

A Saúde Bucal como Política de Saúde: a Experiência de Niterói*

CARLOS GONÇALVES SERRA¹

RESUMO

Este trabalho analisa a municipalização no Município de Niterói, enfocando as principais modificações ocorridas na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde e as implicações que este processo trouxe para a Saúde Bucal. Desta forma, objetivamos explicitar o movimento histórico-político que acompanhou este processo, as formas de adequação da Saúde Bucal ao novo modelo de atenção à saúde e a inserção dos dentistas nas mudanças ocorridas.

Este artigo também pretende mostrar que a emergência de políticas de saúde neste Município, a partir de 1990, com o Sistema Único de Saúde mais maduro e com uma Política de Saúde definida, abriu espaços para a Saúde Bucal reformular o seu modelo de atenção e se inserir na proposta geral de Saúde Coletiva.

Como parâmetro para avaliar os avanços da Saúde Bucal no campo da Saúde Coletiva utilizamos as diretrizes do "Movimento Sanitário Odontológico", consolidadas na primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em Brasília em 1986.

Palavras-chave: Políticas de saúde; saúde bucal; Niterói,; processo de descentralização.

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social/UERJ, intitulada A Saúde Bucal como Política de Saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba, orientada pela professora doutora Ana Luiza d'Ávila Viana.

1. Introdução

O Município de Niterói² tem implementado, desde a década de 70, sempre de forma pioneira, sucessivas políticas de saúde, como os Projetos de Atenção Primária à Saúde, Integração Docente Assistencial, Ações Integradas de Saúde, Municipalização dos Sistemas, a institucionalização da participação popular através do Conselho Municipal de Saúde e o Programa Médico de Família (Júnior & Oliveira, 1992). Niterói possuía uma rede estadual de saúde com uma capacidade instalada considerável, assim como a do INAMPS, destinada ao atendimento dos trabalhadores formais. A Prefeitura não possuía rede de saúde, apenas participava de campanhas e, mesmo assim, de forma esporádica.

Nesse contexto de empobrecimento, de agravamento das condições de vida, de periferização das cidades devido ao processo de industrialização acelerado por que passou o Brasil³, Niterói assistiu ao surgimento de movimentos sociais importantes⁴ voltados para questões da terra e da melhoria das condições de infra-estrutura urbana, como o caso do movimento dos moradores da Vila Aliança, que acabou por motivar o desenvolvimento de um projeto comunitário direcionado para aquela população. Desse projeto participaram o Departamento de Saúde da Comunidade (Faculdade de Medicina) e a Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Os desdobramentos dessa experiência de interação da universidade com a comunidade foram de extrema importância para o futuro das políticas de saúde em Niterói, pois surgiram novos espaços de discussão. No convênio com a Fundação Leão XIII para assistência à saúde daquela população, o local de atendimento passou a ser também utilizado para discussão de problemas comunitários e essa experiência resultou para a Universidade numa radical mudança na relação com a população, que passou de objeto de assistência para co-sujeito da ação. Além disso, a formação de profissionais de saúde foi integrada ao Movimento de Medicina Comunitária, incentivado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) na Faculdade de Medicina.

As eleições diretas para as prefeituras em 1976 faziam parte da abertura política "lenta e gradual" com que o governo militar, diante do fim do chamado "milagre econômico", procurava responder às reivindicações populares por direitos civís, políticos e econômicos.

Em Niterói, segundo Moysés (1986, p.48), a vitória do candidato da oposição⁵ levou à Secretaria de Saúde da Prefeitura um “(...) grupo inicial de profissionais com formação diferenciada [não só de saúde, como de Ciências Humanas e Sociais] (...)” que elaborou, de forma planejada, o Plano de Ação 77-80 da Secretaria Municipal de saúde e Promoção Social, privilegiando a criação de **uma rede básica de serviços de saúde**, semelhante à proposta de “**Cuidados Primários de Saúde**”. A sua implantação foi feita de maneira progressiva nos bairros **comprovadamente desprovidos** de recursos. O Plano de Ação já **sinalizava claramente** para a necessidade da integração de serviços.

Esse plano de saúde, assim como **os de educação e atividades culturais** foram resultantes de uma política **de aliança com os Movimentos Sociais**, que visava incorporar nas **propostas e ações de governo os interesses** desses movimentos. Eles tinham um **duplo objetivo: incorporar as reivindicações** da população e **problematizar e politizar os debates em torno da democratização da administração municipal**.

Os profissionais **envolvidos na elaboração desses planos** eram oriundos de setores **progressistas do Movimento Democrático Brasileiro (MDB)** e de **partidos de esquerda na clandestinidade**. Na saúde, em especial, os colaboradores faziam parte da resistência ao regime militar dentro das academias (UFF, ENSP e UERJ) (Júnior & Oliveira, 1992).

A proposta visava, em síntese, a criação de um modelo alternativo ao hegemônico de assistência à saúde, dotando Niterói de um “cordão” de unidades básicas de saúde situadas na periferia, atuando de modo articulado com as demais unidades da rede (Centros de Saúde, Hospitais Estaduais, PAMs Previdenciários e Hospital Universitário). A sua estrutura residia nos agentes de saúde pública, selecionados através um processo de escolha pela população do local e nos profissionais com formação em Saúde Pública, preparados para atuar segundo o modelo de prática da “Medicina Comunitária” e “Atenção Primária da Saúde”. Esse projeto encontrou, entretanto, forte oposição da Associação Médica Fluminense, de setores conservadores da Universidade e do interior do aparato Federal e Estadual.

A reforma eleitoral de 1979 provocou uma cisão no MDB fluminense, e as novas facções passaram a disputar o poder e o controle da máquina municipal, resultando na demissão do secretário de saúde e dos técnicos responsáveis pelo Plano de Saúde para o período 77-80⁶. O retrocesso nas práticas de saúde foi inevitável, com a volta da visão curativa, do clientelismo na alocação de recursos humanos e na relação com os movimentos sociais.

A resistência a essa mudança de postura localizava-se nos Projetos de Saúde Comunitária da Universidade e em alguns setores e unidades do aparato de saúde municipal, estadual e federal (Júnior & Oliveira, 1992).

O complexo de serviços públicos de saúde, em 1980, embora estivesse acima da média nacional, em número e qualidade, operava inteiramente desarticulado, com superposição de ações, de forma quase caótica. Niterói tornava-se, assim, um campo propício para a implantação de uma proposta alternativa de integração de serviços, de forma regionalizada e hierarquizada.

No campo político, o ano de 1982 trouxe uma nova composição de forças para o Estado do Rio de Janeiro com a eleição do candidato do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e do prefeito de Niterói, candidato por uma coligação de forças liderada pelo Partido Democrático Social (PDS).

A Secretaria Municipal de Saúde manteve uma política conservadora, privilegiando as ações curativas individuais e optando pelo “não envolvimento” com as associações de bairro. Além disso criou, através decreto executivo, para decidir as questões de saúde, um Conselho Municipal de Saúde, composto de “personalidades notáveis” do setor saúde, comércio, clubes de serviço, imprensa e outros (Júnior & Oliveira, 1992).

Os projetos alternativos propostos pelo grupo que se constituía no chamado “grupo técnico” eram obstaculizados pela ação dos profissionais que representavam os interesses que davam sustentação política ao prefeito.

Entretanto, o período que começa nos fins da década de 70 e se agudiza no início dos anos 80 e, segundo Cordeiro (1991), conhecido como o da “crise da previdência social” no âmbito das políticas sociais, acabou produzindo um aliado importante: o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Criado em setembro de 1981 (decreto presidencial nº86329), tinha como proposta, através de um conjunto de medidas racionalizadoras, enfrentar o corte dos gastos com a saúde, ensejando à Niterói a oportunidade de implementar uma política alternativa de integração de serviços, de uma forma racionalizada e hierarquizada, presente, há muito tempo, no discurso do “Movimento Sanitário”. O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social⁷ proposto pelo Conasp em 1982 desencadeou o chamado Projeto Niterói.

Dessa maneira, surgiu a proposta de elaboração conjunta do Plano de Saúde para Niterói e gestão colegiada de execução deste plano. Constituiu-se o Projeto Niterói, pioneiro da proposta de Ações Integradas de Saúde

(AIS), constituído por técnicos oriundos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, da Previdência Social (INAMPS) e da Universidade (UFF) (Ver primeiro artigo deste livro).

A eleição do prefeito em 1989 pela coligação de partidos, encabeçada pelo PDT, a imediata indicação de um militante do Movimento Sanitário, que ocupava a função de Secretário Executivo do Projeto Niterói para a Secretaria Municipal de Saúde, a conseqüente composição da Secretaria da Saúde por setores progressistas do setor público da saúde, que eram a base de sustentação do Projeto Niterói, mudaram a dinâmica do setor saúde e foram responsáveis pela materialização das propostas desse projeto.

A partir daí, a discussão dos problemas e o encaminhamento das soluções para o setor saúde tinham a presença sistemática da Fundação das Associações dos Moradores de Niterói (FAMNIT) e das Associações de Moradores do Município. Assim, foram elaboradas estratégias de mobilização e formação dos Conselhos Comunitários, tendo como referência a divisão administrativa, proposta pela SMS, em Distritos Sanitários (DS).

No primeiro Fórum Popular de Saúde de Niterói, realizado em maio de 1989⁸, a situação sanitária de Niterói e de São Gonçalo foi debatida e, entre muitos pontos relevantes, destacamos alguns que consideramos básicos para a efetivação da mudança do modelo hegemônico de assistência à saúde que era a reivindicação maior do Movimento Sanitário: a necessidade de um redirecionamento da visão da saúde por parte dos profissionais, que centram a atenção no seu aspecto curativo, em detrimento ao aspecto preventivo; o distanciamento entre a realidade universitária e os anseios populares; a postura da UFF que se mantinha fechada para discutir as mudanças necessárias para a formação profissional, diante dessa realidade; a importância de se entender a saúde no seu conceito mais amplo, onde a ausência de saneamento básico, água encanada, lixo, transportes, os baixos salários e desemprego são considerados agravos à saúde; a necessidade de educação em saúde promovida por técnicos com compromisso social; a democratização do setor, onde técnicos e população passam a ser agentes conscientes do processo de implantação do SUS; a participação popular organizada no questionamento da saúde e a criação dos Conselhos de Saúde (Júnior & Oliveira, 1992).

A nova administração da Prefeitura de Niterói iniciou o processo de municipalização em março de 1989 e foi incorporando as unidades Estaduais e Federais, gradativamente, até fevereiro de 1992. Para gerir todo esse processo foi criada a Fundação Municipal de Saúde (FMS)⁹ em maio

de 1991. Na sua estrutura administrativa básica constava: Presidência; Vice Presidência; Conselho Diretor; Conselho Fiscal; Superintendência de Planejamento; Superintendência de Administração e Finanças; Superintendência de Ações Integradas; Superintendência de Ações de Saúde e os Distritos Sanitários Centro Sul, Norte e Leste, diretamente subordinados ao Presidente da Fundação.

Cada DS, por sua vez, passou a ter a seguinte estrutura: Divisão Distrital de Epidemiologia e Fatos Vitais; Divisão Distrital de Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária; Divisão Distrital de Supervisão Programática; Seção Distrital de Supervisão Administração; Setor de Apoio Administrativo e Unidades Municipais de Saúde.

A criação dos DS e a imediata formação dos respectivos Conselhos Comunitários faziam parte da estratégia de reorganizar os serviços de saúde de acordo com os preceitos do SUS. Assim, Niterói passou a contar com os Conselhos Comunitários Centro Sul, Norte e Leste.

A participação das equipes das unidades de saúde no processo de municipalização foi bastante importante e muito rico, chegando a redefinirem a sua forma de atuação, depois das discussões com as comunidades de sua área de abrangência. A criação dos Distritos Sanitários obedeceu a critérios sociais, regionais e da capacidade instalada do setor saúde.

A realização do primeiro concurso público e a introdução nas unidades de saúde de Niterói de um setor de epidemiologia, para caracterizar o perfil de cada unidade e as necessidades das populações cobertas, foram iniciativas que marcaram os primeiros momentos da Fundação Municipal de Saúde.

De acordo com a Constituição Federal (CF) de 1988, o capítulo IV do Título III estabeleceu que os Municípios devem ser regidos por Lei Orgânica, obedecendo aos seus princípios e aos da Constituição do respectivo Estado (1989). Desta forma, o Município de Niterói promulgou a sua Lei Orgânica em 04 de abril de 1990.

Em setembro/outubro de 1991 foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde, com um grau de mobilização e de participação popular bastante significativos. A Conferência ratificou a responsabilidade do poder público pela promoção e garantia da saúde e enfatizou a participação popular organizada como agente ativo das discussões das políticas de saúde, criando para isso fóruns institucionalizados de debates: os Conselhos Locais, Distritais e Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi criado pela Lei Municipal 1085 de 24 de julho de 1992, fazendo, imediatamente, desaparecer o “Conselho de Saúde com personalidades notáveis”.

Mesmo sob o impacto de uma crise política e econômica que se abateu no País nos anos 1991 e 92 e, especificamente no setor saúde, pela diminuição drástica de repasses financeiros para os municípios, Niterói ampliou de 10 para 29%, no setor saúde, a sua participação no total da força de trabalho no setor saúde.

A eleição municipal de 1992, com a vitória da coligação de partidos encabeçada pelo PDT, demonstrou que o discurso da continuidade administrativa prevaleceu diante do eleitorado. A vitória do candidato da coligação deu-se por larga margem de votos e o novo prefeito, de forma coerente, manteve a composição dos segmentos no Conselho Municipal de Saúde, o Secretário de Saúde e as representações governamentais.

Em 1995, o decreto nº7183 de 06 de julho de 1995 mudou a estrutura da FMS e extinguiu os DS. A nova estrutura administrativa passou a ser a seguinte: Presidência; Vice Presidência; Superintendência de Análise e Programas em Saúde; Superintendência de Administração e Finanças; Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva e Superintendência de Atenção Hospitalar e de Emergência.

Nas eleições realizadas em outubro de 1996 novamente a coligação dos partidos encabeçada pelo PDT elegeu o Prefeito com enorme diferença de votos sobre o segundo colocado e que, para dar continuidade ao programa de saúde do Município, manteve o Secretário de Saúde. A equipe, portanto, permaneceu inalterada.

2. A Estrutura da Rede Municipal de Saúde: Principais Indicadores

A rede de saúde na década de 80, em Niterói, tinha uma capacidade instalada que abrangia os três níveis de complexidade e, em comparação com a média nacional, estava acima, qualitativa e quantitativamente. Os prestadores de serviço eram a Universidade (UFF), a Previdência Social (INAMPS), a Secretaria Estadual de Saúde (SES), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Ministério da Saúde, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM).

Em 1989, Niterói dispunha de 90 estabelecimentos de saúde, sendo 12 federais, 17 estaduais, 12 municipais e 49 particulares. O setor ambulatorial mais complexo contratado fornecia os serviços de fisioterapia, radiologia,

patologia clínica, oftalmologia, hematologia, endoscopia e medicina nuclear. Com o programa Médico de Família foram acrescentados mais cinco módulos, dois sub postos e trinta leitos hospitalares (Plano Municipal de Saúde, 94-96).

Em 1993, a capacidade instalada da rede pública municipal e municipalizada ambulatorial de Niterói, por DS, estava distribuída conforme tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos consultórios ambulatoriais municipais e municipalizados por finalidade nos Distritos Sanitários de Niterói em 1993

| Tipos | D.S Centro Sul | D.S Leste | D.S Norte | Total |
|-----------------------|----------------|-----------|-----------|-------|
| Consultório | 249 | 31 | 59 | 339 |
| Odontologia | 28 | 6 | 17 | 51 |
| Pequena Cirurgia | 9 | 5 | 3 | 17 |
| Cirurgia Ambulatorial | 6 | 8 | 2 | 16 |
| Laboratório | 3 | 0 | 1 | 4 |
| Raios-X | 1 | | 2 | 3 |
| Totais | 296 | 50 | 84 | 430 |

Fonte: SUAS/FMS/SMS NITERÓI (1993)

Até 1994 (elaboração do Plano Municipal de Saúde) a rede de serviços de saúde de Niterói tinha a seguinte capacidade instalada: 21 Unidades básicas (14 Unidades Municipais de Saúde; três Serviços de Pronto Socorro; três Postos de Saúde Estaduais municipalizados; um Sub-Posto Estadual municipalizado); seis Unidades de maior complexidade (dois Centros Estaduais de Saúde municipalizados e quatro PAMs municipalizados); seis Hospitais (um Infantil Estadual municipalizado; um Psiquiátrico Estadual municipalizado; um Cirúrgico Previdenciário municipalizado; um Geral Estadual com maternidade e ambulatório; um de Doenças do Tórax Estadual e um Geral Universitário-UFF); um Laboratório de Saúde Pública Estadual municipalizado; um Centro de Controle de Zoonoses; dois Laboratórios de Manipulação Farmacêutica; um Centro de Tecnologia de Alimentos; cinco Módulos de Médico de Família.

Com a mudança na estrutura administrativa da FMS em 1995, as unidades de saúde e os postos de atendimento médico (PAMs) passaram a ser controlados pela Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva, ficando os hospitais e o Centro Previdenciário de Niterói (CPN) subordinados a Superintendência de Atenção Hospitalar e de Emergência.

As 14 unidades municipais de saúde, dois laboratórios, sendo um de zoonoses, três PAMs, dois centros de saúde e três postos de saúde ficaram subordinados à Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva, enquanto que os três hospitais, um PAM - CPN (Centro Previdenciário de Niterói) e um SPA-3 (Serviço de Pronto Atendimento) passaram para a Superintendência de Atenção Hospitalar e de Emergência.

O Conselho Municipal de Saúde, criado em 4 de julho de 1992 pela Lei Municipal nº1085, conforme já salientado, teve o seu regimento interno homologado através do decreto nº6815 de 06 de janeiro de 1994.

3. O Exemplo da Saúde Bucal

A assistência odontológica no Município de Niterói, antes das AIS, era prestada em três ou quatro unidades municipais (das treze existentes) por dentistas contratados. Alguns, por iniciativa própria, eram voltados para ações de saúde pública, e desenvolviam campanhas de escovação e higienização como prevenção da cárie dentária, mas os serviços odontológicos produzidos, majoritariamente, eram curativos e limitavam-se a extrações dentárias e a pequenas obturações.

As unidades do INAMPS eram as que mais produziam serviços odontológicos e tinham uma proposta clara, voltada para a produtividade, baseada em "tratamento completado". Sem dúvida, dentro da rede pública, o INAMPS foi quem apresentou a primeira proposta concreta de atendimento odontológico, embora inteiramente descolada de qualquer discussão qualitativa. Dentro da lógica hegemônica, o que preponderava era a quantidade, que se traduzia por retorno financeiro para a Unidade de Saúde.

As unidades estaduais basicamente tinham os seus profissionais prestando serviços na rede escolar, o que trazia o estabelecimento de uma relação quase pessoal com a direção da escola. Quando o dentista se envolvia de forma harmoniosa com o corpo docente e a direção, passava a produzir pequenos programas de prevenção e a desenvolver ações nesse sentido, incluindo palestras sobre higiene oral e prevenção da cárie dentária, sempre que era solicitado pelos professores. Não havia programas pré-estabelecidos, mas iniciativas individuais e isoladas, como também a carga horária passava a ser reduzida, de comum acordo com a direção. A maioria dos dentistas escolares prestava atenção à saúde bucal dos alunos apenas com assistência curativa, através de extrações, curativos e pequenas obturações.

3.1. - A Saúde Bucal e o Projeto Niterói

Como vimos, o Plano Conasp, em 1982, desencadeou o chamado Projeto Niterói. A área de Niterói e São Gonçalo foi considerada ideal para a experimentação da proposta, em função da presença dos ingredientes essenciais ao modelo e da proximidade dos órgãos centrais do INAMPS, dos Governos Estadual e Municipal, de instituições de pesquisa como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Universidade, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Fundação Getúlio Vargas (FGV). Dessa forma, a estratégia da proposta de reorganização, que previa a regionalização e a hierarquização do sistema público, baseada em uma forma de articulação do setor público originada pelos Convênios Trilaterais, que envolviam o INAMPS, o MS e Secretarias Estaduais de Saúde estava contemplada (Cordeiro, 1991).

O projeto Niterói começou a reforçar as Unidades Municipais de Saúde e a figura do Secretário Municipal de Saúde passou a ter o destaque e o respeito que necessitavam. A Secretaria executiva do Projeto foi ocupada por três médicos, sendo o último indicado em 1984 e reconduzido em 1985 pela própria Comissão Executiva. Atualmente ocupa o cargo de Secretário de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói¹⁰.

Para viabilizar algumas medidas de integração de serviços, o presidente do INAMPS, através da resolução nº28, de 08 de novembro de 1982, permitiu o remanejamento de servidores do INAMPS para órgãos de Saúde de áreas de integração.

A Comissão Executiva Local (CEL), criada em 19.07.1982 pela portaria INAMPS/PR 726/82, para dar execução a cada etapa do seu programa de trabalho do projeto Niterói criou Grupos de Trabalho (GT), inicialmente em número de oito, mas que no decorrer dos quatro anos seguintes sofreram modificações, sendo alguns extintos e outros criados. Mesmo tentando-se dar uma conformação considerada ideal, com um representante de cada instituição presente no GT, na prática, isso não ocorreu, e algumas instituições se fizeram mais presentes que outras. As que mais se destacaram foram a Secretaria Municipal de Saúde e o INAMPS.

Em 1986, o GT da Saúde Oral ainda permanecia. O grupo era composto por nomes expressivos dentro da Odontologia¹¹ e começou por levantar, em 1984, as rotinas na prestação de serviços odontológicos da rede de saúde de Niterói. As falhas tornaram-se evidentes e as deficiências bastante claras, inviabilizando a proposta de inserir a Saúde Oral no Projeto Niterói.

Nesse sentido, o GT Saúde Oral fez insistentes apelos para que toda a rede municipal passasse a dar assistência odontológica e, assim, pudesse dar cobertura a população.

Os primeiros resultados começaram a aparecer com a apresentação voluntária de dentistas que faziam cursos de pós-graduação e com o primeiro plano piloto para a Saúde Oral, onde se delimitava a carga horária, tornando-a única, sendo que os profissionais do INAMPS, que tinham um horário de trabalho mais dilatado, foram incluídos em atividades de Odontologia Preventiva e Social. Essas ações preventivas desenvolveram-se em escolas e comunidades, de forma integrada com as Secretarias de Educação do Estado e Município, resultando desse trabalho a inclusão de temas referentes à saúde oral nos currículos da Secretaria Municipal de Saúde, com os conteúdos programáticos elaborados pelo GT (Moysés, 1986).

A fluoretação das águas de abastecimento de Niterói aconteceu após um processo longo e penoso de convencimento desencadeado pelo Grupo, que teve a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde.

O levantamento epidemiológico feito por alunos da especialização e mestrado em Odontologia Social da UFF levou, aproximadamente, um ano. O CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) mostrou que o índice de cárie dentária era bastante elevado entre crianças e adolescentes. Dentes cariados e com necessidade de extração, representavam, no município de Niterói, 72% do índice CPO entre 6 e 9 anos e 62% entre 10 e 12 anos de idade (Plano Municipal de Saúde de Niterói, 1994/1996).

O GT de Saúde Oral levou quatro anos para elaborar um plano único para a Saúde Oral em Niterói. Nesse planejamento o adulto foi excluído, ficando a atenção voltada para escolares e gestante. Na nova proposta de trabalho eram atendidos 10 pacientes, sendo oito agendados dentro da carga horária e dois em caráter emergencial. Adotou-se o "tratamento completado" (TC) por quadrante (hemi-arcada) e a volta marcada.

Em 1986, o Projeto Niterói fez um levantamento dos recursos humanos e da capacidade instalada utilizados pela rede pública de Niterói e encontrou 117 dentistas trabalhando em dois turnos e 52 equipamentos odontológicos distribuídos pelo setor público.

O número de consultas odontológicas produzidas em Niterói em 1986 foi de 128.858 e a rede privada contribuiu com 56,5% (123.752), sendo que 48% pelos convênios com sindicatos e 8,5% pelos serviços contratados. O setor público respondeu com 43,5%, menos da metade do total, e o setor privado com 56,5%.

Em 1989, a Secretaria de Saúde foi ocupada pelo então presidente da Comissão Executiva Local do Projeto Niterói, Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer, que representava um grupo bastante significativo e com uma inserção muito forte no Movimento Sanitário.

Através da Fundação Kellog¹², alguns componentes do GT-Saúde Oral puderam conhecer a rede nacional de prestação de serviços odontológicos e ver como as coisas estavam no setor de odontologia.

3.2. A Saúde Bucal na Década de 90

3.2.1. A desconcentração funcional da saúde na contramão da municipalização da saúde bucal: 1990 – 1994

A Saúde Bucal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde era um setor, que tinha um coordenador no nível central e estava inserida, como os demais setores, dentro da Superintendência de Ações Integradas.

Nesse período, o setor de Saúde Bucal fez um minucioso levantamento dos seus recursos humanos e capacidade instalada em toda a rede para dar início ao planejamento para o setor. As visitas e entrevistas foram os métodos usados durante quatro meses¹³.

Para que a realidade da Saúde Bucal de Niterói pudesse ser conhecida, foi necessário que todos os dentistas tomassem conhecimento da proposta de um programa feito para o setor e dessem retorno, com críticas e sugestões. A contribuição foi muito grande, em torno de 70% e, assim, o primeiro programa oficial de Niterói foi apresentado em 1990 com a participação direta desse contingente de profissionais. A partir daí, os levantamentos dos insumos necessários foram iniciados, assim como o cadastramento e remanejamento dos dentistas. Esse fato aumentou bastante a credibilidade do setor dentro da Superintendência.

Dois fatos marcaram o início dessa coordenação: a padronização dos equipamentos e a participação do setor nas licitações. A capacidade instalada foi levantada, mas a central de manutenção, conforme havia sido planejada para cada região, não foi possível criar. Entretanto, isso foi conseguido com o recém criado almoxarifado central, que passou a exercer um rígido controle sobre os medicamentos.

O setor de Saúde Bucal sempre teve a maior autonomia para criar ou manter programas, como melhor lhe conviesse. Desta forma, foram criados os programas de creches, bastante ampliados posteriormente, e a saúde

escolar. O setor estava inserido numa série de programas, como a vigilância sanitária, programa materno infantil, pacientes especiais e, junto com o GT de nutrição, na região dos pescadores, plantadores e de pequenas indústrias, na elaboração e execução de alimentação alternativa, de baixo custo, com alimentos da própria região e considerados importantes para a Saúde Bucal. Um grande evento também marcou o início das atividades dessa coordenação: o primeiro simpósio de Saúde Bucal do Município de Niterói, que conseguiu reunir mais de 900 pessoas.

Os programas de Saúde Bucal sempre foram acolhidos e discutidos dentro da Secretaria. Eles chegavam lá depois de serem amplamente divulgados e discutidos dentro do setor e transformados em documento. Em nenhum momento, entretanto, foram levantadas questões específicas, que pudessem ser transformadas em projetos.

Nesse período, a identidade político ideológica do grupo, que vinha de uma longa jornada de lutas dentro do Movimento Sanitário e, particularmente, na saúde do Município, facilitava a tramitação de todos os projetos apresentados pelo setor de Saúde Bucal. Em contrapartida, a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Regional de Odontologia e o Sindicato dos Dentistas, embora não hostilizassem, sempre tiveram uma posição contrária ao movimento, sem qualquer participação. Um “zero à esquerda”, no dizer da coordenadora. Essas entidades se postavam ao lado das tradicionais forças conservadoras, que não desejavam a transformação do modelo hegemônico de atenção à saúde.

Com relação a estrutura funcional da Saúde Bucal, no modelo de gestão adotado em 1991, a Coordenação de Saúde Bucal se posicionou contrária à idéia dos Distritos Sanitários (ainda mantém a posição), quanto à sua forma de criação e implementação e, nessa perspectiva, sustentou a necessidade de exercer a função de auditoria, avaliação e controle dos Distritos Sanitários, para que não se transformassem em “feudos”. O que aconteceu, segundo um dos entrevistados, inviabilizando essa idéia, foi a nomeação de coordenadores distritais de saúde bucal a revelia da coordenação central. Nessa ocasião, o Secretário de Saúde não quis interferir porque achava que “a briga era só nossa¹⁴”.

Com relação aos Conselhos Distritais de Saúde a Coordenação registrou que eles apenas discutiam questões pontuais sobre os dentistas da rede, como horário e outras queixas, enquanto o Conselho Municipal de Saúde dava permanente apoio aos programas de Saúde Bucal, mas, assinala-se, somente quando eram comunicados.

Quanto aos recursos humanos da Saúde Bucal, o Município contava com cerca de 70% oriundos do Inamps ou concursados, do Estado e do próprio Município, com menor contingente, em torno de, no máximo, 10% ou 12%. O primeiro concurso recolocou em ordem essa situação. O Município pode instalar novos equipamentos em vários pontos e alocar os dentistas selecionados. Além disso, visou-se, na seleção, profissionais interessados em saúde pública.

Quanto ao modelo de assistência, a Coordenação procurou fazer do Centro Previdenciário de Niterói (CPN) a referência das especialidades odontológicas e do PAM Engenhoca a referência para endodontia (tratamento dos canais radiculares) e radiologia.

A rede municipal não trabalhava com população adscrita. A demanda inicial era espontânea, passando a ser agendada posteriormente. Assim, a cobertura, teoricamente, era para todos¹⁵. O modelo assistencial adotado pelo setor não incorporou o Sistema Incremental do Inamps, eliminando o privilégio de atendimento para determinadas faixas etárias.

A avaliação dos profissionais era feita pela carga horária, capacidade instalada, demanda atendida (produção), eficácia e eficiência minimamente avaliadas (feitas através de entrevistas esporádicas com os usuários, de forma aleatória). Depois passou a ser feito por tratamento completado, por quadrante¹⁶.

A coordenação padronizou os equipamentos dentários e todas as unidades receberam amalgamadores elétricos e aparelhos de fotopolimerização de resinas.

No que se refere ao financiamento, o setor era contemplado de acordo com as necessidades. O processo de compra era o tradicional, incluindo o estudo do consumo, sempre muito detalhado, e das necessidades, que eram apresentados trimestralmente ao Secretário de Saúde e autorizado pelo Secretário de Finanças, sempre presente à reunião. Depois seguia a tramitação normal através de uma licitação e avaliação das propostas.

A Secretaria não recebia ajuda externa. Os recursos vinham do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde. O setor de Saúde Bucal não recebia verba específica, apenas fazia previsão de gastos, que não eram desmembrados, sendo incluídos na listagem geral de compras. Assim, junto com medicamentos tipo antibióticos, anti-inflamatórios encontrava-se o amálgama e as resinas.

3.2.2. O retorno à concentração funcional da saúde favorece a municipalização da saúde bucal: 1995 - 1997

A Odontologia ocupava na estrutura anterior da Fundação Municipal de Saúde um setor dentro da Secretaria de Ações Integradas e possuía em cada Distrito Sanitário um Supervisor de Saúde Bucal dentro da Divisão Distrital de Supervisão Programática¹⁷.

A Divisão Distrital de Supervisão Programática englobava programas como o da saúde da mulher, da criança, da saúde mental, saúde bucal, etc, e cada um tinha a sua supervisão. A idéia que perpassou quando da criação dos Distritos foi a da integralidade das ações. A Odontologia, embora seus representantes se auto denominassem coordenadores, não tinha uma coordenação, um cargo específico, mas um setor, que fazia parte de um conjunto de programas dentro da Secretaria de Ações Integradas. Esta situação era igual para todos.

A nova estrutura da Fundação Municipal de Saúde, de 1995, extinguiu os Distritos Sanitários e criou, de forma centralizada, a Superintendência de Atenção Ambulatorial, de Promoção de Saúde Coletiva¹⁸. A partir desta nova situação é que a Saúde Bucal, que ficara acéfala¹⁹ com a extinção dos Distritos Sanitários, começou a ser trabalhada. “(...) O que se fez foi juntar todos que tinham alguma história de trabalho em supervisão e, assim, conseguiu-se montar uma equipe de Saúde Bucal (...)”²⁰.

A reestruturação da Supervisão de Saúde Bucal começou pelo almoxarifado central e das Unidades de Saúde. As peças foram contadas “uma a uma”. O estoque encontrado estava errado, em virtude dos pedidos serem feitos por funcionários que não estavam afetos as questões de consumo de materiais odontológicos e, por isso, independente de qualquer levantamento ou de eventuais paralisações (greves, etc.) repetiam as listagens de compras, com os mesmos quantitativos. Em todos os almoxarifados encontrou-se materiais se perdendo, estocados e sem uso. A comprovação dessa situação veio com o levantamento bastante detalhado efetuado em todos as Unidades, no almoxarifado central e pela incorporação das sobras que vinham dos distritos.

As resistências foram muitas, devido, provavelmente, ao fato de existir uma equipe já estruturada, com funcionários antigos e próximos da aposentadoria, o que dificultava mudar algumas rotinas. Aos poucos a coordenação foi conquistando o grupo e conseguiu fazer um treinamento com todos. A antiga Supervisão Programática, na visão do Coordenador de Saúde Bucal deste último período, “(...) resumia-se em atividades de controle de material,

de estoque, de saber o que estava faltando, mas sem nenhuma orientação programática. Por exemplo, nada era perguntado sobre a relação dos profissionais com a escola, como era, o faziam (...) ²¹”.

A Saúde Bucal não tinha um espaço físico na antiga estrutura e foi “(...) criado, oficialmente, depois que a nova Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva passou a existir pelo decreto de 1995, naquele cantinho da sala, quando se colocou um armário e um cartaz: Programa de Saúde Bucal (...) ²²”. E, para começar a “pensar programaticamente”, a coordenação teve que fazer mudanças na equipe, trazendo profissionais da rede para o lugar daqueles que se aposentaram ou foram cedidos para outros lugares.

Na estrutura atual, a Coordenação mantém-se em permanente contato com as questões gerais das Políticas de Saúde e participa intensamente destas discussões, que são constantes dentro da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva. Isso faz com que a Saúde Bucal tenha um relacionamento íntimo com todas as outras áreas, permitindo uma troca de opinião entre os vários setores.

A volta à concentração funcional da Saúde em Niterói, com a extinção dos Distritos Sanitários, foi extremamente benéfica para as discussões sobre políticas de saúde, no que tange a sua intersectorialidade e, em particular, para a Saúde Bucal, que passou a estar sempre presente. Dessa forma, os programas passaram a ser discutidos e avaliados coletivamente, diante das chefias das Unidades e as metas sempre revistas e analisadas.

A mudança de enfoque sobre o papel da equipe de Saúde Bucal e a criação da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva foram variáveis que facilitaram a implementação das políticas de Saúde Bucal. Na expressão do Dr. Luiz Hubner, “encontramos, com certeza, as alavancas que foram usadas para a implantação dos programas”.

À nova postura da Saúde Bucal surgiram inúmeras resistências e, para superá-las, alguns pontos, no entender do coordenador, foram fundamentais, como: o conhecimento profundo da rede e dos profissionais, a certeza do que se pretendia modificar, uma boa dose de determinação e o pleno uso do poder que lhe havia sido conferido ²³.

No que tange aos recursos humanos em Odontologia no Município de Niterói, os profissionais, como já salientamos, eram oriundos do antigo Inamps, Estado, Município e de concursos anteriores e encontravam-se inteiramente desarticulados, sem controle cadastral, com as listagens desatualizadas e, praticamente, “faziam o que bem entendiam”. Por isso, houve necessidade

de se fazer um levantamento rigoroso para saber o quantitativo de dentistas do Município. O resultado surpreendeu: encontrou-se seis vagas.

Em 1997 a rede de saúde de Niterói contava com 87 dentistas, 37 Técnicos de Higiene Dental (THDs) e 35 equipamentos odontológicos. Desse total, 72 dentistas estão lotados na Fundação Municipal de Saúde. Cada Unidade possui, no mínimo, um THD²⁴. A maioria tem dois. As unidades não possuem Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) e o serviço de limpeza é feito pelas auxiliares de enfermagem.

Logo após o cadastramento, foi feito um treinamento interno, só para a Supervisão, abordando Políticas de Saúde Bucal. Pretendeu-se com isso discutir as novas propostas para a rede, como implantá-las e as estratégias para a sua implementação. "(...) queríamos saber por onde iríamos caminhar (...)". Depois, foi feito o mesmo para toda a rede, com presença obrigatória dos dentistas e THDs.

Na pauta das discussões estava a proposta de um novo modelo de assistência à Saúde Bucal, que incluía a uniformização das rotinas e a introdução de três consultas básicas de prevenção em todas as Unidades de Saúde. A questão da hierarquização, a noção de rede, fundamentais para a implementação dos projetos da coordenação, foram amplamente discutidos nesse treinamento geral. Assim, as decisões foram tomadas coletivamente, incluindo-se o cadastramento de todos os especialistas lotados no Centro de Referência de Niterói (CPN) e nas Unidades de Saúde, que estivessem exercendo ou não as suas especialidades.

Para a implantação dessas propostas foram feitas inúmeras adequações na rede, como a construção de escovários, necessários para as consultas preventivas obrigatórias e definidas como ações de atenção primária de saúde e, portanto, para serem implementadas em toda a rede básica; a transferência de profissionais especialistas para o CPN, definido como a unidade de referência para as especialidades de odontologia e, ao contrário, de dentistas clínicos do Hospital Getúlio Vargas Filho (HG VF) para as outras unidades, permitindo, assim, a definição de ações odontológicas compatíveis com o perfil terciário de atenção à saúde²⁵.

A decisão de transformar o CPN em centro de referência para as especialidades odontológicas fechou, em definitivo, as portas de entrada para os outros Municípios, como São Gonçalo, Itaboraí, etc, que faziam desse antigo posto do ex-Inamps a sua referência ambulatorial de atenção à Saúde Bucal.

As especializações odontológicas, concentradas na unidade de referência, são consideradas pela coordenação, indispensáveis, no sentido de complementarem o programa de Saúde Bucal Coletiva.

A partir de 1995, para a implementação dos programas de Saúde Bucal, praticamente, toda a rede sofreu uma adequação, tanto no que diz respeito à parte física quanto aos recursos humanos. Hoje, 80% das Unidades possuem um espaço para a escovação²⁶.

Hoje o CPN atende as especialidades de Periodontia, Cirurgia Oral Menor e Endodontia. É referência, também, para os pacientes portadores do vírus HIV. O Câncer Oral está começando a ser referenciado para esta unidade e o seu diagnóstico precoce já está sendo feito em oito unidades. Para isso toda a rede recebeu treinamento de capacitação²⁷. O outro programa que está sendo implantado é o da prótese unitária, com a instalação de um laboratório de prótese²⁸.

Os profissionais lotados nas escolas foram transferidos para as unidades próximas e estas passaram a ser responsáveis pela saúde bucal dos escolares, em toda a sua área de abrangência. Desta forma, a integração com outros programas desenvolvidos pelas unidades básicas, que são independentes para elaborarem as próprias programações, ficou mais fácil. Assim, a programação de Saúde Bucal passou a inserir-se na pediatria, na ginecologia, com o grupo das gestantes e, de forma incipiente, com os bebês (odontologia para bebês), para a qual alguns profissionais interessados, com cursos específicos, se interessaram em desenvolver. Entretanto, essa integração com outros programas ainda acontece por iniciativa dos profissionais interessados. Ainda não faz parte de um programa global, onde a Saúde Bucal esteja contemplada. De qualquer forma, foi positiva esta aproximação, pois abriu espaços para amplas discussões sobre a integralidade de ações, com a participação da Saúde Bucal em outras áreas.

A experiência levada a efeito nas Unidades de Saúde de Niterói em alguns finais de semana, quando “a unidade passou a cuidar da própria saúde”, isto é, tratando dos seus próprios funcionários foi, além de bem sucedida, muito importante. Assim, todos passaram por exames laboratoriais, ginecológicos, clínicos, odontológicos, etc. A Saúde Bucal trabalhou com prevenção e procedeu exatamente como faz com os usuários, isto é, orientando a escovação, fazendo a evidenciação da placa bacteriana, palestras sobre temas específicos e, no final, a parte curativa, indispensável para a resolução das necessidades acumuladas.

O fato marcante dessa experiência foi desmistificar o papel do trabalho preventivo para os funcionários das unidades, que passaram a entender e respeitar o programa desenvolvido pelos dentistas e, desta forma, a maioria passou a informar melhor e a incentivar os pacientes, enfatizando a importância das consultas preventivas²⁹.

Em julho de 1997, dois programas começaram a ser implementados: o monitoramento da fluoretação das águas de abastecimento, juntamente com o departamento de epidemiologia e o levantamento epidemiológico para a Odontologia, que nunca tinha sido feito, a não ser em escolares, populações limitadas e fechadas. Pretendeu-se com isso obter o perfil epidemiológico das Unidades de Saúde, abrangendo todas as faixas etárias e sócias econômicas.

Na atual estrutura da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, a Saúde Bucal encontra-se totalmente inserida na política geral de Saúde. As idéias de integralidade das ações, de acesso universal aos serviços são básicas e perpassam todos os programas, que, entretanto, têm no excesso de demanda a sua grande limitação.

Também nesse período, a Coordenação iniciou a implementação do Dentista da Família, que é um programa dentro da concepção de Saúde Bucal Coletiva, só que de "casa a casa". Pretendeu-se, assim, estabelecer uma relação com a população nos mesmos moldes do programa Médico de Família, ou seja, o profissional dentista e técnico de higiene dental (THD) sendo contratados pela associação de moradores.

Pensou-se, no início, na contratação de agentes comunitários de saúde bucal, mas esta idéia, comprovadamente inviável economicamente, foi abandonada. Hoje se pensa em inserir o dentista no programa médico de família trabalhando, fundamentalmente, de "casa a casa", levando ao seio de cada família esclarecimentos sobre o que é cárie dentária, as suas relações com as questões sociais, a questão alimentar relativa a ingestão de açúcar, e tudo isso aplicado no "dia a dia" das pessoas daquele núcleo. Da mesma forma pretende-se discutir Odontologia, promoção de saúde, prevenção da doença cárie, etc.

As outras informações, mais gerais, serão incorporadas na rotina das auxiliares de enfermagem do programa do Médico da Família, em virtude da inviabilidade da contratação de agentes comunitários de Saúde Bucal. Assim, elas anexarão informações sobre higiene bucal, escovação, etc.

O programa do Dentista da Família terá forçosamente que financiar, inicialmente, escovas e pastas de dentes, em virtude tanto de o pequeno poder aquisitivo dessas pessoas como pelo fato de não terem o hábito de possuir cada qual a sua própria escova, porque nunca foram informadas dessas questões e da sua importância. O custo não será alto em comparação ao que poderá ser evitado em gastos com ações curativas.

A perspectiva da Coordenação é de trabalhar com promoção de saúde e perfil epidemiológico. A população será a do Médico de Família, adscrita à unidade. Uma ficha especialmente formulada para o programa vai fornecer o perfil epidemiológico da população, assim como o grau do seu entendimento sobre Saúde Bucal. A análise desses dados vai dar o direcionamento e a intensidade das ações de Saúde Bucal.

A primeira experiência está sendo implementada, em caráter experimental, no Morro do Preventório. Todos os dentistas das Unidades dessa área já trabalham dentro desta nova perspectiva, mas o programa ainda não está inserido na metodologia casa a casa³⁰. A meta é que a população atendida seja definida, adscrita à Unidade, como no Médico de Família.

Os programas de Saúde Bucal ainda são avaliados quantitativamente, através da produção total dos serviços e dos profissionais, individualmente. Desta maneira, a coordenação de Saúde Bucal imaginou ter avançado, no sentido de ver se os profissionais estão incorporando a questão da integralidade. A produção individual não fica mais mascarada pela produção da Unidade. Isto permite discutir a "qualidade" da produção de cada um. A reavaliação do paciente é feita por ocasião do seu retorno, quando recebe nova escova. Mas, o que se avalia está relacionado à escovação e higiene oral. Ainda não se trabalha com o perfil epidemiológico desse paciente, o que deveria ser levantado por ocasião da sua entrada no serviço³¹.

Os dentistas das Unidades de Saúde de Niterói passaram a ser avaliados através de uma ficha individual de produção. Estes dados são analisados na Superintendência e o resultado é levado ao conhecimento dos chefes das Unidades pelos supervisores. Cabe, então, de acordo com a autonomia de cada diretor, conversar com os profissionais e ajustar o que for considerado necessário³².

A Saúde Bucal trabalha com indicadores de produtividade, geral e individual, mas ainda não conseguiu determinar o grau de cobertura do programa na população adscrita. Esta é a meta da Coordenação.

Com exceção das áreas cobertas pelo programa Médico de Família, as outras, que são atendidas pelos programas de atenção à saúde, de um modo

geral, e bucal, em particular, não são muito claras e bem definidas, em virtude das populações limites se deslocarem para serem atendidas em outras áreas, apenas por conveniência. E esse é um fato comum e o seu redirecionamento vai demandar muito tempo. "(...) O atendimento, abrangendo todas as faixas etárias, não chega a atingir 15% da população. E isto é dramático (...)"³³.

Em Niterói, as unidades foram localizadas, obedecendo a critérios populacionais, mas a ordenação do seu fluxo ainda não foi conseguida. "(...) Quem tem população adscrita, fechada mesmo é o médico de família. Nesse programa é a casa da D.Maria e o seu pessoal (...)"³⁴.

Nesse período, a coordenação de Saúde Bucal conseguiu mudar algumas rotinas de atendimento, que privilegiavam algumas faixas etárias, principalmente entre escolares. Hoje, depois de realizado um levantamento epidemiológico numa determinada escola, os alunos, de acordo com as necessidades, são levados para a Unidade mais próxima e agendados dentro de uma programação, juntamente com toda a população que procura os serviços de atenção odontológica.

Nenhuma demanda específica foi registrada neste período. O único questionamento foi feito pelo presidente da associação do programa Médico de Família, quando foi instituído o programa das três consultas básicas preventivas. A sua reação foi taxativa: "quem inventou essa besteira de termos que ouvir três palestras para arrancarmos um dente?". Com relação aos conselheiros, o que se tem observado é que eles vão até a coordenação para reclamações pontuais, como falta de dentistas, mau atendimento, etc.

Embora não se tenha constituído numa prática, a coordenação de Saúde Bucal tem procurado a associação do programa Médico de Família para constantes esclarecimentos sobre a implantação do programa odontológico do Dentista na Família, sendo a boa receptividade às novas idéias uma constante. Mas, nesse caso ou em relação às demais formulações de políticas de saúde bucal, a participação da comunidade nunca existiu.

Os recursos necessários para financiar essas mudanças foram liberados pelo Conselho Técnico da Secretaria, depois de um exame minucioso dos projetos da Saúde Bucal que, como os demais setores, não possui verba própria. Esse processo faz parte da sistemática da Secretaria Municipal de Saúde, que centraliza todos os recursos e só os libera após rigorosa verificação do conjunto das solicitações³⁵. Nesse período os gastos com a Saúde Bucal aumentaram 27%, passando de R\$59.327,60 em 1995 para R\$75.340,72 em 1996.

4. Considerações Finais

O processo de municipalização em Niterói, iniciado em 1989 pelo Prefeito eleito por uma coligação de partidos políticos, teve a sua sustentação político ideológica nos segmentos progressistas dos setores públicos da Saúde, oriundos do Movimento Sanitário e do Projeto Niterói, convidados a ocuparem posições dentro da Secretaria Municipal de Saúde. Objetivavam a democratização do setor, colocando, na prática, os preceitos do SUS.

Assim, como estratégia para organizar os serviços de saúde, foram criados três Distritos Sanitários, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Comunitários correspondentes. Nesse período de descentralização as equipes de saúde mantiveram permanente contato com as comunidades.

Apesar do exposto e das iniciativas da Coordenação de Saúde Bucal durante esse processo como: proceder levantamento/recadastramento dos recursos humanos e dos equipamentos odontológicos com a sua imediata padronização, divulgar o primeiro plano do setor para todos os profissionais da rede, implantar programas como o das creches e o escolar, abrir concurso público para preenchimento de vagas, introduzir algumas modificações no modelo de assistência (foram eliminados os privilégios para algumas faixas etárias), a Saúde Bucal, concretamente, pouco avançou no sentido da sua inserção na área de Saúde Coletiva, dentro da estrutura administrativa desconcentrada da Fundação Municipal de Saúde. Essa observação está respaldada nos seguintes fatos:

- A sua permanência como um setor e sem espaço físico na Superintendência de Ações Integradas;
- A forma de diferenciada de tratá-la e, por pensá-la somente em termos das suas características próprias, manteve-se a idéia de uma autonomia gerencial com relação aos insumos;
- Embora com inserção em vários programas de caráter integral como o de gestantes, materno infantil, vigilância sanitária, pacientes especiais e outros, a participação dos dentistas se fazia por iniciativa própria, movidos, de um modo geral, por interesses profissionais pessoais, pelo envolvimento local na Unidade de Saúde ou pelas ligações com ações de Saúde Pública. Esse programas não se constituíam em propostas da Saúde Bucal;
- Nesse período não consta que tenha havido, por iniciativa da Secretaria, qualquer discussão conjunta sobre projetos de Saúde em geral;

- A conformação de equipes de saúde com a participação de dentistas não aconteceu, mesmo com a criação dos Distritos Sanitários, que, pelo contrário, contribuiu para dividir/dificultar a participação da coordenação central com a distrital, inviabilizando as discussões conjuntas;

- Apesar de toda discussão político-ideológica sobre participação popular e controle social que precedeu a criação dos Conselhos, na prática, não se tem registros de qualquer participação dos Conselhos nas questões da Saúde Bucal. Os assuntos são sempre pontuais e dizem respeito às rotinas das unidades de saúde mas, em nenhum momento chegaram a se constituir pauta para discussão nas sessões dos Conselhos distritais.

Por outro lado, o movimento de volta à concentração funcional administrativa em 1995, com a extinção dos Distritos Sanitários e a criação de um novo organograma para a Fundação Municipal de Saúde, propiciou à Saúde Bucal elementos para ascender ao convívio com os outros setores da saúde, não só nos programas conjuntos, de caráter coletivo, como na sistemática interna da Secretaria de discussão das questões referentes às ações de saúde e o seu financiamento. A Saúde Bucal, a partir de 1995, pode ser vista em Niterói participando igualmente das decisões sobre projetos de saúde no interior da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva. As observações sobre esse período estão sustentadas pelos seguintes fatos:

- O Coordenador de Saúde Bucal faz parte, na estrutura vigente, do grupo de assessores da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva;

- Existe, concretamente, uma equipe de supervisores de Saúde Bucal;

- A Saúde Bucal passou a ocupar um espaço físico, uma referência, dentro da Superintendência;

- No programa de treinamento e capacitação para os supervisores, além das questões específicas, são debatidos conceitos como cobertura universal, acesso aos serviços, hierarquização, integralidade das ações, etc.;

- Foi feito pela primeira vez um levantamento epidemiológico com o objetivo de obter um perfil epidemiológico das Unidades de Saúde, abrangendo todas as faixas etárias e sócio-econômicas;

- A constatação de que perpassa em todas as discussões o propósito de implantação do SUS;

- A implementação do Programa “Dentista de Família”, ainda em caráter experimental, demonstra, na prática, a inserção da Saúde Bucal nos programas de Saúde Coletiva.

Em suma, apesar do Município de Niterói ter procurado implementar, num primeiro momento, dentro do seu processo de descentralização, a desconcentração funcional setorial na Saúde, em cumprimento aos preceitos legais resultantes de um longo período de reivindicações do Movimento Sanitário, esta acabou por prejudicar a municipalização da Saúde Bucal em virtude de uma crescente e irreversível incompatibilidade política entre as estruturas desconcentradas e o nível central, inviabilizando, em consequência, as discussões e conseqüente formulação de projetos de Saúde Bucal com inserção na Saúde Coletiva.

Notas

- ¹ Dentista; Doutorando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ na área de concentração em Política, Planejamento e Administração em Saúde; Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ); Especialista em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).
- ² Junto a treze outros municípios, Niterói pertence à Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Foi capital do antigo Estado do Rio de Janeiro, e perdeu essa condição com a fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro em 1975². Entretanto, enquanto permaneceu como capital, por aproximadamente um século e meio, Niterói experimentou períodos de forte industrialização que propiciaram a multiplicação de serviços urbanos. Esse fato é de extrema importância histórica, porque nesse longo período como capital fluminense, a cidade funcionou como pólo atrativo de fluxos migratórios importantes para a configuração demográfica que hoje tem a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (Moysés, 1987). Além disso, naquele contexto, ganhou extrema importância o setor de transportes, em função da enorme demanda da população daqueles municípios, que se deslocava até Niterói para usar o transporte hidroviário, com destino ao Rio de Janeiro.
- ³ A população residente em Niterói no ano de 1991 era de 436.155 habitantes e a estimativa para 1994 apontava o número de 446.800 habitantes. Segundo dados do Censo de 1991, Niterói apresentou a menor taxa de crescimento populacional dos municípios da Região Metropolitana nos últimos 11 anos: 0,79%. A população favelada em 1991 era de 24.750, correspondendo a 5,7% da população total no mesmo ano (Iplan-Rio, 1994) O abastecimento de água em Niterói atingia, em 1991, segundo a CÉDAE, 76% dos domicílios, embora, em alguns bairros, ainda de forma intermitente.
- ⁴ Entendo e adoto como conceito de movimento social a definição de Scherer-Warren (1987): "uma ação grupal para as transformações (a praxis) voltada para a realização dos mesmos objetivos (o projeto) sob a orientação mais ou menos consciente de princípios valorativos comuns (a ideologia) e sob uma organização diretiva mais ou menos definida (a organização e sua direção)".
- ⁵ O candidato vitorioso era do Movimento Democrático Brasileiro (MDB)
- ⁶ O secretário de saúde era o DR. Hugo Tomasini.

- 7 O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, aprovado e tornado política institucional pela portaria nº3062 de 23 de agosto de 1982 propunha, como objetivos, a recuperação operacional do setor público, o aumento da eficiência e da qualidade, a racionalização do sistema como estratégia para redução de custos, a criação de gerenciamento para maior previsibilidade orçamentária e a extensão de cobertura para os trabalhadores rurais. Ver Cordeiro (1991)
- 8 O 1º Fórum Popular de Saúde de Niterói foi organizado pelo SESC-NITERÓI, UFF, SMS de S.Gonçalo, FAMNIT e UNIBAIRROS (União das Associações de Moradores de S.Gonçalo) e participaram 31 Associações e Federações Comunitárias, 18 Instituições ligadas a Saúde, Educação e Meio Ambiente, Sindicatos, Profissionais de Saúde e Estudantes de 1º, 2º e 3º graus.
- 9 O decreto nº6122/91 de 29 de maio de 1991 foi assinado pelo Prefeito Jorge Roberto Silveira e pelo Secretário Municipal de Saúde Gilson Cantarino O'Dwyer.
- 10 Os três médicos foram: Dra Maria Manoela P.C.A dos Santos, médica sanitária da SMS-Niterói e professora da Universidade Federal Fluminense; Dr Jaime Teime Treiger e o Dr Gilson Cantarino O' Dwyer da SMS e INAMPS.
- 11 O GT da Saúde Oral era composto, entre outros nomes pela Dra Angela Cantarino, Dr Felipe Bragança, Dr Edson Gomes de Souza (Estado) , Dr Oscar (Unidades do Inamps) e o professor Suelio da UFF (Odontologia Preventiva e Social).
- 12 O projeto Niterói só teve um financiamento externo, repassado pela Fundação Kellog, utilizado basicamente para aquisição de material de consumo para tornar o projeto mais independente do apoio de suas organizações componentes, no valor de US\$70.000 dólares. Ver Projeto Niterói (1988).
- 13 Depois de quatro meses foram cadastrados 135 dentistas.
- 14 Idem, 1997.
- 15 A Coordenação pretendeu avaliar a cobertura da população adscrita às unidades pela assistência à Saúde Bucal, mas não conseguiu.
- 16 A rotina incluía a ação de prevenção, feita na primeira sessão, com tratamento periodontal (remoção de tártaro, polimento coronário e radicular), distribuição de escova e dentífrício e a instituição de um programa preventivo individual com orientação de escovação e alimentação. Depois, o agendamento do paciente, sempre que o tratamento era iniciado.

Todos os profissionais preenchiam fichas de produção porque isso revertia em reembolso financeiro para a unidade e servia para avaliação individual do dentista e da produção total da rede. A base de cálculo era: 04 horas x 10 pacientes (sendo 02 emergências) x nº dias trabalhados.
- 17 O Dr Luiz Hubner foi chefe de Saúde Bucal na Divisão de Supervisão Programática do Distrito Sanitário Leste.
- 18 Entrevista concedida pelo Dr. Luiz Hubner em 1997, ex-coordenador de Saúde Oral.

- ¹⁹ Idem, 1997. O período foi entre a saída da Dra. Angela Cantarino e o início da coordenação do Dr. Luiz Hubner.
- ²⁰ A coordenação de Saúde Bucal do Município de Niterói foi ocupada, a partir de junho de 1995 pelo Dr. Luiz Hubner, cirurgião-dentista, com pós-graduação em administração de serviços de saúde, educação em saúde e mestrando em Odontologia Social na Universidade Federal Fluminense, onde também exerce o magistério nesta área.
- ²¹ Idem, 1997.
- ²² Idem, 1997.
- ²³ "(...) Foi muito difícil fazê-los entender que cumpríamos a programação de instalação de uma rede hierarquizada em que, por exemplo, hospital não deve fazer obturação. É parte de uma política de saúde, que trabalha com todos estes conceitos. Assim, por definição, hospital não vai fazer ambulatório e o CPN, referência de especialização, não vai fazer atenção básica (...)". (Entrevista com o Dr. Luiz Hubner, 1997)
- ²⁴ Os THDs encontravam-se inteiramente fora de função, como meros auxiliares de consultório. Raríssimos aqueles que exerciam as suas reais funções. A coordenação de Saúde Bucal proibiu-os do preenchimento de fichas ou de limpeza do instrumental e colocou-os exercendo suas reais funções, de higienistas dentais, trabalhando a quatro mãos com os dentistas.
- ²⁵ A identificação de profissionais especialistas e a transferência destes, por livre opção, para o centro de referência criou algumas resistências, principalmente para aqueles que lá trabalhavam e tiveram que ser transferidos, por não terem nenhuma especialidade. O problema do HGVF foi mais delicado, porque lá trabalhavam 21 dentistas e 10 THDs "(...) fazendo absolutamente nada(...)". A questão foi discutida com o diretor do hospital e depois de muito desgaste, só permaneceram 14 dentistas, dois por plantão, sendo que todos os THDs foram remanejados.
- ²⁶ A adequação da rede aos programas de Saúde Bucal passou por vários momentos, desde o grande encontro com todos os dentistas da rede até o contato com as chefias das unidades, com o fim de sensibilizá-los e conscientizá-los para as programações propostas. As resistências foram muitas e, principalmente, porque, tradicionalmente, o espaço ocupado pela odontologia é o consultório e o escovário era fora. Por fim, usando a criatividade, as chefias acabaram encontrando as soluções e quase todas as unidades já possuem o espaço para a escovação. Nesse processo de adequação da rede a Coordenação conseguiu um técnico para a manutenção de equipamentos odontológicos e a sua permanência por mais de um ano foi considerada extremamente importante, mas até hoje não foi contratado.
- ²⁷ O programa de Câncer Oral prevê a sua implantação em toda a rede.
- ²⁸ A prótese unitária é necessária para dar consecução ao tratamento endodôntico. Assim, as restaurações metálicas fundidas, corôas de jaqueta, corôas totais, Veneer, etc serão feitas no CPN. Este procedimento não demanda muito tempo e poderá ser estendido a toda a população, gradativamente.
- ²⁹ Ditos comuns de serem ouvidos pelos funcionários, como "o dentista perde tempo ensinando a escovar" ou "faz isto porque não quer trabalhar", ou, ainda, "aplica flúor porque está enrolando" cessaram por completo.

- ³⁰ A unidade de Jurujuba é uma referência médica do programa e está dentro de uma área onde só tem médico de família. A Saúde Bucal pretende que todos os dentistas desta unidade trabalhem dentro desta perspectiva. Já trabalham por setores.
- ³¹ Para o levantamento epidemiológico deveria ser utilizado o indicador CPO (dentes cariados, perdidos e obturados).
- ³² Além da produção individual, os supervisores chamam a atenção dos diretores para, por exemplo, a falta de atividade numa escola, a ausência de palestras, a baixa produção de uma unidade em comparação com outras, etc.
- ³³ Segundo informação do Dr. Luiz Hubner, na sua entrevista, este percentual não seria tão baixo, levando-se em conta que em Santos, onde a odontologia avançou em qualidade e cobertura à população, este percentual não chega a 12%.
Considerando-se Niterói com uma população de 400.000 hab, 15% seriam 60.000 hab. Entretanto, os prontuários não mostram quantas vezes a mesma pessoa é atendida num ano, dificultando o cálculo da cobertura.
- ³⁴ Entrevista com o Dr Luiz Hubner, 1997.
- ³⁵ Os recursos são provenientes do SUS, Município, Estado e Ministério da Saúde.

Referências Bibliográficas

- CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CROESP). *Política Odontológica para um Governo Democrático*. São Paulo: Boletim Oficial, n. 23, março 1985.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- _____. *As Empresas Médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- JÚNIOR, A. G. S.; OLIVEIRA, G. S. *Participação Popular e Políticas de Saúde em Niterói*. Niterói: UFF, 1992 (mimeo).
- MOYSÉS, N. M. N. *Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente*. Rio de Janeiro: s/ed, 1986 (mimeo).

ABSTRACT

Oral Health as Health politics: The Experience of the Municipality of Niterói (Rio de Janeiro, Brazil)

This article analyses the decentralisation process in the municipality of Niterói, focusing on the main changes occurred in the administrative structure of its Municipal Secretary of Health as well as on the implications of this process for the Oral Health. In this regard, the objective of this article is threefold: a) to show both the historical and political aspects of this process; b) to reveal the ways in which the Oral Health fitted in with the new model of health care in the municipality of Niterói; and c) to point out the insertion/involvement of dentists in that changes.

It is important to bear in mind that the emergence of health policies in Niterói since 1990, when the Integrated National Health System (Sistema Único de Saúde) was fully developed and the health policy was already defined, was essential for the Oral Health not only to reformulate its health care model but also to become part of the Public Health general proposal. The parameter used to evaluate the Oral Health progress in the field of Public Health was the directives of the "Odontological Sanitary Movement", consolidated in the First National Conference of Oral Health, which was held in Brasília in 1986.

Keywords: Health policies; oral health; Niterói; decentralisation process.

Recebido em: fevereiro de 2001.

Aprovado em: março de 2001.