

Procedimentos Coletivos de Saúde Bucal: gênese, apogeu e ocaso

Set of Procedures in Oral Health: origin, apogee and decline

Luís Antonio Cherubini Carvalho

Mestre em Odontologia.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: luischerubini@yahoo.com.br

Luiz Felipe Scabar

Mestre em Odontologia. Docente da Universidade Paulista - UNIP.

Doutorando na Faculdade de Saúde Pública da USP.

Endereço: Rua Pensilvânia, 1110, CEP 04564-003, São Paulo SP Brasil.

E-mail: luizfelpescabar@yahoo.com.br

Djalmo Sanzi Souza

Mestre em Saúde Coletiva. Grupo Hospitalar Conceição - Serviço de Saúde Comunitária.

Endereço: Av. Caí n 303/114, CEP 90810-120, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: sdjalmo@ghc.com.br

Paulo Capel Narvai

Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: pcnarvai@usp.br

Resumo

Descreve-se o surgimento e o que significaram para a política nacional de saúde bucal os procedimentos coletivos (PC) de saúde bucal, introduzidos em 1992 e extintos em 2006. Realizou-se pesquisa bibliográfica e análise documental. Criados no governo Collor (1990-1992) como elemento central da sua política de saúde bucal, os PC pretendiam reverter o modelo assistencial cirúrgico-restaurador e extinguir o TC (tratamento completado) como instrumento para remuneração do setor, visando a possibilitar que estados e municípios fossem remunerados por ações preventivas. Durante os anos 1990, os PC ocuparam lugar de destaque nas ações de saúde bucal no SUS, impulsionando, sob apoio financeiro, as ações de promoção e prevenção em centenas de municípios. Mas a sua vinculação com os mecanismos de transferência de recursos, tida inicialmente como um avanço, foi tirando a sua característica de instrumento potente para mudar o modelo de atenção. Não obstante as dificuldades e limitações, sua criação e amplo emprego representaram um esforço para alterar substancialmente o modelo de prática odontológica predominante no setor público, redirecionando-o para ações preventivas e de promoção da saúde, o que se tornou seu principal legado.

Palavras-chave: Saúde bucal; Promoção da saúde; Odontologia preventiva; Política de saúde.

Abstract

In order to analyze the significance to the oral health national policy of the set of procedures in oral health, introduced in 1992 and extinguished in 2006, a bibliographic research and a documental analysis were carried out. Created in Collor's government as the central element of the oral health policy, which intended to reverse the surgical-restorative socialized model and extinguish the so-called 'finished treatment' as an instrument for remuneration in the area, the set of procedures aimed at enabling states and towns to be remunerated for preventive actions. During the 90s the set of procedures occupied an important position among the oral health actions of the 'SUS' (National Health System), thus stimulating, under financial support, promotional and preventive actions at hundreds of towns. However, its connection with the mechanisms of resource transfer, which was initially regarded as a step forward, gradually removed its characteristic of being instrumental in changing the kind of treatment. In spite of difficulties and limitations, its creation and widespread use did represent an effort to substantially modify the model of dentistry practice prevailing in the public health area, redirecting it to health preventive and promotional actions - which became its major legacy.

Keywords: Oral Health; Health Promotion; Preventive Dentistry; Health Policy.

Introdução

No período entre janeiro de 1992 e março de 2006, os serviços públicos odontológicos brasileiros se envolveram com um tipo inusitado de ação: os procedimentos coletivos (PC) criados na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria 184, de 9/10/1991 (Brasil, 1991). O documento, assinado por Ricardo Ackel, então Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (MS), foi publicado no Diário Oficial da União (DOU) no dia seguinte, para produzir efeitos a partir de 1/1/1992.

Os PC foram planejados com a finalidade de substituir os Tratamentos Completados (TC), nos mecanismos de repasse de recursos federais para estados e municípios. Com os PC, os Procedimentos Individuais (PI) passaram, desde então, a substituir os TC nas sucessivas edições de atualização da Tabela SIA-SUS.

Em 9 de janeiro de 1992, o DOU publicou a Ordem de Serviço nº 198, do Controle de Serviços Assistenciais, órgão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), regulamentando “a aplicação dos novos procedimentos constantes da Tabela do SIA-SUS referente aos procedimentos odontológicos” (Brasil, 1992).

Naquele contexto, os PC se destacavam como um dos instrumentos estratégicos para mudar o modelo de atenção em saúde bucal, que desde a 7ª Conferência Nacional de Saúde vinha sendo questionado (Conferência..., 1980). As conclusões da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Conferência..., 1986) representaram um aprofundamento desses questionamentos, que estavam a exigir respostas do Ministério da Saúde.

Os PC foram, de modo geral, bem recebidos, e definidos em três tipos, sendo que, segundo consta dos documentos analisados, “críticas vindas de algumas especialidades odontológicas não foram suficientemente embasadas para alterar a proposta”.

Werneck (1994) assinalou que, com os PC, “introduziu-se o ‘paciente coletivo’ pela primeira vez na história de uma profissão tradicionalmente voltada para o atendimento individual.”

Em 1998, por meio da Portaria 3.925, de 13/11/98, essas três modalidades se fundiram em um tipo único de PC que passou a integrar, com um código específico

e único, as Ações de Atenção Básica da Tabela SIA-SUS, dirigidas a Grupos Específicos da População, como um subgrupo das Ações Básicas em Odontologia (Brasil, 1999).

Mas, a Portaria 95, de 14/2/06, do Ministério da Saúde, extinguiu o PC da Tabela SIA-SUS (Brasil, 2006).

O que teria levado o MS a criar os PC em 1991 e a extingui-los em 2006? O que foram os PC? O que significaram para a política nacional de saúde bucal no período em que estiveram em vigência?

Tendo em vista a escassa literatura científica sobre tema tão relevante, este artigo se ocupa dessas questões, procurando descrever aspectos do contexto do seu surgimento e registrar fatos relacionados com o período em que esteve em vigência na política nacional de saúde bucal. Além disso, são feitas considerações sobre o PC enquanto um indicador de desempenho dos serviços públicos de saúde do SUS e, portanto, como uma ferramenta que se admitiu como útil e válida para o processo de tomada de decisão.

Material e Método

Realizou-se pesquisa bibliográfica e análise documental, abrangendo o período de 1991 a 2006, tendo como foco os PC, de modo a compreender e analisar sua trajetória no sistema de saúde brasileiro. Com esse fim, o PC foi considerado tanto como ação coletiva quanto como indicador de saúde.

Para identificar a bibliografia sobre PC foram feitas buscas, empregando o descritor “procedimentos coletivos”, na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP) e nas bases Higeia, da Faculdade de Saúde Pública da USP, “Acervo ENSP”, e “Teses Fiocruz” da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), e nas bases de dados disponíveis no portal Biblioteca Virtual de Saúde (<http://www.bvs.br>) do Ministério da Saúde.

Ademais, documentos e registros dos arquivos pessoais de dois membros do Grupo de Trabalho criado no âmbito Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) do MS para propor ações que resultariam na criação dos PC, gentilmente cedidos aos autores, foram utilizados para que se pudesse empreender a análise apresentada neste estudo.

Resultados

Houve registros pertinentes a PC apenas nas bases eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO). Foram encontradas, em março de 2007, 10 referências na base Lilacs e 7 na BBO para a busca “Procedimentos coletivos”. Uma tese e uma dissertação foram localizadas na base Higeia, da FSP-USP. Assim, destaque especial teve de ser dado aos documentos legais relacionados ao tema, como um esforço de recuperação de suas características e da forma de sua implementação.

Descrição do PC

A Portaria 184, de 9/10/1991 (Brasil, 1991), criou três tipos de procedimentos coletivos de saúde bucal, definidos e compostos como segue: “a) Procedimentos Coletivos I (PC-I) – Conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados. Componentes: 1) Exame Epidemiológico – Levantamento epidemiológico realizado anualmente com objetivo de medir modificações no quadro epidemiológico das doenças bucais no grupo atendido; 2) Educação em Saúde – Atividades educativas realizadas trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno etc.); 3) Bochechos Fluorados – Realizados semanalmente, com solução de fluoreto de sódio a 0,2%, ao longo do ano (mínimo de 25 aplicações); 4) Higiene Bucal Supervisionada – Compreende evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada com pasta fluoretada, realizadas, no mínimo, a cada três meses, ao longo do ano, fornecendo a cada participante uma escova de dentes e um tubo de pasta fluoretada de 100 ou 90 g a cada três meses. b) Procedimentos Coletivos II (PC-II) – Consiste no conjunto de procedimentos constantes no PC-I acrescidos de: 1) Exame Clínico para Diagnóstico; 2) Terapêutica Intensiva com Flúor. c) Procedimentos Coletivos III (PC-III) – Componentes: Consiste no conjunto de procedimentos constantes nos códigos anteriores (PC-I e PC-II) acrescidos de: 1) Remoção de Cálculo e Polimento Dentário; 2) Escariação e Selamento de Cavidade, com Cimento Provisório; 3) Aplicação de Selantes; 4) Remoção de Raízes Residuais; 5) Aplicação de Cariostático”.

Os PC foram definidos, na Ordem de Serviço nº 198 (Brasil, 1992), como “um conjunto de procedimentos a serem desenvolvidos com todos os participantes de grupos populacionais previamente definidos (crianças de uma creche, alunos de uma pré-escola, clientes matriculados em uma unidade básica de saúde ou outros grupos em determinados espaços sociais e que possam ser acompanhados durante o programa) visando ao controle epidemiológico de todo o grupo, em programa de ciclo anual, realizado exclusivamente pelos serviços públicos através de suas unidades devidamente cadastradas junto ao gestor local do SUS. Os PC poderão ser realizados utilizando os espaços das Unidades Básicas de Saúde, das Creches, das Escolas etc.”.

Quando os PC foram unificados em um único procedimento, a Portaria 3.950, de 25/11/98 (Brasil, 1998), descreveu-os como um “conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, desenvolvidos integralmente em grupos populacionais previamente identificados”, composto por: 1) exame epidemiológico; 2) educação em saúde; 3) bochechos fluorados; 4) higiene bucal supervisionada.

O PC como indicador de desempenho

Desde sua criação, o PC foi amplamente utilizado pelos serviços públicos odontológicos como indicador de desempenho dos serviços públicos odontológicos e, também, como um indicador do modelo de atenção. Como indicador de desempenho, prestava-se à avaliação da produtividade de um determinado profissional ou de uma equipe. Possibilitava, portanto, empreender análises mais gerais do que se fazia, por exemplo, no conjunto de unidades básicas de saúde de um município, indicando onde e quando se realizava esse tipo de procedimento. Prestava-se, em consequência, a caracterizar o modelo de atenção em desenvolvimento quanto à ênfase que se dava às ações coletivas nessa área. Lamentavelmente, porém, não há registro de publicações qualificadas sobre essa utilização do PC como indicador de desempenho.

Em 2002, a Portaria 1.121, de 17/6/2002 (Brasil, 2002), estabeleceu o Pacto da Atenção Básica e, no âmbito da saúde bucal, foram definidos três indicadores que passaram a ser obrigatórios na execução das ações de saúde dos municípios, sendo um desses indicadores a razão entre os PC e a população de 0 a 14 anos de idade.

No Estado de São Paulo, a Secretaria da Saúde publicou, em 9/1/92 (São Paulo, 1992), a Resolução SS-13 assinalando que, embora o MS deixasse de considerar o Tratamento Completado “como forma de remuneração”, o TC deveria “ser registrado, para efeito estatístico, com vistas à avaliação da resolutividade e qualidade do programa de atenção à saúde bucal”.

Alguns anos depois, ainda no Estado de São Paulo, a Secretaria da Saúde publicou, em 16/03/99, a Resolução SS-39 (São Paulo, 1999), por meio da qual reafirmou que os Procedimentos Coletivos (PC) eram estratégicos para a promoção, prevenção e controle das principais doenças bucais. O documento também destacou que a concentração de PC era um dos únicos indicadores de gestão dos municípios pactuados através das programações pactuadas integradas (PPI), com metas de ampliações contínuas, para a população de 0 a 14 anos.

A Norma de Organização da Assistência à Saúde (NOAS 1/2002) reiterou essa prioridade (Brasil, 2002).

A Gênese do PC

No início do governo do presidente Fernando Collor de Mello, o professor Sérgio Carvalho Wayne assumiu a Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, em substituição a Vítor Gomes Pinto.

Como forma de estruturação do trabalho da DNSB, Wayne formou grupos técnicos (GT) de assessoramento. Entre esses GT havia o da temática da “Promoção e Prevenção em Saúde Bucal” e o GT sobre “Organização de Serviços em Saúde Bucal”, composto por Djalmo Sanzi Souza, ex-coordenador de Saúde Bucal da SES/RS; José Paulo G. Toledo, ex-coordenador de Saúde Bucal da SES/SP; e Sylvio Gevaerd, então coordenador de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR.

A proposta inicial do Grupo sobre Organização de Serviços em Saúde Bucal era desenvolver uma política de saúde bucal para o país, estimulando as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a implantá-la. Várias SES ainda eram responsáveis pelas ações de saúde bucal por meio de grandes redes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios, visto que, na época, a municipalização da saúde era ainda incipiente.

Wayne acreditava que o projeto desenvolvido na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob a responsabilidade do professor Ruy Opperman, denomi-

nado de PROESA (Programa Odontológico Escolar de Saúde), em que se definiam grupos prioritários de escolares a partir do risco biológico à cárie dentária, buscando-se reduzir e controlar a doença com o emprego de uma técnica denominada “fluorterapia intensiva”, poderia ser, com ajustes, expandido para todo o País, constituindo-se na principal tecnologia de intervenção individual de um programa nacional.

Em 31 de dezembro de 1990, entrou em vigor a Portaria nº 1.481 (Brasil, 1990) estabelecendo que “enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado exclusivamente o critério populacional, ficando o INAMPS incumbido de implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991, dentro dos recursos financeiros alocados ao seu orçamento para aplicação nos serviços de saúde [...]”.

Cabe assinalar, para melhor compreensão daquele contexto institucional, que o INAMPS ainda se mantinha como órgão estratégico e ocupava papel central na institucionalidade da saúde brasileira de então. Ricardo Akel, que à época acumulava as funções de Secretário Nacional de Assistência à Saúde e de presidente do INAMPS, aprovou a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, por meio da Resolução nº 258, de 7/1/1991 (Brasil, 1991a), fixando uma nova política de financiamento do SUS, que vigoraria a partir de 1991.

Em 7/1/1991, o DOU publicou a Portaria nº 16, do INAMPS (Brasil, 1991b), definindo a Tabela SIA-SUS, onde se fazia menção aos procedimentos odontológicos. Contudo, segundo o documento de discussão interna e, então, de distribuição restrita ao GT sobre “Organização de Serviços em Saúde Bucal”, havia divergências sobre a Tabela SIA-SUS, pois “os constantes questionamentos e observações dirigidos à Divisão Nacional de Saúde Bucal, tanto de dirigentes quanto de outros segmentos da profissão odontológica, levaram a propor alterações constantes neste documento [a Tabela SIA-SUS], especialmente no que se refere aos procedimentos que assegurem a promoção de saúde da população [...]. Houve grande preocupação desta Divisão na compatibilização entre as Diretrizes Gerais elaboradas para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde bucal no SUS e a proposta consubstanciada no presente documento”.

Ainda segundo o GT sobre ‘Organização de Serviços em Saúde Bucal’, “o levantamento epidemiológico em

Saúde Bucal, realizado em 1986 pelo Ministério da Saúde, estimou que aos 12 anos o índice CPOD médio chega a 6,6 dentes afetados e que de cada quatro brasileiros adultos na faixa etária entre 50 e 60 anos, três necessitam de prótese dental total [...]. Esse quadro extrapola a simples assistência odontológica, não eximindo os serviços de encaminharem soluções que contribuam para a sua reversão, visto que supera as esferas de atuação, contribuindo para sua manutenção o modelo da prática odontológica atual, eminentemente curativo, paliativo e mutilador, sem incorporar os últimos avanços científicos”.

Relatou, ainda, o mencionado GT que “contribuem para a baixa resolutividade do setor e a sua reduzida cobertura populacional a embrionária organização do setor em níveis de atenção e em sistemas de referência e contrarreferência, assim como escassez de programas preventivos de amplo alcance social, já que não são remunerados pelo sistema”, sugerindo “para a reversão do atual modelo assistencial cirúrgico-restaurador, a extinção da figura do Tratamento completado (TC)”, que tinha “cunho exclusivamente curativo, sendo utilizado como forma preferencial do financiamento do setor”. O documento prosseguia pedindo “garantias através de remuneração que assegure o desenvolvimento de ações, aos prestadores públicos do SUS, que contemplem atividades de caráter educativo e de proteção específica à saúde bucal, garantindo, entre outras: 1) o acesso da população aos fluoretos através de bochechos, escovação orientada com pasta dental com flúor e o uso de gel ou verniz com flúor, observados os seus requisitos técnicos e sua continuidade; 2) incluir em suas programações o desenvolvimento de atividades de caráter educativo onde se busque a desmonopolização dos conteúdos de prevenção das doenças e promoção da saúde bucal, dando ênfase ao aleitamento materno, desenvolvimento orofacial, dieta e outros cuidados em saúde bucal”.

Propunha que, na produção de ações odontológicas de caráter individual, o atendimento clínico contemplasse “procedimentos de natureza preventiva, educativa e reabilitadora, com um modelo assistencial dentro de uma proposta integral”.

Relatava ainda que, em função do processo de municipalização da saúde, “torna-se necessário garantir os mecanismos essenciais para sua concretização, já que os serviços desenvolvidos pelos municípios

ganham maior significado”. Assim, “o repasse dos recursos financeiros, do nível federal para os estados e municípios, representa uma parcela significativa do financiamento global destinado à saúde pública, o que, por si só, justifica essa proposta que busca assegurar coerência entre a política de saúde bucal preconizada e o financiamento necessário a ela”.

Em síntese, o GT sobre “Organização de Serviços em Saúde Bucal” propôs as seguintes alterações na Tabela SIA-SUS: “1) Extinção da figura do Tratamento Completado (TC) como forma privilegiada de repasse; 2) A inclusão de remuneração dos Procedimentos Coletivos (PC) a serem desenvolvidos pelos serviços públicos; 3) Dar ênfase aos tratamentos endodônticos como estratégia para a conservação de dentes que apresentam um grau de destruição mais extenso, mas que possam ser recuperados com restaurações, e como parte integrante do nível de complexidade secundária, em um sistema de referência e contrarreferência; 4) Incluir a prótese total para o atendimento às necessidades de reabilitação em saúde bucal, em sistema de referência e contrarreferência; 5) A revisão dos valores dos procedimentos radicais/mutiladores (extração de dentes decíduos e permanentes), e a consequente valorização dos procedimentos preventivos/restauradores/reabilitadores”.

PC: início e apogeu

Pretendeu-se que o processo de implantação dos PC se daria com o desenvolvimento de uma fase inicial sendo que “alguns municípios desenvolveriam um trabalho piloto”. Cumprida essa fase, o MS disponibilizaria, através da Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV), técnicos para capacitação de dentistas nos estados e municípios. Todavia, a queda do ministro Alcení Guerra, acusado de realizar compras irregulares, impediu esse trabalho.

Como tal capacitação não ocorreu, o MS publicou a Portaria nº 16, de 8/1/1991 (Brasil, 1991b), e os municípios se apropriaram dos PC utilizando-os conforme suas realidades e necessidades.

Os PC “foram normatizados pelo MS em 1992 e incluídos nos Procedimentos de Atenção Básica (PAB) pela Portaria nº 166, de 31/12/1997, e Portaria nº 18, de 21/1/1999, da Secretaria de Assistência à Saúde” (São Paulo, 2006).

Ao longo dos anos 1990, os PC foram gradativamente se expandindo e ocupando lugar de destaque

nos programas de saúde bucal em todo o país (Lemos, 2002; Barros e Chaves, 2003; Junqueira, 2007). Os estados que mais investiram em PC (mais de 50%), nos anos 1990, foram Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Santa Catarina. O maior percentual médio de cobertura da população alvo no período, em mais de 50%, ocorreu em Mato Grosso do Sul e Santa Catarina (Lemos, 2002).

O ocaso do PC

Conforme referido, em 2006 o MS extinguiu o PC da Tabela SIA-SUS. De acordo com o então Secretário de Atenção à Saúde, José Gomes Temporão, a decisão foi tomada considerando-se o processo de permanente revisão e atualização da Tabela SIA-SUS, a necessidade de aprimorar os mecanismos de controle quanto aos registros referentes à assistência odontológica prestada no âmbito do SUS, a necessidade de aprimorar os indicadores de saúde bucal no Pacto da Atenção Básica, e também a importância das informações da atenção à saúde para o planejamento e acompanhamento das ações em odontologia.

Seus sucedâneos na Tabela SIA-SUS receberam códigos específicos sob as denominações de: a) ação coletiva de escovação dental supervisionada; b) ação coletiva de bochecho fluorado; c) ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; d) atividade coletiva de educação em saúde por profissional de nível superior na comunidade; e) atividade coletiva por profissional de nível médio na comunidade, sendo que as atividades ‘d’ e ‘e’ não são exclusivas para o grupo saúde bucal, na referida Tabela (Brasil, 2006).

Discussão

Inexistente em qualquer outro país, o PC foi concebido com a finalidade de substituir, nos mecanismos de repasse de recursos federais para estados e municípios, os Tratamentos Completados (TC), tidos como anacrônicos e inadequados, pois seriam inerentes ao denominado sistema incremental e, portanto, estimuladores de um tipo de prática odontológica baseada em ações curativo-restauradoras e não em ações preventivas. Contudo, a manutenção do registro dos TC em vários estados, como São Paulo, indica a permanência desse instrumento para a organização e avaliação de serviços odontológicos, em razão de sua consistência e utilidade para a gestão na área.

A criação dos PC produziu efeitos positivos e negativos no desenvolvimento de ações de saúde bucal no SUS. Não obstante essa sua reconhecida importância e seu impacto, é escassa, conforme assinalado, a produção científica sobre o tema e, sobretudo, a que analisa sua efetividade ou influência sobre a ação programática setorial. Esta é, em decorrência, uma importante limitação deste estudo.

Dentre os aspectos positivos, ressalta o impulso, sob apoio financeiro, que as ações de promoção e prevenção em saúde bucal tiveram em centenas de municípios brasileiros. A coincidência com um período de intensificação do processo de municipalização das ações e dos serviços de saúde por certo potencializou esse efeito.

Campos (1999) assinala que “a implantação de ações preventivas e educativas nas escolas é um recurso de grande abrangência [...] constituindo-se, assim, em uma atividade de primordial relevância, principalmente se for levada em consideração a importância da mudança do enfoque preventivo de individualista, profissional e monopolista, para um contexto coletivo, com caráter abrangente, geral e apropriado, respeitando as características sociais, econômicas e culturais das comunidades envolvidas”.

Mas a vinculação dos PC aos mecanismos de transferência de recursos federais para estados e municípios, vista inicialmente como um avanço, foi se revelando uma característica que, contraditoriamente, acabou por contribuir para descaracterizá-los como instrumentos úteis nos esforços para mudar o modelo de atenção em saúde bucal.

Sobre a remuneração de procedimentos coletivos, Pinto apud Lemos (2002), afirma que “... essa maneira de remunerar é uma maneira incorreta e continua sendo errada”. Para Lemos, “o pagamento por ato é compatível com a produção de atividades clínicas, que podem ser identificadas uma a uma, mas não se aplicam a serviços de prevenção e educação onde as medidas são coletivas e produzem resultados também coletivos, devendo ser avaliados nesta base e não em base individual”.

Para Werneck (1994), a introdução dos PC na Tabela SIA-SUS “cria, ainda que pela via dos recursos a serem repassados, a possibilidade de um modelo assistencial com maior ênfase em trabalhos preventivos de maior abrangência e fundamentados em uma base

epidemiológica mais sólida. Seguindo-se a máxima de que, no Brasil, o modelo é definido pela tabela oficial do Sistema Nacional de Saúde, até que esta tabela, de certa forma, pode funcionar como potencializadora de um programa de Saúde Bucal Coletiva. Mas seu maior efeito é o de permitir, aos municípios, que organizem seus programas de Saúde Bucal segundo o que preconizam o PC-I e o PC-II, um razoável aumento de arrecadação mensal. Aumento capaz de, ao médio prazo, possibilitar investimentos em equipamentos, política de RH, instrumental etc. Não raro, esta arrecadação é empregada em outros setores pelos Secretários de Saúde.” O autor cita entrevista que lhe foi concedida por Renato Cesar Ferreira, em 1994, para relatar o exemplo de Belo Horizonte, em 1993, quando a implantação do PC-II no programa de saúde bucal “rendeu aos cofres da Secretaria Municipal de Saúde o correspondente a 30%, em média, da sua arrecadação mensal. Segundo o Sistema de Informação da SMS/PBH, os recursos destinados ao programa de Saúde Bucal não atingem, em nenhum mês, este percentual”.

Com relação aos valores definidos para os PC, Lemos (2002) comenta que “pode-se pensar que exista uma insatisfação generalizada por parte dos administradores locais com relação aos valores recebidos, mas, em contrapartida, uma satisfação por tê-los agora remunerados, o que não acontecia no passado”.

Barros e Chaves (2003) destacam, quanto às limitações do SIA-SUS, que este foi implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, o que pode interferir no registro dos dados, uma vez que quanto maior a produção de serviços, maior o repasse, podendo-se supor que houve sobreregistro de procedimentos nos primeiros anos da série histórica.

Com a edição da Norma Operacional Básica (NOB) em 1996, e o advento do Piso da Atenção Básica (PAB), um valor *per capita* para o custeio das ações e dos serviços da atenção básica foi estabelecido. Admite-se que a criação do PAB contribuiu para conferir maior confiabilidade aos dados, uma vez que o registro da produção ambulatorial passou a não mais interferir no repasse de recursos federais. Com efeito, constata-se que os dados da produção odontológica mais tradicional, como consultas, exodontias e restaurações, apresentam um padrão característico, de relativa constância ao longo do tempo, o que não ocorre com os procedimentos coletivos.

Um aspecto a considerar, nesse sentido, como um problema para a consolidação dos PC como ação estratégica nos programas de saúde bucal, é o fato de não serem, propriamente, “um” procedimento, mas um conjunto de ações, agrupadas sob uma única denominação. A rigor, não eram nem “um”, nem “procedimento”, uma vez que certas ações coletivas não podem ser consideradas propriamente “procedimento”, tal como o termo é rotineiramente utilizado em ambulatórios e serviços de saúde. Ao igualar ações diferentes, criavam-se embaraços e dificuldades até mesmo para os registros necessários à mensuração e avaliação do trabalho realizado.

Lemos (2002) pondera que é necessário “repensar as formas de remuneração das ações preventivas de forma que as mesmas beneficiem um maior número de pessoas e realmente alcancem seu objetivo final, que é a melhoria ou manutenção da saúde bucal da população”.

As oscilações nas séries históricas sobre os PC, referidas em alguns estudos, indicam muitos problemas de registro, chegando mesmo a comprometer-lhes a credibilidade. O fato de gestores não conseguirem dispor de dados confiáveis e úteis aos processos avaliativos, parece decorrer de dificuldades que os profissionais de saúde bucal encontram para fazer registros adequados. Como tais dificuldades, recorrentes na literatura e nos debates sobre os PC, não podem ser atribuídas apenas a supostas incompreensões ou dificuldades no preenchimento dos instrumentos de registro de atividades, ou a falhas dos sistemas de informação, parece razoável admitir que na origem dessas dificuldades está o próprio conceito de “procedimentos coletivos”.

Ao analisar o significado da exposição a procedimentos coletivos na infância sobre os níveis de cárie dentária em adolescentes, Junqueira (2007) concluiu que os PC não foram efetivos para impactar a média do CPOD de beneficiados, uma vez que este valor foi estatisticamente igual ao CPOD de não beneficiados. O estudo foi conduzido numa cidade (Embu-SP) onde a água é fluoretada. Para a autora, “neste contexto, os PC não foram suficientes para superar os efeitos produzidos por outros determinantes do processo saúde-doença e causar impacto favorável em geração futura”.

Não obstante dificuldades e limitações, e até mesmo a possibilidade de não serem efetivos em determinados contextos, a criação e o amplo emprego dos PC

no âmbito do SUS, em todo o país, corresponderam a um esforço para alterar substantivamente o modelo de prática odontológica predominante no setor público, redirecionando-o para ações preventivas e de promoção da saúde. Esse é, sem dúvida, o principal aspecto positivo e legado dos PC, cujo impacto e potência para efetivamente alterar o modelo resta como desafio aos pesquisadores, uma vez que, nesta pesquisa, não foram encontradas publicações que se ocuparam desses aspectos do tema.

A extinção formal do PC, com sua exclusão da Tabela SIA-SUS por meio da Portaria 95/06 (Brasil, 2006), tem levado alguns especialistas a negar sua extinção sob o argumento de que o ato administrativo do Ministério da Saúde não teria extinguido o Procedimento Coletivo, mas, simplesmente, produzido uma mudança na denominação dos códigos. Segundo esse ponto de vista, teria havido evolução para uma melhor definição acerca dos PC, evitando-se que quaisquer procedimentos fossem considerados PC.

Sobre essas considerações é pertinente mencionar que o termo “procedimento”, com origem nos afazeres cirúrgicos e em ambientes da clínica (onde corresponde a determinados passos de tarefas, ações e operações), não é apropriado para designar “ações coletivas”. Esse foi um “erro de origem” criticado desde os primeiros momentos em oficinas, reuniões técnicas, encontros e congressos de profissionais de saúde pública, lamentavelmente não documentado oportunamente na literatura científica. O erro consistiu em “deslocar” um termo do contexto da assistência individual para o contexto das ações coletivas de saúde. É possível que isso tenha sido feito com o objetivo de valorizar as ações coletivas (em termos financeiros, tendo em vista as características do financiamento da saúde à época), equiparando-as às ações individuais. As críticas a esse “deslocamento” mencionavam ser um equívoco considerar ações coletivas como meros “procedimentos”, dada sua natureza completamente distinta. Contudo, não obstante essa reconhecida inadequação, a difusão do uso da sigla PC acabou por consolidá-la. Assim, ao extinguir formalmente o PC, a Portaria 95/06 fez mais do que uma simples mudança na denominação dos códigos, passando a denominar de modo adequado cada uma das ações coletivas que, até então, agrupadas sob a sigla PC, criavam dificuldades tanto ao registro quanto à análise de dados do SIA-SUS. Um bloco hete-

rogêneo de ações coletivas, com a Portaria 95/06, foi desdobrado em várias ações específicas, tornando-se possível avaliá-las separadamente, em cada contexto, conforme a necessidade, o que não era possível antes. Cabe reconhecer, contudo, que na maioria das vezes em que se fala em procedimentos coletivos atualmente (começo do século XXI), a expressão é empregada com outro significado: não mais como “um procedimento”, mas como sinônimo plural de ações coletivas, em analogia com o sinônimo plural “procedimentos individuais” para ações assistenciais individuais. Da mesma forma que a expressão “procedimentos individuais” não permite definir a que ações individuais se refere, “procedimentos coletivos”, com esse significado, também não permite definir a que ações coletivas se refere, prestando-se tão somente para uma classificação genérica das respectivas ações. Como recurso comunicativo tal solução é válida. Mas não se presta, por certo, ao registro de dados num sistema de informação de saúde, quando se busca produzir informações mais detalhadas sobre as ações realizadas.

Referências

BARROS, S. G.; CHAVES, S. C. L. A utilização do sistema de informações ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 1, p. 41-51, mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ordem de serviço nº 198. Regulamenta a aplicação dos novos procedimentos constantes da tabela do SIA/SUS referente aos procedimentos odontológicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.481. Dispõe sobre o repasse de recursos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1121. Estabelece pacto da Atenção Básica 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 jun. 2002. p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 184. Estabelece o oferecimento, pelo Sistema Único de Saúde, de conjunto de procedimentos visando a promoção e prevenção em saúde bucal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 out. 1991. p. 22125

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.925. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 nov. 1998. p. 23-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.950. Estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do Sistema. *Diário Oficial da União*, 25 dez 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95. Exclui, da tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, o procedimento de código 03.011.01-1- Procedimentos Coletivos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 fev. 2006. p. 37-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS nº 16. Definição da Tabela SIA-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 jan. 1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 10 jan. 1991a.

CAMPOS, J. Procedimentos coletivos de promoção de saúde bucal - PC-I nas escolas de ensino fundamental da rede pública do Distrito Federal - 1997. *Ação Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 2, p.47-51, abr./jun. 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília, DF. *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 1986, Brasília, DF. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde-UnB; 1986.

JUNQUEIRA, S. R. *Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescente de Embu, SP, 2005*. 2007. 157p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007.

LEMOS, A. M. F. *Investimentos e cobertura em procedimentos coletivos em odontologia realizados no Brasil pelo Governo Federal na população de 5 a 14 anos na década de 90*. 2002. 141p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-13. Trata dos Procedimentos Coletivos da área de Odontologia nos serviços de saúde integrantes do SUS/SP. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 16 jan. 1992.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-39. Dispõe sobre as rotinas visando o acompanhamento dos Procedimentos Coletivos das Ações Básicas em Odontologia, nos serviços de saúde integrantes do SUS/SP. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 17 mar. 1999. p. 37.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Diretrizes para atenção em Saúde Bucal, fevereiro de 2006*. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0007/Diretrizes_Saude_Bucal_2006.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2007.

WERNECK, M. A. F. *A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança* [1994]. 84 p. Tese (Doutorado em Odontologia Social). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 1994.

Recebido em: 31/08/2008

Reapresentado em: 02/01/2009

Aprovado em: 30/01/2009