

Solon Magalhães Vianna

A      ODONTOLOGIA      NO      PLANEJAMENTO

DO

SETOR      SAÚDE

Panorama da Assistência Odontológica

no      Brasil

Documento Técnico apre-  
sentado em 26.11.75 na  
Comissão de Saúde da  
Câmara dos Deputados

## A ODONTOLOGIA NO PLANEJAMENTO DO SETOR SAÚDE

### Panorama da assistência odontológica no Brasil

Solon Magalhães Vianna

#### 1. INTRODUÇÃO

A análise isenta e descomprometida do componente odontológico do denominado sistema nacional de saúde, evidencia histórica e crescente insatisfatoriedade.

As características desse componente - respeitadas algumas peculiaridades inerentes a um sub-setor especializado - se confundem com as do todo a que pertence. Qualquer que seja a ótica sob a qual se examine o sub-sistema de atenção odontológica, constata-se que as distorções e deficiências que o caracterizam são, em linhas gerais, as mesmas que comprometem o desempenho do setor saúde brasileiro.

#### 2. CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA ODONTOLÓGICO BRASILEIRO

##### 2.1. Em relação ao nível de saúde

###### a) alta prevalência de doenças orais

Está longe de ser desprezível o elenco de entidades nosológicas que, sem se constituir causa direta de mortalidade apresenta - face sua alta prevalência - considerável

magnitude, seja por interferir no bem estar individual e coletivo, seja por reduzir a capacidade de trabalho da população economicamente ativa.

A maioria das doenças orais, razão da existência da odontologia como profissão organizada, integra essa ampla patologia.

As enfermidades consideradas como principais problemas odontológicos em saúde pública, incluem;

- cárie dental;
- periodontopatias;
- deformidades dento-faciais (mãoclusão);
- labio leporino e goela de lobo;
- câncer oral.

Estudo apresentado ao Ministério da Saúde em 1969

(1) indica que aos 6 anos de idade cada criança brasileira apresenta em média 7,5 dentes atacados por cárie dos quais 1,5 pertencem à dentição permanente.

O ataque de cárie crescendo com a idade faz com que aos 7 anos a criança tenha cerca de 3 (2,8) dentes cariados, índice que atinge 10,2 aos 14 anos e 14,9 entre 20 e 30 anos.

Na idade adulta, especialmente após os 35 anos, as doenças periodontais passam a ser a principal causa de perda de dentes. Estima-se que entre os 18 e 50 anos essas enfermi

---

1) BORGES FILHO, Oscar; CHAVES, Mario Magalhães; FREIRE, Paulo da Silva; GUIMARÃES JUNIOR, Paulino; LOURENS, Olen Fernandes e VIEGAS, Alfredo Reis. Atividades de Odontologia. Documento técnico de trabalho elaborado por solicitação do Ministério da Saúde. Abril, 1969, 39 pag., mimeo.

dades atinjam a 65% dos indivíduos. (2)

Respeitadas as diferenças epidemiológicas, a situação não é mais favorável em relação às demais enfermidades orais.

Cerca de 45% das crianças entre 7 a 12 anos apresenta defeitos de oclusão; segundo a mesma fonte, em 10% dos casos as deformidades faciais são incapacitantes. (3)

Se a prevalência de casos de lábio leporino e gólos de lobo é relativamente baixa (1 caso em cada 1000 crianças nascidas vivas, aproximadamente) o tratamento cirúrgico e a reabilitação são de altos custo e complexidade.

O câncer oral, por outro lado, incide com elevado grau de malignidade. Cerca de 10% dos casos de tumores malignos em homens e 2% em mulheres, têm sua ocorrência na boca e em tecidos adjacentes.

b) Elevado percentual de necessidades terapêuticas não satisfeitas.

Pesquisa realizada em 1968 entre crianças de 7 a 12 anos da rede escolar oficial do DF, revelou grandes carências de tratamento. (4)

---

2) Ibid., p.6

3) Ibid., p.9

4) SOUZA, José Maria Pacheco; SILVA, Eunice Pinho de Castro e MATTOS, Osdyr Brasileiro. Prevalência de cárie dentária em Brasília, Brasil. Rev. Saúde Publ., São Paulo, 3 (2): 133 - 140, dez. 1969

Nesse grupo etário apenas 10% dos dentes permanentes atacados por cárie tinham recebido tratamento conservador; 5% da dentição definitiva fora perdida por falta de cuidados adequados em tempo oportuno.

O ataque de cárie e a ausência de prevenção e cuidados conservadores, respondem pela situação desfavorável: 77% dos dentes permanentes afetados necessitavam restaurações, enquanto 6% dependiam de tratamento endodôntico para sua permanência na arcada.

Em decorrência da falta de atenção preventiva e restauradora, as necessidades em prótese total da população brasileira apresentam considerável importância social.

Enquanto aos 35 anos, 1 pessoa em cada 4 necessita dentadura artificial, entre os 60 e 65 anos de idade essa carença ocorre em 3 de cada 4 indivíduos. A demanda de prótese total atendida pode ser estimada para o Brasil como um todo, em torno de 30%. (5).

## 2.2. Em relação à organização da oferta de serviços.

### a) escassa participação governamental

O aumento progressivo da participação do estado na oferta de serviços de saúde em todos os países, independente de regime político ou grau de desenvolvimento econômico, não decorre de decisão política aleatória ou emocional.

O alto custo dos serviços médicos se maximiza na medida em que novas conquistas tecnológicas são incorporadas

---

5) BORGES. FILHO, Oscar et alli. op. cit.

como instrumentos de saúde e bem estar, exigindo não só equipamentos sofisticados de custo elevado, como permanentes dispêndios em pesquisa pura e aplicada.

A pressão social condiciona fortemente a intervenção governamental, sobretudo quando a profissão organizada não responde as exigências da população.

O crescimento das aspirações individuais e coletivas fruto entre outros fatores do "efeito demonstração" dos países industrializados, contribue para que o setor saúde se torne um dos mais atingidos pelo crescimento da demanda a novos serviços cada vez mais especializados; a atenção odontológica, em particular, se inclui entre as aspirações de maiores parcelas da população que passam a almejar atendimentos mais amplos e qualificados.

A atuação do estado no campo da saúde, por outro lado, não só assegura altos níveis técnicos como se constitui em valioso mecanismo de redistribuição da renda.

Enquanto a assistência médica geral no Brasil está sob ampla responsabilidade direta ou indireta do estado, tornando - se conseqüentemente acessível a grandes contingentes populacionais, a atenção odontológica, sob o livre jogo das leis de mercado, contempla apenas aquela parcela da população capaz de custear diretamente os serviços que necessita.

Na verdade, a odontologia é a última das profissões de saúde fundamentalmente liberal.

Em um total de 92 000 empregos de nível profissional disponíveis no setor, apenas 8 019, representando 8,7% são ocupados por dentistas enquanto 71 000 pertencem a

médicos (6). Ressalte - se que dos 100.000 profissionais de saúde quase 50% são médicos e 26% dentistas; os restantes são farmacêuticos, veterinários e enfermeiros (7).

b) pletora institucional

O sistema nacional de saúde está formalmente conceituado como "o complexo de serviços do setor público e do setor privado responsável pelo desenvolvimento de atividades especificamente destinadas a promoção, proteção e recuperação da saúde". (8)

Em um país de regime federativo e de economia de mercado, não surpreende a existência de múltiplos órgãos e entidades federais, estaduais, municipais e privados, nesse setor social.

A organização administrativa da área federal e a complexidade do sistema, condicionam a participação significativa de pelo menos 5 Ministérios: Saúde, Previdência e Assistência Social, Educação e Cultura, Trabalho e Interior.

- 
- 6) CANTIDIO, Walter de Moura; FONSECA, Aluizio de Salles; LIMA, Laurenio Lins; SAYEG, Mario Antonio e TREIGER, Jayme. Bases para o desenvolvimento de um programa de recursos humanos para a saúde no Brasil. Conferência sobre Recursos Humanos y atención médica. 19-22 jan. 1975. Medellin, Colombia
  - 7) COSTA, Osvaldo Lopes; SAYEG, Mario Antonio, CURI, Michel e SANTOS, Roberto. Programa de Recursos Humanos para a Saúde. Instituto Castelo Branco. s.d.
  - 8) BRASIL, Leis Decretos... Lei nº 6 229 de 17 de julho de 1975.

### 2.3. Em relação aos recursos

#### a) carência

O Plano Decenal de Saúde para as Américas inclui entre suas metas para este hemisfério, atingir até 1980 uma relação de 2 dentistas para cada 10.000 habitantes e 1 auxiliar para cada profissional da odontologia. (9)

Com respeito a formação de pessoal auxiliar parece pacífico que a meta não será atingida no Brasil. A posição da odontologia nacional com respeito ao uso de pessoal auxiliar ainda é de perplexidade ou inércia, quando não excessivamente conservadora.

Em referência aos recursos humanos de nível profissional a situação brasileira se apresenta amplamente favorável. Mantido o atual ritmo de formação, as 49 (dados de 1972) escolas de odontologia permitirão que se alcance em 1.980 uma oferta de quase 5 (4,8) dentistas para cada 10.000 habitantes. (10)

O índice já alcançado (2,8/10.000), superior à meta do Plano Decenal, não significa - por si só - mais e melhores serviços a população.

Estima-se que "apenas 5% a 10% da população tenham suas necessidades médico-sanitárias e médico-assistenciais satisfatoriamente atendidas e que cerca de 15% esteja no extre

---

9) ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Plan decenal de Salud para las Americas. Informe final de la III Recursos de Ministros de Salud de las Americas (Santiago, 2-9 octubre 1972) Documento oficial 118, 1973.

10) COSTA, Osvaldo Lopes et alli op cit.



mo oposto, isto é, não tenha possibilidade de auferir qualquer benefício da medicina científica", por motivos geográficos, econômicos ou culturais. (11). O restante (75 a 80%) ainda que sob relativa cobertura médica de instituições previdenciárias e outras, dispõe de escassa proteção odontológica, como se constata quando se examinam dados sobre necessidades de tratamento.

Como é sabido, os serviços oficiais, com raras exceções, dedicam-se quase que exclusivamente ao tratamento radical (extrações) pouco ou nada fazendo para a conservação da dentição natural.

A oferta de serviços dentários essencialmente representada pela clínica privada, está longe de ser acessível à grande maioria da população, sobretudo em decorrência de restrições de ordem econômica. Em uma população economicamente ativa de 34.785.000 pessoas (32% da população brasileira) 40,2% ganham menos de 2 salários mínimos mensais. (12)

#### b) Inadequação

Os recursos utilizados pela odontologia brasileira, tanto os materiais e tecnológicos como os humanos, revelam-se pouco adequados às nossas condições sociais, econômicas e epidemiológicas.

- 
- 11) BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Sub-Secretaria de Estados Especiais. Organização do setor saúde para o desenvolvimento social. Versão, preliminar. janeiro, 1975
  - 12) AYMORÉ, Artur. Concentração, problema da renda no Brasil. 9 de out. 1975. 1º caderno. Jornal do Brasil.

O equipamento e demais materiais dentários, ao apresentarem crescente sofisticação, contribuem menos para o bem estar coletivo do que para onerar custos finais de produção de serviços tornando-os cada vez menos acessíveis.

A tecnologia, oriunda de países industrializados de alto nível de renda, não beneficia aqueles que mais necessitam, mas concentra-se - face seu alto custo - na satisfação de necessidades, por vezes supérfluas, do pequeno contingente capaz de remunerar o seu emprego.

Entretanto é na área de recursos humanos que a inadequação se torna mais aguda.

Bastaria mencionar a notória desproporção entre pessoal universitário e de nível técnico e auxiliar para caracterizar, de pronto, a irracionalidade da composição da equipe de saúde dental.

A escassa consciência preventiva, as aspirações de rápida realização financeira e a tendência à especialização precoce, caracterizam o elitismo e alienação da profissão, na forma como está atualmente estruturada.

Pesquisa realizada pelo Núcleo Integrado de Estudos de Recursos Humanos para a Saúde (NIERHS), revela que apenas 4,2% dos alunos de odontologia pretendem a clínica geral, em que pese o fato de que os problemas odontológicos de maior prevalência possam ser prevenidos ou tratados por profissional geral de formação rápida ou mesmo por pessoal de nível técnico e auxiliar sob supervisão.

Cerca de 95,8% dos estudantes de odontologia - segundo a mesma pesquisa - dividem suas aspirações entre 9 es

pecialidades diferentes. (13)

A precocidade dessas opções fica bastante clara quando se observa que apenas 0,6% dos estudantes tem alguma dúvida quanto a especialização a escolher.

As preferências para saúde pública, patologia oral e radiologia alcançam 0,6% dos estudantes para cada uma dessas áreas, não obstante a desigual importância dessas especialidades diante de nossa realidade.

c) má distribuição

A distribuição dos recursos odontológicos, acompanha, com forte correlação, a distribuição da renda interna.

As regiões nordeste, sudeste e sul, responsáveis respectivamente por 13%, 63% e 18% do PIB contam com 11%, 65% e 18% dos dentistas (14).

- 
- 13) MONTEIRO DE CASTRO, Celia Lucia; CARVALHO, Gilson de Cassia Marques; CASTRO, Ieda Barreiros; NEVES, Maria Aparecida Campos Mamede; SILVA FILHO, Antenor Amancio; SZKLO, Hilda e VAZ, Maria Dulce Cardoso Pires. Aspirações dos alunos do setor saúde quanto ao exercício profissional e a Realização de cursos de pós-graduação. Rev. Ass. Med. Brasil. 12 (3) 93-104; março, 1971.
- 14) BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. op. cit.

Os estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba em conjunto, abrigam 14% dos habitantes do país, produzem apenas 6,1% da renda interna, contando com menos de 6% (5,4%) da mão-de-obra odontológica. (15).

○ A concentração da oferta nos grandes centros se evidencia quando se verifica que as capitais da unidade da federação, contando com 22% da população brasileira, abrigam 46 % dos dentistas.

Os dentistas, como os demais profissionais de saúde, não se localizam obrigatoriamente onde sejam socialmente necessários; na verdade, esta distribuição desigual no território nacional só terá solução na medida em que o processo de desenvolvimento corrigir as disparidades regionais.

4. ○ Em relação ao desempenho

- a) atuação setorial descoordenada, frequentemente superposta quando não conflitante

O sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, composto por multiplicidade de organismos públicos e privados, atua sem obediência a qualquer mecanismo de coordenação na execução de programas paralelos, superpostos e até em franca concorrência.

A inadequação, já comentada, dos recursos humanos deve-se em grande parte à descoordenação entre o aparelho formador e as instituições utilizadoras da mão-de-obra.

---

(15) GENTILE DE MELLO, Carlos. O médico e os programas de saúde. 1º Encontro de Escolas Médicas. São Paulo, 1970.

A criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e a promulgação da Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, representam as medidas políticas mais importantes visando assegurar a coordenação inter-institucional.

A coordenação deve ser entendida como um procedimento em virtude do qual se estabelecem entre diversas entidades autônomas relações que lhes permitem desempenhar suas funções em condições ótimas, tendo em conta os objetivos que compartilham. (16)

Embora as atividades do setor saúde tendam universalmente à integração em uma só entidade, a opção política de mantê-las sob a responsabilidade de dois Ministérios (MS e MPAS) não <sup>deve</sup> constituir fator impediante à ação sinérgica em busca de objetivos comuns.

b) eficácia insatisfatória

As elevadas taxas de prevalência de doenças orais e os reduzidos percentuais de necessidades de tratamento efetivamente atendidos, demonstram que a odontologia se constitui em um dos sub-sistemas menos eficazes do sistema de saúde.

A baixa eficácia resulta não só da utilização ainda pouco expressiva de medidas preventivas de massa, como da falta de serviços dentários para a população não pertencente às camadas de renda mais alta, além da <sup>pequena</sup> produtividade da oferta disponível.

c) baixa eficiência

Não obstante a simplicidade do tratamento recupera

---

(16) OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. Coordinación de los Servicios Médicos. Informe final. In, Conferência Sanitária Panamericana, Washington, 1966. Publ. Cient. 154. 115p.

dor quando efetuado precocemente, a atenção odontológica apresenta custo elevado face às seguintes razões principais:

- I - Uso excessivo de mão-de-obra profissional para tarefas que poderiam ser executadas por pessoal técnico ou auxiliar de custo menor;
- II - Pouca utilização de métodos preventivos visando diminuir o volume de necessidade de tratamento;
- III - Procedimentos gerenciais anacrônicos, tanto nos serviços oficiais como nas organizações particulares e nas micro-empresas representadas pelos consultórios individuais tradicionais;
- IV - Escassa sensibilidade do odontólogo para os aspectos sociais do exercício profissional.
- V - Utilização de equipamento , instrumental e materiais sofisticados de alto custo;

### 3. Considerações Finais

A política de saúde no campo odontológico para ser eficaz deve ser realista, contemplando as seguintes medidas básicas:

a) adoção de métodos preventivos de massa  
Recomendação invariável de especialistas e mesmo da Organização Mundial Saúde, a fluoretação das águas de abastecimento embora prevista na política nacional de saneamento beneficia hoje um número ainda pequeno de comunidades.

Considerada como carência nutricional específica, a falta de flúor na dieta da maioria da população brasileira orientou a decisão do INAN em incluir no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), projeto visando

implementar a fluoretação nas capitais, em comunidade com sistema de água operado pela FSESP e em cidades que no censo de 1970 possuíam mais de 50.000 habitantes.

Essa opção permitirá atingir até 1980 cerca de 130 comunidades com mais de 33 milhões de habitantes (Censode 1970)

- b) aumento da oferta de serviços oficiais sobretudo os dedicados a crianças em idade escolar.

A evidente impossibilidade de oferecer assistência completa a toda a população carente, limita a participação oficial a grupos de maior prioridade onde a ação desenvolvida apresente maior rentabilidade social.

A criança entre 7 e 12 anos aproximadamente, constitui, do ponto de vista odontológico o grupo mais vulnerável, de fácil acesso e onde a prevenção, aliada ao tratamento precoce, produz resultados mais eficientes.

- c) acessibilização de serviços através da odontologia estruturada como profissão liberal

O necessário e desejável aumento da participação do estado na prestação direta de serviços odontológicos, não pressupõe nem compreende a manutenção da profissão odontológica na posição elitista dos dias atuais. Se a questionável intensão

da Odontologia Brasileira for a de preservar-se como a última das profissões liberais de saúde, é imprescindível que passe a satisfazer parcelas mais expressivas da demanda, atualmente ou sob a cobertura, qualitativamente precária, da odontologia empírica ou recebendo apenas cuidados de emergência e tratamento radical dos órgãos governamentais.

- d) racionalização das atividades de odontologia

A racionalização das atividades odontológicas devidamente integradas no sistema nacional de saúde, é indispensável para o melhor aproveitamento dos escassos recursos disponíveis; é essencial evitar a dispersão de esforços e a duplicidade de ações decorrentes de iniciativas não coordenadas.

A legislação vigente ao atribuir ao Ministério da Saúde a coordenação das medidas de alcance coletivo, aumentou a responsabilidade da previdência social como responsável pelo sub-sistema de prestação de serviços de saúde a pessoas. A inegável tradição da previdência no campo da assistência médica hospitalar onde atingiu altos níveis técnicos e de cobertura, deve ser acompanhada de igual experiência na organização de programas odontológicos que requerem conhecimentos específicos, tanto epidemiológicos como gerenciais e de planejamento.

A orientação dos programas de investigação científica no sentido da solução de problemas nacionais de importância social, confere particular importância à pesquisa operacional e de novos modelos de atenção dentária a população, inclusive no que diz respeito a regionalização de serviços.

O aumento da produtividade, essencial para a ampliação da cobertura, depende entre outros fatores, da utilização de equipamento simplificado de baixo custo e fácil manutenção, bem como de materiais dentários mais eficientes.

e) modernização do aparelho formador de recursos humanos

A disponibilidade quantitativamente satisfatória de recursos humanos de nível superior obtida através de um crescimento por vezes tumultuado do número de faculdades, permite e até mesmo exige que se pense, daqui por diante, em termos qualitativos e, conseqüentemente, inovadores.

Sem prejuízo de providências modernizantes no âmbito universitário, seria da maior conveniência condicionar a



criação de novas faculdades à existência de projetos viáveis visando a obtenção de um modelo odontológico mais compatível com a realidade brasileira.

f) ampla utilização de pessoal auxiliar

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 outros profissionais, de modo a fixar para esses elementos a faixa de competência e os padrões de treinamento.

Esses agentes locais de saúde destinados principalmente a áreas sem possibilidades de absorver pessoal de nível superior, constituem a única opção viável para estender ações permanentes de saúde, dentro de um esquema regionalizado de complexidade crescente.

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 vabilizar a extensão de serviços sanitários 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.

Os programas de interiorização de ações sanitárias não podem basear-se nas visitas cíclicas de equipes profissi

onais. 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 e permanente.

Se essa for reconhecida como a única solução viável 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 com a legalização ou o estímulo à prática empírica e ilegal por pessoas despreparadas, opção historicamente ultrapassada.

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 medidas de ordem gerencial - se tornar realmente 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.