



ipdea

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

1. Introdução

Um exame retrospectivo, mesmo que superficial, do processo de desenvolvimento econômico e social demonstra a preocupação histórica do estado na condução direta de assuntos que, por sua peculiaridade, não podem ser atendidos pelas pessoas de forma individual e isolada.

Durante muitos anos a ação do Estado esteve voltada apenas para as funções da justiça, defesa e relações exteriores. Dois acontecimentos neste século no entanto, contribuíram para reorientar e ampliar suas funções: a revolução socialista e a depressão americana.

A primeira, em 1917, marcou o início da intervenção do Estado em todas as funções econômicas e sociais. A segunda, a depressão americana, em 1929, gerou a doutrina de Keynes consagrando, mesmo nos países de livre empresa, a participação do estado na economia, pelo menos para atenuar eventuais crises econômicas.

À neutralidade, característica da conduta estatal em relação a economia até o fim do século passado, sucedeu uma fase distributiva quando a ação do estado nas áreas sociais, educação, saúde e habitação passou a constituir estratégia indireta na garantia de uma melhor distribuição de bens e serviços⁽¹⁾.

* Documento apresentado no I Encontro Municipal de Odontologia Comunitária realizado em Campinas-SP, entre 08 e 11 de novembro de 1978.

A atuação governamental, sobretudo nas últimas décadas, não se limitou aos setores sociais, atingindo áreas antes sujeitas exclusivamente as livres forças de mercado, tais como energia, abastecimento, comunicação e tantas outras.

A fim da 2.^a Guerra Mundial catalizou-se essa participação, não só como tentativa de assegurar o pleno emprego na economia, como pela necessidade de reconstrução dos países devastados pelo conflito.

Nos dias atuais, a interferência do estado, independentemente de qualquer conotação ideológica, se explica tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos - segundo Alvin⁽¹⁾ - por diversos fatores.

Nos países industrializados:

- i) atenuação de eventuais crises econômicas;
- ii) a necessidade de grandes gastos ligados a defesa e segurança;
- iii) a prevalência de problemas sociais em áreas urbanas decorrentes do desequilíbrio de oportunidades econômicas;
- iv) as conquistas e avanços na legislação social.

Nos países subdesenvolvidos, além dos problemas relacionados ou decorrentes da baixa renda "per capita" e sua forte concentração, bem como a necessidade de investimentos que exigem grandes períodos de maturação para os quais o setor privado não se capacita, prevalecem - entre outros, os seguintes aspectos condicionantes da

ação estatal:

- i) necessidade de eliminar ou diminuir o nível de pobreza absoluta;
- ii) adequação da oferta de serviços sociais básicos;
- iii) promoção e desenvolvimento do capital social básico compreendendo habitação, saneamento, infra-estrutura de transporte, etc...
- iv) criação de grandes empreendimentos econômicos não só como mecanismo catalizador da demanda geral de bens e serviços e estimulador de economias de escala, mas, também, como estratégia para minimizar o desemprego.

A participação estatal no sistema de saúde, tanto no Brasil como em outros países de economia de mercado vem assumindo grandes incrementos.

As razões específicas determinantes dessa participação decorrem do seguinte contexto:

- i) os serviços de saúde apresentam custos crescentes face a frequência e rapidez com que novos e sofisticados instrumentos e métodos de diagnóstico e terapêutica são incorporados a tecnologia médica;
- ii) a necessidade permanente de pesquisa pura e aplicada no campo das ciências biológicas e da saúde, requer a ação governamental direta ou indireta, já que, com exceção da indústria farmacêutica (convencionalmente a parte do sistema de saúde), o empresário não tem emulação para investir no campo da investigação científica;

iii) não condicionado a necessidade de custos operacionais baixos para permitir maior margem de lucro, a atuação do estado faculta a garantia de altos níveis técnicos nos serviços de saúde.

Não é por outra razão que os hospitais de grande porte com especialidade médicas mais complexas e equipamentos modernos e, portanto, com tecnologia de custo elevado, pertencem, via de regra, a esfera pública;

iv) a pressão da demanda requer, até mesmo como imperativo ético, não só permanentes incrementos na oferta como uma distribuição mais equânime dos serviços por toda a população. A exigência social de maiores coberturas conduz a uma atuação do governo, criando e mantendo direta ou indiretamente serviços de saúde. No Brasil, como em muitos outros países, coexistem os dois tipos de atuação.

2. A participação governamental na assistência odontológica

A história dos serviços de saúde no Brasil demonstra a ação governamental, de início restrita luta contra as doenças transmissíveis, formação de recursos humanos e a polícia sanitária, passou a comportar modalidades médico-assistenciais mais abrangentes, tanto subsidiando entidades beneficentes como prestando serviços, particularmente depois do advento da previdência social.

A evolução da atenção odontológica institucionalizada no país, acompanha o desenvolvimento da assistência médica prestada pelos órgãos oficiais.

O crescimento dos serviços odontológicos está, por essa razão, vinculado as transformações ocorridas no Ministério da Saúde e na Previdência Social. Essa vinculação obedece a razões distintas. Ao primeiro, através da Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP, deve a Odontologia as primeiras e mais importantes iniciativas de organizar os serviços e oferece-los de forma mais racional. A Previdência Social, por sua vez, ao incorporar a Odontologia aos seus programas médicos, permitiu sua rápida expansão, ainda que de forma pouco sistematizada.

Não obstante a importância do sub-setor de Odontologia* no contexto do Sistema Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde sempre o considerou de forma tímida e restrita. A FSESP, através de sua Seção de Odontologia, tem suprido até hoje o papel do Ministério nesse campo, face a não existência de representação formal na sua estrutura organizacional.

Atualmente diversos organismos do Ministério, além da FSESP, desenvolvem ações odontológicas, sem que haja uma coordenação na especialidade. A Coordenação de Proteção Materno-Infantil apoia programas que incluem algum componente relacionado com a saúde bucal. O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN, financia e a Fundação SESP executa, o Projeto de Fluoretação das Águas de Abastecimento Público. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS, por sua vez, oferece possibilidades amplas, ainda não exploradas, de inovações no campo odontológico. Na antiga Divisão Nacional do

* A atenção dentária absorve cerca de 15% dos gastos federais (inclusive do INAMPS), em assistência ambulatorial.

Câncer, chegou-se até a elaborar um projeto de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal - CABUL, de largo alcance, apesar da menor prioridade desse dano em relação a outros problemas orais como a cárie e a doença periodontal.

O Decreto nº 79 056 de 30.12.76 dispendo sobre a nova organização do Ministério da Saúde, não faz qualquer referência a Odontologia.

Em consequência, a elaboração de "programações de abrangência nacional" e outras atribuições que devem envolver a área odontológica, não estão incluídas entre as competências da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, ou da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde - SNAPES*.

Em 1977, na área federal (incluindo previdência social), foram destinados a atenção odontológica, recursos da ordem de Cr\$ 1,5 bilhões, o que representa cerca de 5% dos gastos com a função saúde.

Desse total, a participação do Ministério da Saúde, através do INAN e da FSESP foi pouco superior a 1% no dispêndio total em Odontologia.

Nesse contexto, o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, se configura como a principal organização pública de assistência dentária, mesmo considerando outras esferas de ação oficial (Estados e Municípios).

* Por esses motivos a SNAPES está interessada na criação de uma Unidade de Odontologia Sanitária na sua estrutura.

O INAMPS, com uma clientela da ordem de 103 milhões de pessoas entre segurados da previdência social rural e urbana e respectivos dependentes, é responsável por 98% do gasto federal em Odontologia, cerca de 23,3 milhões de consultas (1977), prestados por mais de 7 mil dentistas* dos quais apenas 1 700 de seus quadros.

Os dois Ministérios apresentam entretanto diferenças substanciais de atuação, seja quanto a abrangência, determinada pelas disponibilidades financeiras bastante desiguais, seja quanto a doutrina que orienta os respectivos desempenhos, conforme se observa no Quadro anexo.

3. A responsabilidade da profissão organizada

A participação governamental na oferta de serviços odontológicos é modesta sobretudo quando comparada com a magnitude das necessidades a serem atendidas. A maior prioridade dos problemas de saúde dependentes de outras especialidades médicas e o alto custo de tratamento dentário, limitam a intervenção do governo a cuidados emergenciais, como acontece nos programas da previdência social e das secretarias de saúde, na assistência a grupos especiais (escolares) em alguns estados e aos projetos de prevenção em massa (fluoretação).

A cobertura insatisfatória dos programas que incluem tratamento recuperador de boa qualidade e medidas de prevenção massiva, fazem com que a assistência odontológica, - ao contrário da atenção médica - se mantenha fundamentalmente na dependência dos serviços oferecidos pela clínica privada.

* Sem incluir os profissionais vinculados ao ex-FUNRURAL através de quase 3 mil convênios.

Em um país onde a metade da população economicamente ativa participa em menos de 14% da renda e 70% das pessoas empregadas recebe menos de 2 salários mínimos, o papel da odontologia liberal fica restrito a prestação de cuidados a um pequeno contingente demográfico. Esse papel, diga-se de passagem, a profissão vem desempenhando com admirável padrão qualitativo.

Ocorre, entretanto, que, se a Odontologia como profissão organizada tem função social, sua responsabilidade maior é a satisfação das necessidades dentárias básicas da maioria da população, antes de contemplar as aspirações, por vezes supérfluas, de uma reduzida parcela que pode remunerar os serviços que necessita.

A crença de que o esforço realizado no setor educação permitindo ao país contar no início da próxima década, com mais de 60 mil dentistas, possa - por si só - resolver o problema, está longe de ser uma colocação sensata.

Embora o Brasil alcance em 1980 uma taxa de 4,8 dentistas para cada 10 mil habitantes, ou seja, mais do dobro da meta prevista no Plano Decenal de Saúde para as Américas⁽⁷⁾, essa situação perde o impacto quando se constata que esses recursos humanos se localizam desigualmente nas comunidades e que o indicador, portanto, é tão falacioso quanto a renda "per capita" dos economistas.

Assim é que os profissionais da Odontologia (como todos os demais) não só tendem a se concentrar nas áreas de maior renda - como já está exhaustivamente comprovado - como se distribuem de forma desigual entre as diversas camadas da sociedade.

Se considerarmos que a população com renda abaixo de 2 salários mínimos não tem acesso a clínica privada e que esta absorve, conforme as estimativas disponíveis, 75% das horas/odon-

tão disponíveis, conclue-se que, 72% da população dispõe de somente 25% do total de dentistas, enquanto a pequena parcela de renda mais alta (28%) conta com 75% dos recursos humanos.

Isso significa que em 1980 a taxa de dentista/10 mil habitantes será de apenas 1,6 entre a população de baixa renda, alcançando todavia a 13,6 entre as classes média e alta.

Por outro lado, todo o esforço na formação de mão-de-obra odontológica foi canalizado para o ensino superior.

Enquanto o Plano Decenal, já citado, recomendava para 1980 uma relação de 1 auxiliar para cada profissional, vale dizer, a capacitação de um contingente da ordem de 60 mil auxiliares até o final desta década, não se identifica no Brasil nenhuma iniciativa importante nesse campo, nem em termos quantitativos e, muito menos, em termos inovadores.

Como a correção dos mecanismos de distribuição da renda requer certo período de maturação, seria demasiado otimismo admitir que o acesso à clínica particular, possa ser maximizado em curto prazo.

Essa situação conduzirá - inexoravelmente - o Odontólogo a condição de assalariado, a exemplo que já sucede na área médica, seja porque os novos contingentes de profissionais pressionarão nesse sentido diante da sua não absorção pela clínica privada, seja porque a comunidade exige cada vez mais serviços de saúde, seja também porque o governo pode - como uma forma de indireta de salário - aumentar sua participação na oferta de serviços odontológicos.

A odontologia liberal só terá factibilidade se a renda das pessoas aumentar - o que depende da política de governo - ou se a profissão se aproximar mais da comunidade, incorporando a demanda efetiva, novas parcelas da população.

Para esse objetivo ser alcançado parece necessário reabilitar o que se convencionou chamar, pejorativamente, de clínica popular.

Se é certo que a sofreguidão de grupos ou mesmo de profissionais isolados conduziu esse tipo de organização a des-caminhos éticos, tanto por prestar serviços de má qualidade, como por explorar a mão-de-obra barata formada por recém egressos das universidades, de outra parte, provou a viabilidade da prestação de terapêutica básica a baixo custo operacional.

De resto essa opção é a única capaz de conduzir, a médio e longo prazo, a erradicação do exercício ilegal desde que as medidas policiais já tentadas não apresentaram eficácia, pois a repressão jamais levou a solução de qualquer problema social.

Até agora porém as propostas alternativas concretas oferecidas pelas lideranças formais da profissão odontológica, em sua maioria carecem de seriedade, quando não primam pela ingenuidade.

Em 1977, por exemplo, eminentes representantes da Odontologia nacional, sugeriram ao governo - quando do recesso compulsório do Congresso para a promulgação do conjunto de leis conhecido como "pacote de abril" - que aproveitasse a oportunidade para legislar com a finalidade de tornar permissível aos dentistas o exercício de dois cargos públicos.

Essa inusitada pretensão, de moralidade pelo menos duvidosa, parece ter sido convenientemente ignorada, diante de sua inoportunidade e inconveniência por não atender os interesses da população e da maioria dos dentistas já que menos de 50% desses possuem emprego público.

Mais recentemente, foi sugerida como panacéia para a expansão da cobertura dos serviços odontológicos, a adoção do sistema conhecido como "livre escolha", onde o paciente escolhe o profissional e o governo remunera o tratamento realizado de acordo com tabela previamente estabelecida.

A idéia não é nova, já que sistema semelhante vigora em grande parte da assistência médica previdenciária, com os resultados deploráveis bastante conhecidos: o mecanismo proposto acabou por se tornar o principal responsável pelo discutido e atual problema da mercantilização da medicina.

Mesmo que fosse eticamente aceitável, o sistema seria inviável do ponto de vista econômico, por fundamentar-se no pressuposto da disponibilidade de recursos para atender todos que procurassem atendimento, esquecendo que a demanda a serviços de saúde tende a tornar-se infinitamente elástica e que os recursos, por sua natureza, são finitos e, no caso odontológico, expressivamente limitados pela necessidade de contemplar outros problemas de saúde de maior magnitude e portanto maior prioridade.

Soluções desse tipo não só comprometem a imagem da profissão, que se mostra incompetente para equacionar um problema de sua responsabilidade, como até gera subsídios para que seja questionado o monopólio da arte dentária.

4. Política de saúde no campo odontológico

Parafraseando Leavell e Goldman^(6.) é possível afirmar que organizar o melhor serviço dentário para o maior número de pessoas é uma das mais difíceis empresas em que se possa pensar, devido a complexidade e as múltiplas ramificações que o problema comporta.

Soluções aceitáveis poderão ser encontradas se os planos e projetos de organização da assistência odontológica forem formulados com a mesma orientação científica e idêntica visão crítica que possibilitaram o progresso da odontologia.

Os recursos são, reconhecidamente, escassos diante da magnitude do empreendimento. Sua ampliação só se torna factível se corrigidas as distorções no emprego das disponibilidades atuais. Sob esse ângulo, as definições governamentais estão explicitadas no II Plano Nacional de Desenvolvimento: A eficácia dos recursos públicos destinados aos serviços de saúde está prejudicada pela carência de capacidade gerencial e estrutura técnica do setor, o que eleva sobremaneira o risco das decisões em aumentá-los substancialmente (5).

A política de saúde no subsistema odontológico para ser eficaz, deve ser realista, abrangente e integrada. O realismo pressupõe sua coerência com o contexto político, econômico e social e as expectativas de sua evolução. Seriam inconsequentes formulações que configurassem a intenção, tanto de atribuir ao estado a exclusiva responsabilidade no atendimento das necessidades odontológicas da população, como deixar esse atendimento ao sabor do livre jogo das leis de mercado. Tão pouco seria praticável pretender, a curto prazo, um incremento substancial no aporte de recursos oficiais para os programas de odontologia, o que implicaria em desequilíbrios em outros programas sociais.

A política também deve ser abrangente. Medidas isoladas, parciais ou dirigidas apenas para grupos restritos, deixam de ter significado e correm o risco de se tornarem discriminatórias. A prioridade atribuível a determinados contingentes demográficos, como os escolares, não significa esquecer as carências do restante da população,

ao qual deve ser assegurado acesso a cuidados dentários básicos. Não cabe, por igual, restringir-se a algumas entidades ou autolimitar-se a esfera Federal, omitindo a participação dos estados, municípios e da profissão organizada.

A integrabilidade ressalta como característica desejável na política de saúde aplicada a odontologia, na razão em que contempla um desempenho que incorpore ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A integração pressupõe também que as atividades de assistência médica e odontológica se confundem de tal forma, que não se pode pensar em programas isolados, parciais ou autônomos. Um projeto de assistência médica terá necessariamente o seu componente odontológico, cuja dimensão será fixada em função da magnitude dos problemas de saúde existentes e dos recursos disponíveis.

A fidelidade a essas diretrizes contribuirá para assegurar factibilidade as seguintes medidas básicas:

i.) adoção de métodos de prevenção massiva

Depois de amplamente reivindicada pela profissão odontológica através de suas organizações de classe e de diversos conclaves científicos realizados no Brasil, foi sancionada em 24 de maio de 1974 a Lei nº 6.050 dispendo sobre a fluoretação da água.

Nos termos da lei:

"Os projetos destinados a construção ou ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, onde haja estação de tratamento, devem incluir previsão e planos relativos a fluoretação da água ..." (3).

Sem ser taxativa quanto a obrigatoriedade da fluoretação, conforme era pleiteado pelos sanitaristas, a Lei nº 6.050 constituiu sem dúvida um passo adiante.

Sua regulamentação só foi alcançada mais de um ano depois de sua promulgação, através do Decreto nº 76.872 de 22 de dezembro de 1975 que estendeu e ampliou a determinação legal,

"... aos sistemas que não possuam estação de tratamento nos quais deverão ser utilizados métodos e processos de fluoretação apropriados ..." (4).

Esse decreto abriu novas perspectivas para o emprego de métodos alternativos ao uso do fluór, diante das limitações em termos de cobertura, do seu emprego através da rede de água. O sal de cozinha poderia ser considerado como veículo do flúor, na medida em que ofereça maiores possibilidades imediatas de universalização do que a fluoretação da água. Não há entretanto pesquisa nacional referente a viabilidade do seu uso.

O emprego de aplicações tópicas ou de auto-aplicação de fluoretos em escolares, procedimento de comprovada eficácia, baixo custo e simples execução, ainda está pouco disseminado.

Posteriormente, em 1976 com a vigência do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN (2), que incorporou a fluoretação entre os projetos destinados ao combate a carencias nutricionais específicas, a prevenção da cárie ganhou novo impulso.

O desempenho do projeto de fluoretação da água previsto no PRONAN ainda não é satisfatório. A meta prevista, cobrir até 1980, 50% da população urbana, só será atingida se o projeto receber considerável incremento.

A fluoretação da água, capaz de reduzir em até 65% a incidência de cárie dental, apresenta sérias limitações de ordem operacional que obstaculizam uma maior cobertura imediata desse benefício.

cio: cerca de 23% dos domicílios urbanos abastecem-se em poços ou nascentes e 15% em outras fontes ainda mais precárias ⁽⁸⁾. Mesmo assim, assegurados os recursos financeiros, será possível atingir, até 1980, 50% da população urbana, superando dessa forma a meta do Plano Decenal.

A impossibilidade de melhorar o nível de saúde oral da população através de procedimentos terapêuticos, não permite outra escolha fora da utilização de métodos massivos que facultem, a médio e longo prazo, diminuir o volume das necessidades de tratamento.

ii) racionalização dos serviços odontológicos enfatizando a atenção básica a criança em idade escolar.

Ainda que admitida a possibilidade de cobertura total das ações preventivas (objetivo de alcance duvidoso mesmo nas próximas décadas), seria improvável a plena satisfação das necessidades odontológicas da população.

O melhor acesso a esses serviços dependerá basicamente do crescimento da renda interna do país e da equanimidade do seu rateio, bem como do desenvolvimento da sensibilidade social do dentista e de técnicas, equipamentos e insumos odontológicos mais eficientes.

A ação do Governo para ser conseqüente deve condicionar seus objetivos aos recursos disponíveis. Dessa forma, sem prejuízo dos atendimentos mínimos extensíveis a toda população, cabe concentrar os esforços oficiais no segmento populacional onde a combinação de recursos humanos, materiais e financeiros apresente melhor rentabilidade. Esse grupo da população, a criança em idade escolar, deverá portanto ser privilegiado.

Mais da metade das crianças matriculadas na rede oficial de ensino de 1º grau poderá ser beneficiada, segundo Pinto(9) sem aumento de recursos, desde que se reformulem os métodos de trabalho e se realoque apenas 20% da dotação atual dos serviços odontológicos federais.

O somatório dos recursos federais, estaduais e municipais, minimizando superposições e paralelismos, permitirá ampliar a assistência odontológica de acordo com as prioridades fixadas, desde que o "fundo comum" resultante seja utilizado com racionalidade.

Com esse escopo os organismos federais (MPAS e MS) deverão posicionar-se de forma mais adequada, reservando-se um desempenho de caráter mais normativo e de financiamento.

Uma decisão com vistas a desfederalização dos serviços pode não ser fácil diante dos inevitáveis traumatismos. A nova postura requer a transferência das unidades executivas - hospitais, ambulatorios, postos de de saúde, etc... - para a órbita dos estados e municípios, promovendo uma desejável integração e garantindo a indispensável unidade de comando a nível local.

A racionalidade pretendida exigirá, simultaneamente, a adequação da modalidade de remuneração dos recursos humanos aos pressupostos de eficiência, eficácia e ética do empreendimento. Sob essa inspiração, e, sem prejuízo de providências visando a justa retribuição da equipe de odontologia, descabe a adoção do sistema de remuneração por unidade de serviço, face seus comprovados inconvenientes. Ainda não se encontrou sucedâneo aceitável ao salário na sua forma clássica, sobretudo quando associado a estímulos relacionados com a qualificação profissional, grau de responsabilidade, antiguidade e outros fatores controláveis, contemplados no processo de avaliação dos recursos humanos.

O regime de tempo integral e dedicação exclusiva, desde que remunerado de forma apropriada, sem ser a regra geral para todo o elenco de nível superior, poderia ser institucionalizado nas entidades detentoras de autonomia para fixar seus próprios padrões salariais.

As atividades de pesquisa exigem também um comportamento pragmático impediente a sua condução de acordo apenas com as preferências da comunidade científica, nem sempre voltadas para os temas de maior impacto social.

A prioridade a determinadas linhas de pesquisa que ofereçam respostas rápidas aos problemas mais importantes, não significa o abandono da investigação em área básica nem a interferência na liberdade de criação essencial para o pesquisador.

As pesquisas a serem realizadas deverão aproveitar as inclinações e potencialidades, tanto das instituições prestadoras de serviços como, em especial, dos institutos de ensino, considerando-se como prioritários projetos que atendam:

- a) ao desenvolvimento de tecnologia - a ser repassada à indústria nacional - que permita a produção em escala, de equipamento simplificado e de insumos odontológicos de baixo custo e alta eficácia;
- b) a criação de novos modelos de prestação de serviços, inclusive de cuidados primários ao nível de menor complexidade de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado;
- c) ao emprego de métodos preventivos de aplicação em massa para utilização em comunidades ou grupos onde não seja viável a fluoretação da água de abastecimento.

iii) ampla utilização de recursos humanos, equipamentos e insumos simplificados.

Os custos de investimentos representam um pesado ônus para a odontologia, destacando-se o "equipamento" como o de maior significado.

A expressiva participação do setor público na prestação de serviços à população (através da União, Secretarias de Saúde e Educação estaduais e municipais, e de organismos para-estatais) coloca-o na condição de um dos principais compradores de equipamentos nessa área. Um exame mais detido do assunto revela, desde logo, um nítido desperdício considerando que: o grau de utilização técnica dos equipamentos é baixo, devido ao tipo de trabalho executado; os componentes essenciais de um consultório, para programas de saúde pública, poderiam ser obtidos - conservada sua eficácia - com dispêndios pelo menos 50% inferiores aos atuais; um número crescente de países vem adotando com pleno êxito conjuntos simplificados baseados em tecnologia própria; instituições e profissionais isolados no Brasil estão desenvolvendo estudos nesse campo, já possuindo suficientes conhecimentos para justificar projetos de maior amplitude.

O termo "simplificado" tem uma conceituação bem definida servindo para caracterizar o equipamento que apresente: ⁽⁹⁾

- a) baixa densidade tecnológica;
- b) possibilidade de produção a um mínimo de custo;
- c) alto grau de mobilidade, maleabilidade e durabilidade;
- d) possibilidade de reduzir ao mínimo indispensável, a necessidade de componentes importados;

- e) nível qualitativo adequado;
- f) suficiente padrão de conforto para a equipe de trabalho e para o paciente.

O emprego de uma grande variedade de materiais de consumo constitui outro fator de estrangulamento na prestação de serviços de saúde bucal à população, tanto pela sua crescente sofisticação como pela forte dependência de tecnologia externa. A redução quantitativa desses insumos - resguardando o caráter de essencialidade e qualidade - e o fortalecimento da produção nacional dos materiais dentários de maior uso, pode contribuir de forma sig

Por outro lado, a pobreza, baixa densidade demográfica, as condições de isolamento e as deficiências dos meios de comunicação - enfim a pequena capacidade de absorção social das comunidades rurais - são alguns dos fatores a serem considerados quando se procura viabilizar a extensão de serviços de saúde ao setor primário da economia. Torna-se imperioso reconhecer a flagrante e insuperável dificuldade de fixar nessas áreas recursos humanos de saúde ou qualquer outro tipo de pessoal, oriundo dos centros urbanos. Essa situação de fato, generalizou a convicção quanto à conveniência do uso de pessoal auxiliar local, devidamente treinado e supervisionado, para o desempenho de atribuições delegáveis.

A recomendação da Organização Mundial de Saúde quanto ao emprego da chamada medicina popular, sobretudo em pequenas comunidades desprotegidas e entre a população rural dispersa, deve merecer o exame conjunto de enfermeiros, dentistas, médicos e de outros profissionais, de modo a fixar para esses elementos a faixa da competência correspondente e os padrões de treinamento indicados.

Os programas de interiorização de ações sanitárias não podem basear-se nas visitas cíclicas de equipes profissionais. As

enfermidades não esperam a chegada do médico para se manifestarem; as visitas periódicas, mesmo que programadas, não permitem atender os casos agudos no momento oportuno, e, ainda, para ser eficaz o trabalho de promoção da saúde e prevenção da doença deve ser desenvolvido de forma contínua, permanente e com amplo conteúdo educativo.

Se essa for reconhecida como a única solução para aumentar a cobertura dos serviços médicos, não parece possível encontrar no campo odontológico alternativa diferente. Na medida em que a medicina e demais profissões de saúde se dispuserem a delegar atribuições não parece ético e racional, que a odontologia se situe em campo oposto ou que permaneça na cômoda posição contemplativa de omissão e insensibilidade.

O emprego de pessoal auxiliar oriundo da chamada medicina popular não se confunde - entretanto - com a legalização - opção historicamente ultrapassada - ou o estímulo à prática empírica, ilegal e com finalidade lucrativa por pessoas despreparadas.

Nos centros urbanos, o aumento da produtividade do sistema depende da intensificação do uso de pessoal de nível técnico e auxiliar. A diminuição de custos operacionais e o aumento da cobertura dos serviços, só terão factibilidade quando - a par de outras providências de ordem gerencial - se tornar significativo o uso desse tipo de mão-de-obra.

A sua escassa disponibilidade atual requer programas de formação mais agressivos. Todavia, a criação de um mercado capaz de absorver esses recursos humanos, depende não só das escolas de odontologia - condicionando os alunos ao trabalho de equipe - como da readaptação a uma nova tecnologia dos dentistas já formados, papel que as entidades de classe estariam aptas a exercer, se apoiadas pelo sistema formador.

5. Conclusão

A indispensável interveniência do estado na prestação direta de serviços dentários não visa assegurar continuidade ao posicionamento da profissão odontológica em descompasso com as aspirações da população. A ação governamental, sobretudo em um país de economia de mercado, não substitui nem elimina a participação da profissão odontológica através da prática privada. Se a Odontologia Brasileira intenciona preservar-se como a última das profissões liberais de saúde, é imprescindível que passe a satisfazer parcelas mais expressivas da demanda, atualmente sob a cobertura qualitativamente precária, da odontologia empírica ou recebendo apenas cuidados emergenciais e tratamento radical dos órgãos oficiais.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVIM, E.J. de F.- *Orçamento programa*. Rio de Janeiro, Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, s.d. 36p.
2. BRASIL. CDS.- *Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN*. Brasília, 1976.
3. _____ Leis, decretos, etc.- *Lei 6.050 de 24/05/1974; dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento*. DOU, Brasília, 27/05/74.
4. _____ Decreto 76.872, de 22/12/1975; regulamenta a Lei 6.050 de 24/05/74 - que dispõe sobre a fluoretação da água em sistema de abastecimento quando existir estação de tratamento. DOU, Brasília, 23 e 31/12/75.
5. _____ Presidência. SEPLAN.- *II Plano Nacional de Desenvolvimento*. Brasília, 1974. 134p.
6. LEAVELL, H. & GOLDMAN, F.- The problems of medical care. IN: BRASIL. MPAS. - *Contribuição para discussão do tema oficial "Sistema Nacional de Saúde"*. Brasília, 1975. 69p.
7. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE.- *Plan decenal de salud para las Américas; informe final*. Washington, OMS, 1973. (Documento Oficial, 118). "Reunion Especial de Ministros de Salud de las Américas, Santiago, 1972".
8. PESQUISA nacional por amostra de domicílios - PNAD, 4º trimestre 1973. Rio de Janeiro, IBGE/GEPO, 1975. (Doc. GEPO, 61).
9. PITHO, V.G.- *Informações pessoais*. Brasília, 1977.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIAIS DE ATUAÇÃO DOS INAMPS E FSESP NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

1977

ESPECIFICAÇÃO	INSTITUIÇÃO		
	FSESP	INAMPS	
		Rural	Urbano
População alvo	6 milhões	43,7 milhões	59,3 milhões
Fonte de financiamento	Orçamento da União (transferência do Ministério da Saúde)	2,5% do valor da produção agrícola + 2,4% das folhas de salários das empresas	Contribuição previdenciária
% dos recursos para saúde destinados a atenção odontológica	0,2%	8,9% (ex.-FUNRURAL)	4,3% (ex.- INPS)
% de participação no gasto federal com assistência dentária	1,2% (inclusive gastos com fluoretação)	27,1% (ex.- FUNRURAL)	71,7% (ex. - INPS)
Orçamento para odontologia	Cr\$ 18 milhões	Cr\$ 406,5 milhões	Cr\$ 1,1 bilhão
Ênfase de atuação	Preventiva/Recuperadora	Curativa/Radical	
Prioridade	Escolares de 1º grau	Atendimento a demanda/Livre procura	
Forma de atuação	Direta	Indireta	Direta e Indireta
Cobertura	Áreas limitadas do NE e NO	Todo o Território Nacional	
Número de atendimentos	280 mil	7,7 milhões	15,5 milhões
Regime de trabalho	Dedicação exclusiva	-	Tempo parcial
Pessoal auxiliar	Específico e Treinado	-	Inspec./sem treinamento
Equipamento	Simplificado	Convencional e móvel	Convencional
Avaliação	Impacto nível de saúde oral	Em função do esforço desenvolvido	

