolvimento tecnológico para a atenção em saúde bucal. Tem como objetivos propiciar competência diagnóstico-terapêutica ao dentista dos serviços públicos, mas também questionar o papel do pessoal auxiliar, verificar como atuam os conselhos de saúde, quais são os dispositivos práticos para a gestão do SUS, discutir a referência e a contra-referência e organizar a informação em saúde num dado território.

Todo mundo sabe que o tratamento odontológico é caro e que a maior parte das pessoas não têm condições de pagar um profissional qualificado. Sendo assim, o SUS deve prover atendimento odontológico às pessoas, embora esse atendimento não deva ser ofertado apenas a quem não tem dinheiro para pagar, mas a todos os cidadãos e cidadãs, porque este é um direito garantido pela Constituição brasileira.

Ocorre que, e mesmo depois da criação do SUS, os serviços públicos odontológicos atendem basicamente crianças e gestantes, mas a população adulta só dispõe de pronto-socorro, apesar de muitos municípios já estarem modificando esta situação. Hoje, de cada 10 municípios, apenas um tem acesso aos serviços, que são de boa qualidade, mas atendem pouca gente.

Por que isto acontece? Primeiro, porque durante muito tempo o tratamento odontológico foi considerado como coisa restrita e, portanto, não podendo ser feito no serviço público; em segundo lugar, porque durante muito tempo foi considerado que o correto era atender apenas as crianças, que então se tornariam adultos “bucalmente” saudáveis. Esta perspectiva não se confirmou e o Brasil continua a ser o país com o maior número de desdentados do mundo, apesar de, igualmente, ser o país com o maior número de dentistas!

A verdade é que faltam serviços odontológicos, seria preciso contratar mais dentistas, organizar serviços de referência para os casos de maior complexidade, formar pessoal auxiliar e incorporá-los às equipes e aumentar o número de cidades com flúor disponível na água tratada.

Mas também seria preciso modificar a formação dos dentistas porque até hoje o ensino da odontologia é muito técnico, os alunos são formados com a idéia de que vão trabalhar em consultórios particulares e, quando aprendem saúde pública, seus professores não compreendem (às vezes nem admitem) o que é o SUS, como funciona e como a Odontologia poderia se fazer presente no setor público. Por isso, quando um aluno

se forma e é contratado para trabalhar no SUS, tem que ser formado outra vez e aprender a atender pessoas que são diferentes e têm necessidades diferentes que aquelas que ele viu na faculdade.

É isto o que se propõe o Observatório de Saúde Bucal Coletiva: apresentar estas situações, discutir como podem ser ultrapassadas, de que forma os serviços podem ser reorganizados e o que seria preciso fazer para que um número maior de pessoas possa ser atendido no setor público, com tratamento de qualidade.

Por outro lado, é preciso que a sociedade participe da discussão desses assuntos. Os Conselhos de Saúde são fundamentais para isso e devem ter uma clara concepção das políticas de saúde, inclusive as de saúde bucal.

A primeira coisa que devia acontecer seria entender que o trabalho clínico do dentista não se resume a fazer “obturações” ou extrações dentárias, mas que, verdadeiramente, deveria fazer uma clínica das doenças da boca e dos dentes. Isto será possível na medida que o pessoal auxiliar, e, sobretudo o Técnico de Higiene Dental, assumam suas funções de prevenção, educação em saúde e atendimento dos casos mais simples, trabalhando em equipe e sob supervisão de um dentista. Deste modo, o dentista seria aliviado das tarefas mais simples e poderia se dedicar ao exercício completo da odontologia, numa concepção de clínica ampliada.

Resultados e Produtos

Produção contratada e realizada, Observatório de Saúde Bucal Coletiva, fevereiro de 2005 a maio de 2007.

Atividade	Contratado	Realizado
Curso de Curta duração	4	9
Artigos publicados em periódicos	6	7
Apresentação em congressos	12	50
Dissertações e teses	4	7
Livro coletânea	1	1 (em conclusão)
Capítulo de livro	2	4 (2 em conclusão)
Página na Internet	0	1

Foram acompanhadas as reuniões ordinárias dos 15 conselhos municipais de saúde na região adscrita pela antiga Direção Regional de Saúde de Osasco (DIR - V), acompanhamento regular das reuniões mensais do Comitê Regional de Saúde Bucal, feitas entrevistas em profundidade com os 15 coordenadores municipais de saúde bucal, reuniões com gestores (secretários de saúde e técnicos da secretarias, membros da equipe regional, e em alguns casos o prefeito), e procedeu-se à observação regular das condições de trabalho e outros aspectos da dinâmica regional, formação histórica das cidades e da organização dos

serviços de saúde, problemas quanto ao acesso e cobertura, fatores determinantes do problema e possibilidades de solução.

Foram realizadas 15 sessões dos "Seminários de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva. Integrando Serviços", os quais contaram, inicialmente, com os pesquisadores, equipe de saúde bucal e conselheiros, mas as 5 últimas sessões foram abertas ao público, com a participação de aproximadamente 500 pessoas. A 16ª Sessão dos Seminários de pesquisa realizou-se em 28 de setembro de 2007 e a 17ª Sessão se irá realizar em 27, 28 e 29 de fevereiro (de 2008).

Organizou-se, com os conselheiros usuários, o "Encontro Popular de Saúde de Osasco e Região", com duração de 2 dias e participação de 80 conselheiros e lideranças comunitárias. Também foi realizada uma formação clínica ("clínica ampliada de odonto-estomatologia"), como experimento pedagógico, para 18 dentistas da região, com duração de 136 horas, com participação ativa dos envolvidos. O diferencial desta formação centrou-se em 3 aspectos: 1. planejamento do curso com base em problemas práticos; 2. docência ligando especialistas nos serviços de referência com a equipe da UBS/PSF; 3. apresentação/discussão de casos clínicos.

Alguns outros produtos merecem ser assinalados. O incremento da competência diagnóstica do cirurgião-dentista foi aferido por meio de avaliação seriada. Não é possível afirmar, "quantitativamente", quanto de incremento foi propiciado, apenas registramos como fidedigna a posição dos profissionais presentes na formação. Outros produtos foram: o desenvolvimento de metodologia de formação para clínica ampliada e para gestão de coletivos (em elaboração); 9 cursos de curta duração; participação nas seguintes reuniões científicas:

- 18ª ENATESPO (2005)
- 9º Congresso Paulista de Saúde Pública (2005)
- 3º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (2005)
- 13º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP (2005)
- 13ª Reunião de Pesquisa e 10º Seminário de Iniciação Científica da FOUASP (2005)
- 8º EPATESPO (2006),
- 41ª Reunião da ABENO (2006)
- 8º Congresso da ABRASCO
- 11º Congresso Mundial de Saúde Pública (2006)
- Congresso dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (2006)
- 3º Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde (2007)
- 1ª Reunião de pesquisa em Saúde Coletiva FOP/Unicamp-FOB/USP (2007),

Essas atividades totalizam 52 intervenções em diferentes modalidades, sendo 35 pôsteres, 7 comuni-

cações orais, 2 oficinas, 4 painéis, 3 conferências e 1 seminário.

Foram publicados, ainda, 7 artigos científicos e 2 capítulos de livro, um livro-coletânea (com 24 capítulos, em fase de conclusão) e orientadas 7 dissertações de mestrado. Foram elaborados também o planejamento e execução editorial do Volume 11, nº 1, da Revista Ciência e Saúde Coletiva (2006)

Como produto específico, destaca-se a página do Observatório de Saúde Bucal Coletiva, disponibilizada em sítio próprio no portal do Instituto de Saúde (<http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/index.htm>). No momento, estão em finalização os seguintes produtos: 2 pesquisas de campo, uma sobre o perfil dos conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Osasco e outra de avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 2 documentários (em finalização); uma formação em gestão de serviços para coordenadores de saúde bucal de cidades da Região Metropolitana de São Paulo; uma formação política para conselheiros de saúde; 3 dissertações de mestrado, 2 teses de doutorado e 4 cursos de aprimoramento em saúde coletiva (FUNDAF/Instituto de Saúde); 2 capítulos de livro (da coletânea, no prelo).

Perspectivas de Impacto do Projeto

- Impacto científico:

Neste quesito, são fortes ou bastante altas as contribuições do Observatório. O Instituto de Saúde e a pesquisa em Saúde Bucal Coletiva, em seu percurso, têm mantido nível de excelência seja quanto à produção de tecnologias de cuidado seja no tocante à introdução de ferramentas conceituais, e no caso em tela essa característica está preservada. São já expressivas as contribuições quanto ao entendimento de Atenção Básica, da clínica ampliada de Odonto-estomatologia, do papel da anamnese na definição do "caso clínico", de mecanismos de gestão e co-gestão, dentre outros. A relevância diz respeito à geração de novos conhecimentos, à geração (atual) de conhecimento passível de difusão e à formação de novos grupos de pesquisa; em menor escala, os resultados do projeto do Observatório contribuem para a geração de inovações em saúde e também para a formação e capacitação de recursos humanos.

- Impacto tecnológico:

Na mesma perspectiva, é interessante notar que hoje as agências de fomento querem saber o resultado finalístico do conhecimento produzido. Este, não seria apenas acadêmico ou científico, mas também os efeitos "práticos" ou tecnológicos depois do projeto acabado. Evidentemente, não há como garantir que todo conhecimento produzido venha a ser incorporado de modo prático aos serviços, mesmo nos casos em que a pesquisa tenha sido feita por "encomenda". Estamos, sempre,

na dependência de muitos fatores, dentre os quais as relações políticas são as mais influentes, sem dúvida. No entanto, refletindo sobre este ponto que foi colocado pelo CNPq, nossa resposta foi positiva, pois os resultados do projeto poderão permitir a geração de novas tecnologias e a otimização de processos de produção (de cuidado), gerando e introduzindo novos métodos de gestão tecnológica, além da obtenção de patentes, aspecto que vem merecendo o interesse cada vez maior das autoridades científicas brasileiras. Finalizando, a correspondência entre desenvolvimento conceitual e processo tecnológico são íntimas, mas não se pode garantir aplicação imediata do conhecimento produzido. Esta "aplicação" está na dependência de fatores ou variáveis, nem sempre controláveis pela equipe de um projeto. Por este motivo é que situamos em escala menor as possibilidades tecnológicas decorrentes do trabalho desenvolvido.

- Impacto sobre o Sistema Único de Saúde:

Julgamos, nunca é demais insistir neste ponto, que, em conjunto, os conhecimentos produzidos ou as observações e reflexões que foram suscitadas pelo expressivo número de eventos "não previstos" permitidos pelo projeto, deveriam fornecer subsídios ao aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde. Do mesmo modo, se poderia dizer da contribuição do Observatório para a avaliação do modelo de atenção, a possibilidade de incorporação dos resultados pelos serviços, a melhoria da gestão e da organização dos serviços, o aumento da cobertura, a incorporação de novas tecnologias e processos de atenção etc. Quanto a este quesito, todavia, vale o mesmo apontado no anterior, ou seja, ficasse na dependência de variáveis que extrapolam as possibilidades práticas da equipe. No âmbito dos municípios que pertenciam à extinta DIR V de Osasco, é possível admitir ou aferir o impacto do projeto na definição ou reorientação das políticas, mas é processo que demandará ainda certo tempo, pois envolve "vontades" de atores sobre as quais se tem pouco ou nenhum controle (prefeitos, secretários de saúde, coordenadores de programas, equipe técnica regional com a nova realidade dos departamentos etc).

Quanto a outros indicadores de impacto, sobretudo o dos custos e ainda o da redução da morbimortalidade, é impossível afirmar positivamente o impacto do projeto. Nesta dimensão, seria possível admitir impactos que, todavia, demandarão maior tempo para sua implementação e correta avaliação. Porém, admitido o pleno desenvolvimento tecnológico que o projeto indica, e não apenas este, é possível admitir, como de outras vezes, melhoria na qualidade de vida da população (pela redução da morbidade bucal e/ou melhoria da atenção), insumo para políticas públicas (porque é possível trabalhar em conjunto com os conselhos gestores), na redução das desigualdades (porque se contribui com a formação de consciência sanitária de

trabalhadores e usuários), agregação de renda a grupos populacionais desfavorecidos (porque, melhorando o acesso e a cobertura no setor público, as pessoas despenderão menos com tratamentos privados e, assim, aumenta a poupança social) e porque tudo isso, finalmente, contribui com o desenvolvimento regional.

Considerações Finais

O Projeto do Observatório permitiu grande número de inferências sobre o processo de trabalho em saúde e em saúde bucal, sobre a organização dos serviços, as políticas públicas, as relações de poder no nível loco-regional, as necessidades das equipes de saúde bucal, os limites para um trabalho assistencial resolutivo e as expectativas para fazer melhor o que fazem hoje, o que gostariam que mudasse nos serviços e as novas formas de aprendizado.

Permitiu também perceber a importância dos Conselhos Municipais de Saúde e o grande papel que têm na perenização das políticas públicas, o fato evidente de que se o CMS não "subsumiu", não "tomou para si" determinado problema de saúde ou evento no território da cidade, seguramente este problema permanecerá sem resolução no médio e no longo prazo.

Muitas outras observações úteis podem ser destacadas, e várias delas são ligadas ao planejamento. Por exemplo, o fato de que é preciso considerar questões de gênero ou étnicas, quando da montagem dos programas. Um dos mais eloqüentes tópicos, no quesito etnia, diz respeito à anemia falciforme em populações afro-descendente, com implicações para a assistência odontológica às pessoas; neste mesmo quesito, o fato da Região Metropolitana de São Paulo contar com número expressivo de aldeias indígenas, em geral guaranis, que são desconsiderados nos serviços, sem acesso ao atendimento nas unidades de saúde. Do mesmo modo, pessoas portadoras de deficiência e necessidades especiais, os politransfundidos, os transplantados, os portadores de discrasias sanguíneas, de que as formas de hemofilia são expressão, e os fissurados lábio-palatais, estas populações são, usualmente, desconsideradas no planejamento. Também não são consideradas questões como diversidade cultural e sexual, consumo de drogas legais (fármaco-adicção) e ilegais, problemas específicos com idosos ou geracionais etc.

Em conjunto, esse enfoque permitiria perceber que, em conjunto, a população acima dos 45/50 anos de idade é portadora de um ou mais quadros "crônicos", e que então a denominação "especial", que em geral designa pequena e específica parcela dentre a maioria, aqui perde sentido.

É posição e esperança da equipe do Observatório de Saúde Bucal Coletiva que as conclusões a que chegamos possam contribuir para a melhoria dos serviços, para o aumento da cobertura e do acesso da população à assistência odontológica pública, e que, em

conjunto, possamos fortalecer o Sistema Único de Saúde e a Reforma Sanitária brasileira.

Referências Bibliográficas

BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. São Paulo: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, jan./mar. 2006, vol. 11, no. 1, p.7-17.

BOTAZZO, *et al.* **Oficina "Subjetividade e Prática Odontológica"**. 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 11º Congresso Mundial de Saúde Pública. Disponível em <http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/obs.htm> [06 jun 2007].

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

BRASIL. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

BRASIL. **2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1993.

_____. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

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

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. Rio de Janeiro: Editorial Labor do Brasil, 1977. 448 p. CAMPUS II. 2ª. ed.

JACOBI, P.R. **Políticas sociais e os desafios da participação cidadã**. São Paulo: **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, 7(3), 2002, 443-54.

MINAYO M.C.S.M. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1992.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.º especial, p.141-7, ago. 2006.

The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer browser window with the address bar displaying <http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/obs.htm>. The website content includes a header with the title "OBSERVATÓRIO DE SAÚDE BUCAL COLETIVA" and the subtitle "CONSTRUINDO A CIDADANIA NA SAÚDE". Below the header is a section for the "Fórum Metropolitano de Coordenadores de Saúde Bucal de São Paulo", which was created on May 25, 2007, at the Instituto de Saúde - SES-SP. A navigation menu lists various categories: MISSÃO, PROJETO, GRUPO GESTOR, GRUPO EXECUTIVO, AÇÕES COLETIVAS, CLÍNICA AMPLIADA, GESTÃO E CO GESTÃO, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, and INFORMAÇÃO EM SAÚDE. The "Missão" section describes the project's institutional mission to produce scientific and technological knowledge on oral health and analyze program performance in the Osasco region. The page is licensed under Creative Commons, and there is a notice about research seminars on "PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, POLÍTICAS DE SAÚDE E PRÁTICA NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS" held on February 27, 28, and 29, 2008, at the Walter Leser Auditorium.

<http://www.isaude.sp.gov.br/observatorio/obs.htm>