

Vieira, Vladen; Reis de Andrade, Flávia; Junqueira de Castro, Cláudio Gastão; Bighetti,  
Tania Izabel; Capel Narvai, Paulo

Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um  
município do interior do estado de São Paulo, Brasil

Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 795-803

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263660013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# **Municipalização de serviços de saúde segundo profissionais de saúde bucal em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil**

**Municipalization of health services according to oral health professionals in an upstate São Paulo municipality in Brazil**

## **Vl aden Vieira**

Mestre em Saúde Pública. Cirurgião-Dentista da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – DRS XIV São João da Boa Vista.  
Endereço: Rua Doutor Teófilo Ribeiro Andrade, 869, CEP 13870-210, São João da Boa Vista, SP, Brasil.  
E-mail: vladen@terra.com.br

## **Flávia Reis de Andrade**

Mestre em Odontologia. Professora Assistente da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB).  
Endereço: Centro Metropolitano, Conjunto A, Lote I, CEP 72220-900, Ceilândia, DF, Brasil.  
E-mail: flaviaandrade@unb.br

## **Cláudio Gastão Junqueira de Castro**

Doutor em Saúde Pública. Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.  
Endereço: Avenida Doutor Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: claudiog@usp.br

## **Tania Izabel Bighetti**

Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO/UFPel).  
Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457, CEP 96090-560, Pelotas, RS, Brasil.  
E-mail: taniabighetti@hotmail.com

## **Paulo Capel Narvai**

Doutor em Saúde Pública. Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.  
Endereço: Avenida Doutor Arnaldo, 715, CEP 01246-904, São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: pcnarvai@usp.br

## **Resumo**

No período de construção institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de descentralização teve na municipalização dos serviços de saúde um dos seus principais vetores estratégicos. Contudo, são raros os estudos que se ocuparam da percepção que os trabalhadores do setor têm sobre esse processo, notadamente na área de saúde bucal. Neste artigo coloca-se em relevo a opinião de profissionais de odontologia do município de Itapira (SP) a respeito da municipalização da saúde e seu significado. Os dados foram obtidos mediante entrevista individual e semiestruturada com um grupo de oito informantes-chave, composto por cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal, com trajetória de atuação no serviço municipal de saúde anterior à criação do SUS. Fez-se análise de discurso empregando-se a técnica do discurso do sujeito coletivo. Constatou-se que, em relação à municipalização, os entrevistados apresentaram dificuldade em conceituá-la e identificaram-na como favorecedora de uma presença mais bem organizada da odontologia no SUS, tais como a proximidade com instâncias gestoras beneficiando, por exemplo, a implantação e acompanhamento de programas e a aquisição de equipamentos e materiais. Além disso, reconheceram que a municipalização: 1) impulsinou a qualificação dos cuidados básicos; 2) possibilitou uma gradativa ampliação da resolutividade dos serviços contribuindo para responder às demandas mais prevalentes; e 3) criou condições favorecedoras da superação da excessiva valorização de procedimentos mutiladores, que caracterizou o setor no período pré-SUS. Conclui-se que os entrevistados

perceberam, na concretude de sua ação cotidiana, o impacto positivo da municipalização na organização do serviço público odontológico.

**Palavras-chave:** Serviços de saúde; Descentralização; Saúde bucal.

## Abstract

During the setting up of the National Health System (SUS), one of the main strategic vectors in the process of decentralization was the municipalization of the health services. However, few studies have addressed the perceptions of this process, particularly in the field of oral health, held by workers in this sector. This article highlights the opinions of dental professionals in the municipality of Itapira (São Paulo) on the significance of the municipalization of health. Data was collected through individual semi-structured interviews with a group of eight key informants, consisting of dentists and dental health assistants already working in the municipal health service before the introduction of SUS. Discourse analysis was undertaken using the collective subject discourse technique. As regards municipalization, it was found that respondents had difficulty conceptualizing it and identified it as favoring a better organized dental service in the SUS, involving such areas as the proximity with management levels which benefit, for example, the implementation and monitoring of programs and the acquisition of equipment and material. In addition, they recognized that municipalization: 1) boosted the qualification of primary care, 2) allowed for a gradual expansion of the resolvability of services and thereby contributed to meeting the more prevalent demands, and 3) created favorable conditions for overcoming the problem of excessive appreciation of mutilating procedures which had characterized the sector in the pre-SUS era. This study concluded that the respondents perceived the positive impact of municipalization in the organization of public dental services in the reality of their daily activity.

**Keywords:** Health Services; Decentralization; Oral Health.

## Introdução

A gênese do Sistema Único de Saúde (SUS) não remete a um momento histórico preciso, sendo marcada por um conjunto de deliberações oriundo de intensas discussões realizadas desde meados dos anos 1970, “quando, ainda em plena ditadura militar, foi articulada a agenda política que o originou” (Escorel e col., 2005, p. 59). As ações de saúde implantadas nessa época caracterizavam-se pela “dominância dos anéis burocráticos previdenciários”, que atuavam em prol da mercantilização crescente da área (Mendes, 1994, p. 36). Naquela conjuntura política, as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) operavam de modo fragmentado, dinâmica que se refletia no setor saúde.

A municipalização da saúde, processo ainda em curso no Brasil, com conflitos e contradições, representa uma conquista e um enorme desafio, constituindo-se, porém, em uma estratégia reconhecida como fundamental para concretizar a descentralização como princípio organizativo do SUS. Consiste na ampliação do poder de operação e decisão em âmbito local, a qual vem acompanhada da incorporação de diversos atores sociais, com distintos interesses, no cenário político (Silva, 2001). Teixeira (1991) destaca a imprecisão, por vezes intencional, no emprego dessa palavra e a diferencia de outras, que de modo habitual e errôneo, são consideradas sinônimas, como delegação e privatização. O marco remoto mais visível do início dos debates oficiais em torno da municipalização deu-se em dezembro de 1963, durante a realização da 3<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde. As linhas que compõem seu relatório final expressam uma nítida preocupação de “cunho municipalista e descentralizante” (Escorel e Bloch, 2005, p. 92).

No início dos anos 1980, a crise da política assistencial em vigor culminou na formulação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, conhecido como Plano CONASP, por ter sido proposto no âmbito do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Esse Plano, considerado o embrião das Ações Integradas de Saúde (AIS), reconhecidas posteriormente como elemento essencial no processo de descentralização da saúde, estabeleceu como uma das diretrizes a “integração

das instituições (federais, estaduais e municipais) num sistema regionalizado e hierarquizado, com maior aproveitamento da rede pública de serviços básicos já existentes através de convênios trilaterais” (Muller-Neto, 1991, p. 61). Posteriormente, a Lei Federal 8.080/90 definiria como competência do município “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (Brasil, 1990). Contemporaneamente a municipalização está, portanto, solidamente enraizada em dispositivos políticos e legais.

É consenso que a descentralização é um dos pontos nevrálgicos para a estruturação de um sistema de saúde efetivo, eficiente, equânime e democrático. Para tanto, os municípios possuem funções essenciais em âmbito local. Tal processo de municipalização vem delineando, de forma lenta, mas sólida, um horizonte de transformações também nas práticas de saúde bucal desenvolvidas pelo setor público. Nesse contexto, analisa-se neste artigo a percepção de profissionais de odontologia de Itapira (SP), um município de médio porte demográfico da região Sudeste, a respeito da municipalização dos serviços de saúde e seu significado para as ações de saúde bucal. Pretendeu-se, com isso, obter um registro, pela fala de atores que atuavam profissionalmente no período histórico abordado, do processo de municipalização.

## Material e método

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, em que se utiliza método qualitativo na modalidade estudo de caso, tido como apropriado para investigar um “fenômeno contemporâneo em profundidade” (Yin, 2010, p. 39). O caso sob estudo é o processo de municipalização dos serviços de saúde no município de Itapira, localizado no interior do Estado de São Paulo, a cerca de 170 km da capital. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a cidade apresentava, em 2010, uma população de 68.537 habitantes, com 92,7% de residentes na zona urbana. A fluoreração das águas de abastecimento público foi iniciada em 1976.

Os dados foram coletados em 2006 por intermédio de entrevista individual e semiestruturada com um grupo de oito informantes-chave composto

por seis cirurgiões-dentistas (CD) e dois auxiliares de saúde bucal (ASB) com trajetória de atuação no serviço municipal de saúde anterior à criação do SUS. Para tanto, utilizou-se um roteiro composto por cinco perguntas abertas, a partir do qual se acrescentavam questões em função das respostas, mas sem extrapolar o escopo do assunto. **O registro das entrevistas foi feito por meio de gravação.**

Durante a pesquisa, compunham o quadro funcional do município 26 CD e 14 ASB. A opção pela inclusão dos oito entrevistados deu-se pela constatação de que apenas eles foram admitidos no serviço de saúde de Itapira no período que antecedeu a construção do SUS. Além disso, seguiu-se o pressuposto de que, na abordagem qualitativa, a coleta de dados é concluída quando se alcança a saturação, ou seja, no momento em que as ideias que estão sendo compartilhadas com o(a) pesquisador(a) se tornam repetitivas (Marcus e Liehr, 2001). O agendamento do local, data e horário das entrevistas deu-se conforme preferência dos informantes, que foram contatados pessoalmente. As entrevistas foram realizadas por apenas um investigador, contribuindo para maior uniformidade do comportamento verbal ao longo dos encontros.

Para interpretação do material, empregou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), que busca representar o pensamento de distintos sujeitos de uma coletividade agregando, em discursos-síntese, os conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por esses sujeitos. As diferentes fases do DSC, tal como preconizado por Lefèvre e Lefèvre (2003), foram cumpridas na seguinte sequência: 1) identificação das expressões-chave, que são trechos dos depoimentos que revelam a essência do conteúdo discursivo; 2) formação de conjuntos semanticamente equivalentes de expressões-chave, sintetizando-os com uma ideia central; e 3) elaboração dos discursos do sujeito coletivo.

A pesquisa que deu origem a este artigo atendeu aos critérios estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo o projeto sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) (Processo nº 1.411/05). Todos os entrevistados foram informados dos objetivos do estudo e convidados, após leitura e

concordância, a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os autores não identificaram conflito de interesses.

## Resultados e discussão

Os entrevistados tinham médias de idade e de atuação no serviço público odontológico de 46,3 e 21,5 anos, respectivamente, sendo que um quarto era do sexo feminino.

Em Itapira, o processo de municipalização da saúde teve início no final dos anos 1980 e início dos 1990, com a implantação do Escritório Regional de Saúde - 28 de Mogi Mirim (ERSA). Tratava-se de um órgão estadual com funções de assessoria técnica aos municípios e que, no caso, abrangia sete localidades (Itapira, Mogi Guaçu, Mogi Mirim, Santo Antônio de Posse, Jaguariúna, Pedreira e Artur Nogueira).

Na época, um Centro Odontológico (legado do Departamento de Assistência ao Escolar - DAE, órgão da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, criado em 1976) e três unidades de saúde do município, que contavam com CD e ASB, compunham a rede municipal de prestação de serviços odontológicos. Seguindo a técnica de programação do sistema incremental, a atenção em saúde bucal destinava-se, usualmente, à população em idade escolar, considerada epidemiologicamente mais vulnerável. Segundo Pinto (1992, p. 43, grifo do autor), tal modelo de prática odontológica caracterizava-se, em síntese, pela execução de “uma ação horizontal por meio de um *programa preventivo*, o qual [controlava] a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um *programa curativo*, solucionando os problemas prevalentes”.

*O serviço odontológico de Itapira, na década de 1980, só atendia escolares de 6 a 12 anos. A partir do final dos anos 80, com a criação do CAOE (Centro de Atendimento Odontológico do Escolar), foi dada maior ênfase às ações de prevenção, porque a intenção era que os escolares passassem a dar um maior valor à higiene bucal. Dessa forma, o serviço já traçava, nessa época, as diretrizes para que se implantassem ações educativas em saúde bucal. No entanto, enfatizava-se muito a prevenção (autocuidado), com uma atuação de cunho individual e, não, coletivo. Posteriormente começou-se a desenvolver*

*ações para enfrentar problemas de saúde bucal na dimensão coletiva, tais como bochechos fluorados e escovação supervisionada.*

Propunha-se, então, a completa eliminação de necessidades de tratamento (fase curativa), com ingresso paralelo do grupo em uma fase preventiva. Após eliminação das necessidades acumuladas, cada estudante recebia, periodicamente, tratamentos de manutenção. Identificava-se, portanto, “um Grupo Inicial - G. I. - do qual [participavam] crianças que [recebiam] atendimento pela primeira vez [...], e um Grupo de Manutenção - G. M. - que [reunia] pacientes já anteriormente tratados” (Pinto, 1992, p. 44, grifo do autor). Desse modo, procurava-se integrar a terapia curativa à manutenção preventiva.

*Preconizava-se que as crianças retornassem muitas vezes ao posto. Atualmente, o retorno é em média uma ou duas vezes ao ano.*

Conforme mencionado, priorizava-se a prática profissional direcionada ao grupo de escolares, em virtude de sua concentração no local de ensino, bem como pela vulnerabilidade epidemiológica que corresponde à faixa etária (Pinto, 1992). Em princípio, todos os estudantes de 6 a 14 anos de idade matriculados nas escolas públicas pertencentes à área de abrangência do programa, deveriam ser contemplados. Entretanto, não raro, em função do desequilíbrio entre o volume restrito de recursos e a população-alvo, reduzia-se o atendimento à faixa de 7 a 12 anos. Cabe reiterar que a concepção, “historicamente consolidada, da escola como espaço social para o desenvolvimento de ações educativas e preventivas em saúde bucal” (Mialhe e Silva, 2011, p. 1557), ainda presente no imaginário de vários CD e de alguns atores políticos, representa, na essência, o eco de iniciativas desenvolvidas nesse período.

*A gente fazia muita higiene bucal nas escolas, sendo que se trabalhava um período no posto e outro na escovação. Quando a criança faltava na escola, fazia a atividade na cadeira odontológica.*

*No início, o dentista falava sobre prevenção com os alunos e realizava, também, reuniões nas escolas direcionadas aos pais dos alunos, no período noturno. Depois começou a ficar mais difícil essa parte, a gente ia à escola, mas as professoras não colaboravam. Após a municipalização, achei que*

*melhorou bastante, pelo menos nas escolas municipais, uma vez que nas escolas do Estado, até hoje, temos dificuldade para entrar. A atividade de prevenção era com palestras e doação de escovas, tanto para as crianças quanto para os pais.*

Os programas de prevenção e de educação eram tidos como componentes indissociáveis do sistema incremental. Emergia, assim, uma perspectiva de reverter o caráter eminentemente curativo da assistência odontológica. Não obstante, os DSC evidenciam o predomínio de estratégias pautadas no discurso positivista de alteração do comportamento individual por meio de “orientações e informações transmitidas” pelo profissional (Mialhe e Silva, 2011, p. 1558). Entendia-se, portanto, educação em saúde como ensino de técnicas de higiene bucal. Apesar de, naquele período histórico, ter ocorrido um acúmulo de saberes a respeito da influência da dieta na etiologia da cárie dentária, o principal problema de saúde bucal, verifica-se que:

*O enfoque era muito mais na escovação, no uso do fio dental (autocuidado), na profilaxia profissional e muito pouco voltado para a orientação sobre dieta, como a importância de se ter cautela no consumo de alimentos cariogênicos, como forma de complementar essa parte preventiva. Enfim, não havia orientações ou diretrizes das chefias para abordar esse assunto. Alguns colegas trabalhavam prevenção nas escolas, mas é desconhecido o enfoque dado para dieta nessa atividade.*

Pinto (1992, p. 58) ressalta que, após anos de implementação, alguns dos sistemas incrementais não promoveram melhoria nas condições de saúde bucal da população-alvo. Nas palavras do referido autor, “na maioria dos casos a razão do insucesso situou-se na não adoção de meios preventivos e educativos eficazes e contínuos, um erro fatal para qualquer modelo de atenção odontológica”. Decorre, daí, a opção por um tratamento essencialmente mutilador e com baixa resolutividade, resumindo a assistência odontológica à exodontia.

*No começo, no período de 1985 a 1990, se faziam muitas extrações de dentes permanentes em crianças de 6 a 12 anos, sendo que não tinha alternativa, ou curava (restaurava) o dente permanente ou extraía. Para dente de leite, para não ter gasto, usava*

*mais o IRM [Material Restaurador Intermediário] e não amálgama. Hoje tem o CEO [Centro de Especialidades Odontológicas] que trata canal em crianças e adultos, então fica mais raro ainda extraír um dente permanente de uma criança.*

A ênfase no indivíduo com ações destinadas a apenas um segmento populacional específico, tal como assinalado nos DSC, não permitiu que esse sistema de atendimento se constituísse em fator de inclusão importante. Além disso, a maioria dos programas que o adotaram reduziu a fase preventiva ao processo de “fluoretação das águas de abastecimento público ou [a] sessões semanais de bochechos com soluções fluoretadas, incorrendo no equívoco de absolutizar um único método preventivo [...]” (Narvai, 1994, p. 95). No entanto, ainda que tenha sido objeto de crítica, o sistema incremental deve ter seu valor reconhecido, como uma forma de pensar e executar ações odontológicas em seu tempo histórico, constituindo-se em importante esforço para empregar técnicas de programação em saúde no âmbito da odontologia pública.

A descentralização da política de saúde, princípio incorporado na Constituição de 1988, sela a responsabilidade do poder local na efetivação da democracia e do SUS. A municipalização, também denominada *descentralização territorial* ou *descentralização político-administrativa*, corresponde à transferência de um poder centralizado para níveis mais periféricos (Silva, 2001). É, portanto, considerada um fator indispensável para o êxito da descentralização. Em geral, os entrevistados apresentaram dificuldade em conceituar municipalização, o que reflete, entre outros aspectos, a pouca importância atribuída à educação continuada dos trabalhadores da saúde em relação a aspectos da organização e operacionalização do SUS. No entanto, como será discutido a seguir, identificaram-na como favorecedora de uma presença mais bem organizada da odontologia no SUS.

Verifica-se, com os DSC, que o deslocamento de poder proporcionado pela municipalização impactou positivamente no modelo assistencial e contribuiu para a ampliação do atendimento aos direitos em saúde. Os entrevistados destacaram melhorias no acesso aos serviços de saúde, bem como na organização e oferecimento de cursos de forma-

ção, atualização e profissionalização. Igualmente refletindo a respeito dos avanços decorrentes da municipalização, Ferreira e Mishima (2004) também reconheceram como aspecto positivo o aumento na acessibilidade, a qual, segundo essas autoras, possui duas dimensões que não podem ser analisadas de modo dissociado: a expansão do acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência ofertada à população.

*Ocorreu uma evolução em nosso serviço depois que foi municipalizado, incluindo um maior empenho da coordenação em promover capacitação. As crianças em idade escolar passaram a ter um atendimento mais completo, fazendo a prevenção com escovação, fio dental, noções básicas de higiene e, na ocasião, passou-se a fazer a restauração de dentes permanentes e dentes decíduos, limpeza de cárie e curativo. Desse modo, houve uma melhora muito grande na condição dos dentes dos jovens e das crianças de um modo geral.*

Em 1985 teve uma melhora muito grande, o serviço em si foi mudando, foi modernizando, o leque se abriu, não só para a faixa etária de 6 a 12 anos. Hoje se faz tratamento de criança desde parquinho até adulto. Além disso, de forma geral, o povo tem mais facilidade de acesso a esses tratamentos que estão espalhados em diversos postos, sem falar na velocidade do tratamento, ou seja, se atende mais pessoas com qualidade. Enfim, é lógico que melhorou em todos os aspectos.

Os profissionais ressaltaram, principalmente, a qualificação dos cuidados básicos. Assistiu-se a um gradativo aumento do potencial de resolutividade da prática diária dos serviços de saúde bucal, marcada por um reconhecido reducionismo biologicista, incapaz de responder adequadamente às demandas mais prevalentes, e uma excessiva valorização de procedimentos mutiladores. Ademais, observa-se nos DSC que a ampliação da autonomia de gestão acompanhou uma alteração do perfil de recursos humanos, bem como melhorou a capacidade de produzir respostas mais imediatas em relação à manutenção ou à aquisição de insumos e equipamentos, superando dificuldades frequentes que inviabilizavam procedimentos elementares da assistência odontológica.

*Quando quebrava equipamento no período em que o Estado tomava conta dessa área, era uma burocracia para conseguir uma verba, para mandar consertar, chamar um técnico para avaliar o estado do equipamento. As condições não eram boas. Quando entrei no serviço, a auxiliar não usava luva nem máscara, pois se destinavam apenas ao dentista. Usava-se o mesmo sugador várias vezes, a gente colocava de molho no [glutaraldeído] depois lavava no dia seguinte e usava. Também não tinha refletor, a esterilização era feita em água em ebólition e não tinha caneta de baixa rotação. Só que depois começou a entrar gente nova, começou a reclamação e tudo isso foi mudando.*

*No início os materiais vinham de São Paulo, o que não nos permitia escolher nem dar opinião, ou seja, eles vinham e tinham que ser usados. Quanto aos equipamentos, se quebrava alguma coisa, levava muito tempo até consertar. Com a municipalização, os equipamentos melhoraram e há uma certa flexibilidade em discutir o material que está sendo usado, pois a compra será feita pelo município. Assim, não precisa ficar esperando chegar de outro local. Por exemplo, a gente não tinha como fazer uma cirurgia. Às vezes queria resolver um problema, mas tinha limitações porque não havia material. Hoje ainda temos um pouco de dificuldade quanto ao fornecimento de material de consumo. Em síntese, quando o Estado administrava a parte odontológica, tinha mais dificuldade na manutenção do material de consumo.*

As melhorias citadas pelos entrevistados refletem os avanços obtidos ao longo do percurso histórico da municipalização da saúde no Brasil, particularmente nos anos 1990, com a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB). Na esteira de toda a movimentação encetada pela queda do governo Collor, em 1992, assistiu-se no âmbito ministerial a um gradativo fortalecimento das discussões em torno de uma proposta de cunho descentralizante (Silva, 2001). O desdobramento imediato desse processo foi a publicação, em maio de 1993, da NOB-SUS 01/93, que estabeleceu “normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde” (Brasil, 1993). A NOB-SUS 01/96, de novembro de 1996, ampliou a municipalização e elencou as responsabilidades da

gestão municipal como, por exemplo, o acompanhamento e controle dos serviços de atenção básica.

A respeito dos DSC, vale mencionar, ainda, que a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) preconiza um modelo de atenção integral à saúde e reconhece que, para alcançá-lo, é necessário assegurar condições adequadas de trabalho, que inclui o “desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos [...]” (Brasil, 2004, p. 7).

*Hoje em dia o município já prevê que vai ter que comprar, que vai ter que ter esse material para ser usado, então há uma melhoria. Ainda falta alguma coisa, quem trabalha sabe, algumas deficiências ainda existem, mas de um modo geral melhorou bastante porque não se fazia restaurações em dentes decíduos com material bom, só usava IRM [Material Restaurador Intermediário], o famoso IRM, hoje em dia nós usamos amálgama, ionômero e resina foto. Então, consequentemente o seu trabalho fica melhor. Antes quando o material não era satisfatório, e várias vezes não foi, houve reclamação, gente trabalhava com equipamento mais velho, mais antigo, em 1982 [...] o equipamento era péssimo. Agora não tá faltando as coisas. Começou a ter luvas para a auxiliar. A gente teve um avanço, tanto em termos de materiais como em termos de equipamento e gradualmente foram comprados mais consultórios, os postos passaram a receber equipamento melhor e em 2006 foi implantado o CEO e veio só culminar, trazer melhor equipamento para pôr no serviço.*

Os CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) são unidades de referência para as equipes de saúde bucal que ofertam, “de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica” (Brasil, 2004, p.15). Após a implantação da PNSB, ocorreram mudanças vertiginosas no que se refere à ampliação da oferta de serviços de atenção secundária em saúde bucal – até então circunscrita e localizada (Pucca-Junior e col., 2010).

Na concepção dos entrevistados, a proximidade com as instâncias gestoras catalisou a implantação e o acompanhamento de programas, bem como

contribuiu para a otimização do uso dos recursos públicos. Houve, então, um aperfeiçoamento das ações de controle pelo gestor, promovendo melhor regulação na execução dos serviços. Além disso, o uso da epidemiologia e das informações referentes ao território como subsídio ao planejamento foi identificado como recurso importante no atendimento às necessidades de saúde da população. Técnicas de programação em saúde mais participativas tornaram possível dar concretude a ações de promoção e prevenção, favorecendo a superação da excessiva valorização de procedimentos mutiladores, que caracterizou o setor no período pré-SUS, conforme atestam pesquisas epidemiológicas de saúde bucal (Roncalli, 2011).

*Quando foi municipalizado o serviço de saúde parece que, parece não, tenho certeza, que a parte odontológica cresceu em relação à parte médica. Traçamos as diretrizes e vamos ao local em que o índice de cárie é alto [...], o que nos permite atuar de acordo com a necessidade da população. O próprio gestor está mais próximo do problema, o que proporciona, inclusive, a melhor aplicação do dinheiro.*

As responsabilidades advindas da municipalização da saúde não são exclusividade dos governantes municipais, mas envolvem outros atores locais, tais como a sociedade organizada. Ambos compõem o chamado *poder local* (Silva, 2001). As modalidades de participação da população nos debates referentes às políticas públicas de saúde regulamentaram-se mediante a Lei Federal 8.142/90, a qual prevê, entre outros aspectos, a atuação de Conselhos de Saúde com funções deliberativas, fiscais e consultivas nas três esferas de governo e a realização, periódica, de conferências de saúde em nível nacional, estadual e municipal. O deslocamento dos eixos de poder resultante do processo de municipalização propiciou a incorporação de “novos sujeitos sociais”, bem como maior capacidade de interferência dos atores locais no encaminhamento das políticas de saúde, uma vez que se ampliaram os “canais institucionais de participação” (Silva, 2001, p. 52). Contudo, as possibilidades de controle público das políticas de saúde bucal, proporcionadas pelos conselhos e conferências, dentre outros mecanismos, informalmente denominados de “controle social”, não foram mencionadas pelos entrevistados.

## Considerações finais

A análise da percepção dos entrevistados indica que em seu entender a municipalização: 1) impulsionou a qualificação dos cuidados básicos; 2) possibilitou uma gradativa ampliação da resolutividade dos serviços contribuindo para responder às demandas mais prevalentes; e 3) criou condições favorecedoras da superação da excessiva valorização de procedimentos mutiladores, que caracterizou o setor no período pré-SUS. Conclui-se que os entrevistados perceberam, na concretude de sua ação cotidiana, o impacto positivo da municipalização na organização do serviço e no modo de produção do cuidado odontológico, ampliando a efetividade e a eficiência do sistema público de saúde.

## Referências

- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 maio 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília, DF, 2004.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.
- SCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.

- FERREIRA, J. M.; MISHIMA, S. M. O processo de municipalização da saúde sob o olhar do ser humano-trabalhador de enfermagem da rede básica de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 212-220, 2004.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo*: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos. Caxias do Sul: Educs, 2003.
- MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem*: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 122-139.
- MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. p. 19-91.
- MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1555-1561, 2011. Suplemento 1.
- MULLER-NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 31, p. 54-66, mar. 1991.
- NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PINTO, V. G. *Saúde bucal*: odontologia social e preventiva. São Paulo: Editora Santos, 1992.
- PUCCA-JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 24, p. 26-32, 2010. Supplement 1.
- RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 4-5, 2011.
- SILVA, F. S. *Municipalização da saúde e poder local*: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.
- TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 33, p. 27-32, dez. 1991.
- YIN, R. K. *Estudo de caso*: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Recebido em: 26/03/2012  
 Reapresentado em: 13/11/2012  
 Aprovado em: 11/04/2013