

FERNANDO CESAR BERNARDES

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE: Análise da evolução do Programa para a saúde bucal do idoso em Itabirito e Nova Lima.

Pedro Leopoldo
Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo
2011

FERNANDO CESAR BERNARDES

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE: Análise da evolução do Programa para a saúde bucal do idoso em Itabirito e Nova Lima.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração das Faculdades Pedro Leopoldo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão da Inovação e
Competitividade

Linha de pesquisa: Competitividade e
Marketing

Orientador: Prof. Dr. Luis Aureliano Gama
de Andrade

Co-Orientadora: Prof. Dr^a Maria Celeste
Reis Lobo de Vasconcelos

Pedro Leopoldo
Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo

2011

BERNARDES, Fernando Cesar
PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE: análise de evolução do
2011 Programa para a saúde bucal do idoso em Itabirito e Nova Lima. –
Pedro Leopoldo: FPL, 2011.
101p.

Dissertação: Mestrado Profissional em Administração
Orientador: Luis Aureliano Gama de Andrade

1. Políticas Públicas. 2. Saúde Bucal. 3. Idoso. 4. Gestão da Inovação e
Competitividade

À Camila, prioridade em minha vida.
À Myriam, companheira e colaboradora.

AGRADECIMENTOS

Para não correr o risco da injustiça, agradeço de antemão a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e contribuíram para esta etapa.

Agradeço, particularmente, a algumas pessoas pela contribuição direta na construção deste trabalho:

Um agradecimento especial à minha esposa Myriam pelo incentivo e apoio, por acreditar neste projeto e torná-lo possível.

À minha filha Camila pelo incentivo.

Aos colegas do Mestrado pela convivência, aprendizado e amizade.

À UNIPEL e aos seus funcionários pela presteza.

Aos Professores pela grande contribuição.

À Prefeitura Municipal de Itabirito e Nova Lima, bem como aos Gestores de Saúde Bucal e aos Idosos dos respectivos municípios pela receptividade recebida durante a pesquisa de campo.

Agradeço especialmente ao Professor e Orientador Dr. Luiz Aureliano e à Professora e Co-Orientadora Dr^a Maria Celeste Reis lobo de Vasconcelos, pelas contribuições teóricas, apoio, comprometimento e incentivo, o que possibilitou a conclusão desta Dissertação.

Todo país, cidade ou localidade possui uma riqueza, compete aos seus gestores saber administrar tal riqueza e distribuí-la igualmente entre seus pares. (FCB)

RESUMO

Este presente estudo tem como objetivo analisar e comparar as evoluções ocorridas na Política Pública de Saúde Bucal para os idosos nos municípios de Itabirito e Nova Lima do Estado de Minas Gerais. A pesquisa foi realizada através de um Estudo de Caso; com a finalidade de se obter uma Análise Exploratória, foram coletados dados desde a implantação do Programa Brasil Sorridente pelo governo federal em 2004 até o ano de 2010. O tema idoso foi escolhido a partir da constatação de que a população brasileira está com uma estimativa de vida estipulada em 73,2 anos e o país não está preparado para atender a demanda de saúde desta faixa etária, visto que os idosos são colocados em segundo plano. A pesquisa valeu-se de dados obtidos através de entrevista com os gestores de saúde bucal de Itabirito e Nova Lima e dados primários obtidos através de entrevista com idosos que estavam em tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), bem como idosos atendidos nos postos de saúde onde existem Equipes de Saúde Bucal (ESB). A partir do referencial teórico, onde os gestores são os atores responsáveis pela implementação das Políticas Públicas, os dados secundários disponibilizados pelos mesmos, foram comparados entre os dois municípios, para averiguar se houve ou não evolução de políticas públicas de saúde bucal voltadas para os idosos nos referidos municípios, a partir do Programa Brasil Sorridente. Concluiu-se que a implantação do Programa Brasil Sorridente nos municípios pesquisados até o momento alcançou resultados favoráveis em relação à disponibilização de acesso a toda a população de idosos enquanto política pública; porém averiguou-se que um longo tempo de espera para atendimento e simultaneamente um baixo percentual de idosos que efetivamente procuram atendimento são considerados pontos negativos e necessitam ser melhorados visando a otimização do Programa Brasil Sorridente.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Saúde Bucal, Idoso.

ABSTRACT

This present study aimed to compare the various developments in Public Policy on Oral Health for the elderly in two municipalities: Itabirito and Nova Lima. The survey was conducted through a case study, in order to obtain an exploratory analysis, data were collected since the implementation of Smiling Brazil Program by the federal government in 2004 until the year 2010. The old theme was chosen based on the statement that the Brazilian population is living with an estimate set at 73.2 years and the country is not prepared to meet the demand for health in this age group, whereas the elderly are relegated to the background. The study relied on secondary data obtained through interviews with managers and oral health Itabirito Nova Lima and primary data obtained through interviews with elders who were in treatment at the Center for Dental Specialties (CEO) and elderly patients in clinics where there are oral health teams (ESB). From the theoretical framework, where managers are the actors responsible for implementation of public policies, the secondary data provided by them, were compared between the two cities, to ascertain whether or not the evolution of oral health policies targeting the elderly in those counties from the Smiling Brazil Program. It was concluded that the implantation of the Smiling Brazil Program in the cities surveyed so far achieved favorable results in relation to the provision of access to the entire elderly population as public policy, but it was found that a long waiting time for care and simultaneously a low percentage of elderly who actually seek treatment and are considered negative points need to be improved in order to optimize the Smiling Brazil Program.

Keywords: Public Policys, Oral Health, Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH	BELO HORIZONTE
BM	BANCO MUNDIAL
CAPS	CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÃO
CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
CFO	CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
CNSB	COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
CPOD	DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ESB	EQUIPES DE SAÚDE BUCAL
FMI	FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
IAPÍ	INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
INAMPS	INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INCA	INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPAS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
PM	PREFEITURA MUNICIPAL

PNAD	PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAS DE DOMICÍLIO
PNSB	PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
PNUD	PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO
PPI	PARTICIPAÇÃO DE PROCEDIMENTO INDIVIDUAL
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SABE	SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO
SB	SAÚDE BUCAL
SEBRAE	SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS
SIH	SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SVS	SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Pirâmide etária no município de Nova Lima – Censo 2010	59
- Figura 2 - Pirâmide etária no município de Itabirito – Censo 2010	59
- Figura 3 – População idosa no mundo 1960 - 2020	89
- Figura 4 – Proporção de crianças e idosos na população total- Brasil 1900 a 2020	90

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- Quadro 1 - Características dos Municípios de Itabirito e Nova Lima	53
- Quadro 2 – Relação entre referencial teórico e perguntas do questionário da pesquisa	56
- Quadro 3 – Relação e idosos usuários do serviço odontológico de itabirito e Nova Lima	57
- Quadro 4 – Resolutividade de serviços nas UBS de Itabirito e Nova Lima	64
- Quadro 5 – Resolutividade de Especialidades do CEO de Itabirito e Nova Lima	65
- Quadro 6 – Renda familiar por classe	91
- Quadro 7 – Distribuição por região metropolitana 2009	92
- Tabela 1 – Porcentagem de idosos no Brasil – Censo 1900 a 2010	82
- Tabela 2 – Esperança de vida no Brasil – 1900 a 2010	83
- Tabela 3 – Distribuição relativa e projeções da população por grandes grupos etários – Brasil, 1940 a 2020	84

Lista de Gráficos

- Gráfico 1 – Número de habitantes - Brasil – 1900 a 2010	85
- Gráfico 2 – Porcentagem de idosos na população – Brasil- 1900 a 2010	86
- Gráfico 3 – Número de idosos no Brasil – 1900 a 2010	87
- Gráfico 4 – Esperança de vida no Brasil – 1900 a 2010	88

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	12
2 - REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Conceito de Políticas Públicas	17
2.2 Políticas Públicas no Brasil	21
2.3 Políticas Públicas de Saúde no Brasil	25
2.4 Políticas de Saúde para o Idoso	31
2.5 Saúde Bucal do Idoso	34
2.6 Políticas Públicas de Saúde Bucal no Brasil	40
2.6.1 Política Nacional de Saúde Bucal–Programa Brasil Sorridente	44
2.7 Avaliação de Políticas Públicas	47
3 - METODOLOGIA	52
3.1 Caracterização da Pesquisa	52
3.2 Unidade de Análise e de Observação	52
3.3 Coleta de Dados	54
3.4 Estratégia de Análise de Dados	56
4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
4.1 Análise da percepção dos gestores das prefeituras sobre a saúde bucal, à luz do Brasil Sorridente	58
4.2 Análise da percepção dos usuários do serviço odontológico	62
4.3 Análise das providencias tomadas pelas Prefeituras	62
4.4 Melhorias identificadas, preventivas e curativas	67
5 - CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	76
ANEXOS	82
APÊNDICES	93

1 – INTRODUÇÃO

A esperança de vida da população aumenta a cada ano em consequência do desenvolvimento da ciência, do desenvolvimento de pesquisas para a cura de várias enfermidades e controle de doenças crônicas que vitimavam grande número da população. Este fato vem ocorrendo na maior parte do mundo embora a esperança de vida em algumas regiões do planeta seja ainda baixa, como em rincões de pobreza da África, Ásia e mesmo da América Latina (IBGE, 2009).

No Brasil, a esperança de vida verificada nas últimas décadas passou de 60,0 anos em 1980, para 72,8 anos em 2009. Ocorreu também uma diminuição expressiva das taxas de fecundidade da população (4,35 em 1980 para 1,8 em 2009), ocasionando um envelhecimento da população brasileira, isto é, a faixa etária de idosos (60 anos ou mais) cresceu substancialmente se comparada com outros segmentos etários (IBGE, 2009).

O número de idosos na população brasileira aumentou consideravelmente, assim como o declínio da taxa de fecundidade. No Brasil observou-se uma acentuada queda da fecundidade a partir dos anos 60 e um aumento considerável no processo de envelhecimento da população (UNIDAS, 2006).

No censo brasileiro de 2010, a esperança de vida do brasileiro passou para 73,2 anos, um aumento de 2,8 anos em uma década. Essa situação é mais favorável para as mulheres do que para os homens. Enquanto que, no mesmo período a esperança de vida das mulheres avançou de 73,9 para 77 anos, no caso dos homens de 66,3 para 69,4 anos (IBGE, 2010).

Em 2010 a população de idosos (60 anos ou mais) no Brasil era de cerca de 19 milhões de pessoas e projeções demográficas apontam para uma população de cerca de 30 milhões de idosos em 25 anos. O aumento significativo dessa camada da população traz um desafio para a atenção de saúde a ser dada à esta faixa etária. Com a população mais longeva, os gastos com saúde vêm aumentando anualmente, comprometendo o orçamento de vários países (WHARTON, 2009).

A medida que cresce a esperança de vida, a tendência é aumentar a incapacidade

funcional da população idosa, classificada como a possibilidade, ou não, de uma pessoa conseguir caminhar sozinha por 100 metros. Segundo o levantamento, a maior frequência de incapacidade funcional foi verificada na faixa etária de 75 anos ou mais (27,2%) (IBGE, 2010).

No Brasil até a implantação do Programa Brasil Sorridente, as políticas públicas na área de Saúde Bucal eram quase que exclusivamente voltadas para a primeira infância (0 a 6 anos) e 7 a 12 anos, sendo que esses serviços odontológicos eram executados somente nas Escolas Públicas de Ensino, na grande maioria dos municípios brasileiros. As outras faixas etárias não eram contempladas com políticas públicas voltadas para a saúde bucal, inclusive os idosos (60 anos ou mais) que são o tema de pesquisa desta Dissertação.

Esta dissertação visa analisar as políticas públicas de saúde bucal, voltadas para os idosos, tanto as curativas quanto as preventivas nos municípios de Itabirito e Nova Lima nos últimos cinco anos.

No Brasil, as políticas preventivas de saúde bucal começaram quando da fluoretação da água pelas companhias de abastecimento, ação que foi possível pela regulamentação federal através de lei e não pela iniciativa das empresas. Outro fato relevante foi a fluoretação dos cremes dentais, também regulamentada pelo Ministério da Saúde (CARVALHO *et al*, 2010).

Pesquisas demonstram que com essas políticas preventivas de fluoretação de água e creme dental a incidência de cárie diminuiu drasticamente nas crianças e adolescentes. Em contrapartida, em municípios que não possuem fluoretação de água os índices de cárie continuam bastante altos se comparados com outros (CARVALHO *et al*, 2010).

Com a esperança de vida da população brasileira aumentando, problemas de saúde bucal advindos do envelhecimento do ser humano começarão a aparecer em maior escala. A consequência mais provável é que quanto maior a esperança de vida, maiores serão os custos para tratamento deste segmento. Com políticas preventivas, os custos desses tratamentos certamente serão menos onerosos. Ainda assim, haverá necessidade de políticas destinadas à proteção bucal do segmento de renda mais baixo da população, uma vez que a perda de elementos

dentais é inerente ao envelhecimento do ser humano (MOURA *et al*, 2004; PUCCA JR, 2008)

A partir de 2004, o governo federal lançou o Programa Brasil Sorridente. Trata-se de política que objetiva ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira de renda mais baixa. O governo federal desenvolveu, pela primeira vez, uma política nacional de saúde bucal e não apenas incentivos isolados à saúde bucal (BRASIL, 2004).

A execução do Programa Brasil Sorridente ficou a cargo dos municípios, cabendo ao governo federal o financiamento e o estabelecimento de normas de funcionamento do Programa.

Com base nessas considerações, a pergunta orientadora desta pesquisa é: Quais são as principais melhorias nas ações das políticas públicas de saúde bucal voltadas para os idosos, tanto curativas quanto preventivas nos municípios de Itabirito e Nova Lima, nos últimos cinco anos?

O objetivo principal desta Dissertação é estudar as melhorias ocorridas nas políticas públicas de Saúde Bucal, preventivas e curativas, voltadas para os idosos nos municípios de Itabirito e Nova Lima após o ano de 2004, quando foi lançado o Programa Brasil Sorridente.

Os objetivos secundários são:

1. Identificar, caracterizar e analisar as políticas públicas de saúde bucal voltadas para os idosos nos municípios de Itabirito e Nova Lima, se são curativas e/ou preventivas.
2. Analisar a evolução das políticas públicas de saúde bucal voltadas para os idosos, a partir da percepção dos gestores públicos de Itabirito e Nova Lima; e dos beneficiários quando da implantação destas políticas nos referidos municípios.
3. Identificar os pontos fracos e fortes destas políticas.

Alguns autores chamam a atenção para a importância da qualidade de vida dos

idosos no Brasil (RODRIGUES *et al*, 2004).

Sabe-se que a população idosa, no caso específico a brasileira, é colocada em segundo plano se comparada a outros países (BARRETO,2007).

O Brasil é signatário do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o envelhecimento, onde são reivindicadas melhores condições de vida à população da terceira idade, inclusive na questão da saúde bucal, sendo esta a justificativa para a escolha do tema desta dissertação (BARRETO, 2007).

Além das razões que têm a ver com a relevância prática e social, a justificativa pessoal para a escolha do tema é o fato do pesquisador ser dentista e perceber que os idosos estão tendo uma expectativa de vida maior e conseqüentemente o surgimento de problemas de saúde bucal, que são inerentes ao envelhecimento do indivíduo. A faixa etária onde inserem-se os idosos não possui prioridade nos serviços públicos e por esse fato existe uma escassez de programas de saúde dirigidos aos mesmos. Observa-se um agravamento na saúde bucal dos idosos pelo acúmulo de problemas não solucionados nesta área e também pelo fato de estar havendo um crescimento significativo do número de idosos no Brasil (RODRIGUES *et al*, 2004).

Foram identificados poucos trabalhos na literatura para a avaliação de políticas públicas de saúde bucal dos idosos, sendo esta mais uma razão para a escolha do tema desta Dissertação de Mestrado. A relevância para a investigação de tais políticas é que o idoso, já que esta vivendo mais anos, deveria ter uma condição mais digna quanto à sua saúde bucal. O número de edêntulos (indivíduos com ausência de dentes) totais no Brasil é da ordem de trinta milhões de pessoas e a faixa etária de idosos possui uma expressiva parcela no número de edêntulos. Apesar de ser apenas um dos problemas enfrentados por essa faixa etária, há de ser pensado que ``os dentes são o cartão de visita das pessoas`` (NOVO, 2010)

Políticas públicas de saúde bucal voltadas para o idoso não são adotadas na grande maioria dos municípios brasileiros. Conduas curativas visando uma melhor saúde bucal dos idosos, podem às vezes ser bem maiores que em outras faixas etárias, tendo em vista que várias modalidades de serviços odontológicos devem ser realizadas para se conseguir uma saúde bucal plena e satisfatória

(RODRIGUES *et al*, 2004).

Com a implantação do Programa Brasil Sorridente, programa que engloba diversas ações visando melhorar a condição de saúde bucal dos brasileiros, em 2004 pelo Ministério da Saúde, os gestores da área de saúde deveriam dar ênfase à saúde bucal do idoso, pois nesta política pública está explicitado que o idoso deve ser atendido quanto à sua saúde oral em todos os níveis (BRASIL, 2004).

O Brasil Sorridente é um programa estruturado que além do atendimento básico, a população passa a ter acesso também a tratamentos especializados, como canal, doenças da gengiva, cirurgias odontológicas, câncer bucal em estágio mais avançado e ortodontia. Isso será possível com a construção de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004).

Em termos de política pública foi a primeira vez que o governo brasileiro através do Ministério da saúde desenvolveu uma política específica para a saúde bucal (Programa Brasil Sorridente), objetivando ampliar e garantir a assistência odontológica à população brasileira (BRASIL, 2004).

Sendo um programa relativamente recente, iniciou-se em 2004, o Programa Brasil Sorridente possui poucos trabalhos publicados sobre sua avaliação. Para que sejam conhecidos os impactos das ações do Programa Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) e Coordenação de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica (DAB), elaborou o Projeto SB Brasil (Saúde Bucal) 2010. Este Projeto tem como objetivo principal conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010 e fornecer subsídios para o planejamento e avaliação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (Programa Brasil Sorridente) (BRASIL, 2010).

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

A estruturação deste capítulo consta de sete subtítulos, tendo como objetivo levantar informações a respeito das Políticas Públicas no Brasil e que sustentarão a pesquisa de campo desta Dissertação.

2.1 Conceito de Políticas Públicas

A palavra política pública possui vários significados, podendo ser um projeto, um plano em andamento, os objetivos de um programa ou enfrentamento de problemas sociais (SHARKANSKY, 1974).

O processo político envolve a proposta, a aprovação e a implementação dos programas de governo. Abrange os atores relacionados com a administração pública e outros com participação na política. Estes últimos podem ser funcionários de outros setores do governo, cidadãos comuns, grupos de interesses, partidos políticos e ocasionalmente representantes de governos de outros países, dependendo da relevância do tema. Fazem parte do processo político, idéias, recursos, estímulos e regulamentações, que irão influenciar os comportamentos dos atores participantes de tal política (SHARKANSKY, 1974).

Teixeira (2002) define políticas públicas como sendo diretrizes do poder público; regras e procedimentos entre poder público e a sociedade para que haja uma relação entre ambos e mediações entre os membros da sociedade e o Estado. São ações que na maioria das vezes envolvem recursos provenientes do Estado e são elaboradas ou formuladas em documentos, porém nem sempre há convergência entre o que está explicitado na lei e as ações que são desenvolvidas. Nos resultados de qualquer política pública como também na elaboração e implementação das mesmas está implícito o exercício do poder político com a distribuição e redistribuição do poder, conflitos sociais, benefícios e custos sociais.

Para Cristóvam (2005), políticas públicas são o conjunto de planos e programas de ação do governo, voltadas para melhorias da população de um modo geral, através das quais são traçadas diretrizes e metas que caberá ao Estado executar, principalmente na implementação dos objetivos e direitos fundamentais

respaldados pela Constituição.

Com a industrialização e a mobilização política da classe operária, surgem movimentos tendentes a reduzir a desigualdade social. A história do final do século XIX e princípio do século XX na Europa é povoada de reivindicações feitas pelos operários no intuito de defesa da vida e da saúde no ambiente laboral. À medida que o sistema político reconhece que sintomas, doenças e acidentes eram decorrentes do trabalho exercido pelos operários em seu local de trabalho, surgem políticas públicas de proteção social que preservassem a saúde desses operários no seu convívio de trabalho (MENDES *et al*, 2009).

Frey (2000) analisa os processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas da política que são intitulados, “*policy arena*”. Estes conflitos podem ser, segundo Lowi (1964):

1. Distributivo quando possui baixo grau de conflito dos processos políticos, distribui vantagens e não acarreta custos.
2. Redistributivo quando gera conflito, pois o objetivo é o desvio e o deslocamento consciente de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade.
3. Regulatório quando trabalha com ordens e proibições, decretos e portarias.
4. Constitutivo quando determina as regras do jogo e com isso a estrutura dos processos e conflitos políticos.

Políticas Públicas é a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. As ações que os dirigentes públicos selecionam são aquelas que eles entendem como sendo as demandas ou expectativas da sociedade, podendo estar ou não afinadas com as demandas majoritárias da sociedade (LOPES *et al*, 2008).

Há necessidade que o Estado desenvolva uma série de ações que atuem em áreas como saúde, educação, saneamento básico e meio ambiente. Isto se deve em decorrência da expansão da democracia onde o Estado tem a responsabilidade de promover o bem-estar da sociedade através da implementação de tais políticas

(LOPES *et al*, 2008).

Conceituar políticas públicas é entender o processo de produção por parte do Estado de bens e serviços que geram bem-estar à população de um país, e para que isto ocorra estarão envolvidos nesta tarefa vários campos de saber, compondo uma área interdisciplinar, onde são tomadas decisões negociadas socialmente. Os estados nacionais deveriam ser formuladores de uma série de políticas públicas capazes de produzir bem estar e promover justiça social aos seus cidadãos, é algo historicamente observado a partir do século XX (FERNANDES, 2007).

As Políticas Públicas devem ser a expressão pura e genuína do interesse geral da sociedade, acima de qualquer interesse particular e que por um processo legítimo, seja a demanda social ouvida em instâncias democráticas. Estas políticas devem ser expostas de forma realista pelos órgãos formuladores e para que tenham resultados satisfatórios há a necessidade de um consenso entre os atores sociais a partir de um fluxo de informações coerentes (MARIN FILHO, 2005).

Souza (2006) ressalta que a política pública contou com quatro grandes "pais" fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.

1. Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública), ainda nos anos 30, como forma de conciliar conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos governos e também como forma de estabelecer o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governo.
2. Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional.
3. Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o que não seria necessariamente um fim ou um princípio.
4. Easton (1965) contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o

ambiente. Segundo Easton, políticas públicas recebem *inputs* dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse, que influenciam seus resultados e efeitos.

Política Pública é o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações. É o estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006).

Políticas Públicas se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. Com o surgimento dos movimentos populares no século XIX, advindos dos conflitos que surgiram entre o capital e o trabalho no período da revolução industrial, é a partir desses movimentos reivindicatórios que as raízes das políticas sociais começam a surgir (HÖFLING, 2001).

Farrah (2004) ressalta que em relação às políticas públicas, as pressões dos movimentos se dirigiram a diferentes níveis de governo, tanto na esfera federal, estadual e municipal, dependendo da distribuição de competências da implantação de política pública. Assim, exemplificando, as reivindicações na área de combate à violência contra a mulher se dirigiram prioritariamente aos níveis estaduais e municipais. As questões relativas à saúde, por sua vez, foram dirigidas, em um primeiro momento, ao Governo Federal. Mas a partir do momento que houve uma descentralização, as pressões também sofreram um redirecionamento, deslocando-se parcialmente para a esfera dos governos estaduais e municipais.

Não se pode falar em política pública fora da relação entre estado e sociedade, portanto políticas públicas são ações públicas assumidas pelos governos, instituições públicas estatais com ou sem participação da sociedade que concretizam direitos humanos coletivos ou direitos sociais garantidos em lei. Tudo

o que o Estado faz ou deixa de fazer está compreendido como metas das políticas públicas a serem cumpridas: o investimento, os segmentos beneficiados ou excluídos pelos serviços. Dependendo de como as políticas públicas são elaboradas, elas podem oportunizar a melhoria da qualidade de vida da população redistribuindo renda, ou pode privilegiar setores dominantes da sociedade aumentando ainda mais a concentração da renda e da desigualdade social (ADAMS, 2006).

Segundo Adams (2006), as políticas públicas são sempre um resultado do jogo de forças que se estabelece quando das relações de poder na sociedade. Como ocorrem os mais diversos interesses, os setores organizados da sociedade participam desta disputa, sendo portanto uma disputa que alcança também as esferas dos três poderes (executivo, legislativo e judiciário). São envolvidos os interesses nas áreas de política, economia, educacional e cultural.

2.2 Políticas Públicas no Brasil

Segundo Cruz (2009) desde o Brasil colônia, Portugal estava preocupado apenas em explorar as riquezas aqui existentes e levá-las para a Europa. Como a coroa estava interessada apenas em explorar as riquezas, políticas que pudessem propiciar algum benefício social não foram implementadas. Coube à Igreja Católica o papel de cuidar do social neste período.

Com relação às políticas públicas Zaluar (1997) afirma que, o Brasil é um dos países mais flexíveis e menos excludentes do mundo. Como o Brasil é um país com uma miscigenação étnica e racial, fazendo dele um país multicultural por vocação, apesar das discriminações veladas ocorrerem, é um dos países mais abertos às diversas identidades étnicas existentes no mundo. Pela ótica dos direitos do cidadão, a exclusão como manifestação de injustiça (distributiva) se revela quando as pessoas são sistematicamente excluídas dos serviços, ajudas e garantias oferecidos ou assegurados pelo Estado.

Em países como o Brasil, existe uma necessidade premente de se rever políticas

públicas e que estas sejam compensatórias e de emancipação. No caso específico do Brasil isto é devido à herança de problemas sociais advindos de uma economia de longa duração baseada no trabalho escravo. Quando da abolição da escravidão pela Lei Áurea, o governo brasileiro não elaborou políticas para inserção dessa massa de libertos na nova sociedade e isto pode ser sentido até hoje onde uma massa de negros e mulatos fica à margem da sociedade e tenta inserir-se em uma classe social melhor sem conseguir grandes progressos (VOIGT, 2002).

Segundo Cruz (2009) uma das possíveis explicações para a desigualdade social existente no Brasil seria em decorrência da falta de participação política. A pobreza é gerada quando não há cobrança, junto aos políticos, da transparência da administração pública, porém quando a população brasileira não tinha participação política foi quando houve melhorias nos direitos sociais como na citação de Fernandes (2007).

Entretanto antes de qualquer coisa, a questão da pobreza e da desigualdade no Brasil se mostra como algo gerado por um déficit histórico de cidadania em um país que viveu sob regime escravo por quatro séculos, no qual os direitos civis e políticos existiam apenas no papel. Um bom exemplo são as eleições brasileiras tanto no período do império quanto da república velha – a chamada república dos coronéis. As eleições eram escrutínios caracterizados pela fraude e truculência onde os eleitores eram ameaçados por capangas, ou trocavam seu voto por qualquer utensílio. Evidentemente este comportamento refletia o perfil do atraso na sociedade brasileira (...) entre 1937 a 1945, foram suspensos os direitos políticos. Curiosamente no período da supressão de direitos políticos e civis, foi ao mesmo tempo o momento dos avanços dos direitos sociais". (FERNANDES 2007 p.216-218 *apud* CRUZ).

Segundo Fernandes (2007), quando se trabalha com políticas públicas há de se fazer uma investigação para que se ache uma explicação por quais motivos a população não é atendida de maneira adequada, pois apesar do Brasil possuir uma rede de políticas sociais, ainda prevalece no país uma desigualdade social bem marcante, o que faz com que grande parte da população passe diversas necessidades que poderiam ser atendidas pelo Estado. Como deixa transparecer que às pessoas nada é oferecido, estas ficam com o sentimento de serem tratados como não cidadãos.

Cruz (2009) complementa ressaltando que, quando se pensa na participação do cidadão no micro, através de soluções de pequenos problemas de sua rua, pode-

se reivindicar mudança no macro, pois através de pequenas intervenções é que o cidadão toma consciência da necessidade de sua participação na administração pública, que é o bem do coletivo.

Adams (2006) ressalta que, no governo de Getúlio Vargas as políticas sociais iniciaram quando as políticas públicas começaram a privilegiar setores ligados ao desenvolvimento econômico (via industrialização), enquanto crescia rapidamente o número de marginalizados. Para controlar o descontentamento, a revolta e evitar a convulsão social, o governo inicia então programas de assistência, ou seja, políticas sociais. Desta forma fortaleceu-se a cultura do paternalismo, do assistencialismo e do clientelismo tão arraigada hoje em nossa cultura e prática política (politicagem). De um lado as políticas sociais foram o resultado da capacidade de luta das forças sociais de exigir trabalho, moradia, alimentação, educação, saúde, etc; mas por outro, algumas políticas públicas surgiram apenas para amenizar problemas sociais ao invés de resolvê-los.

No Brasil houve evoluções no tocante a Políticas Públicas após 20 anos da promulgação da Constituição de 1988. Porém a população menos favorecida economicamente ficou em situação menos favorável quando usufrui de algumas ações do governo. O atendimento precário de alguns serviços públicos é, em grande parte, decorrente da administração pública não ter conseguido reunir de maneira eficiente suas políticas públicas (STIGAR, 2008).

Stigar (2008) ressalta que, as políticas públicas atingem algumas camadas da população em situação de pobreza como exemplo, a Bolsa Família. Porém muitas vezes o segmento da população que se encontra em situação de extrema pobreza, os sem-teto como exemplo, acaba sendo assistido por entidades beneficentes ou pela igreja e não por órgãos governamentais na maioria das situações. A falta de divulgação de maneira eficaz por parte dos órgãos sejam federais, estaduais ou municipais, contribui para que alguns grupos sejam contemplados com mais de um projeto e outros não sejam contemplados com nenhum ou contemplados com programas não adequados às suas necessidades.

Stigar (2008) ressalta que, deveria existir uma análise das políticas públicas

elaboradas pelos governos e/ou seus governantes antes da sua implementação, com o intuito de verificar se tais políticas promoveriam ou não uma diminuição da desigualdade e se as camadas da população a serem atendidas são as mais necessitadas.

A economia é resultado não de decisões técnicas e sim de decisões políticas, decisões que promovem desenvolvimento, mas por outro lado promovem desigualdades sociais muito acentuadas. Há necessidade de se formatar políticas públicas a nível federal, estadual e municipal para enfrentamento das desigualdades sociais, e os conselhos municipais podem ser um ótimo instrumento para que essas desigualdades sejam amenizadas (BACELAR, 2006).

A eficiência de uma política pública está relacionada com a relação de esforço para a sua implementação e os resultados que essas políticas possam alcançar. Porém existem técnicas estatísticas para avaliar a eficiência e para tal necessita-se de confiabilidade das informações e dados disponíveis, mas dependendo da política pública a confiabilidade e disponibilidade, variam muito. Nas áreas da saúde e educação existem muitas informações disponíveis e a sua análise fica mais fácil, porém em outras áreas as deficiências de informações são enormes, fazendo com que o pesquisador trabalhe com dados aproximativos e não concretos (ARRETCHE, 2002).

Como a alternância de governos é inerente ao processo democrático, muitas políticas públicas podem tender a outros rumos e não seguirem o que estava determinado no governo anterior (ARRETCHE, 2002).

Schwartzman (2004) ressalta que, a fecundidade da população brasileira foi reduzida não pelo resultado de nenhuma política pública deliberada, mas sim em decorrência de vários fatores como o ingresso das mulheres no mercado de trabalho, o êxodo da população do campo para as cidades, maior acesso à educação, o aumento da informação, maior facilidade e disponibilidade aos meios contraceptivos, bem como a mudança nos valores e na cultura da população. Estimativas prevêm que a população brasileira parará de crescer por volta de 2020 e começará a reduzir, não por políticas públicas de controle de natalidade,

que antigamente eram proclamadas como sendo a solução para resolver os problemas sociais do país.

2.3 Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Na grande maioria dos países capitalistas, o modelo mais comumente usado na área de políticas públicas em saúde é baseado na visão negativa de saúde, onde há uma ligação entre a doença e morte fazendo com que a saúde seja entendida apenas como ausência de doença. A resposta para os problemas de saúde é estruturada à atenção médica e de outros profissionais da área da saúde (dentistas, enfermeiros, etc.), medicamentos, exames, equipamentos, internações e cirurgias (SANTOS *et al*, 2008).

Para determinar qual o modelo assistencial a adotar, o conceito de saúde e doença torna-se de grande importância, pois quanto maior for sua explicação no que diz respeito aos fenômenos que possam interferir no estado de saúde, as alternativas para se chegar a uma solução podem ser melhor elaboradas e formuladas. Existem vários fatores que devem ser analisados quanto ao que se diz ser saúde, já que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é o completo bem-estar físico, psíquico e social; fazendo com que o conceito de saúde se torne complexo e que haja políticas bem elaboradas para que possa haver intervenções interdisciplinares e intersetoriais, visando alcançar condições de vida saudável (SANTOS *et al*, 2008).

Entre 1897 até 1930 os assuntos relacionados com a saúde, como política pública, eram de competência do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, mais especificamente na Diretoria Geral de Saúde Pública. A assistência direcionada à área da saúde até 1930 eram somente ações de saneamento e combate às endemias. Neste mesmo período surge o sanitarismocampanhista que visava dar apoio à economia agrária-exportadora, onde garantia condições de saúde para os trabalhadores lotados na área de produção e exportação. Neste período as campanhas visavam ao combate de endemias que na época assolavam o país que eram a peste, o cólera e a varíola. Aos poucos o Estado vai avançando a sua

intervenção no âmbito da saúde e após a segunda guerra mundial começa a assumir financeiramente o setor de saúde, no que toca à assistência à saúde da população de uma maneira em geral (PAULUS JR; CORDONI JR, 2006).

Em 1923 foi criada a Previdência Social no Brasil com a Lei Elói Chaves, quando foram criadas as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensão) que ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões, porém eram organizadas pelas empresas. Somente tinham direitos aos benefícios aqueles trabalhadores que contribuía com a Previdência, os chamados, “ com carteira assinada ”, baseando-se nos vínculos trabalhistas o modelo inicial da assistência médica não era universal (PAULUS JR; CORDONI JR, 2006).

Com a fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPÍ) originou-se o Instituto Nacional de Previdência Social em 1967, que era um órgão ligado ao Ministério do Trabalho, sendo que neste período houve um aumento significativo da assistência médico-odontológica ofertada pelo Estado. Na década de 1970 os trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos tiveram os seus direitos assegurados no sistema previdenciário, sendo realizados convênios e contratos com médicos, dentistas, hospitais e clínicas particulares no Brasil (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930 o governo passa a dar maior ênfase à assistência médica individual em detrimento das ações de caráter coletivo até então institucionalizadas. Com a criação da lei 6.229 de 17 de julho de 1975, surge no cenário nacional a primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde que foi o Sistema Nacional de Saúde onde competia aos municípios a manutenção dos serviços de saúde em especial os de Pronto Socorro, manter a vigilância epidemiológica, articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais, integrar os serviços municipais no Sistema Nacional de Saúde. Como a maioria das prefeituras gastou seus recursos financeiros com atendimentos especializados, principalmente nos Pronto Socorros, a atenção aos atendimentos primários foi relegada ao segundo plano fazendo com que a municipalização não prosperasse (PAULUS JR; CORDONI JR, 2006).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978 deu-se em decorrência do aumento crescente da área administrativa e financeira da assistência à saúde. No ano de 1974 havia sido implantado o Plano de Pronta Ação pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, onde o atendimento de urgência e emergência fora estendido aos não previdenciários (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde realizada em 1986 na cidade de Ottawa no Canadá, na qual o Brasil participou, foi aprovada a Carta de Intenções de Ottawa, onde foi definido que promoção de saúde é fator fundamental para melhoria de vida da população em geral, defendendo a intervenção da comunidade nesse processo onde o setor de saúde não é o único responsável pela promoção de saúde, mas a responsabilidade de todos, visando o bem-estar da comunidade. Foram estabelecidos alguns critérios considerados importantes para que as estratégias de saúde sejam alcançadas:

A solidez dos pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A defesa de causa: a necessidade de a saúde ser reconhecida, por todos os setores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida.

A capacitação, através da garantia de oportunidades e recursos igualitários para todas as pessoas no intuito de realizar completamente seu potencial de saúde, através de ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, e a liberdade para a escolha de uma vida mais sadia. (OPAS, 1986).

Posteriormente esses conceitos foram mais elaborados em Conferências que vieram a seguir, Declaração de Adelaide (Austrália – 1988), Declaração de Sundsvall (Suécia - 1991) e Declaração de Santafé de Bogotá (Colômbia – 1992), (SANTOS *et al*, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde a sua implantação em 1988, apresenta como meta possibilitar o acesso universal tanto a cuidados básicos de saúde quanto os de ponta; devido à dificuldade de recursos financeiros, materiais e à disparidade entre cargos e salários entre outras, apresenta muitas dificuldades

para implantação de maneira plena as suas diretrizes. Apesar de todas essas adversidades, avanços foram conseguidos nestes anos. Para que a formulação do SUS fosse alcançada teve de haver uma grande participação social, mobilizando movimentos sociais (usuários, prestadores de serviço e os próprios servidores) que culminaram com a realização das Conferências Nacionais de Saúde (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Na promulgação da Constituição Federal de 1988 quando foi criado o SUS, definiu - se que as suas ações seriam de promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde. Ficou expressa a intenção de deslocar o poder do centro para reforçar a autonomia municipal e a participação da comunidade; com isso o município tem a função específica de prestar serviços de atendimento de saúde junto aos indivíduos da comunidade e ficando a cargo dos Estados e União a promoção de cooperação técnica e financeira. A regulamentação do SUS ocorreu somente em 1990, (Leis nº 8.080 e 8.142) sofrendo vários vetos presidenciais em diversos artigos, em especial ao que trata da transferência de recursos financeiros (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Segundo Oliveira *et al*(2008), o SUS tem como objetivo final prestar assistência à população a partir do modelo de promoção de saúde, que visa eliminar ou controlar as causas das doenças e determinando ou condicionando o aparecimento de doenças; proteger a saúde da população prevenindo riscos e exposições às doenças, mantendo o estado de saúde e desenvolver ações de recuperação da saúde evitando mortes e seqüelas em pessoas já adoentadas. O SUS visa a universalidade, o direito ao atendimento; a equidade, perante ao SUS todas as pessoas são iguais; a integralidade que visa a promoção, proteção e recuperação da saúde que sejam indivisíveis.

Para que configure um sistema capaz de prestar assistência integral, as unidades prestadoras de serviços também formam um serviço que não pode ser dividido, mesmo possuindo graus de complexidade nesses serviços. Cinco princípios básicos norteiam a organização do SUS:

1. Regionalização implica que a rede de serviços ofertada pelo SUS contemple todas as regiões com serviços de saúde de diferentes níveis de atenção;

2. Hierarquização que permita um maior conhecimento dos problemas de saúde que afetam uma área delimitada favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde como também atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade;
3. Resolutividade é quando um cidadão busca o atendimento ou mesmo aparecendo um problema que cause impacto sobre a saúde coletivamente e o serviço para solucionar o problema seja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade estabelecida;
4. Descentralização é redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde prestados à população entre os governos federal, estadual e municipal; a participação dos cidadãos ou controle social quando através de órgãos representativos a população, respaldada pela Constituição Federal, pode participar da formulação de políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis governamentais;
5. Complementariedade quando houver necessidade de contratação de serviços com instituições do setor privado, visando a complementação dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al*, 2008).

A principal característica da política de saúde pública desenvolvida ao longo dos anos 90 é a ênfase na Atenção Básica entre o conjunto de ações e serviços desenvolvidos pelo SUS. As agências internacionais recomendam que as políticas de despesas de baixo custo sejam focadas de preferência para a população de baixa renda. Entretanto cabe ressaltar que no início dos anos 90, a grande maioria dos municípios brasileiros com menos de 10 mil habitantes (cerca de 80%) possuía condição sanitária extremamente deficitária. O Ministério da Saúde escolheu o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para garantir a universalização pelo menos ao nível de Atenção Básica, mas a grande maioria da população dos municípios com condição sanitária precária não possuía cobertura pelo SUS (MARQUES & MENDES, 2002).

Segundo Fitzgerald (2008), com a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) buscou-se a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a

recuperação da saúde dos adoentados, a reabilitação dos que possuem funcionalidade restringida. Em 2003 com a implementação do Estatuto do Idoso é observado um grande avanço na legislação brasileira. Como entidades representantes dos interesses dos idosos participaram ativamente da elaboração deste estatuto, ficou bem claro que os idosos possuem os mesmos direitos fundamentais que outros grupos etários.

Posteriormente a 2003 foram implementados novos programas pelo governo federal como o Programa Saúde do Idoso em 2005 e em 2006 o Pacto pela Vida proposto pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, onde os três gestores associam-se para promover gestão do sistema e da atenção à saúde do idoso (FITZGERALD, 2008).

Segundo Saintrain & Vieira (2008), a população brasileira está envelhecendo e políticas públicas têm de ser melhor elaboradas visando o bem estar desta faixa etária e também com capacitação dos profissionais da saúde envolvidos, onde o trabalho interdisciplinar tem de ser priorizado.

Em Silva *et al* (2009) é relatado que, políticas públicas de inclusão social devam ser desenvolvidas, proporcionando melhores condições de vida e de saúde à população. É a nível local e da comunidade que se constrói um ambiente político, proporcionando a diminuição das desigualdades em saúde.

.O "desfinanciamento" da alta e da média complexidade da rede de saúde existente impedirá que a população não coberta pelo SUS tenha acesso aos cuidados integrais e aquelas que já tinham acesso à esses serviços serão obrigadas a procurar o setor privado de saúde. Isto fará aumentar a precariedade do serviço público de saúde já existente (MARQUES & MENDES, 2002).

O perfil da organização de programas e serviços de saúde ainda apresenta-se caracterizado pela centralização, pelo governo federal, de diretrizes e prioridades para o setor de saúde, quando estas são destinadas aos setores estadual e municipal. Mesmo após a instituição do SUS (Sistema Único de Saúde) como Política Pública a partir da Constituição de 1988, apesar do governo federal investir

recursos no SUS, vê-se claramente um fortalecimento dos planos de saúde do setor privado (SILVA , 2009).

2.4 Políticas de Saúde para o Idoso

Segundo Fitzgerald (2008), a elevação da esperança de vida da população brasileira coloca o problema de como tratar os idosos para garantir-lhes um patamar digno de qualidade de vida. A procura por atendimento e utilização dos serviços de saúde por parte dos idosos aumentou consideravelmente a partir do ano de 1993.

Com relação às políticas públicas de saúde bucal voltadas para os idosos em países mais desenvolvidos, os chamados de primeiro mundo, essas políticas já são praticadas há tempos (ALVES, 2010).

No caso do Brasil, onde está havendo um envelhecimento acentuado e progressivo da população (TAB. 1, p. 84), é necessário conhecer o universo dos idosos para que se promovam políticas sociais eficientes e eficazes. Neste sentido, é preciso que haja um monitoramento das condições de saúde da população idosa para que possam ser identificadas as carências e ações apropriadas. No Brasil, os dados sobre condições de saúde e uso de serviços de saúde dos idosos são baseados em mortalidade, internações hospitalares (SUS), em doenças obrigatórias de notificação e em outras informações prestadas pelos serviços de saúde (COSTA *et al.* 2007).

Para Dunkerson (1997), o grupo de idosos que apresenta maior crescimento no mundo na atualidade é o formado por idosos acima de 85 anos, sendo que os idosos acima de 100 anos apresentam uma taxa de crescimento expressivo a partir de 1995. Se comparados com gerações passadas, os idosos atuais representam uma Terceira Idade diferenciada, pelo fato de possuírem melhor nível de educação formal e cultural, conscientização política, aceitação do progresso da ciência e acesso mais adequado aos serviços públicos.

Pelo fato de receberem um grande número de informações e possuírem alguns órgãos de proteção, que em tese estão voltados para que os seus direitos como cidadãos sejam respeitados, os idosos estão tornando-se mais exigentes quanto à qualidade dos serviços a eles ofertados. As associações de idosos organizaram-se em todo o Brasil, a mais antiga e das mais atuantes é a ACEPI (Associação Cearense Pró Idosos), fundada em 1977. Na década de 80, foram surgindo outras associações como a ASSIPA (Associação dos Idosos do Pará), a ARPI (Associação Riograndense da Pessoa Idosa do Rio Grande do Norte), AMAI (Associação Maranhense de Idosos), a Associação de Idosos de Goiás, do Rio Grande do Sul, do Distrito Federal, etc. O Rotary Club, com seus grupos de idosos - PROBUS - realiza jornadas e encontros sobre a questão social do idoso. Com mais informações, estes idosos estão mais preocupados com a sua saúde e apresentam um elevado grau de auto-estima por serem mais aceitos por seus pares (DUNKERSON, 1997).

Segundo Bulgarelli (2006), ser idoso está relacionado com a imagem de velho que é formada a partir de observações e vivências do dia a dia com os membros desta faixa etária. Para os mais jovens, muitas vezes o idoso é visto como uma pessoa chata, entristecida, deprimida, cansada, solitária e atrasada no tempo e espaço, esquecendo esses jovens que a maturidade vem com o passar dos anos, sendo que em algumas sociedades esse envelhecimento representa sabedoria e experiência, mas em outras representa exclusão social. Na visão do idoso ele é uma pessoa mais vivida e com mais doenças crônicas características da faixa etária.

O envelhecer tem de ser entendido não somente como um fenômeno biológico e sim como um estágio da vida do ser humano, onde vários aspectos sociais, psicológicos e culturais da sociedade, onde está inserido, têm de ser analisados. Estabelecer uma linha divisória na qual é enquadrado o ser humano como idoso é algo muito controverso, pois aspectos políticos, religiosos, sociais e ideológicos devem ser observados. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a faixa etária para ser considerado como idoso é estipulada acima de 60 anos em países em desenvolvimento, onde o Brasil encontra-se. Há de ser ressaltado que existem faixas etárias para subdivisões de idosos. De 60 a 69 anos são os chamados

“jovens idosos”; de 70 a 79 anos os chamados “meio-idosos” e acima de 80 anos são os chamados “idosos velhos” (BULGARELLI, 2006).

Constata-se que o conjunto de ações destinadas aos Estados e municípios, fica muito aquém das reais condições de saúde vividas pela grande maioria da população brasileira. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal, “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, pressupõe-se que o Estado deve garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas inclusive a adoção de políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, fazendo com que o risco de adoecer seja minimizado. Os usuários do sistema público de saúde recebem serviços que teoricamente não correspondem à relação disponibilidade tecnológica/necessidade de atendimento. Todos os segmentos da população que necessitam de tais serviços são diretamente afetados como crianças, adolescentes, deficientes e idosos, ficando este último grupo etário cada vez mais em uma situação de desamparo, perda de status, de segregação social e de marginalidade (SILVA, 2009).

Silveira Neto *et al* (2007) ressaltam que, as ações preventivas e educativas em saúde bucal foram tradicionalmente dirigidas às crianças e gestantes, individualmente ou coletivamente e com isso a população idosa ficava sistematicamente excluída dos programas da área. As ações ficam restritas aos idosos que procuram serviços de odontologia individualmente, principalmente em consultório particular. O atendimento odontológico ao idoso requer uma atenção mais diversificada não apenas da classe odontológica, mas também outras ações de saúde tanto a nível federal, estadual e municipal.

Em Fernandes & Santos (2007) é relatado que o status social do idoso vem diminuindo no que diz respeito às suas habilidades, conhecimento e experiências tornando as suas contribuições sociais pouco relevantes. Políticas públicas, inclusive as que visem a melhoria da saúde integral dos idosos, devem ser revistas para que esta situação possa ser melhorada ou pelo menos amenizada.

Segundo Saintrain & Vieira (2008), em pouco menos de quarenta anos a população de idosos com mais de 65 anos no Brasil (TAB. 3, p. 87) teve crescimento

acentuado. Ainda segundo esses autores, com a esperança de vida da população brasileira aumentando, houve um impacto acentuado sobre os gastos públicos em decorrência do aparecimento de doenças crônicas que são características da população mais idosa.

Montenegro *et al* (2007) ressalta que, o Brasil na segunda metade do século XX deu uma maior ênfase em questões de políticas públicas em saúde para a infância e adolescência, ficando a população idosa relegada a segundo plano e sem qualquer suporte por parte do Estado. Apesar de ter havido uma maior expectativa de vida da população em virtude basicamente da melhoria de condição de saúde da população como um todo, os idosos são pouco contemplados na questão de políticas públicas de saúde voltadas para essa faixa etária.

Como o idoso necessita de cuidados maiores se comparados com faixas etárias mais jovens, os gastos hospitalares tendem a ser mais elevados não só em virtude do tempo de internação, mas também em razão de exames complementares e principalmente dos gastos com medicamentos. O idoso apresenta inúmeras doenças inerentes à idade avançada, as chamadas doenças crônicas. Para que essas doenças crônicas sejam mantidas sob controle, há necessidade de consumo de medicamentos diariamente, elevando substancialmente os gastos com saúde (SAINTRAIN & VIEIRA, 2008).

Doenças crônicas no idoso necessitam quase sempre do envolvimento de mais de um profissional da área da saúde, equipe interdisciplinar, visto que podem aparecer complicações secundárias da doença e mesmo da ingestão de medicamentos. Essa equipe interdisciplinar não visa somente o tratamento de doenças, mas também a inserção social dos idosos, já que podem ficar incapacitados, sem autonomia e independência e prejudicados em sua dignidade (SAINTRAIN & VIEIRA, 2008).

2.5 Saúde Bucal do Idoso

Narvai & Frazão (2008) ressaltam que, saúde bucal é um conjunto de condições

biológicas (objetivas) e psicológicas (subjetivas), fazendo com que o indivíduo possa mastigar, deglutir e falar. A auto-estima e o relacionamento social podem ser exercitados sem inibição ou constrangimentos, visto que a estética está intimamente ligada à cavidade oral. Para que tais funções sejam exercidas de maneira mais plena, a ausência de doença ativa é de fundamental importância, sendo que nos idosos este fato é mais presente pela inerência de acometimento de doenças bucais nesta faixa etária.

Em Martins *et al* (2009) é relatado que, quando a população sabe da importância da auto-avaliação da saúde, decisões políticas e sociais podem ser mais bem elaboradas, visando não apenas a saúde física mas a qualidade de vida, pois os gestores tomam ciência das suas necessidades. É importante que o ser humano conheça os fatores relativos à sua condição bucal, pois tendo subsídios para fazer uma auto-avaliação adequada, suas necessidades nessa área podem ser priorizadas.

Sabe-se que com a crescente perda de habilidades manuais por parte do idoso, uma escovação criteriosa fica mais difícil de ser realizada. Para que se tenha uma higienização bucal adequada é preciso ter motivação, cooperação do paciente e de sua habilidade manual para escovar adequadamente os dentes. Assim, cabe, muitas vezes, orientação aos cuidadores para oferecer ao idoso o atendimento necessário à manutenção de sua saúde bucal (SANTOS, 2003).

Bulgarreli (2006) ressalta a importância de que haja uma conscientização de medidas de prevenção de certas doenças que acometem a cavidade oral, medidas de higienização e adequado acompanhamento da saúde bucal através de promoção de saúde. É verificada uma mudança do perfil do idoso no que diz respeito à sua saúde bucal quando essas medidas são adotadas, pelo fato de estar ocorrendo um envelhecimento gradual e constante da população, em decorrência de uma expectativa de vida maior do homem, como já foi dito anteriormente.

Entre adultos e idosos a ocorrência da cárie dental é expressiva, levando à perda de dentes e ocasionando edentulismo (ausência de dentes) parcial ou total de grande parcela da população brasileira. Na faixa etária de 65 a 74 anos, apenas

10% possui vinte ou mais dentes, sendo que mais da metade usam prótese total e dos que não usam 25% necessitam de prótese total em uma das arcadas, pelo menos. Em contrapartida a perda dentária faz com que a prevalência da doença periodontal (gingiva) severa seja baixa nas faixas etárias mais avançadas (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A fisiologia do envelhecimento da cavidade oral, e conseqüentemente a saúde bucal, acarreta desconforto e insatisfação na terceira idade, sendo esses os principais fatores que levam essa faixa etária a procurar um profissional da área (BULGARRELI, 2006).

Na área odontológica um grupo interdisciplinar deve agir para que a qualidade de saúde bucal do idoso seja melhorada, dando ênfase às intervenções preventivas na área de higiene bucal, pois os idosos ficam mais relapsos quanto a sua higiene oral, podendo inclusive ser em parte pela perda parcial de movimentos motores. Havendo melhora na higiene oral, problemas periodontais podem ser evitados e pode-se evitar a perda destes elementos dentais, onde as reposições destes elementos dentais são mais demoradas de serem executadas, bem como de valor mais elevado se comparados com ações preventivas. Para que a atenção à saúde bucal do idoso seja realmente implementada, os dentistas envolvidos devem repensar além da Odontologia Clínica (SAINTRAIN & VIEIRA, 2008).

Acredita-se que com a redução da cárie na população infantil em decorrência da fluoretação das águas e creme dentais e considerando-se que este fato deva prevalecer por gerações, é provável que no futuro ocorra uma diminuição das perdas dentárias nos idosos. Porém com o aumento da longevidade e a prevalência de doenças crônicas como o diabetes em idosos, a ocorrência de doença periodontal em idosos tende a aumentar, visto que esta faixa etária apresentará um número maior de dentes sem cárie no futuro (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Em Moreira *et al*(2005) a universalidade parece uma realidade distante em relação aos serviços de saúde bucal oferecidos aos idosos. Apesar da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Serviço Único de Saúde (SUS), os serviços

odontológicos oferecidos aos idosos não conseguem atingir a todos, fazendo com que a grande maioria da população de idosos busque acesso à saúde oral pelos planos de saúde ou em consultórios particulares, soluções estas que fazem com que essa camada da população fique socialmente excluída.

Frare *et al*/(1997) relatam que a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu estudos sobre o crescimento e vida média da população mundial constatando um aumento da faixa etária acima de 65 anos. Há ainda um acréscimo de edêntulos totais neste grupo populacional, fazendo com que esses idosos necessitem cada vez mais de cuidados no que se refere à saúde bucal. Para que no futuro tenhamos idosos saudáveis e que a cavidade bucal seja vista como uma unidade sistêmica interligada ao organismo como um todo, cabe aos dentistas alertarem aos jovens sobre a importância da integralidade da saúde bucal.

Os idosos que apresentam edentulismo têm a sua capacidade mastigatória reduzida, levando à mudança de hábitos alimentares pelo fato de os mesmos darem preferência aos alimentos mais fáceis de processar e mastigar. A sua condição nutricional fica afetada pelo fato de que nem todos os alimentos ingeridos possuem os nutrientes necessários e mesmo quando as suas próteses são confeccionadas, necessitam de uma orientação nutricional adequada, apesar de sua condição mastigatória ter sido restabelecida (ANDRADE & SEIXAS, 2006).

A saúde bucal do idoso é um fator importante no uso de critérios utilizados para se identificar um idoso saudável. Para que tal fato ocorra é necessária a manutenção por toda a vida de sua dentição natural, saudável e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e benefícios biológicos, tais como a estética, o conforto, a habilidade para mastigar, sentir sabor e falar. Com o avanço da idade é crescente a perda das habilidades manuais do idoso, o que dificulta bastante a escovação. É de fundamental importância que haja uma orientação adequada por parte dos cuidadores desses idosos, possibilitando assim uma saúde bucal plena (SANTOS, 2003).

As doenças presentes na cavidade oral dos idosos são na maioria das vezes doenças crônicas típicas de idade mais avançada. As mais comuns são cáries de

raiz, atrição/abrasão, lesões de mucosa oral (candidíase, leucoplasia, eritroplasia), câncer , extração dental e dificuldade de realizar uma higiene oral adequada em decorrência da perda gradual de movimentos coordenados(DUNKERSON, 1997).

Narvai & Frazão (2008) ressaltam que, o câncer bucal ocorre com maior frequência a partir dos 65 anos, sendo que o câncer bucal nos homens fica em quarto lugar e nas mulheres em sétimo lugar em relação aos tipos de câncer. O consumo de álcool e tabaco aumenta consideravelmente o risco em até quinze vezes o aparecimento de câncer bucal. Grupos populacionais em condições de vida precária apresentam uma incidência maior da doença.

Com a evolução da Odontologia, assim como outras áreas da Saúde, procura-se sempre acompanhar as necessidades de saúde oral da população. Há algumas décadas o tratamento preconizado pelos profissionais da área era a confecção de próteses totais para os idosos, pois esta faixa etária apresentava uma taxa elevada de edentulismo e poucos idosos procuravam tratamento odontológico. Como os indivíduos dificilmente alcançavam idades mais avançadas, 50 ou 60 anos de idade, as próteses totais eram vistas como a solução dos problemas orais e que teoricamente deveriam durar para sempre, o que não ocorre nos dias atuais (DUNKERSON, 1997).

Estudos recentes sobre idosos constataram que a perda precoce de dentes pode ter sido influenciada por decisão do profissional bem como do paciente. Por parte do profissional a falta de domínio para execução de certos procedimentos é a justificativa mais freqüente, enquanto por parte do paciente a justificativa é de ordem econômica, onde uma extração feita no presente pode eliminar algum tipo de dor ou sofrimento no futuro (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Colussi & Freitas (2002) ressaltam que, o edentulismo é o fator de maior prevalência nos idosos, sendo necessária uma reformulação por parte do serviço público em relação às ações específicas aos problemas de saúde bucal da terceira idade. Medidas educativas e preventivas devem ser tomadas, porém medidas reabilitadoras são necessárias no caso específico do edentulismo. A falta de dentes pode acarretar o aparecimento de outras doenças sistêmicas, piorando ainda mais

a qualidade de vida da população idosa brasileira

Mesas (2006) ressalta que, a boca merece muita atenção quando se refere às pessoas idosas, pois é a partir da cavidade oral que é mostrado como vai, de um modo geral, a saúde dos cidadãos. Um indivíduo que possui dentes em bom estado de conservação pode sorrir, conversar, alimentar, namorar, falar e relacionar com outros indivíduos diferentemente de outros que possuem falhas dentárias, dentes quebrados e cariados, sangramento gengival, mau hálito e próteses desajustadas. Em alguns casos, além de uma má condição oral provocar uma baixa da auto-estima, outras situações podem ocorrer, como uma alimentação inadequada onde os alimentos ingeridos possuem pouco valor nutricional, são ingeridos praticamente sem mastigar, dificultando enormemente a digestão e a absorção dos nutrientes pelo organismo.

Muitas vezes, seja por negligência ou omissão, os parentes ficam chocados ao perceber pela primeira vez a situação da cavidade oral de seus pais ou entes idosos. Em algumas doenças mais pronunciadas nos idosos, como o mal de Alzheimer, tratamentos odontológicos mais adequados são às vezes difíceis de serem realizados, levando muitas vezes a medidas mais radicais como a extração de dentes que poderiam receber tratamento satisfatório. Oportunidades devem ser criadas para que exames periódicos da cavidade oral sejam realizados e para tal fim, profissionais que estejam diretamente envolvidos nos cuidados desses idosos necessitam buscar ajuda e/ou respostas com outros profissionais da área da saúde (MESAS, 2006).

Lebrão & Laurenti (2005) ressaltam que, no projeto SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) do município de São Paulo, menos de 1% dos idosos possuem todos os dentes, porém esses idosos não percebem que a sua condição bucal está deficitária. Quanto às condições mastigatórias destes idosos, esta é amenizada com o uso de próteses dos mais variados tipos. Apesar de 86% dos idosos terem perdido metade dos dentes e usarem algum tipo de prótese, assim mesmo, o acesso aos serviços básicos de atendimento odontológico no município de São Paulo parece ser suficiente e causar um impacto significativo na autopercepção

das condições de saúde bucal dos usuários.

Pucca Jr (2007) ressalta que, a condição de saúde bucal dos idosos no Brasil é tratada com descaso, e relegada ao completo esquecimento, apesar da saúde bucal ser parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. A perda total dos dentes, o edentulismo, é aceita pela sociedade bem como pelos odontólogos como sendo um fato normal e natural por ser inerente aos idosos. Os serviços odontológicos públicos atem-se quase que exclusivamente ao atendimento de crianças e adultos. Ações de saúde bucal voltadas para a terceira idade, no serviço público, são praticamente inexistentes no Brasil.

Quanto à saúde bucal dos idosos, também são pouco contemplados e vários fatores estão relacionados com o abandono de políticas odontológicas preventivas, dirigidas, constantes e com abrangência a nível nacional, acarretando situações onde a maior queixa do idoso é a perda da eficiência mastigatória ocasionada pela perda de muitos dentes ou por próteses com inadequada adaptação, isto ocorrendo em uma fase da vida em que se necessita do aparelho mastigatório funcionando o mais eficientemente possível (MONTENEGRO *et al*, 2007).

2.6 Políticas públicas de saúde bucal no Brasil

Em Narvai & Frazão (2008) é ressaltado que, com a política de fluoretação da água de abastecimento público e dos cremes dentais houve um declínio acentuado da cárie dentária na população infantil. Com esses procedimentos houve um impacto nos padrões de saúde bucal, visto que foram ações que visavam promoção de saúde e prevenção de doenças. A fluoretação das águas visando ação preventiva em saúde pública é empregada nos Estados Unidos desde 1940, sendo que no Brasil essa política pública foi implantada pela primeira vez na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo, no ano de 1953.

Até meados de 1980 a expansão de municípios onde havia fluoretação das águas era pequena, porém quando o governo federal decidiu apoiar financeiramente essa iniciativa, o número de municípios que fluoretavam suas águas aumentou

substancialmente, surgindo inclusive coordenadores estaduais de saúde bucal que começaram a reorientar as políticas públicas nesta área. Apesar de o custo da fluoretração da água para beneficiar um indivíduo ao longo de sua vida significar apenas o valor de uma única restauração dentária, várias cidades de grande porte incluindo algumas capitais de estados da região Norte e Nordeste não estão fluoretando as águas de abastecimento público (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Em Werneck (1994) é relatado que a maior parte dos serviços odontológicos oferecidos à população são predominantemente mutiladores/restauradores, visando apenas a individualidade e com baixo grau de resolutividade. Os profissionais da odontologia relacionam o "público alvo" às camadas mais desfavorecidas da sociedade, afetando diretamente os programas existentes. Quanto às ações preventivas, são limitadas, pois apenas uma pequena parcela da população consegue acesso a essas políticas.

Em municípios com população mais reduzida, as ações efetivamente realizadas são melhor controladas se comparadas com centros urbanos com grande concentração populacional. Para que haja um maior controle das ações de saúde bucal, há a necessidade de serem criados distritos sanitários (WERNECK, 1994).

A PNAD (Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio) oferece um retrato preciso da situação dos serviços odontológicos no Brasil. Por meio da PNAD tem-se condições de averiguar se realmente está havendo algum progresso no que se refere a políticas públicas voltadas para a saúde bucal. É relatado que é baixo o acesso aos serviços odontológicos, havendo diferenças significativas entre os Estados, sendo menor nas regiões mais pobres, principalmente nos Estados da região norte. Os pobres, homens e idosos são os que apresentaram valores de acessibilidade mais baixos (PINHEIRO, 2006).

A PNAD (1998) apresentava um módulo específico de demanda sobre necessidade, acesso e utilização dos serviços de saúde. A partir desses dados, constatou-se que dentre todos os serviços odontológicos realizados pelo serviço público, o SUS financiou apenas 24,2% destes atendimentos, enquanto para atendimentos de saúde não-odontológicos o SUS financiou 52,4% (ANTUNES &

NARVAI, 2010).

Segundo Narvai & Frazão (2008) a saúde bucal não deve ser tratada como parte isolada da saúde, mas sim como parte integrante e inseparável do modelo de atenção à saúde. Os problemas de saúde bucal no Brasil devem ser enfrentados fazendo-se um planejamento do que deve ser feito nesta área, tendo como base um modelo de atenção em saúde bucal.

Em menos de uma década, houve grande progresso no sistema de saúde bucal ofertado pelo sistema público de saúde. Com a criação do SUS pela Constituição de 1988, teve-se início a oferta de atendimento odontológico regular, constante e em larga escala oferecido pela rede pública de saúde. A adoção pelo SUS da Universalidade, Integralidade e Equidade como princípios constitucionais, implicou o reconhecimento da necessidade da saúde bucal como parte integrante da saúde geral. Este reconhecimento passa a ser dever do Estado e direito de toda a população. O número de Equipes de Saúde Bucal passou de 4.261 para 18.982, atendendo a 84,8% das cidades brasileiras; os Centros de Especialidades Odontológicas também cresceu, passando de 100 para 808 entre 2004 e 2009 (ANTUNES & NARVAI, 2010).

Segundo Narvai & Frazão (2008) as ações das políticas públicas voltadas para a saúde bucal tiveram um declínio expressivo no governo de Itamar Franco, onde a Política Nacional de Saúde Bucal teve pouca ou quase nenhuma prioridade. Nos dois governos subjacentes de Fernando Henrique não houve qualquer alteração no quadro e somente começaria a haver progressos expressivos quando da eleição do Presidente Lula em 2002, culminando com a implantação do Programa Brasil Sorridente em 2004.

Segundo Narvai & Frazão (2008) desde a criação do SUS em 1988 os recursos financeiros destinados à saúde são escassos. Por este fato alguns Ministros, autoridades sanitárias e mesmo diretores de Unidades Básicas de Saúde, vislumbram que tais recursos devem ser aplicados em áreas de saúde tidas como estratégicas e não em saúde bucal.

O Estado é omissivo em relação às políticas públicas voltadas para a saúde bucal,

visto que é um setor em que há certa resistência em se desenvolver ações que possam regular o acesso da população de um modo geral a esses serviços, pois pela tradição de profissão liberal da odontologia o acesso da população à mesma deve ser pela odontologia de mercado. A sociedade organizada por alguns cidadãos da área odontológica tenta fazer com que o Estado promova esses serviços diretamente ou que o Estado financie os serviços odontológicos de profissionais do setor privado, para que toda a população possa ter acesso aos respectivos serviços (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, a Saúde Bucal está diretamente relacionada com as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação, que são direitos básicos dos cidadãos. Para que a saúde bucal faça parte de ações que integrem a saúde geral do cidadão, o Estado deve ter a responsabilidade e o dever da manutenção de políticas públicas para que toda a população seja contemplada com suas ações (LIMA, 2004).

Para que exista uma nação forte, os seus cidadãos precisam estar saudáveis e não enfraquecidos. Portanto, há a necessidade de o Estado assumir políticas públicas de saúde integradas às demais políticas econômicas e sociais, possibilitando assim que tais políticas possam ser realmente efetivadas. A saúde bucal está relacionada à melhoria de condições sociais, políticas e econômicas, fazendo com que a saúde integral de cada cidadão seja um fator para o desenvolvimento da nação (LIMA, 2004).

No Brasil a aplicabilidade da fluoretação da água para consumo é bastante desigual quando comparados os estados e macrorregiões, sendo que nos estados da região sul e sudeste, onde está concentrada a maior riqueza do país, a implementação de tal política é mais eficiente, mas nos estados da região norte e nordeste são menos eficientes. Uma medida de saúde pública elaborada para reduzir as desigualdades, como a fluoretação da água, é objeto de profundas desigualdades em sua implantação, no âmbito das políticas públicas de saúde em nível nacional. (ANTUNES & NARVAI, 2010).

A universalidade não contempla toda a população da localidade onde existe a fluoretação da água, sendo este um fator de desigualdade. Como foi dito, nas

regiões sul e sudeste houve um maior avanço se comparadas com as regiões norte e nordeste, porém estas duas últimas sofrem com a restrição do acesso à água, com grande prejuízo à saúde. Após meados dos anos 1980, segundo levantamentos epidemiológicos, houve um declínio da incidência de cárie nas regiões que recebiam efetivamente água fluoretada (ANTUNES & NARVAI, 2010).

A política de fluoretação é comprovadamente eficaz na diminuição da prevalência da doença cárie, porém houve um efeito indesejável no Brasil. Com a distribuição desigual deste recurso preventivo, aumentou o viés socioeconômico na prevalência da cárie dental, nas cidades onde existe água fluoretada, o índice CPO-D (índice que mede a condição do elemento dental) caiu para 2,4, porém em cidades onde não existe a fluoretação da água este índice encontra-se em 3,5, mostrando que há uma injustiça social pelo não atendimento de todos os municípios, apesar de ser uma determinação legal (ANTUNES & NARVAI, 2010).

2.6.1 Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente

O Programa Brasil Sorridente é uma política do governo federal com o intuito de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde oral da população brasileira. Do ponto de vista de políticas públicas, foi a primeira vez que o governo brasileiro desenvolveu uma política nacional de saúde bucal voltada para um programa com grande abrangência e não somente para incentivos isolados à saúde bucal, ou seja, um programa estruturado. O programa é destinado a todos os brasileiros, mas o universo real do Programa Brasil Sorridente é a população carente, independente de faixa etária (ODONTOSITES, 2009).

O Ministério da Saúde em 17 de março de 2004 lançou o Programa Brasil Sorridente para garantir que houvesse a universalidade do atendimento odontológico, já que a maioria da população não sabe do atendimento gratuito de tratamento odontológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998, 30 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista (ODONTOSITES, 2009).

A prevenção como também o controle da cárie em crianças obteve um avanço

significativo na última década, mas quando retorna para a faixa dos adolescentes, adultos e idosos o Brasil encontra-se entre os piores países do mundo. Com a criação do Programa Brasil Sorridente, o país pretende reverter este quadro, pois o programa reúne uma série de ações em saúde bucal que abrangeria os cidadãos de todas as faixas etárias (CAMARAGIBE, 2009).

Até março de 2004 quando foi lançado o Programa Brasil Sorridente, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos, realizados pelo SUS, correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade dos serviços executados era de tratamento básico, ou seja, extração dentária, restauração, aplicação de flúor e resina (CFO, 2011).

Visando a universalidade, todos os cidadãos têm direito aos serviços oferecidos pelos CEOs, mas precisam ser atendidos previamente pelas equipes de atenção básica, postos de saúde e unidades básicas de saúde. As consultas não são marcadas diretamente no CEO, as equipes de saúde avaliam o paciente e dependendo do procedimento a ser realizado, os mesmos são encaminhados ao CEO. Os centros de especialidades dão continuidade aos serviços realizados pelos profissionais do PSF (Programa de Saúde da Família) (CFO, 2011).

Com a implantação do Programa Brasil Sorridente em 2004, houve um avanço expressivo no que se refere à saúde bucal no Brasil, porém os investimentos já realizados nesta área ficam aquém do que realmente a população necessita em termos de serviços odontológicos fornecidos pelo Estado, principalmente a população adulta e idosa. As políticas públicas predominantes no setor são quase que exclusivamente para controle de dores e infecções, somente as crianças é que recebem um tratamento especial, principalmente os escolares (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Cuppari (2010) relata que o Programa Brasil Sorridente poderia ser o expoente, como política pública na área de saúde bucal, porém como não há uma fiscalização mais rigorosa por parte do governo federal, muitas prefeituras inauguram obras citando que são os gestores municipais que estão liberando a verba e não o governo federal.

O Programa Brasil Sorridente é um conjunto de ações que compõem o projeto estratégico do governo federal para a saúde bucal. Com o Programa Brasil Sorridente a Saúde Bucal, pela primeira vez na história do Brasil, é tratada como prioridade nacional. O lançamento deste programa foi feito pessoalmente pelo Presidente da República em Sobral-CE em 17 de março de 2004 (LIMA, 2004).

Lima (2004) ressalta que no Brasil é priorizado o controle da cárie dental na idade de 12 anos, porém 3/5 dos dentes cariados estão sem tratamento, mais de 13% dos adolescentes nunca foram ao dentista, na população adulta 3% e nos idosos aproximadamente 5,8%. Para que o Programa Brasil Sorridente tenha resultados mais satisfatórios e visando a prevenção, a fluoretação da água será estendida para 100% dos municípios que possuem sistemas de saneamento, visto que atualmente apenas 40% dos municípios brasileiros possuem algum tipo de saneamento (LIMA, 2004).

O Ministério da Saúde repassava, antes da implementação do Programa Brasil Sorridente, apenas recursos para as equipes de saúde da família e não para as equipes de saúde bucal. Um dos eixos do Programa Brasil Sorridente é à busca do acesso universal à assistência odontológica, adotando ações voltadas para todas as faixas etárias. De acordo com a ABO (Associação Brasileira de Odontologia) o Brasil possui o maior número de dentistas do mundo, 195 mil ,ou seja, 11% de todos os dentistas do mundo. O país possuindo uma população de 196 milhões de habitantes (censo 2010) ocasiona uma concentração de um cirurgião-dentista para cada 1.005 habitantes. Temos quase 60% mais profissionais do que deveríamos ter, conforme recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde) para países em desenvolvimento com sistemas de saúde misto (público e privado), mas segundo o IBGE, 29,6 milhões de brasileiros nunca haviam consultado um dentista em 1998 (LIMA, 2004).

No Programa Brasil Sorridente, atenção especial será dedicada ao problema do câncer bucal, visto que existe uma alta incidência entre os idosos, tabagistas e alcoólicos. Em 2003, em decorrência do câncer bucal, houve o óbito de mais de 3.000 pessoas. Esta doença foi alvo de uma ação conjunta de vários órgãos ministeriais e, em especial do INCA (Instituto Nacional do Câncer). Serão criados até 2006 cerca de 400 CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas), onde

serão realizados serviços especializados como endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgia e prótese. O oferecimento destes serviços rompe com a lógica que a saúde deva ficar restrita à Atenção Básica (LIMA, 2004).

Lima (2004) ressalta que no Brasil 85% da população adulta e quase 99 % dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. O governo federal assumiu o compromisso de fornecer próteses dentárias aos brasileiros a partir do Programa Brasil Sorridente, assim como ocorre com o fornecimento de óculos, aparelhos auditivos, órteses e próteses. Reduzir a nova Política Nacional de Saúde Bucal à entrega de dentaduras é um grande erro. O governo federal propõe uma interação de ações, onde diversas áreas do governo estarão atuando para que o Brasil Sorridente seja de fato a nova política pública de saúde bucal.

2.7 Avaliação de Políticas Públicas

Andrade (2008) ressalta que avaliar uma Política Pública é verificar se os objetivos e metas estabelecidas previamente foram alcançadas, integralmente, parcialmente ou não, e posteriormente saber o porque destes resultados. As metas têm que ser mensuráveis para saber o quanto um determinado objetivo foi alcançado em um determinado espaço de tempo. Há a necessidade de se ter parâmetros, ou seja, o que existia anteriormente. Com esse parâmetro pode-se saber o que ocorreu ao longo do tempo pré-estabelecido, se houve mudanças ou se o que ocorria antes continua no mesmo patamar, sem alterações. Para se obter uma avaliação mais precisa, há necessidade de se dispor de dados anteriores sobre os indicadores que são utilizados para medir as metas.

Existem várias maneiras de se avaliar políticas públicas, podem ser: avaliação por desempenho, avaliação em processo, avaliação externa, avaliação de impacto entre outras. Quando se faz uma análise de desempenho de políticas públicas entre cidades ou Estados, os resultados obtidos são mais palpáveis, pois pode - se visualizar se houve alterações significativas quando existem duas ou mais localidades a serem analisadas. A avaliação de resultados parciais é importante, pois avalia se as metas propostas serão alcançadas ou não. Essas avaliações intermediárias necessitam de preferência ser conduzidas pelos responsáveis pela

política pública, para determinar se o que foi estipulado foi alcançado, corrigir erros, reforçar medidas ou até rever as metas a serem alcançadas (ANDRADE, 2008).

Quando ao final dos planos executados, avaliações devam ser feitas permitindo assim verificar se as metas foram alcançadas ou não; dar informações sobre as ações propostas e os objetivos pré-estabelecidos. Essas avaliações podem ser realizadas com alguma periodicidade após o término do prazo estipulado, pois os efeitos das ações não são imediatos, sendo necessário algum tempo para que os resultados alcançados pelas metas sejam observados. Há de ser ressaltado que ao se elaborar um sistema de avaliação de um plano é preciso determinar quantitativamente as metas, pormenorizar as ações inerentes a cada meta, especificar qual o indicador será utilizado para medir se a meta foi ou não alcançada e estabelecer um período de tempo para se fazer a avaliação (ANDRADE, 2008).

Andrade (2008) ressalta que uma avaliação de política pública é realizada com o intuito de melhorar as práticas de planejamento, sendo utilizadas para verificar se tais políticas estão tendo o resultado esperado, os resultados encontrados devem ser discutidos com a comunidade a ser beneficiada e finalmente tornar público os resultados obtidos a todos os interessados.

Amorim & Reolon (2009) ressaltam que a avaliação de políticas públicas costuma focalizar diferentes aspectos de um programa ou ação pública, como sua relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos e como instrumento de responsabilização da gestão pública, contribui melhorando a qualidade e eficácia dos programas e políticas públicas.

A avaliação de políticas visa principalmente promover ajustes e/ou mudanças para que o desempenho de um programa ou ação possa melhorar, visando alcançar os objetivos e metas previstas. Avaliar políticas públicas visa, além disso, a concretização dos direitos sociais, promovendo a cidadania política e social e verificando o grau de eficácia e eficiência em relação aos resultados das ações previstas pelos projetos (AMORIM & REOLON, 2009).

Holanda (2003) ressalta que muitos autores dão uma maior ênfase ao processo de

avaliação, que é o levantamento constante de dados e sua comparação com padrões predefinidos, enquanto outros enfatizam a necessidade nos usos da avaliação, que busca auxiliar o processo decisório. Geralmente é reconhecido, por quase todos os autores, que a avaliação de políticas públicas é basicamente um instrumento para maximizar os fins alcançados, ou seja, a eficácia do programa, e a economicidade dos meios, ou seja, a eficiência dos programas governamentais.

Avaliar políticas públicas é obter informações úteis e confiáveis sobre o desempenho dessas políticas, identificar problemas e limitações, potencialidades e alternativas, levantar práticas mais eficientes e recolher lições e subsídios que possam ser utilizados no processo de formulação do planejamento e de políticas públicas, visando assim um aumento da sua efetividade, eficiência e eficácia. O objeto da avaliação pode ser identificado a partir da lista dos 5 pontos: produto, pessoal, performance ou desempenho, projeto ou proposta, programa (ou plano) e política. Avaliação de produto, no setor empresarial, e avaliação de pessoal nos setores público e privado, constituem práticas muito antigas (HOLANDA, 2003).

Jannuzzi (2009) ressalta que existem alguns fatores para que a avaliação de políticas tenha um resultado não esperado: Capacidade superestimada de implementação, onde não foi considerada a contribuição dos agentes envolvidos e capacidade de gestão dos mesmos na implementação do programa; antecipação de avaliações externas ao invés de avaliar os processos voltados ao aprimoramento do programa; equipes com boa experiência em análise de macro política, mas sem experiência na implementação real de programas; desconhecimento por parte da equipe da complexidade de gestão de programas no setor público, onde existem articulações entre Ministérios e Secretarias, e programas públicos com públicos alvos diferentes; estruturação de diagnósticos e monitoramento de programas com deficiência ou mesmo inexistência dos mesmos. Estes são os principais fatores que podem levar à frustração quando da avaliação de políticas públicas.

Quando o governo implementa uma política pública, o dinheiro que está sendo investido não é do governo e sim do contribuinte, dinheiro que é arrecadado

através dos impostos pagos por todos os cidadãos. Sendo assim quando o governo avalia uma política pública, ele está prestando conta à sociedade pelo uso de recursos que são públicos. Havendo a avaliação de políticas, isto permite o controle social de recursos gastos que na realidade pertencem à toda sociedade. Os recursos públicos, sendo bem empregados, permitem que haja uma maximização destes recursos e conseqüentemente um maior número de indivíduos serão beneficiados usando-se o mesmo volume de recursos. Para que resultados seguros sejam alcançados, técnicas de avaliação mais elaboradas devam ser utilizadas. Portanto uma avaliação é considerada eficiente quando é útil (política relevante), oportuna (realizada em tempo hábil), ética (critérios e medidas justos e apropriados) e precisa (emprega procedimentos científicos) (ARRETCHE, 2002).

As políticas públicas devem ser avaliadas em reuniões contendo informações claras e precisas. Estas informações podem ser tanto quantitativas, expressas em números de metas cumpridas e efeitos de um programa, quanto qualitativas, registro do quanto se avança em termos de direitos sociais e políticos. A avaliação apresentada em forma de índice possibilita a comparação entre Municípios ou Estados, em períodos diferentes de um mesmo governo ou mesmo entre governos diferentes. A avaliação de um programa depende de quem avaliará, porém nem sempre estes devam ser avaliados somente por especialistas, sendo de fundamental importância que os indivíduos que forem beneficiados com as ações participem para que os programas possam ser legitimados. Estas avaliações podem ser feitas mediante pesquisas de opinião e discussões em conselhos ou associações de bairro (REDEODM, 2010).

Políticas públicas e programas governamentais só muito recentemente passaram a ser avaliados no Brasil.. O acompanhamento da implementação de tais políticas é fundamental, pois norteia as decisões sobre a conveniência e o sentido da manutenção ou da descontinuidade de tais políticas, redefine metas e possibilita corrigir erros que possam ter ocorrido. Visando tais medidas, a avaliação não deve ser feita apenas ao final de programas governamentais (REDEODM, 2010).

Avaliar políticas ou programas permite que os formuladores e implementadores

tomem decisões mais precisas, objetivando um melhor planejamento do gasto público e superando possíveis contratempos que tenham surgido durante a implementação da política (REDEODM, 2010).

Redeodm (2010) ressalta que, no planejamento de uma política pública há a necessidade de se prever a sua avaliação, pois é através dela que podem ser mensurados os resultados alcançados pelas ações que foram desenvolvidas durante o programa. Se tal avaliação não for prevista fica difícil precisar qual era a situação inicial anterior, para que os resultados sejam confrontados com a situação final. Compreende: a qualidade e a confiabilidade do plano (o programa e as ações poderão servir de modelo para outras políticas; a realização do plano (houve mudanças nos indicadores, as causas críticas foram atingidas? Qual a eficiência, eficácia e efetividade das ações?); circunstâncias da implementação (aquilo que independe do programa, mas influencia nos resultados? Monitoramento na tomada de decisão e readequação do programa?); cumprimento das orientações (execução prevista dentro do orçamento? Prazos? Pensamento dos beneficiados pelo programa?).

A divulgação dos resultados sobre qualquer política pública deve ser clara e com linguagem acessível para a população. Quando informações e dados não ficam restritos apenas aos técnicos e funcionários do governo, sendo repassados a outros grupos da sociedade, esses podem formular outras propostas e atuar politicamente. Erros e insuficiências do programa devem ser apontados, inclusive os responsáveis pelo programa devem justificar a razão de ter ocorrido falhas, contribuindo para que haja um debate público transparente (REDEODM, 2010).

Para que haja aperfeiçoamento da gestão do Estado, visando o desenvolvimento de ações eficientes e eficazes voltadas para as necessidades da população, a avaliação de políticas públicas é um instrumento usado pelos gestores para mensurar o impacto de tais políticas (BELLONI *et al*, 2007)

3. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia utilizada nesta Dissertação, visando caracterizar a pesquisa, definir a população pesquisada e a forma de coleta dos dados e estratégia de análise dos mesmos.

3.1 Caracterização da Pesquisa (quanto aos fins e quanto aos meios)

Esta Dissertação tem como objetivo abordar as questões referentes à saúde bucal voltada para o idoso e à atenção dada pelos municípios de Itabirito e Nova Lima a esta população.

Quanto aos fins trata-se de uma Análise Exploratória (COLLIS & HUSSEY, 2005).

Quanto aos meios trata-se de um Estudo de Caso e Pesquisa de Campo. Foi também um estudo retrospectivo que se inicia em 2004, antes da implementação do Programa Brasil Sorridente (YIN, 2001).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cuja abrangência teve como alvo as cidades de Itabirito e Nova Lima e será realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dos respectivos municípios.

3.2 Unidade de Análise e de Observação.

O objeto da pesquisa está localizado nos municípios de Itabirito e Nova Lima, Minas Gerais. São municípios localizados próximos à capital, Belo Horizonte. Apesar de Nova Lima apresentar uma população maior em relação à Itabirito, ambas estão localizadas no quadrilátero ferrífero, ou seja, arrecadam quantias consideráveis em impostos em decorrência da exploração das jazidas de minério de ferro (QUADRO 1).

A unidade de observação foi composta pelos Gestores de Saúde Bucal dos municípios de Itabirito e Nova Lima e os usuários do serviço odontológico das respectivas Prefeituras.

A escolha destes municípios deu-se em decorrência de possuírem uma população de médio porte e praticamente as mesmas atividades econômicas. Em centros com

população mais reduzida, as ações efetivamente realizadas são melhor controladas em comparação com centros urbanos de maior população, onde os gastos são maiores (WERNECK, 1994). Porém o IDH dos referidos municípios são bem distintos, Itabirito apresenta um IDH médio e Nova Lima IDH elevado. Dentre todos os municípios mineiros, Nova Lima apresenta o maior IDH.

Quadro 1 - Características dos Municípios de Itabirito e Nova Lima

DADOS	ITABIRITO	NOVA LIMA
Mesorregião	Metropolitana de BH	Metropolitana de BH
Microrregião	Ouro Preto	Belo Horizonte
Distância de BH	55 Kms	15 Kms
Área	543 Km ²	429 Km ²
População (IBGE 2010)	45.484 habitantes	81.162 habitantes
Densidade	83,7 hab/Km ²	189,2 hab/Km ²
IDH	0,786 (médio) PNUD/2000	0,821(elevado) PNUD/2000
PIB (IBGE 2008)	R\$ 1.070,388 mil	R\$ 2.496,606 mil
PIB per capita (IBGE 2008)	R\$ 24.712,28	R\$ 33.054,28
Atividades econômicas	Mineração, comércio, indústria e serviços	Mineração, comércio, indústria e serviços

Fonte: Prefeituras Municipais de Itabirito e Nova Lima (2010)

IBGE (2010)

Segundo Andrade (2008), quando existem duas ou mais localidades a serem analisadas, as comparações a serem feitas do desempenho das ações executadas em cada localidade são mais visíveis, pois é possível visualizar se houve

alterações significativas entre elas.

3.3 Coleta de Dados.

Foi realizada pesquisa de campo envolvendo os Gestores de Saúde Bucal e usuários do serviço odontológico municipal de Itabirito e Nova Lima.

A pesquisa junto aos Gestores de Saúde Bucal de Itabirito e Nova Lima foi realizada através de questionário estruturado contendo, quatorze questões abertas (APÊNDICES 2 e 3, p. 94, 96). O plano de coleta de dados deu-se através de agendamento prévio com os gestores de saúde e não houve critérios de inclusão e/ou exclusão.

Os questionários foram distribuídos por agendamento prévio junto aos gestores e após uma semana foram entregues ao pesquisador. Quando havia necessidade de alguma complementação sobre os dados, os respectivos gestores foram contatados em visitas posteriores, previamente agendadas.

Em Nova Lima quando da ausência do gestor oficial, o gestor substituto fornecia os dados. Em Itabirito, a gestora oficial solicitou que o pesquisador entrevistasse um dentista que já trabalhava há cerca de vinte anos no serviço odontológico municipal, sendo este o profissional que atendia os idosos com necessidades especiais. Pelo fato de trabalhar há muitos anos no serviço odontológico, o mesmo pôde fornecer dados relevantes sobre o serviço odontológico prestado pelo município não apenas para os idosos, mas para a população de um modo geral.

Anteriormente à distribuição do questionário foi realizado um pré-teste com profissionais da área odontológica para que fossem detectadas possíveis falhas na elaboração das perguntas do referido questionário.

A pesquisa de campo foi realizada junto aos usuários, idosos, do serviço odontológico municipal de Itabirito e Nova Lima e teve como objetivo coletar dados sobre o serviço odontológico ofertado pelas prefeituras.

Foram selecionados quinze idosos em cada município, sendo dez nos CEOs (Centro de Especialidades Odontológicas) e cinco nas UBS (Unidade Básica de

Saúde), perfazendo um total de trinta idosos. Estes pacientes estavam realizando ou finalizando tratamento odontológico quando da realização da entrevista.

Os idosos foram selecionados através de uma relação fornecida pelos profissionais (dentistas) que estavam realizando os tratamentos odontológicos. Os dentistas não influenciaram na escolha da amostra, apenas alertaram quando algum destes idosos apresentava dificuldade cognitiva ou algum problema mental mais acentuado, razão pela qual não eram entrevistados (critério de exclusão) .

Foram realizadas quatro visitas aos CEOs e UBSs, uma por semana, para a realização das entrevistas. Foram entrevistas individuais realizadas em local com privacidade e antes do início da mesma era explicado, em um linguagem acessível, qual a finalidade da pesquisa e se os mesmos gostariam de participar. Foram informados que os seus nomes seriam mantidos em total sigilo e a pesquisa não representava nenhum risco para os mesmos. Dentre os selecionados, nenhum recusou-se a participar. Cada entrevista demorou em média cerca de dez minutos e constou de três perguntas, a saber:

- Como foi o atendimento dispensado pelos profissionais envolvidos?
- Qual o tempo na fila de espera para iniciar o tratamento?
- Qual o motivo da demora para iniciar o tratamento?

Antes do início da pesquisa houve a necessidade prévia da autorização da Prefeitura Municipal de Itabirito e Nova Lima. Para tal fim foi redigido um documento junto às Secretarias Municipais de Saúde, onde constavam dados completos do pesquisador, a finalidade da pesquisa, como esta seria realizada e o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinado por todos os elementos que participaram da pesquisa.

Apenas o pesquisador teve acesso aos dados coletados para a pesquisa . Todos os dados coletados ficarão sob a guarda do pesquisador e os mesmos serão utilizados apenas para a pesquisa.

3.4 Estratégia de Análise de Dados.

Esta etapa compreendeu duas fases distintas:

- Levantamento numérico para averiguar, quantos idosos utilizaram os serviços odontológicos ofertados pelos municípios de Itabirito e Nova Lima; e percentual de idosos atendidos em relação às outras faixas etárias.
- Análise comparativa do desempenho do município de Itabirito e Nova Lima em relação à regulamentação estabelecida no Programa Brasil Sorridente, segundo normas do documento “ Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal ” em 2004.

No QUADRO 2 estão os autores que nortearam as perguntas do questionário.

Quadro 2 - Relação entre o Referencial Teórico e perguntas do questionário da pesquisa

OBJETIVOS	AUTORES	QUESTÕES
1 - Análise da percepção dos gestores das Prefeituras sobre a saúde bucal à luz do Programa Brasil Sorridente	Arretche (2002) Holanda (2003) Andrade (2008)	06, 11, 12, 14
2 – Análise da percepção dos usuários do serviço odontológico	Andrade (2008) Rede odm (2010)	07
3 – Análise das providências tomadas pelas prefeituras	Arretche (2002) Holanda (2003) Andrade (2008) Amorim & Reolon (2009)	10, 12, 13
4 – Melhorias identificadas, preventivas e curativas	Arretche (2002) Holanda (2003) Andrade (2008) Amorim & Reolon (2009) Rede odm (2010)	06, 10, 13

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 3 - Relação de idosos usuários do serviço odontológico em Itabirito e Nova Lima

	ITABIRITO	NOVA LIMA
<u>Nº de idosos inscritos</u>	<u>625</u>	<u>1.351</u>
<u>Nº de idosos que recebem tratamento curativo</u>	<u>200</u>	<u>1.351</u>
<u>Nº de idosos que recebem tratamento preventivo</u>	<u>425</u>	<u>1.351</u>
<u>Nº de idosos não atendidos</u>	<u>2476</u>	<u>4182</u>

Fonte : Gestores de Saúde Bucal de Itabirito e Nova Lima (2010).

As perguntas aos gestores de saúde bucal foram sobre alguns dados relativos aos idosos nos municípios. As informações principais referentes ao número de idosos inscritos e que receberam atendimento curativo e preventivo em Itabirito e Nova Lima encontram-se no QUADRO 2.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem como objetivo realizar uma análise dos resultados obtidos na presente pesquisa, bem como uma discussão sobre os mesmos. Está estruturado em quatro tópicos de acordo com os objetivos da pesquisa.

4.1 Análise da percepção dos gestores das prefeituras sobre a saúde bucal à luz do Programa Brasil Sorridente

Os Gestores Municipais de Saúde Bucal, em ambos os municípios, são profissionais formados em Odontologia e são nomeados pelos respectivos Secretários Municipais de Saúde, caracterizando um cargo de confiança.

Em relação ao número de idosos que efetivamente recebem atendimento odontológico na rede pública municipal, o município de Nova Lima apresenta o número de 1.351 inscritos para realização de algum tipo de procedimento. Considerando-se que a população idosa neste município é da ordem de 8.647 (IBGE, 2010) (FIG.1) encontra-se o percentual de 15,62% em situação de atendimento ou futuro atendimento. O mesmo em relação ao município de Itabirito, cuja população idosa totaliza 4.937 (IBGE, 2010) (FIG. 2); o percentual de idosos inscritos para atendimento odontológico perfaz 12,65%, ou seja, 625 idosos. Na pesquisa foram levantados esses dados demonstrando que a análise do programa pôde identificar informações úteis quanto ao número de idosos realmente atendidos, se o critério da universalidade do SUS não for o considerado, mas sim o critério do universo real do Programa Brasil Sorridente, que é a camada menos favorecida economicamente (HOLANDA, 2003).

Pelas figuras 1 e 2 observa-se que a pirâmide etária dos municípios de Itabirito e Nova Lima possuem praticamente as mesmas características. Em relação ao número de mulheres idosas, o contingente de homens idosos é menor em ambos os municípios.

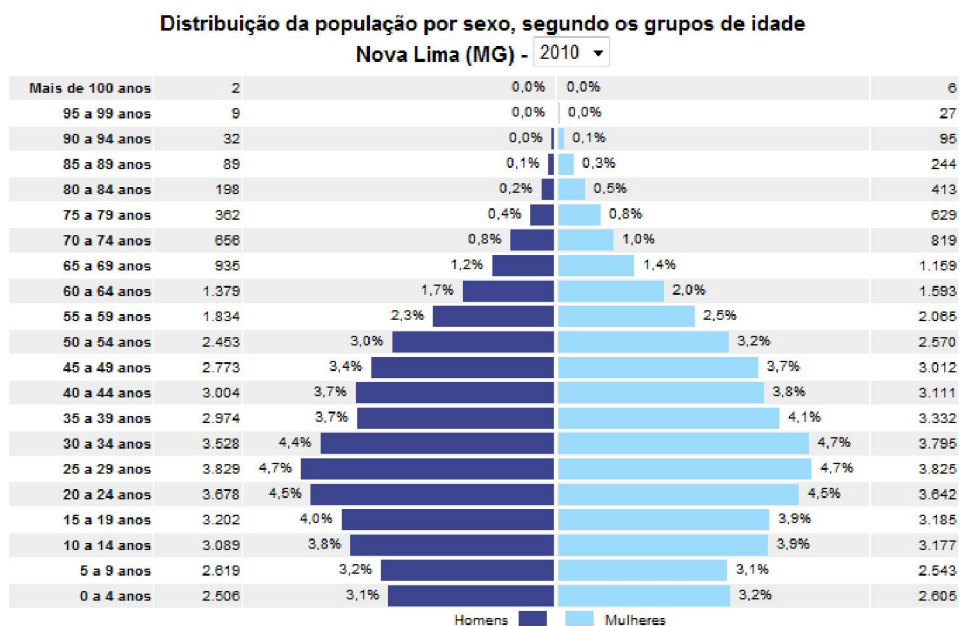


Figura 1 – Pirâmide etária no município de Nova Lima – Censo 2010

Fonte: IBGE (2010)

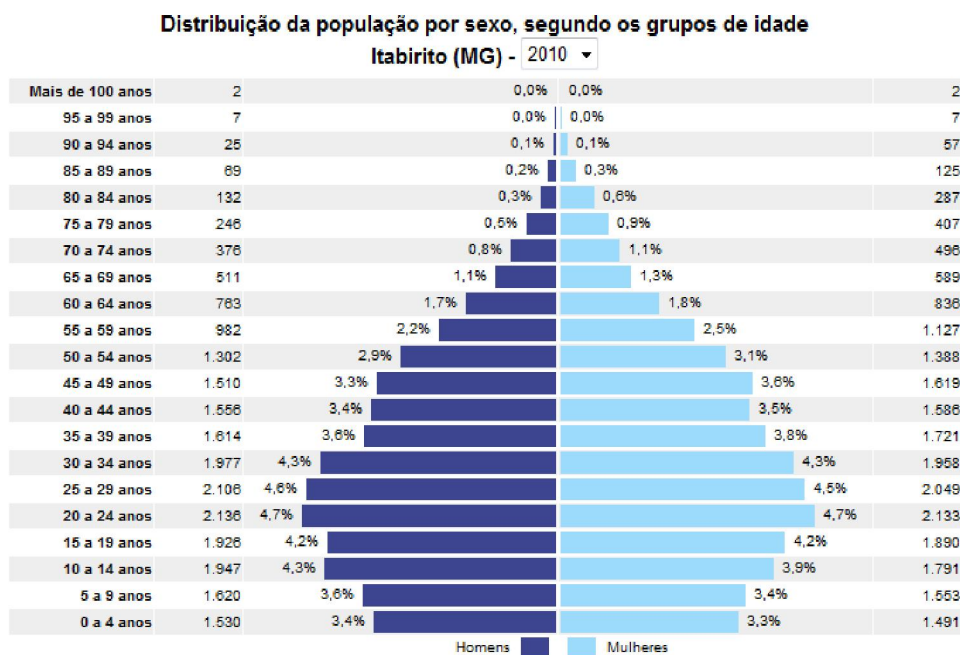


Figura 2 – Pirâmide etária no município de Itabirito – censo 2010

Fonte: IBGE (2010)

De acordo com Holanda (2003) foi possível identificar problemas e limitações em ambos os municípios. As respectivas Prefeituras não possuem PPI (Participação de Procedimento Individual), uma parceria realizada entre Prefeituras através de reuniões entre os Secretários Municipais de Saúde. Ambos os municípios não possuem convênio com as Prefeituras circunvizinhas para atendimento de possíveis habitantes residentes em outros municípios e que necessitem do serviço odontológico.

A população de idosos usuários do Serviço de Saúde Bucal circunscreve-se aos próprios habitantes de cada município pesquisados. Não há registros de usuários egressos de municípios vizinhos, pois os municípios de Itabirito e Nova Lima não possuem PPI. No momento da inscrição para atendimento, o usuário deve apresentar comprovante de endereço de residência no município.. Há de ser ressaltado que os indivíduos não residentes nos referidos municípios e que necessitem de algum tipo de emergência odontológica podem procurar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuam serviço odontológico, os mesmos serão prontamente atendidos.

Na pesquisa foram obtidas informações úteis e através destas foram também identificadas limitações (HOLANDA, 2003). O serviço odontológico de Itabirito limitou-se a informar a divisão por sexo: há 70% de idosos do sexo feminino e 30% de idosos do sexo masculino em situação de atendimento odontológico. Por outro lado, o serviço do município de Nova Lima referiu-se apenas à procedência da População idosa atendida, informando que 100% são advindos da população urbana, pois o município não possui zona rural.

Segundo Andrade (2008) a avaliação de política pública pode ser analisada por desempenho e no caso específico dos municípios ora pesquisados, a população idosa para qual o universo real do Programa Brasil Sorridente está voltado, foi beneficiada com tais ações em sua totalidade. Dentre a totalidade dos diversos grupos etários da população atendida, o município de Itabirito alcança o percentual de 12,65% dos idosos, sendo que o município de Nova Lima aponta o patamar de 15,62%.

Na pesquisa foram encontrados dados que possibilitaram a avaliação da política através da maximização dos fins alcançados (HOLANDA 2003). Ambos os municípios divergiram quanto ao quesito: “ gastam verba própria com serviços odontológicos prestados junto aos idosos?” A Prefeitura de Itabirito informa que os recursos para a manutenção deste setor são advindos da verba repassada pelo Ministério da Saúde, órgão que gerencia o Programa Brasil Sorridente, pois possuem laboratório de prótese dental, e o Ministério da Saúde repassa uma verba mensal extra para os municípios que possuem tal laboratório. A Prefeitura de Nova Lima informa investir verba própria com serviço de prótese dentária (próteses totais e parciais) fornecidas aos idosos, pois o município não possui o laboratório de prótese dental, sendo que o Ministério da Saúde não repassa a verba destinada a cobrir os custos com tais próteses.

Sobre a importância do Programa Brasil Sorridente nas ações de Saúde Bucal nas referidas Prefeituras, o serviço do município de Itabirito relatou que permitiu uma integralidade do atendimento odontológico, desde a atenção básica até as especificidades. Por sua vez o município de Nova Lima considera que a importância fundamental do Programa Brasil Sorridente assentou-se no fato de que possibilitou ao município o atendimento de um número maior de pacientes, inclusive os idosos. O processo de avaliação do Programa Brasil Sorridente por parte dos gestores foi uma avaliação relevante (útil) (ARRETCHE, 2002).

Na pesquisa foram obtidas informações que possibilitam avaliar as ações como de impacto (ANDRADE, 2008). Explicitando, em maiores detalhes, os gestores de saúde bucal do município de Itabirito têm uma percepção primordialmente satisfatória sobre os impactos do Programa Brasil Sorridente. O serviço odontológico municipal pôde oferecer uma gama de serviços odontológicos antes inexistentes aos idosos, como periodontia, endodontia, cirurgias, confecção de próteses, além de extrações, restaurações e remoção de tártaro.

4.2 Análise da percepção dos usuários do serviço odontológico municipal

Observou-se por parte do pesquisador que os usuários do serviço odontológico são compostos por pessoas advindas de classes sócio econômicas menos favorecidas.

O Programa Brasil Sorridente em ambos os municípios obteve uma avaliação legitimada pelos usuários, pois através da entrevista com os idosos estes puderam manifestar suas opiniões sobre os serviços ofertados por este programa (REDE ODM, 2010). Nos resultados obtidos juntos aos idosos entrevistados que estão ou já fizeram tratamento odontológico no CEO (Centro de Especialidade Odontológicas) ou UBS (Unidade Básica de Saúde) de ambos os municípios, houve um consenso amplo. Manifestaram satisfação quanto ao serviço ofertado, quanto ao atendimento dos profissionais envolvidos e compreensão sobre a relativa lentidão da fila de espera em relação às próteses, principalmente em Nova Lima, pelo fato de haver poucos dentistas (dois) para atender a uma grande demanda, cuja maior procura é com relação às próteses. O município de Itabirito confecciona próteses totais removíveis e em Nova Lima, além das próteses totais removíveis, o serviço odontológico municipal confecciona também próteses parciais removíveis.

Segue algumas frases ditas pelos usuários no momento da entrevista.

“ Procurei o dentista da Prefeitura porque a minha dentadura quebrou. ”

“ Fui muito bem atendida pela dentista. ”

“ A fila demora muito porque só tem dois dentistas que fazem dentadura. ”

4.3 Análise das providências tomadas pelas Prefeituras.

Constatou-se a partir da pesquisa que o Programa Brasil Sorridente foi uma política relevante (útil), visto que os idosos foram beneficiados (ARRETCHE, 2002). Em ambos os municípios, o serviço municipal de Saúde Bucal tem conseguido atender

a totalidade de idosos que buscam este serviço. Entretanto faz-se necessário assinalar a lentidão ainda vigente em relação às filas de espera, particularmente no caso das próteses dentárias. A rede municipal de Itabirito e Nova Lima está realizando eficazmente o atendimento do fluxo de demanda que lá ocorre à procura de atendimento odontológico.

Na pesquisa foram identificadas potencialidades que podem ser aprimoradas (HOLANDA, 2003). Ambos os municípios pesquisados informaram que todas as ações em Saúde Bucal voltadas para a população idosa realizadas na atualidade estavam previstas no orçamento público municipal, mas não foi informado o valor que era destinado aos idosos e nem o percentual gasto em relação à Saúde Bucal total, nem em relação aos gastos com a saúde total. Enquanto o município de Nova Lima cita genericamente estas ações como preventivas e curativas, o município de Itabirito refere-se a exames de prevenção de câncer bucal.

As respectivas Prefeituras não foram contempladas com o sorteio para participarem do SB Brasil 2010, por este motivo a política de saúde bucal do idoso não possibilita uma avaliação por processo (ANDRADE, 2008). A questão relativa sobre a fase na qual se encontra a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (que consiste em um amplo levantamento estatístico sobre as condições de Saúde Bucal da população brasileira, que objetiva inclusive subsidiar políticas públicas na área) nos municípios pesquisados, foi justificada. O município de Itabirito afirma não ter sido até o momento contemplado em sorteio para participação na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o município de Nova Lima argumenta que há quase uma década, no ano de 2002, foi objeto do sorteio, mas com a passagem do tempo os dados estão defasados.

A pesquisa detectou que o Programa Brasil Sorridente pôde ser analisado como uma política pública de impacto (ANDRADE, 2008). Antes da implantação do programa o atendimento odontológico público no município de Itabirito era voltado exclusivamente para os escolares (até 12 anos). Em 2006, com a implantação do Programa Brasil Sorridente, foram criadas as Unidades de Saúde Bucal (USB) nos bairros onde são atendidas pessoas de todas as idades, havendo

atendimento eletivo e emergencial à atenção primária. Com a implantação do CEO, o município de Itabirito passou a realizar os atendimentos da atenção secundária, nos quais o paciente deve ser encaminhado pela USB e permanecer em fila de espera para iniciar o tratamento.

Em relação às próteses dentárias, detectou-se que no município de Itabirito houve limitações para esta ação do Programa Brasil Sorridente (HOLANDA, 2003). Há de ser ressaltado que Itabirito realiza apenas próteses totais removíveis (dentadura) e não confecciona as próteses parciais removíveis (roach). No caso de próteses removíveis, o CEO confecciona um tipo de prótese removível provisória que abrange apenas os dentes anteriores superiores.

Foi possível observar que o município de Nova Lima, apesar de uma pequena demora, nas UBS a avaliação do programa foi tida como oportuna (realizada em tempo hábil) (ARRETCHE, 2002). A resolutividade (período de tempo desde a inscrição para tratamento odontológico até ao atendimento do paciente) para os serviços odontológicos ofertados pela Prefeitura para os idosos na maioria dos postos de saúde, UBS (Unidade Básica de Saúde), é de cerca de dois meses (QUADRO 4), ou seja o paciente, faz a sua inscrição e após este período de espera o mesmo inicia o tratamento básico, restaurações simples, extrações e remoção de tártaro. Quando são detectados outros procedimentos a serem executados e não realizados nos postos de saúde, ou seja, procedimentos de periodontia, endodontia, cirurgia e prótese, sendo encaminhados ao CEO, existindo uma fila de espera.

Quadro 4 - * Resolutividade de serviços nas USBs de Itabirito e Nova Lima

Procedimento	Itabirito	Nova Lima
Restaurações	2 meses	2 meses
Extrações	2 meses	2 meses
Tartarectomia	2 meses	2 meses

Fonte: Prefeitura Municipal de Itabirito e Nova Lima (jan/2011) – Gestores de Saúde bucal.

* Período de tempo da inscrição para tratamento até ao atendimento do paciente.

Observou-se em Nova Lima, que em relação à resolutividade da Prótese Total e/ou Parcial, a avaliação por desempenho ficou bem abaixo do esperado (ANDRADE, 2008). A demora no atendimento para confecção das próteses (totais e parciais), cerca de quatro anos (QUADRO 5), se torna o grande problema quanto à saúde bucal dos idosos no município, visto que os idosos normalmente apresentam ausência de dentes, muitas vezes por perdas naturais que são inerentes aos idosos. Talvez este fato aconteça em decorrência do município não possuir laboratório de prótese dental, sendo que os serviços são terceirizados e atualmente realizados em um laboratório de prótese dental de Belo Horizonte, podendo às vezes ocorrer atraso na entrega das respectivas próteses. Se houvesse o laboratório de prótese no CEO de Nova Lima, algum problema que fosse detectado em alguma das consultas durante a confecção da prótese, dependendo do problema apresentado, o mesmo às vezes poderia ser solucionado pela presença do protético no CEO, evitando assim um número maior de consultas até à entrega da prótese ao paciente e conseqüentemente a espera na fila seria menor.

Quadro 5 - Resolutividade de Especialidades - CEO de Itabirito e Nova Lima

Especialidade	Itabirito	Nova Lima
Endodontia (canal)	9 meses	11 meses
Periodontia (gengiva)	sem fila de espera	8 meses
Cirurgia	sem fila de espera	1 ano e 2 meses
Ortodontia	apenas crianças	apenas crianças
Prótese (total e parcial)	2 anos	4 anos

Fonte: Prefeitura Municipal de Itabirito e Nova Lima (jan/2011) – Gestores de Saúde Bucal.

Observou-se que alguns ajustes foram feitos com o intuito de melhorar o desempenho do Programa em relação aos idosos com necessidades especiais (AMORIM & REOLON, 2009). Há de ser ressaltado que a demora no atendimento não é seguida rigorosamente, pois quando o dentista que atendeu o idoso percebe

que o mesmo possui alguma complicação sistêmica e principalmente quando o mesmo já está em tratamento, o idoso é encaminhado para o respectivo tratamento sem a necessidade de ficar na fila de espera. Pacientes que apresentem alguma complicação detectada por algum médico da Prefeitura e por solicitação dos mesmos são prontamente atendidos e priorizados dentro do protocolo de atendimento. São enquadrados neste item, os pacientes especiais: acamados, portadores de Mal de Parkinson, fobias, complicações sistêmicas (diabete, cardiopatias graves), AVC e paralisia cerebral; sendo que alguns destes procedimentos são realizados a nível hospitalar.

Uma avaliação pode ser externa, Andrade (2008) e o pesquisador, por não fazer parte dos avaliadores do Programa, pôde averiguar através da análise de dados e fatos apurados durante a pesquisa que, Itabirito apresentou uma maior evolução no que concerne à atenção da Saúde Bucal do idoso, visto que antes da adesão do município ao Programa Brasil Sorridente, o serviço odontológico municipal ofertado à população em geral era muito precário ou inexistente, principalmente aos idosos que precisam principalmente de próteses dentárias. Com a implantação do Programa Brasil Sorridente, o município instalou primeiramente as Unidades de Saúde Bucal (USB), onde a população passou a ter acesso a serviços de atenção primária odontológica (restaurações simples, extrações e tartarectomia), inclusive os idosos. Com a implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), os serviços da atenção secundária passaram a ser realizados, principalmente no caso da prótese dentária. Há de ser ressaltado que o município de Itabirito possui uma profissional especialista em Atenção a Pacientes com Necessidades Especiais, sendo que muitos idosos necessitam de tal especialidade. Quanto ao município de Nova Lima, este oferecia todos os serviços de Saúde Bucal, tanto os da atenção primária quanto da secundária, porém os pacientes tinham que pagar pelo serviço e por isso não havia demanda e conseqüentemente fila de espera, pois a maioria dos pacientes não possuía condições financeiras para arcarem com o tratamento.

4.4 Melhorias identificadas, preventivas e curativas

Nas ações executadas pelas Prefeituras foi identificada a necessidade de haver ajustes nestas ações com o intuito de se alcançar objetivos previstos (AMORIM & REOLON, 2009). Como na odontologia dita moderna há cada vez mais uma ênfase crescente nos aspectos preventivos, apurou-se quanto a esta questão diferenças significativas. Para o município de Nova Lima registra-se que a totalidade de idosos atendidos recebe simultaneamente atendimento curativo e preventivo. Em relação ao município de Itabirito, dentre a população idosa usuária há os que são beneficiados com atendimento curativo, somando o percentual de 32%. Curiosamente, um elevado percentual, 68%, recebe o atendimento preventivo somente.

As ações voltadas para a Saúde Bucal dos idosos no CEO de Itabirito podem ser avaliadas como eficientes, pois foi uma política relevante (útil), realizada em tempo hábil (oportuna), utilizou critérios justos e apropriados (ética) e com procedimentos adequados (precisa) (ARRETCHE, 2002). O CEO de Itabirito possui um dentista que atende aos pacientes com necessidades especiais, onde frequentemente se enquadra o caso dos idosos que possuem algum tipo de doença sistêmica, como cardiopatias graves, diabetes, Mal de Parkinson entre outras. Nestes casos os idosos não necessitam de ficar na lista de espera, são referenciados para o CEO e possuem um dia específico para o atendimento dos mesmos, o chamado Dia do Idoso. Esse atendimento muitas vezes é realizado concomitante com outros profissionais da área da saúde como médicos clínicos, cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, neurologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos. São agendados retornos para os pacientes, principalmente os mais fragilizados. Alguns idosos têm a necessidade de serem adequados para o atendimento, às vezes há a necessidade de uso de ansiolíticos ou sedação química para uma maior eficácia do atendimento, mas todos estes procedimentos são realizados com muito critério, verificando a interação medicamentosa e contra indicações para o paciente. Em outros pacientes são necessários pré-medicação, de acordo com fatores sistêmicos, podendo ser uso de antibióticos e às vezes interromper a medicação do paciente como anticoagulante

em caso de cirurgias, mas com acordo do médico.

O Programa Brasil Sorridente foi considerado uma política pública relevante (útil) em relação aos idosos asilados em Itabirito (ARRETCHE, 2002). Itabirito possui apenas um asilo beneficente que é da Sociedade São Vicente de Paula. Neste asilo estão institucionalizados vinte e nove idosos que no ano de 2010 foram todos atendidos pelo CEO. Foram realizados tratamentos clínicos, confecção de próteses ou troca das mesmas para aqueles que necessitavam.

As ações para os idosos asilados em Nova Lima foram avaliadas como política ética, pois foram usados critérios justos e apropriados (ARRETCHE, 2002). O município de Nova Lima possui apenas um asilo filantrópico, administrado pela Sociedade São Vicente de Paula, com trinta e nove idosos e os mesmos são regularmente atendidos. São realizados tratamentos de atenção primária (restaurações simples, extrações e remoção de tártaro) e de atenção secundária (demais tratamentos, especialmente as próteses totais e próteses parciais).

A pesquisa constatou que em relação à prevenção do câncer bucal em idosos no município de Nova Lima, esta ação foi tida como útil (política relevante), oportuna (realizada em tempo hábil) e precisa (procedimentos adequados) (ARRETCHE, 2002). Quando são descobertas lesões suspeitas de câncer, lesões cancerosas ou pré-cancerosas em pacientes que estão em tratamento seja nas UBS ou CEO, os mesmos são prontamente encaminhados para realização de biopsia e sendo diagnosticado como câncer bucal, o paciente é encaminhado à rede hospitalar pública para que haja tratamento adequado. Ações com o intuito de se detectar lesões cancerosas são realizadas durante a campanha de vacinação anti-gripal dos idosos no município, entretanto na última vacinação ocorrida em 2010 apenas 10 idosos se interessaram pelo exame de mucosa oral, sendo que o interesse maior foi por exame de pressão arterial e taxa de glicose.

CONCLUSÃO

Esta Dissertação teve como objetivo principal detectar as melhorias ocorridas a partir das políticas públicas de Saúde Bucal, preventivas e curativas, voltadas para os idosos nos municípios de Itabirito e Nova Lima após o ano de 2004, quando foi lançado o Programa Brasil Sorridente.

Para atingir este objetivo foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre políticas públicas e uma pesquisa de campo nas cidades de Itabirito e Nova Lima.

Limitações da Pesquisa

A apreciação dos impactos de um Programa relativamente recente (ano de 2004) apresentou dificuldades singulares. Dificuldades para maior precisão e acuidade na avaliação do grau de evolução do Programa, referem-se à falta de dados por parte dos gestores para prestar informações.

As perguntas feitas aos usuários nas entrevistas não possuíam nenhum tipo de escala sendo este um fator limitante da pesquisa.

.Os principais resultados encontrados:

O Programa Brasil Sorridente tem sido favorável para a população idosa do município de Itabirito.

O município de Itabirito pôde, a partir do Programa, implantar as Unidades de Saúde Bucal onde a população idosa pôde ser contemplada com atendimento. Anteriormente ao ano de 2006, quando ocorreu a adesão do município ao Programa Brasil Sorridente, inexistia atendimento odontológico voltado para o idoso no município, demonstrando que a população idosa estava desassistida.

Com a adesão de Nova Lima ao Programa Brasil Sorridente em 2006, o município passou a receber a verba repassada pelo Ministério da Saúde, minimizando o ônus do município em relação à assistência odontológica. À população, inclusive idosa, o município já ofertava todas as especialidades odontológicas antes da implementação do Programa Brasil Sorridente. Portanto, apenas a Prefeitura obteve um impacto positivo, pelos motivos acima descritos. Para a população usuária o Programa não apresentou nenhum impacto uma vez que a população encontrava-se já assistida.

Em relação ao princípio universal que basicamente rege as políticas públicas de saúde, neste caso significando acessibilidade ao Serviço Municipal em Saúde Bucal, verificou-se que ambos os municípios atendem 100% dos pacientes idosos que procuram o serviço. Há de ser ressaltado que embora haja uma fila de espera para atendimento, principalmente para as próteses, todos os pacientes são atendidos.

Dados recentes do IBOPE (2011) (QUADRO 6, p. 94 e QUADRO 7, p. 95) demonstram que os idosos considerados pobres no Brasil estão na faixa de 18,2%. Como o universo real do Programa Brasil Sorridente está voltado para as classes com menos recursos financeiros, os percentuais de idosos que buscam atendimento em Saúde Bucal, 15,62% em Nova Lima e 12,65 % em Itabirito, estão dentro do percentual de idosos que são considerados pobres. Estes percentuais foram baseados em dados fornecidos pelos Gestores de Saúde Bucal dos municípios.

86% em média de idosos dos municípios pesquisados que virtualmente possuem acesso aos serviços em Saúde Bucal, não o fazem. Partindo do princípio da universalidade do SUS, este percentual é extremamente elevado, porém como foi dito no parágrafo anterior, os 14% restantes em média estão dentro do universo real do Programa Brasil Sorridente que está voltado para as classes D e E. Segundo o IBOPE (2011) estas são as classes consideradas pobres.

Devem ser ressaltados os fatores sócio-geográficos-econômicos. Há no município de Nova Lima fortes discrepâncias entre seus assentamentos populacionais. Bairros, condomínios e áreas em geral que compõem o município possuem perfil sócio-econômico bastante diverso. Idosos residentes em assentamentos urbanos pertencentes ao município com maior poder aquisitivo, podem buscar serviços particulares em Saúde Bucal.

O município de Itabirito parece ser mais homogêneo em termos sócio-econômicos, embora não haja dados sobre este assunto. Por outro lado, a maior homogeneidade econômica de Itabirito apresenta um percentual de 12,65 % de idosos que procuram o serviço odontológico municipal.

Sobre idosos de municípios vizinhos utilizando serviços em Saúde Bucal nos municípios pesquisados, não há registros, pois é exigido do paciente comprovante de residência no município.

Entretanto, observou-se um aspecto ambivalente sobre a efetividade do Programa Brasil Sorridente em relação à questão da universalidade nos municípios pesquisados; se por um lado todos os idosos que procuram pelo serviço são atendidos, há um alto percentual de habitantes idosos, 87,35% em Itabirito e 84,38% em Nova Lima que não procuram pelo serviço. Porém estes representam o contingente dos mais favorecidos economicamente.

A porcentagem dos idosos que procuram o serviço odontológico municipal ficou abaixo do número de idosos considerados pobres no Brasil que é de 18,2%. Em Nova Lima o percentual alcançou 15,62% e 12,65% em Itabirito. É possível que estes percentuais sejam em decorrência do desconhecimento por parte da população do oferecimento do serviço odontológico, pela fila de espera ou por desinteresse dos mesmos pelo atendimento odontológico.

Apesar de ambos os municípios não possuírem uma política de Saúde Bucal específica voltada para os idosos, o município de Itabirito possui o Dia do Idoso para atendimento em Saúde Bucal.

Ambos os municípios oferecem atendimento curativo e preventivo aos idosos, com destaque para o município de Itabirito que alcançou um percentual mais alto em relação ao aspecto de prevenção.

Ambos os municípios desenvolvem ações direcionadas a eventuais necessidades especiais dos idosos, trabalham com equipes multidisciplinares. Pacientes com doenças crônicas recebem atendimento conjunto entre profissionais médicos e profissionais odontólogos, atuando no atendimento dos idosos institucionalizados nos asilos municipais.

Em ambos os municípios há uma fila de espera para quase todos os serviços odontológicos disponíveis aos idosos. Constatou-se que a fila de espera é maior para próteses, sendo este o ponto crítico do atendimento ao idoso, visto que é nesta faixa etária que ocorre a maior perda dentária do ser humano. De todos os serviços odontológicos disponibilizados aos idosos é o serviço de próteses que possui o maior número de idosos inscritos.

Embora os serviços executados em Saúde Bucal sejam de muito bom nível nos dois municípios, a demora para alguns procedimentos compromete a Resolutividade.

A resolutividade em relação às próteses é o maior problema enfrentado pelo serviço odontológico de Itabirito. A demora é pelo fato de existir uma demanda maior, alguns pacientes dirigem-se para a confecção das primeiras próteses e outros apenas para troca das mesmas. Existem alguns idosos que se inscrevem na fila apenas para a troca da prótese, apesar da atual estar em boas condições de uso, seja funcionalmente ou esteticamente. Como o CEO de Itabirito possui laboratório de prótese dental, caso ocorra algum problema no decorrer da confecção e dependendo do problema apresentado, o protético consegue resolver o problema de imediato, fazendo com que o paciente não precise comparecer a mais consultas. A entrega da prótese ocorre em um número menor de consultas, agilizando assim a fila de espera.

Nas especialidades de periodontia, cirurgia e prótese é onde ocorre uma demanda

maior pelos idosos, isto em decorrência da maioria dos idosos apresentarem doenças crônicas, podendo aumentar o aparecimento de doença periodontal e conseqüentemente as perdas dentárias, fato este que aumenta a necessidade do uso de próteses.

Conclui-se, em linhas gerais, que o Programa Brasil Sorridente trouxe impactos positivos nos municípios pesquisados, mas há necessidade de ajustes visando sua otimização.

Dados analisados revelam que em ambos os municípios a ênfase maior é para o atendimento das crianças até 12 anos, onde existem ações marcadamente de ordem preventiva, com o intuito de se conseguir o índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No dia 28 de dezembro de 2010, o então Ministro da Saúde José Gomes Temporão anunciou que o Brasil foi incluído no grupo de países com o índice CPOD compatível com o preconizado pela OMS. O índice CPOD atingido pelo Brasil foi de 2,1.

Com os dados obtidos no SB Brasil 2010, o Ministério da Saúde poderá fazer uma avaliação precisa para subsidiar o Programa Brasil Sorridente.

Contribuições da pesquisa

O pesquisador recebeu um convite do gestor de saúde bucal de Nova Lima para auxiliar o serviço odontológico da Prefeitura na elaboração de uma Política Pública de Saúde Bucal voltada para os idosos no município. Este indicador é bastante positivo, mostrando o interesse da prefeitura na melhoria das suas políticas públicas.

Oferecer à comunidade científica dados antes inexistentes sobre as ações do Programa Brasil Sorridente nos municípios pesquisados.

Para o autor desta Dissertação possibilitou o conhecimento mais profundo de políticas públicas no Brasil, principalmente em relação ao Programa Brasil

Sorridente.

Sugestões para futuras pesquisas

Em pesquisas futuras, os dados obtidos no presente trabalho podem ser aprimorados e analisados para a averiguação de melhorias na política de Saúde Bucal do idoso.

Sugere-se que tais pesquisas sejam realizadas em outros municípios para que os resultados aferidos possam ser cotejados. O Programa Brasil Sorridente como política pública, tendo sua abrangência em todo território nacional, possivelmente apresenta marcantes diferenças quanto ao seu funcionamento em cada município brasileiro, tendo em vista diferenças regionais, culturais, sócio-econômicas e políticas de cada região. Novas pesquisas enfocando municípios brasileiros sob o prisma do Programa Brasil Sorridente possibilitariam um panorama mais completo sobre sua efetividade.

Nota-se que este segmento populacional vem despertando interesse crescente da sociedade em virtude da mudança de valores e progressiva conscientização sobre o papel do idoso no contexto social do país, não somente pelo crescimento numérico de idosos, modificando o perfil etário do Brasil, mas sobretudo em função da dignidade, qualidade de vida e humanização. Devam ser realizadas pesquisas enfocando mais detalhadamente o usuário idoso do Programa Brasil Sorridente quanto às suas expectativas, a extensão de sua compreensão sobre Saúde Bucal como parte da saúde integral e sua motivação para cuidados pessoais em higiene oral.

Avanços tecnológicos isoladamente não podem sustentar a construção e desenvolvimento de uma sociedade; há que se pensar na população idosa, destinar políticas públicas bem elaboradas e afinadas às suas reais necessidades. Entretanto são de fundamental importância avaliações contínuas e sistemáticas, visando o aprimoramento e otimização de tais políticas.

Trabalhos futuros devem ser direcionados à Saúde Bucal do idoso para que sejam analisados o Programa Brasil Sorridente e seus desdobramentos na prática.

REFERÊNCIAS.

ABEP – associação brasileira de empresas de pesquisa. **CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL**. (2011). Disponível em: <<http://www.abep.org/>>. Acesso em: 08 jun. 2011.

ADAMS, Telmo. **O Desafio das Políticas Públicas no Brasil**. Escola de Formação Fé, Política e Trabalho, Diocese de Caxias do Sul, Out.2006. Disponível em: <<http://www.diocesedecaxias.org.br/documentos/odesafiodaspolicaspublicasnobrasil.doc>>. Acesso em: 06 out. 2010.

ALVES, Marcus. Política. *Procuradoria da República na Paraíba, Jun. 2010*. Disponível em: <www.pb1.com.br/.../justica-determina-prisao-de-ex-prefeito-paraibano-por-desvio-de-verbas-publicas>. Acesso em: 29 set. 2010.

AMORIM, Maria Salete Souza de; REOLON, Rodrigo. Gestão Governamental e Políticas Públicas Locais. *Revista Debates*, Porto Alegre, v.3, n.1, p. 126-140, jan.-jun. 2009.

ANDRADE, Bruna Maria Siqueira de; SEIXAS, Zélia de Albuquerque. Condição Mastigatória de Usuários de Protéses Totais. *International Journal of Dentistry*, Recife, 1(2), p. 48-51, abr./jun. 2006.

ANDRADE, Luis Aureliano Gama de. **Políticas públicas: avaliar é mais que preciso!** Espaço Público, set. 2008. Disponível em: <www.espacopublico.blog.br/?page_id=17>. Acesso em: 17 out. 2010.

ANTUNES, José Leopoldo ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.2, abr.2010; fev.2010.

ARRETCHE, Marta. **Avaliação de políticas públicas é objeto de Pesquisa**. Comciencia, SBPC/Labjor, out.2002.

BACELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças,tendências e desafios. In: SANTOS JUNIOR, O. A. (Org). **Políticas Públicas e Gestão Local**. Rio de Janeiro: FASE, 2006. Disponível em:<www4.fct.unesp.br/.../Texto1_politicas_publicas_no_br_TaniaBacelar.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2010.

BARRETO, Jovenita de Lima. **Qual o tratamento dispensado aos idosos no Brasil atual?** Salvador, Bahia, jan.2007. Disponível em:<www.artigos.com/.../idosos-no-brasil.../artigo>. Acesso em: 27 set. 2010.

BELLONI, Isaura; MAGALHÃES, Heitor de; SOUSA, Luzia Costa de. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleções Questões da Nossa Época).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento das condições da saúde bucal da população brasileira**. Brasília, 2010. Disponível em:<

dab.saude.gov.br/cnsb/outras_acoes.php>. Acesso em: 11 mar. 2011.

ODONTOSITES - Odontologia em um clique. **Brasil Sorridente**. (2009). Disponível em:< <http://www.odontosites.com.br>>. Acesso em: 29 jul. 2010.

BULGARELLI, Alexandre Fávero; MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier. Saúde Bucal do Idoso. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, Curitiba, v.2, n.4, p.319-326, abr./jun.2006.

CARVALHO, Ricardo Wathson Feitosa de; et al. Estudo da prevalência de fluorose dentária em Aracaju. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, jun.2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Norte de Minas ganha novo Centro de Especialidades Odontológicas**. Disponível em:< [cfo.org.br/.../norte-de-minas-ganha-novo-centro-de-especialidades-odontologicas](http://www.cfo.org.br/.../norte-de-minas-ganha-novo-centro-de-especialidades-odontologicas)>. Acesso em: 17 fev. 2011.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COLUSSI, Claudia Flemming; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5), p. 1313-1320, set./out. 2002.

COSTA, Israel Melo Damião da; MACIEL, Sonia Maria de Luna; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento por pacientes idosos em Campina Grande – PB. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife, 7 (4), p. 331- 335, out./dez. 2008.

CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva. Breves considerações sobre o conceito de políticas públicas e seu controle jurisdicional. **Revista Jus Navigandi**, ago. 2005. Disponível em: < <http://jus.uol.com.br/revista/texto/7254/breves-consideracoes-sobre-o-conceito-de-politicas-publicas-e-seu-controle-jurisdicional>>. Acesso em: 17.fev. 2011.

CRUZ, Vicente Vagner. **Repensando o Conceito de Políticas Públicas**. Artigonal diretório de artigos gratuitos. Disponível em:< <http://www.artigonal.com/politica-artigos/repensando-o-conceito-de-politicas-publicas-756674.html>>. Acesso em: 05 set. 2010.

CUPPARI, Romolo. **Brasil Sorridente – Parte 1**. Artigonal diretório de artigos gratuito, jul.2010. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/medicina-artigos/o-brasil-sorridente-parte-1-2848469.html>>. Acesso em: 06 set. 2010.

DUNKERSON, Joseli Alves. **Odontologia na terceira idade**. Medcenter.com Odontologia, set.1997.< www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=74>. Disponível em: Acesso em: 25 jul. 2010.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 12 (1): 47-71, jan./abr. 2004.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. **Políticas Públicas: Definição, Evolução e o Caso Brasileiro**, São Paulo: Paulus, 2007.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. Políticas Públicas e Direitos do Idoso: desafios da agenda social do Brasil Contemporâneo. *Revista de Ciência Política*, p.41-60, 2007.

FITZGERALD, James. *Assistência Farmacêutica ao Idoso, uma abordagem multiprofissional*. Jan. 2008. Disponível em:<www.nosrevista.com.br/.../o-contexto-da-saude-do-idoso-no-brasil>. Acesso em: 15 ago. 2010

FRARE, Stella Maris et al. Terceira Idade: Quais os Problemas Bucais Existentes? *Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas*, São Paulo: 51 (6), p. 576-6, nov./dez. 1997.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.21, p. 212-259, jun. 2000.

FUKS, Mario; PERISSINOTTO, Renato. Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.21 suppl. 60, fev. 2006.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Caderno CEDES*, Campinas, vol. 21, n.55, nov.2001.

HOLANDA, Antonio Nilson Craveiro. Avaliação de políticas públicas: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, PANAMÁ, 8. p. 28-31, out. 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - 2009. **IBGE: expectativa de vida no Brasil chega aos 72,8 anos**. Disponível em:<www.estadao.com.br/.../geral,ibge-expectativa-de-vida-no-brasil-chega-aos-728-anos,474856,0.htm>. Acesso em: 05 jun. 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em:<www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 31 jan. 2011.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o Estudo do SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8 n.2, jun. 2005.

LIMA, Humberto Sérgio Costa. Por uma política de saúde bucal. *Revista. Esp. Acad*, 2004.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson Ney; CALDAS, Ricardo Wahredorff. Políticas Públicas: conceitos e práticas. **Série Políticas Públicas**, Belo Horizonte, vol. 7 Sebrae/MG, 48p, 2008. Disponível em:<

www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/DowContador?>. Acesso em: 03 out. 2010.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Formulação e Avaliação de Políticas Públicas: conceitos, técnicas e indicadores.** In: SEMINÁRIO DE POLÍTICAS CULTURAIS: REFLEXÕES E AÇÕES, 4. Rio de Janeiro, 23-25 nov. 2009.

MARIN FILHO, Carlos José. **Concepção de Políticas Públicas – Definição, Viabilização e Execução.** URI – Univ. Reg. Int. Alto Urug. e Mis. Out. 2005

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima; BARRETO, Sandhi Maria; PORDEUS, Isabela Almeida. **Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo Multidimensional.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (2), p. 421-435, fev. 2009.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.18 suppl., jan. 2002.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches; CORRÊA, Maria Juliana Moura. **Proteção Social e Saúde do Trabalhador: contingências do sistema de mediações sociais e históricas.** *Revista de Políticas Públicas*, São Luis, v. 13, n. 1, p.55-63, jan./jun.2009.

MESAS, Arthur Eumann. **Cuidados com a Saúde Bucal do Idoso.** *Direito do Idoso. Artigos Doutrinários*, out. 2003. Disponível em:< direitodoidoso.braslink.com/.../artigo017.html>. Acesso em: 20 jun. 2010.

MONTENEGRO, Fernando Luiz Brunetti et AL. **A importância do bom funcionamento do sistema mastigatório para o processo digestivo dos idosos.** *Revista Kairós*, v.10, n.2, p.245-257, dez. 2007.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. **A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (6), p. 1665-1675, Nov./dez. 2005.

MOURA, Luciana Maia et AL. **Avaliação da Condição Periodontal em Pacientes Idosos.** *Revista Brasileira de Patologia Oral*, jul. 2004.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008 (Coleção Temas de Saúde).

NOVO, Ismael Marques. **Os dentes são o cartão de visitas das pessoas,** *Facto Jornalismo Empresarial*, 2010. Disponível em:< www.sissaude.com.br/sis/inicial.php?case=2&idnot>. Acesso em: 27 set. 2010.

OLIVEIRA, Denize Cristina de; SÁ, Celso Pereira de, et AL. **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (1), p. 197-206, jan. 2008.

OPAS. Carta de Intenções de Ottawa. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 27 jun 2010.

PAULUS JR, Aylton; CORDONI JR, Luis. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Diferenças no uso de serviços odonológicos entre estados no Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1), p. 141-148, 2006.

CAMARAGIBE. Prefeitura Municipal. 2009. CEO-Programa Brasil Sorridente. Disponível em:< <http://www.camaragibe.pe.gov.br/saude/ceo-programa-brasil-sorridente.html>>. Acesso em: 10 set. 2010.

SANTOS. Prefeitura Municipal. **Manual de Saúde do Idoso**. abr. 2003. Disponível em:<www.santos.sp.gov.br/saude/idoso.pdf>. Acesso em: 10 set. 2010.

PUCCA JR, Gilberto Alfredo. **A saúde bucal do idoso – Aspectos demográficos e epidemiológicos**. Disponível em: <www.portaleducacao.com.br/.../a-saude-bucal-do-idoso-aspectos-demograficos-e-epidemiologicos>. Acesso em: 29 set. 2010.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Rede ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Como avaliar Políticas Públicas e Programa Governamentais**. Disponível em: <redeodm.pbh.gov.br/index.php?>. Acesso em: 17 out. 2010.

RODRIGUES, Suely Maria; VARGAS, Andrea Maria Duarte; MOREIRA, Allyson Nogueira. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. *Ver. Cient. Facul. Ciênc. Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)*, v.01, n.12, 2004.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13 (4), p. 1127-1132, 2008

SANTOS, Cláudia; DAVI, Jordeana et al. Novo (?) Modelo Assistencial de Saúde. *Revista de Políticas Públicas*. São Luis, v. 12, n.1, p. 73-81, jan./jun. 2008.

SCHWARTZMAN, Simon. **Conclusão: políticas sociais e política da pobreza** Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2004.

SHARKANSKY, Ira. **Administração Pública. A formulação de políticas públicas nos órgãos governamentais**. FGV, Rio de Janeiro, 1974.

SILVA, Juliana Yassue Barbosa da, et al. Desigualdade em Saúde. *Revista Sul Brasileira de Odontologia*, v.6, n.4, dez.2009.

SILVA, Raimundo Paulino da. **Políticas públicas de saúde**. Webartigos fev.2009. Disponível em:< <http://www.webartigos.com/articles/14679/1/Politicass-Publicas-de-Saude/pagina1.html#ixzz11cqVNU2u>>. Acesso em: 06 out. 2010.

SILVA, Regina Célia dos Santos. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 215 p.

SILVEIRA NETO, Nicolau; LUFT, Luciele Raquel; TRENTIN, Micheline Sandini; SILVA, Soluete Oliveira da. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v.4, n.1, p. 48-56, jan./jun.2007.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, n.16, jul./dez. 2006.

SPOSITO, Marília Pontes; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, set./out./nov./dez. 2003.

STIGAR, Robson. **As Políticas Públicas no Brasil Face o Welfare State**. Webartigos, mai.2008. Disponível em:<[http://www.webartigos.com/articles/6159/1/As-Politiclas-Publicas-No-Brasil-Face-O-Welfare- State/pagina1.html#ixzz11O1i2c7](http://www.webartigos.com/articles/6159/1/As-Politiclas-Publicas-No-Brasil-Face-O-Welfare-State/pagina1.html#ixzz11O1i2c7)>. Acesso em: 08 out. 2010.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. AATR – BA, 2002.

TUDOGLOBAL. **Os idosos no Brasil**. Disponível em:<tudoglobal.com/melhoridade/30/os-idosos-no-brasil.htm>. Acesso em: 27 set. 2010.

UNIDAS. Aumento da Expectativa de Vida e Impactos nas Políticas de Saúde. CONGRESSO UNIDAS, 6. São Paulo, 13 nov. 2006. Disponível em:<www.unidas.org.br/institucional/arq.../congresso2006/.../01diniz.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2011.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Editora Atlas, 2005. 287p.

VOIGT, Carlos. O Repto da Proteção. Com Ciência: Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. In: **Políticas Públicas: proteção e emancipação**, nº35, set.2002.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim. **A Saúde Bucal no SUS: Uma perspectiva de mudança**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense jul.1994.

WHARTON. **Porque melhorar a qualidade de saúde no mundo é responsabilidade de todos**. University of Pennsylvania. nov.2009. Disponível em:<www.wharton.universia.net/index.cfm?fa>. Acesso em: 29 set. 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2ª ed.Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZALUAR, Alba. Exclusão e Políticas Públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, vol.12, n.35, fev.1997.

ANEXOS

Anexo 1

Tabela 1 – Porcentagem de idosos no Brasil – Censo 1900 a 2010

Censo	Nº de Habitantes	Nº de Idosos (60 anos ou mais)	% de Idosos
1900	17.438.434	558.029	3,2%
1920	30.635.605	1.286.695	4,2%
1940	41.236.315	1.690.688	4,1%
1950	51.944.397	2.181.660	4,2%
1960	70.119.071	3.295.593	4,7%
1970	94.501.554	4.819.576	5,1%
1980	119.002.206	7.259.134	6,1%
1991	146.825.475	11.305.561	7,7%
2000	169.872.854	14.609.060	8,6%
2010	190.732.694	22.887.912	12,0%

Fonte: IBGE (2010)

Anexo 2**Tabela 2 – Esperança de Vida no Brasil – 1900 - 2010**

Ano	Esperança de Vida
1900	33,7 anos
1910	34,1 anos
1920	34,5 anos
1930	36,5 anos
1940	41,5 anos
1950	45,5 anos
1960	55,9 anos
1970	57,1 anos
1980	63,0 anos
1990	66,9 anos
2000	70,4 anos
2010	73,2 anos

Fonte: IBGE (2010)

Anexo 3

Tabela 3 - Distribuição Relativa e Projeções da População por Grandes Grupos Etários - Brasil, 1940 a 2020

Censos	Grupos Etários (%)		
	Até 14 anos	15 a 64 anos	65 anos e mais
1940	42,6	55,0	2,4
1950	41,8	55,6	2,6
1960	42,7	54,6	2,7
1970	42,6	54,3	3,1
1980	38,2	57,8	4,0
1991	35,0	60,2	4,8
2000	29,6	64,6	5,8
2010	24,7	68,2	7,1
Projeções			
2020	20,4	70,3	9,3

Fonte: Fundação IBGE (2010) - Censos Demográficos de 1940 a 2010

Anexo 4

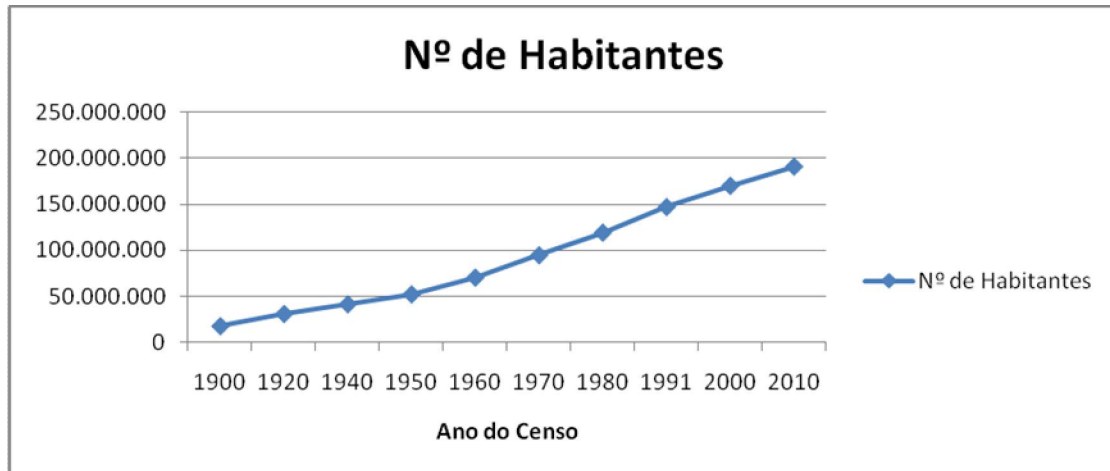


Gráfico 1 – Número de Habitantes Brasil – Censo 1900 a 2010

Fonte: IBGE (2010)

Não houve censos em 1910 e 1930 por problemas políticos.

Anexo 5

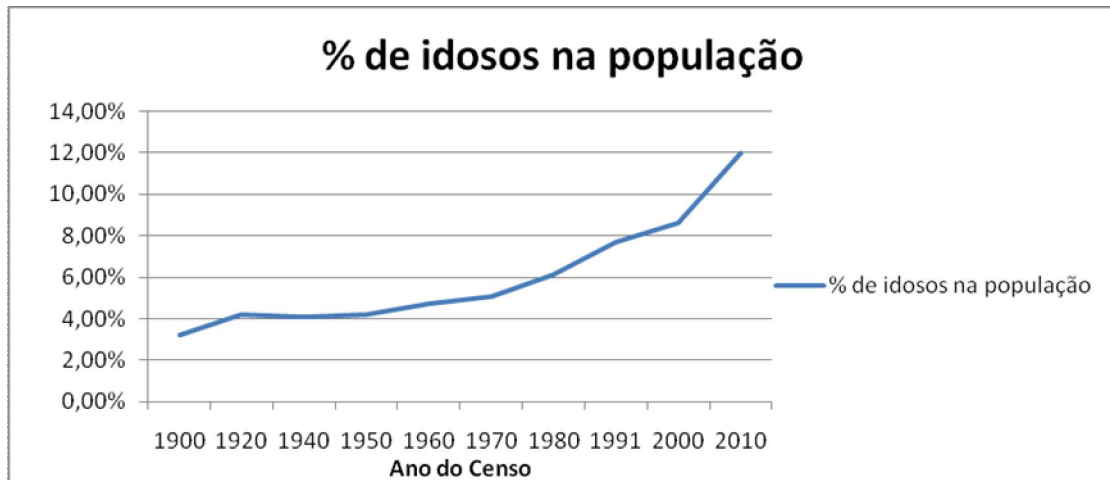


Gráfico 2 – Porcentagem de Idosos na população – Censo 1900 a 2010

Fonte: IBGE (2010)

Anexo 6

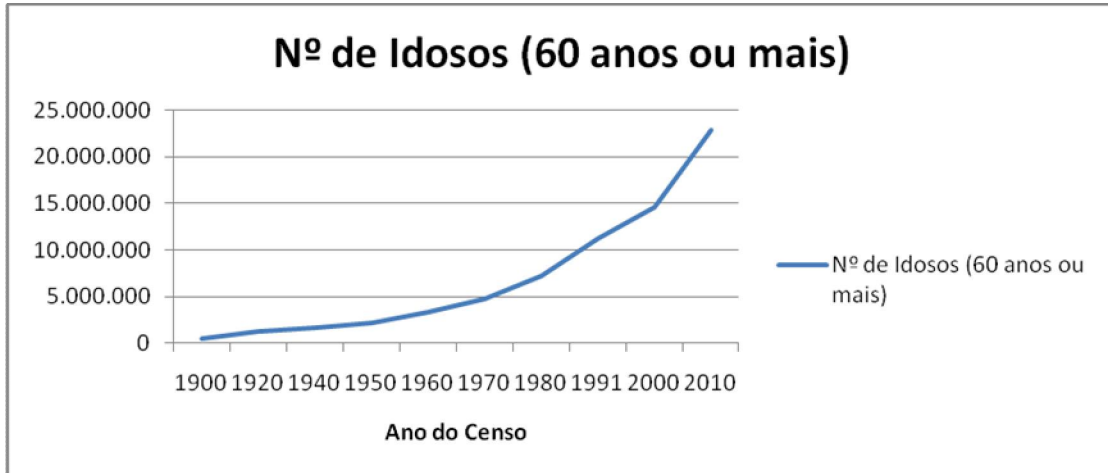


Gráfico 3 – Número de idosos no Brasil – Censo 1900 a 2010

Fonte: IBGE (2010)

Anexo 7

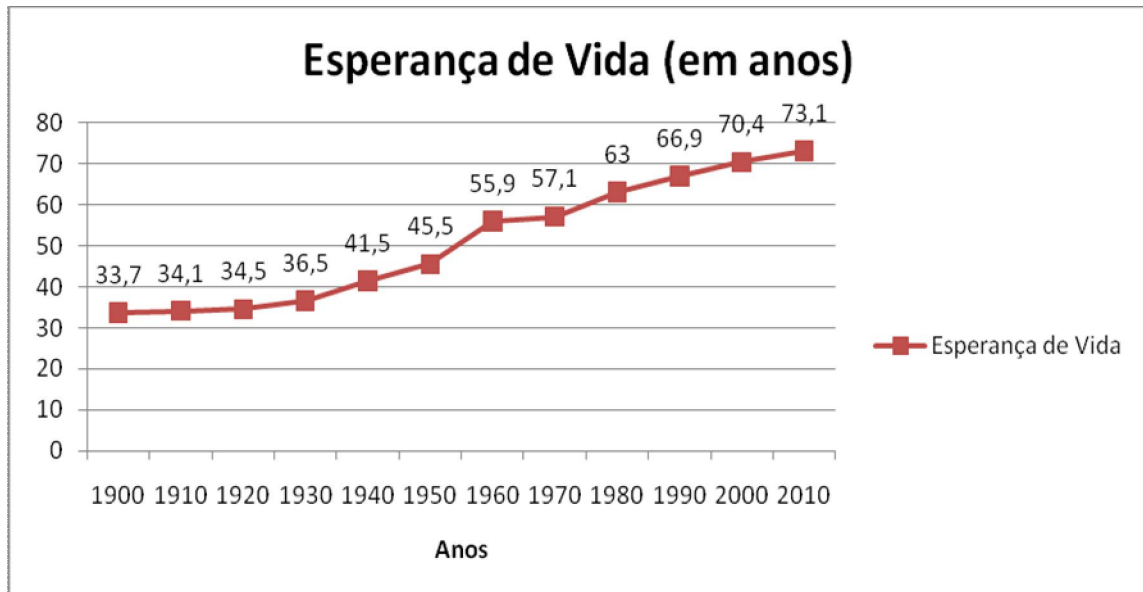


Gráfico 4 - Esperança de vida no Brasil – 1900 a 2010

Fonte: ONU (2010)

Anexo 8

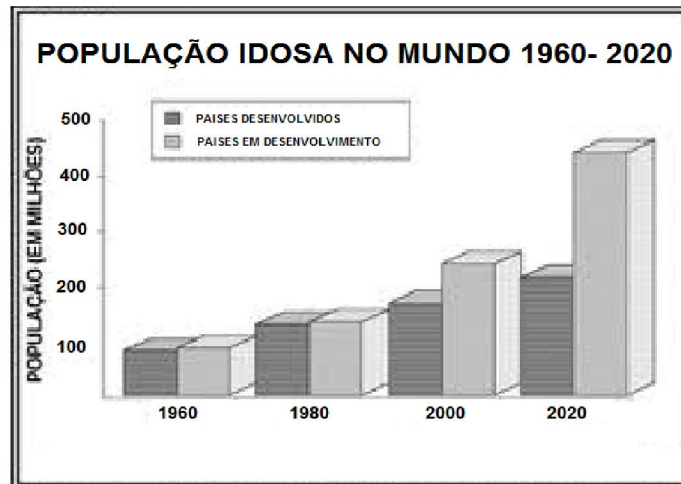


Figura 3 – POPULAÇÃO IDOSA NO MUNDO 1960-2020

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2010) - estimativa

Anexo 9

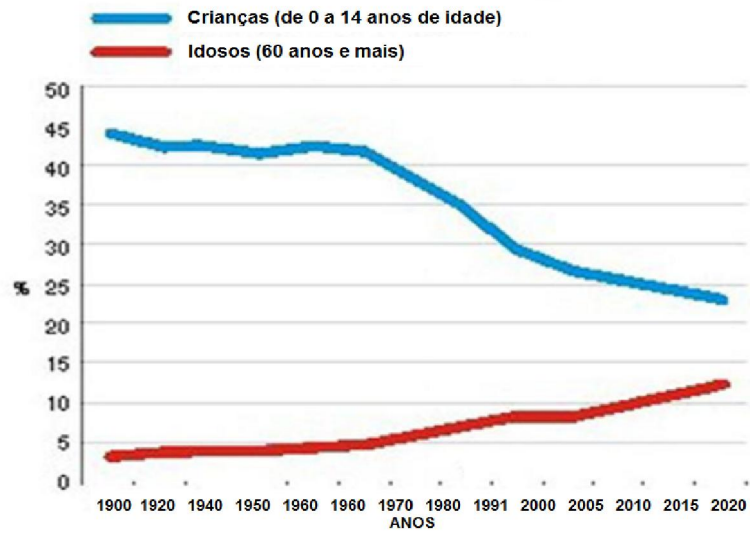


Figura 4 – PROPORÇÃO DE CRIANÇAS E DE IDOSOS NA POPULAÇÃO

TOTAL. – BRASIL, 1900 a 2020

Fonte: IBGE – Censos demográficos e projeções de população (2010).

Anexo 10

Quadro 6 - RENDA FAMILIAR POR CLASSE

CLASSE	PONTOS	RENDA MÉDIA FAMILIAR
A1	42 a 46	R\$ 11.480,00
A2	35 a 41	R\$ 8.295,00
B1	29 a 34	R\$ 4.754,00
B2	23 a 28	R\$ 2.656,00
C1	18 a 22	R\$ 1.459,00
C2	14 a 17	R\$ 962,00
D	8 a 13	R\$ 680,00
E	0 a 7	R\$ 415,00

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 –
Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE

Anexo 11

Quadro 7 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA 2009

	Gde	Gde	Gde	Gde	Gde	Gde	Gde	Gde	Gde	Total
Classe	FORT	REC	SALV	BH	RJ	SP	CUR	POA	DF	Brasil
A1	0,2%	0,6%	0,5%	0,6%	0,2%	0,4%	0,4%	0,2%	1,9%	0,5%
A2	2,3%	1,6%	2,3%	5,1%	3,0%	4,6%	6,2%	4,8%	7,2%	4,0%
B1	6,3%	4,6%	6,1%	7,8%	7,7%	11,0%	12,9%	9,4%	14,1%	9,1%
B2	8,7%	10,9%	13,4%	17,5%	18,9%	23,3%	23,5%	20,7%	22,0%	19,3%
C1	17,1%	17,9%	19,2%	25,8%	28,9%	28,0%	24,4%	27,0%	22,3%	25,6%
C2	28,5%	29,5%	33,1%	23,1%	23,8%	20,1%	18,7%	23,2%	19,8%	23,2%
D	31,8%	30,8%	23,3%	19,7%	17,2%	12,1%	13,2%	13,3%	12,6%	17,1%
E	5,1%	4,1%	2,2%	0,5%	0,3%	0,5%	0,9%	1,5%	0,3%	1,1%

Fonte: ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2011 – Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 - IBOPE

APÊNDICES

Apêndice 1

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Faculdades Pedro Leopoldo

Mestrado em Administração, área de concentração Políticas Públicas

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo conhecer quais as evoluções que ocorreram nas políticas públicas de Saúde Bucal do idoso em Itabirito e Nova Lima nos últimos 6 anos. Uma das etapas é o preenchimento dos dados referentes à sua identificação e da instituição (órgão gestor). A segunda etapa constitui-se de um questionário com perguntas a serem respondidas.

A presente pesquisa não apresenta nenhum risco para o indivíduo a ser entrevistado.

O questionário e as suas respostas serão mantidos em sigilo absoluto.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem penalização ou prejuízo. Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa entre em contato comigo pelo telefone (31) 3547 3286 ou (31) 9658 3135.

Eu _____
portador da CI nº _____, CPF _____,
estou a par dos termos do questionário que estou sendo submetido, dos quais estou informado e dou pleno consentimento de execução.

Assinatura do entrevistado.

_____, _____ de _____ de 20____

Apêndice 2

Questionário de Pesquisa

Gestor de Saúde Bucal de Itabirito

- 1- Número de idosos que efetivamente realizam tratamento odontológico no município de Itabirito. _____
- 2- Número de idosos que recebem tratamento odontológico curativo. _____
- 3- Número de idosos que recebem tratamento odontológico preventivo. _____
- 4- Número de idosos não residentes no município e atendidos pelo serviço odontológico da Prefeitura de Itabirito. _____
- 5- Percentual de idosos atendidos pelo serviço odontológico da Prefeitura de Itabirito, vindos de outros municípios pela proximidade deste serviço em relação ao município de origem. _____
- 6- A Prefeitura de Itabirito tem conseguido atender todos os idosos que procuram seus serviços odontológicos?.. _____
- 7- Na sua percepção, em relação ao serviço odontológico ofertado pela prefeitura de Itabirito, a maioria dos idosos está:
 - a) Muito satisfeito.
 - b) Mais ou menos satisfeito.
 - c) Pouco satisfeito.
 - d) Muito insatisfeito.Por que? _____

8- Levantamento por sexo, idade, procedência domiciliar urbana ou rural dos idosos atendidos pelo serviço odontológico da prefeitura de Itabirito.

9- Posição percentual da população idosa em relação às outras faixas etárias que são atendidas pelo serviço odontológico da prefeitura de Itabirito (crianças e adultos). _____

10-Ações odontológicas voltadas para os idosos estavam previstas dentro do orçamento?

a) Quantas? _____

b) Quais? _____

11-Qual a importância do Programa Brasil Sorridente nas ações de saúde bucal da Prefeitura de Itabirito? _____

12- A Prefeitura de Itabirito gasta verba própria com serviços odontológicos prestados junto aos idosos? _____

a) Quanto? _____

b) Qual a percentagem do total da saúde bucal? _____

c) Qual a percentagem do total da saúde? _____

13- As ações utilizadas para o atendimento odontológico dos idosos poderão servir de modelo para outras ações? _____

14-Em que fase está a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal no município de Itabirito? _____

Gestor de Saúde Bucal de Itabirito

Apêndice 3**QUESTIONÁRIO DE PESQUISA****Gestor de Saúde Bucal de Nova Lima**

- 1-Número de idosos que efetivamente realizam tratamento odontológico no município de Nova Lima. _____
- 2-Número de idosos que recebem tratamento odontológico curativo. _____
- 3- Número de idosos que recebem tratamento odontológico preventivo.
(objetiva- se verificar se há realmente atendimento preventivo). _____
- 4- Número de idosos não residentes no município e atendidos pelo serviço odontológico da Prefeitura de Nova Lima. _____
- 5- Percentual de idosos atendidos pelo serviço odontológico da Prefeitura de Nova Lima, vindos de outros municípios pela proximidade deste serviço em relação ao município de origem. _____
- 6- A Prefeitura de Nova Lima tem conseguido atender todos os idosos que procuram seus serviços odontológicos? _____
- 7- Na sua percepção, em relação ao serviço odontológico ofertado pela Prefeitura de Nova Lima, a maioria dos idosos está:
- a) Muito satisfeito.
 - b) Mais ou menos satisfeito.
 - c) Pouco satisfeito.
 - d) Muito insatisfeito.
- Por que?

- 8- Levantamento por sexo, idade, procedência domiciliar urbana ou rural dos idosos atendidos pelo serviço odontológico da Prefeitura de Nova Lima.

- 9- Posição percentual da população idosa em relação às outras faixas etárias que são atendidas pelo serviço odontológico da Prefeitura de Nova Lima (crianças e adultos). _____
- 10-Ações odontológicas voltadas para os idosos estavam previstas dentro do orçamento? _____
a) Quantas? _____
b) Quais? _____
- 11- Qual a importância do Programa Brasil Sorridente nas ações de Saúde Bucal da Prefeitura de Nova Lima? _____
- 12- A Prefeitura de Nova Lima gasta verba própria com serviços odontológicos prestados juntos aos idosos? _____
d) Quanto? _____
e) Qual a percentagem do total da saúde bucal? _____
f) Qual a percentagem do total da saúde? _____
- 13- As ações utilizadas para o atendimento odontológico dos idosos poderão servir de modelo para outras ações? _____
- 14- Em que fase está a pesquisa Nacional de Saúde Bucal no município de Nova Lima? _____

Gestor de Saúde Bucal de Nova Lima

Apêndice 4

Nova Lima, 04 de outubro de 2010

Exmº Sr Guilherme Woods

Secretário Municipal de Saúde de Itabirito

Venho através desta, solicitar junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itabirito, a autorização para a realização da pesquisa de campo de minha Dissertação de Mestrado junto ao CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) de Itabirito. A minha linha de pesquisa é na área de Políticas Públicas e a pesquisa será sobre Saúde Bucal voltada para o idoso.

No aguardo do seu pronunciamento, subscrevo-me

Atenciosamente

Fernando César Bernardes
Cirurgião-dentista CROMG 7625

Apêndice 5

Nova Lima, 03 de novembro de 2010

Exmº Sr Márcio Flávio Barbosa

Secretário Municipal de Saúde de Nova Lima

Venho através desta, solicitar junto à Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima, a autorização para a realização da pesquisa de campo de minha Dissertação de Mestrado junto ao Serviço Odontológico de Nova Lima. A minha linha de pesquisa é na área de Políticas Públicas e a pesquisa será sobre a Saúde Bucal voltada para o idoso.

No aguardo do seu pronunciamento, subscrevo-me

Atenciosamente

Fernando César Bernardes
Cirurgião-dentista CROMG 7625

Apêndice 6

DECLARAÇÃO

Eu, Fernando Cesar Bernardes, dentista, casado, carteira de identidade M 788 359, CPF 230 801 836 – 49, residente à Rua Esmeralda 1360, bairro Alphaville, município de Nova Lima, declaro junto à Secretaria Municipal de Saúde de Itabirito que, os dados odontológicos obtidos por mim junto à referida Secretaria para a pesquisa de campo de minha Dissertação de Mestrado, serão utilizados apenas para a pesquisa e que todo o material coletado durante a pesquisa e ao final da mesma ficará sobre a minha guarda.

As pessoas que terão acesso aos dados coletados durante a pesquisa serão: o pesquisador, Fernando Cesar Bernardes; o Orientador, Professor Luis Aureliano Gama de Andrade e a Co-orientadora, Professora Maria Celeste Reis Lobo de Vasconcelos, todos da Faculdade Pedro Leopoldo em Minas Gerais.

Após a análise de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Itabirito receberá uma cópia detalhada de todos os dados analisados. Uma vez que esses dados forem analisados e redigidos em forma de Dissertação, a mesma tornar-se-á pública.

Itabirito, 03 de janeiro de 201

Fernando Cesar Bernardes – CROMG 7625

Apêndice 7

DECLARAÇÃO

Eu, Fernando Cesar Bernardes, dentista, casado, carteira de identidade M 788 359, CPF 230 801 836 – 49, residente à Rua Esmeralda 1360, bairro Alphaville, município de Nova Lima, declaro junto à Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima que, os dados odontológicos obtidos por mim junto à referida Secretaria para a pesquisa de campo de minha Dissertação de Mestrado, serão utilizados apenas para a pesquisa e que todo o material coletado durante a pesquisa e ao final da mesma ficará sobre a minha guarda.

As pessoas que terão acesso aos dados coletados durante a pesquisa serão: o pesquisador, Fernando Cesar Bernardes; o Orientador, Professor Luis Aureliano Gama de Andrade e a Co-orientadora, Professora Maria Celeste Reis Lobo de Vasconcelos, todos da Faculdade Pedro Leopoldo em Minas Gerais.

Após a análise de dados, a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima receberá uma cópia detalhada de todos os dados analisados. Uma vez que esses dados forem analisados e redigidos em forma de Dissertação, a mesma tornar-se-á pública.

Nova Lima, 03 de janeiro de 2011.

Fernando Cesar Bernardes – CROMG 7625