

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Política nacional e contexto local: a Atenção à Saúde Bucal em municípios do estado do Ceará”

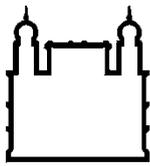
por

Liza Barreto Vieira

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Lourenço Tavares de Andrade

Fortaleza, outubro de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Política nacional e contexto local: a Atenção à Saúde Bucal em municípios do estado do Ceará”

apresentada por

Liza Barreto Vieira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias

Prof.^a Dr.^a Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Prof.^a Dr.^a Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado – Orientadora principal

Tese defendida e aprovada em 18 de outubro de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V657 Vieira, Liza Barreto
Política nacional e contexto local: a atenção à saúde bucal em
municípios do estado do Ceará / Liza Barreto Vieira– 2013.
228 f. : il.

Orientadora: Prof. Dra. Cristiani Vieira Machado
Coorientadora: Prof. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade

Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Fiocruz. Escola Nacional de
Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Saúde Bucal. 2. Política de saúde. 3. Atenção à Saúde-Ceará. 4.
Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22. Ed. – 617.601

Dedicatória

A Deus,
ao meu marido Moacir e a nossa filha Mariana,
aos meus pais, João Bosco e Leonice
e a minha irmã Ivana.

Agradecimentos

A Deus que me manteve em pé e me carregou nos braços durante esses 4 anos e à minha família.

Ao meu pai e minha mãe que sempre me apoiaram, me incentivaram e acreditaram em mim.

Agradeço especialmente ao meu marido, Moacir, pela companhia permanente, pela compreensão e pelo amor incondicional em todos os momentos fáceis e difíceis que enfrentamos juntos. Peço desculpas pela minha ausência em muitos momentos, mas foi necessário para que hoje este trabalho estivesse pronto. E agradeço à Deus por ter me enviado esse presente tão especial nesse momento de conclusão da tese, nossa primeira filha, Mariana, que me trouxe uma felicidade especial. Vocês são a minha fortaleza e a minha vida.

A minha irmã Ivaninha que sempre me ajuda, me apoia, reza por mim e quando precisa chora comigo. Ao meu cunhado Giulliano que me incentiva e valoriza o conhecimento e os estudos assim como eu. Ao meu irmão Nélio pela amizade e a minha cunhada Eveline pela amizade e simpatia. Aos meus sobrinhos pelos momentos de alegria.

Ao meu sogro e minha sogra pela compreensão nos momentos de ausência e pela alegria que sempre me recebem. Ao meu cunhado Márcio pelo carinho e pelos olhos de admiração sempre que me chama de doutora Liza. A minha futura cunhada Luana pelo carinho e companheirismo.

A todos os meus familiares que rezaram e torceram por mim: tios, tias, primos e primas. Obrigada Geórgia e Rodrigo pelas orações em Fátima e Lourdes. A minha prima Natália que me disponibilizou seu apartamento em Sobral para que eu fosse fazer a pesquisa de campo.

Em especial a minha prima Margarida Moreira que me acolheu no Rio de Janeiro viabilizando meu doutorado tão almejado. Margaridinha, como eu costumo chamar, sempre valorizou e acreditou no estudo, torceu muito por mim e admira a minha dedicação ao doutorado.

A minha prima Vera e a sua cachorrinha Sol que me acolheram com carinho em sua casa no Rio de Janeiro já nesta etapa final do curso.

Aos meus familiares cariocas Rosane, Dani, Gabi, Cláudio, Ana, Ricardo, Aline que sempre que visitavam a casa da Margaridinha perguntavam pelo meu doutorado. A

amiga Ieda que me ajudou a procurar uma biblioteca no Rio de Janeiro para que eu pudesse estudar.

Ao meu primo Luís Alberto pelas palavras de incentivo em todos os momentos, por sempre torcer por mim nos estudos e nos concursos.

Aos meus amigos irmãos: Lauro, Melissa, Aline, Xalalá, Kelminha, Bacora, Kelson, Amin, Renata e Perbô, pela amizade, torcida, apoio e por entender minha ausência em muitos momentos. Aos meus vizinhos amigos: Cristina, Lucirene, Paulinho e Juliana. Ao meu amigo José Ferreira Júnior pela amizade e pela ajuda quando precisava de algo sobre Juazeiro do Norte sempre esteve disposto a me ajudar.

Aos meus amigos da Unifor: Sharmenia, Cristina, Karol, Sandra, Aldo, Rubiane, Maria Elisa, Lucianna, Dulce e Maria Vieira.

Aos meus amigos servidores do município de Fortaleza: Ana Cecília, Chagas, Manoela, Gina, Ana Karla, Renata, Priscila e Vilemar. As auxiliares de saúde bucal: Girlene, Janaína, Leila, Betinha, Elisângela e Helenita. Aos meus chefes do posto de Messejana: Eduardo, Antonésia e Adriana. Aos outros funcionários do posto que sempre me trataram com respeito e carinho.

A minha psicóloga Eveline que me ajudou a controlar a ansiedade e a equilibrar minha saúde mental.

Ao meu personal running David Brasil pelas corridas deestressantes.

Aos meus colegas da UFPB que me apoiaram durante as aulas do doutorado, Franklin, Talitha e Dudu.

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) pela excelente oportunidade de disponibilizar um doutorado Interinstitucional e realizar um sonho de cursar um Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em uma instituição tão renomada e de excelência. E, a partir daí, ampliar minha formação em Saúde Coletiva e contribuir com a qualificação de uma Cirurgiã-Dentista Sanitarista e militante do SUS.

Aos meus amigos que partilharam comigo esse sonho chamado Dinter: Bianca, Anna Luiza, Claude, Ângela, Suelma, Nilzinha, Waglânia, Anubes, Aurilene, Jorginho, Waneska, Cristina, Josi, Zé da Paz, Cris Soderini, Gigliola, Ana Suerda, Climério e especialmente a Soninha (*in memoriam*) que nos acolheu na sua casa na aula do Doutorado em Maceió e que sempre admirou as duas dentistas da turma, eu e Bianca.

Às profas. Maria Helena e Cristina Guilam pelo carinho que sempre nos trataram quando iam a João Pessoa e pela compreensão quando precisei seguir em frente, mas com o compromisso de continuar no doutorado.

Aos meus mestres, professores do Dinter, que de tanto conhecimento e experiência na saúde pública não mediram esforços para transmitir todo esse conhecimento para nossa formação com excelência.

A todos os gestores dos três municípios que me concederam as entrevistas e os dados necessários para a construção desta tese. Ao Coordenador Estadual de Saúde Bucal, Ivan Rodrigues, por ajudar a viabilização da pesquisa de campo de Sobral contactando seus amigos que me receberam muito bem.

Aos mestres que participaram da minha banca de qualificação, Dra. Luciana Lima e Dr. Rafael Arouca, pelas contribuições dadas ao projeto de pesquisa. Aos mestres que farão parte da minha banca de defesa deste doutorado, pela disponibilidade em participar deste momento tão grandioso para mim e pelas contribuições para fortalecer mais ainda esta tese.

A minha co-orientadora, Dra. Carla, que contribuiu bastante com a pesquisa, pelas orientações e debates sobre o tema da pesquisa e também pela contribuição na elaboração dos mapas.

Gostaria de fazer um agradecimento especial para minha orientadora, Dra. Cristiani, que foi mais que uma orientadora, foi uma amiga em muitos momentos que eu estava precisando de conselhos e carinho, sempre teve essa sensibilidade para perceber e me dar a mão nos momentos que mais precisei. Pela a imensa contribuição teórica, por não medir esforços durante as reuniões de orientações para que minha tese adquirisse aprofundamento teórico e metodológico. Por todos os ensinamentos, por me apresentar e me fazer apaixonar mais ainda pelo referencial de análise de políticas públicas. Pelas orientações fantásticas e cheias de conteúdo. Cris: *“aprendi bastante com toda sua humildade e exemplo de profissionalismo”*.

Por fim, a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão desse trabalho e do meu Curso de Doutorado.

Epígrafe

“Tudo posso naquele que me fortalece.”
(Filipenses 4:13)

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a política e a configuração da atenção à saúde bucal, com ênfase a partir dos anos 2000, nos municípios cearenses de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza. A investigação baseou-se no referencial de análise de políticas públicas e em contribuições da abordagem do institucionalismo histórico. As principais categorias e variáveis consideradas foram: a trajetória de implementação da política de saúde bucal, a relação entre o contexto nacional, estadual e municipal da política, a caracterização da configuração dos sistemas de atenção à saúde bucal, a configuração público-privada de atenção à saúde bucal, os condicionantes e a institucionalidade da política de saúde bucal nos municípios. A pesquisa envolveu revisão bibliográfica, análise documental, análise de dados secundários e entrevistas com os dirigentes da política de saúde bucal em nível estadual e municipal, bem como, com dirigentes dos Centros de Especialidades Odontológicas. Antes dos anos 2000, a política de saúde bucal no estado do Ceará e nos municípios estudados era marcada pelo predomínio de ações e serviços odontológicos assistenciais curativos, pontuais e mais direcionados para grupos específicos como os escolares, ainda que já existissem alguns centros de atenção odontológica ligados à esfera estadual. A partir dos anos 2000, a política de saúde bucal no estado do Ceará expressou mudanças relacionadas às inflexões na política nacional. Houve expressiva expansão de serviços odontológicos públicos no conjunto do estado e nos três municípios estudados, porém sob contextos e com diferentes momentos de implementação em cada município. Além da forte influência federal, outros fatores que condicionaram as políticas municipais foram: a atuação da esfera estadual, o comprometimento e peso político de atores envolvidos com a saúde bucal e o lugar ocupado por essa política na agenda governamental local. A articulação dessas variáveis levou a diferenças nos incentivos e nas condições de organização da atenção em saúde bucal entre os municípios e ao longo do tempo, com implicações para a institucionalidade dessa política. O estudo também permitiu identificar alguns limites ao fortalecimento da política pública na área, concernentes, por exemplo, às relações público-privadas, à integração entre serviços e à gestão do trabalho em saúde bucal, a serem exploradas em estudos futuros.

Palavras-Chaves: Política de Saúde, Saúde Bucal, Sistema Único de Saúde.

Abstract

The aim of this study was to analyze the policy and configuration of oral health care, focusing particularly on the 2000s onwards, in the municipalities of Sobral, Juazeiro do Norte and Fortaleza, in the state of Ceará. The investigation was based on the theoretical contributions of public policies analysis and of the historical institutionalism approach. The main categories and variables considered were: the history of the implementation of oral health policy, the relationship between the national, state and municipal contexts of the policy, description of how oral health care systems are configured, the public-private arrangement for oral health care, and the conditioning factors and institutionalization of oral health policy in the municipalities. The research involved bibliographic review, documental analysis, secondary data analysis and interviews with oral health policy managers at a state and municipal level, as well as with managers of Dental Specialty Clinics. Up to the 2000s, oral health policy in Ceará and the municipalities studied was marked by a predominance of isolated and curative dental care services and actions directed at specific groups such as schoolchildren, although there were already some dental care centers linked to the state administration. As from the 2000s, oral health policy in Ceará has displayed changes related to the shifts in national policy. There has been a significant expansion in public dental services in the state and in the three municipalities studied, however this has been implemented in different contexts and at different times in each municipality. In addition to strong federal influence, other factors that have conditioned municipal policy include: the role of the state administration, the commitment and political weight of the actors involved with oral health care and the priority given to this policy on the local government agenda. The combination of these variables led to differences between the municipalities in the incentives and conditions for the organization of oral health care and, over the course of time, to implications for the institutionalization of this policy. The investigation also resulted in the identification of some limits to the strengthening of public policy in the area, regarding, for instance, public-private sector relations, integration between services and work management in oral health care, which issues are to be explored in future studies.

Key-words: Health Policy, Oral Health, Unified Health System.

Sumário

1. Apresentação.....	23
2. Bases teóricas para a análise da política de saúde bucal.	28
2.1. A política de saúde como política social.	28
2.2. A análise de políticas de saúde: abordagens selecionadas.	30
3. Metodologia.....	37
3.1. Desenho do estudo e categorias de análise.	37
3.2. Estratégias metodológicas.	43
4. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.	50
4.1. Trajetória da Política de Saúde Bucal.	50
<i>Trajetória anterior ao SUS</i>	50
<i>Os anos 1990: a saúde bucal em “banho-maria.”</i>	53
<i>O período de 2000 a 2003: a saúde bucal atrelada à saúde da família</i>	55
<i>O período pós 2004: o Brasil Sorridente</i>	55
4.2. Panorama de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal: financiamento, oferta e produção dos serviços.....	58
5. A Política de Saúde Bucal no Estado do Ceará.	66
5.1. Breve caracterização do Estado.	66
5.2. A Política e o Sistema de Saúde Estadual.	67
5.3. A trajetória da Política de Saúde Bucal do Estado.....	70
5.4. Panorama da implantação da Política de Saúde Bucal no Estado: financiamento, oferta e produção de serviços.	83
5.5. Condicionantes e Institucionalidade da Política de Saúde Bucal no Ceará.....	93
6. A Política de Saúde Bucal em três municípios cearenses: Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza.	97
6.1. Breve caracterização dos três municípios.....	97
6.2. A Política de Saúde Bucal de Sobral.....	99
O Sistema de Saúde Municipal.....	99
A Trajetória da Política de Saúde Bucal no município.....	102
Panorama de Implantação da Política de Saúde Bucal de Sobral: financiamento, oferta e produção.....	108
6.3. A Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte.	124
O Sistema de Saúde Municipal.....	124
A Trajetória da Política de Saúde Bucal no município.....	126

Panorama de Implantação da Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte: financiamento, oferta e produção de serviços.	132
6.4. A Política de Saúde Bucal de Fortaleza.	148
O Sistema de Saúde Municipal.	148
A Trajetória da Política de Saúde Bucal no município.	154
Panorama de Implantação da Política de Saúde Bucal de Fortaleza: financiamento, oferta e produção de serviços.	167
6.5. Condicionantes e Institucionalidade da política de saúde bucal nos três municípios.	186
7. Considerações Finais.	197
8. Referências.	204
9. APÊNDICES	214

Lista de Figuras

Figura 1: Sistematização do desenho do estudo.	38
Figura 2: Evolução das transferências federais da saúde bucal na atenção básica. Brasil, 2002 a 2012.	59
Figura 3: Evolução do financiamento dos CEO no Brasil de 2004 a 2012.....	60
Figura 4: Evolução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal no Brasil de 2002 a 2012.....	60
Figura 5: Evolução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal no Brasil de 2002 a 2012.....	61
Figura 6: Evolução do número de CEO implantados no Brasil de 2004 a maio de 2013.	62
Figura 7: Taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes e taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes. Brasil, 2013.....	62
Figura 8: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica no Brasil, 2000 a 2012.....	64
Figura 9: Taxa de Cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica por regiões e no Brasil em dezembro de 2012.....	64
Figura 10: Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, 2013.....	68
Figura 11: Microrregiões de Saúde do Estado do Ceará, 2013.	68
Figura 12: Evolução do percentual da receita própria estadual aplicada em saúde conforme a emenda Constitucional nº 29/2000 no período de 2002 a 2011.....	83
Figura 13: Evolução da participação das três esferas de governo no gasto público em saúde. Estado do Ceará, 2002 e 2011.....	84
Figura 14: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal no Ceará de 2002 a maio de 2013.....	85
Figura 15: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal do Ceará, do Nordeste e do Brasil de 2002 a maio de 2013.....	85
Figura 16: Evolução da proporção de municípios do Ceará com Equipes de Saúde Bucal de 2002 a maio de 2013.....	86
Figura 17: Evolução do número de CEO e da proporção de municípios com CEO no Ceará de 2004 a maio de 2013.....	86
Figura 18: Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes no Ceará, Nordeste e Brasil em 2013.	87
Figura 19: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica no Ceará de 2000 a 2012.....	88
Figura 20: Evolução da proporção da população que refere ter realizado a última consulta odontológica a menos de 1 ano no Ceará, no Nordeste e no Brasil nos anos de 1998, 2003 e 2008.....	89
Figura 21: Evolução da Proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica no Ceará, no Nordeste e no Brasil nos anos de 1998, 2003 e 2008.	90

Figura 22: Distribuição Territorial da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde bucal nos municípios do estado do Ceará, maio de 2013.	91
Figura 23: Distribuição territorial da taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes e da taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes nos municípios do estado do Ceará em 2012.	92
Figura 24: Distribuição Territorial da proporção da população beneficiária de planos privados de assistência exclusivamente odontológica, dezembro de 2012.	93
Figura 25: Localização geográfica dos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, 2013.	99
Figura 26: 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.	100
Figura 27: Evolução da Despesa Total com Saúde, Receita de Transferência para o SUS e Despesas com Receitas Próprias em Saúde. Município de Sobral, 2000 a 2012.	108
Figura 28: Evolução do percentual das transferências federais em relação à despesa total do município com saúde e do percentual da receita própria aplicada em saúde, conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000. Município de Sobral, 2000 a 2012.	109
Figura 29: Evolução das transferências federais da Saúde Bucal na Atenção Básica. Município de Sobral, 2002 a 2012.	111
Figura 30: Evolução do percentual de recursos da Saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica e ao PAB variável. Município de Sobral, 2002 a 2012.	112
Figura 31: Evolução do percentual de recursos fundo a fundo transferidos para o Centro de Especialidades Odontológicas de Sobral, de 2004 a 2012.	112
Figura 32: Evolução do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Sobral de 2002 a maio de 2013.	113
Figura 33: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Sobral de 2002 a 2013.	114
Figura 34: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal em Sobral, Ceará, Nordeste e Brasil, de 2002 a maio de 2013.	115
Figura 35: Centro de Especialidades Odontológicas Sanitarista Sérgio Arouca, CEO Municipal, Sobral, 2013.	116
Figura 36: Centro de Especialidades Odontológicas Professor Ícaro de Sousa Moreira, CEO Regional, Sobral, 2013.	116
Figura 37: Evolução do número de próteses dentárias produzidas no município de Sobral, 2008 a 2012.	117
Figura 38: Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e do total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes. Município de Sobral, maio de 2013.	118
Figura 39: Taxas de Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Prótese Dentária e Técnico de Prótese Dentária por 10.000 habitantes. Município de Sobral, maio de 2013.	119
Figura 40: Evolução da produção de procedimentos odontológicos básicos e especializados por 100 habitantes. Município de Sobral, 2000 a 2007.	120
Figura 41: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Sobral nos anos de 2006 e 2007.	121

Figura 42: Evolução da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais por habitante. Município de Sobral, 2000 a 2007.....	121
Figura 43: Evolução da Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais. Município de Sobral, de 2000 a 2007...	122
Figura 44: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica. Município de Sobral, 2000 a 2012.	123
Figura 45: Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência odontológica. Município de Sobral, Estado do Ceará, Região Nordeste e Brasil, dezembro de 2011.....	124
Figura 46: 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.	125
Figura 47: Evolução da Despesa Total com Saúde, Receita de Transferência para o SUS e Despesa de Recursos Próprios em Saúde. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2012.....	132
Figura 48: Evolução do percentual das transferências federais em relação à despesa total do município com saúde e do percentual da receita própria aplicada em saúde, conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2012.	133
Figura 49: Evolução das transferências federais da Saúde Bucal na Atenção Básica. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a 2012.....	134
Figura 50: Evolução do percentual de recursos da Saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica e em relação ao PAB variável de 2002 a 2012 em Juazeiro do Norte.....	135
Figura 51: Evolução do percentual de recursos fundo a fundo transferidos para o Centro de Especialidades Odontológicas de Juazeiro do Norte, de 2004 a 2012.	136
Figura 52: Evolução do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a maio de 2013.	137
Figura 53: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a maio de 2013.	138
Figura 54: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde bucal em Juazeiro do Norte, Ceará, Nordeste e Brasil de 2002 a maio de 2013.	138
Figura 55: Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Municipal de Juazeiro do Norte.....	139
Figura 56: Centro de Especialidades Odontológicas Ticiano Van Den Brule Matos – CEO Regional de Juazeiro do Norte.....	140
Figura 57: Evolução do número de próteses dentárias produzidas no município de Juazeiro do Norte de 2009 a 2012.	142
Figura 58: Taxa de cirurgões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e taxa total de cirurgões-dentistas por 10.000. Município de Juazeiro do Norte, maio de 2013.	142
Figura 59: Taxa de Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Prótese Dentária e Técnico de Prótese Dentária por 10.000 habitantes. Município de Juazeiro do Norte, maio de 2013.	143

Figura 60: Evolução da produção de procedimentos odontológicos básicos e especializados por 100 habitantes. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2007.	144
Figura 61: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Juazeiro do Norte nos anos de 2006 e 2007.....	145
Figura 62: Evolução da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais por habitantes. Município de Juazeiro do Norte, de 2000 a 2007.	146
Figura 63: Evolução da Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2007.	146
Figura 64: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2012.	147
Figura 65: Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência odontológica. Município de Juazeiro do Norte, Estado do Ceará, Região Nordeste e Brasil, dezembro de 2011.....	148
Figura 66: Município de Fortaleza segundo a divisão em Secretarias Executivas Regionais.	149
Figura 67: 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.	152
Figura 68: Evolução da Despesa Total com Saúde, Receita de Transferência para o SUS e Despesas com Receitas Próprias em Saúde. Município de Fortaleza de 2000 a 2012.	168
Figura 69: Evolução do Percentual das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde e percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000. Município de Fortaleza, 2000 a 2012.	169
Figura 70: Evolução do Financiamento da Saúde Bucal na Atenção Básica. Município de Fortaleza, 2002 a 2012.....	170
Figura 71: Evolução do percentual de recursos da Saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica e em relação ao PAB variável. Município de Fortaleza, 2002 a 2012.	171
Figura 72: Evolução do percentual de recursos fundo a fundo transferidos para o Centro de Especialidades Odontológicas de Fortaleza, nos anos de 2005, 2007, 2010 a 2012.	171
Figura 73: Evolução do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Fortaleza de 2002 a maio de 2013.	172
Figura 74: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Fortaleza de 2002 a maio de 2013.	173
Figura 75: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das ESB em Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil de 2002 a maio de 2013.	174
Figura 76: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO-Centro.....	177
Figura 77: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Floresta.	177
Figura 78: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Messejana.	178
Figura 79: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Joaquim Távoras.....	178
Figura 80: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Rodolfo Teófilo.....	179

Figura 81: Evolução do número de próteses dentárias produzidas no município de Fortaleza de 2008 a 2012.	179
Figura 82: Taxa de cirurgões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e do total de cirurgões-dentistas por 10.000 habitantes. Município de Fortaleza em 2013.	180
Figura 83: Taxas de Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Prótese Dentária e Técnico de Prótese Dentária por 10.000 habitantes. Município de Fortaleza em 2013.	181
Figura 84: Evolução da produção de procedimentos odontológicos básicos e especializados por 100 habitantes. Município de Fortaleza de 2000 até 2007.	182
Figura 85: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Fortaleza nos anos de 2006 e 2007.	183
Figura 86: Evolução da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais por habitantes. Município de Fortaleza no período de 2000 a 2007.	183
Figura 87: Evolução da Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais. Município de Fortaleza, de 2000 a 2007.	184
Figura 88: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica em Fortaleza de 2000 a 2012.	185
Figura 89: Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência odontológica. Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Região Nordeste e Brasil. Dezembro de 2011.	185
Figura 90: Distribuição dos planos exclusivamente odontológicos por modalidade de operadora, Fortaleza, dezembro de 2012.	186

Lista de Quadros

Quadro 1: Quadro-resumo dos eixos, categorias, variáveis, estratégias metodológicas e fontes de informação da pesquisa, 2013.	39
Quadro 2: Quadro-resumo com os eixos, categorias/variáveis e detalhamento da categoria-síntese institucionalidade, segundo tipo. 2013.....	41
Quadro 3: Descritores em Ciências da Saúde buscados na pesquisa bibliográfica da Biblioteca Virtual em Saúde, 2013.	43
Quadro 4: Indicadores, método de cálculo e fontes de informação dos dados secundários. 2013.....	44
Quadro 5: Caracterização dos entrevistados da pesquisa, 2013.	48
Quadro 6: Estados limítrofes, área territorial, densidade demográfica, produto interno bruto e atividades econômicas do Estado do Ceará.	66
Quadro 7: Análise das atas das reuniões da CIB-Ceará em relação ao tema saúde bucal. 2000 a 2012.	78
Quadro 8: Condicionantes da Política de Saúde Bucal do Estado do Ceará de 2000 até 2012.....	94
Quadro 9: Quadro-resumo da Institucionalidade da Política de Saúde Bucal do Estado do Ceará, 2013.....	95
Quadro 10: Características gerais dos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, 2013.	98
Quadro 11: Quadro síntese dos momentos da Política de Saúde Bucal do município de Sobral de 2001 a 2012.....	107
Quadro 12: Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Sobral. 2013	117
Quadro 13: Quadro síntese dos momentos da Política de Saúde Bucal do município de Juazeiro do Norte, 2013.	131
Quadro 14: Caracterização dos CEO do município de Juazeiro do Norte, 2013.	141
Quadro 15: Quadro síntese dos momentos da Política de Saúde Bucal do município de Fortaleza, 2013.	165
Quadro 16: Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas. Município de Fortaleza.	175
Quadro 17: Condicionantes da Política de Saúde Bucal em Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza a partir dos anos 2000 até 2012.	190
Quadro 18: Quadro-Resumo da Institucionalidade da Política de Saúde Bucal de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, 2013.	194

Lista de Tabelas

Tabela 1: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador no Estado do Ceará. 2013.....	69
Tabela 2: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador em Sobral. 2013.	101
Tabela 3: Evolução das transferências federais relativas à atenção básica e participação do incentivo da saúde bucal no financiamento da atenção básica. Município de Sobral, 2002 a 2012.	110
Tabela 4: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador em Juazeiro do Norte, 2013.	126
Tabela 5: Evolução das transferências federais relativas à atenção básica e participação do incentivo da saúde bucal no financiamento da atenção básica. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a 2012.....	134
Tabela 6: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador em Fortaleza. 2013.....	153
Tabela 7: Evolução das transferências federais relativas à atenção básica e participação do incentivo da saúde bucal no financiamento da atenção básica. Município de Fortaleza, 2002 a 2012.	169
Tabela 8: Tabela-síntese dos principais dados da Política de Saúde Bucal dos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza. 2013.....	188
Tabela 9 - Evolução dos recursos federais per capita destinados às Equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil, Estado do Ceará e municípios de Sobral, Juazeiro e Fortaleza. 2002 a 2012.	189

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB: Atenção Básica
ABO: Associação Brasileira de Odontologia
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AIS: Ações Integradas de Saúde
AMS: Assistência Médica Sanitária
ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC: Autorização de procedimentos ambulatoriais
APD: Auxiliar de Prótese Dentária
ASB: Auxiliar de Saúde Bucal
BIREME: Biblioteca Regional de Medicina
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CD: Cirurgião-Dentista
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CEOP: Centro de Especialidade Odontológicas da Polícia Militar do Ceará
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CESAU: Conselho Estadual de Saúde
CGU: Controladoria Geral da União
CFO: Conselho Federal de Odontologia
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CPO-D: Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRES: Coordenadoria Regional de Saúde
CRO: Conselho Regional de Odontologia
CROA: Centro de Assistência a criança Lúcia de Fátima
CSF: Centro Saúde da Família
CTO: Centro de Treinamento Odontológico
DAG/MS: Ministério do Desenvolvimento Agrário
DATASUS: Departamento de Informática do SUS
DECS: Descritores em Ciências da Saúde
DEM: Democratas
DST: Doença Sexualmente Transmissível
EACS: Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESB: Equipe de Saúde Bucal
ESF: Estratégia Saúde da Família
FAE: Fundo de Assistência ao Estudante
FAEC: Fundo e Ações Estratégicas e de Compensação
FECOP: Fundo de Amparo à Pobreza
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
GIAR: Gratificação de Incentivo de Área de Risco
HEMOCE: Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
HBS: Higiene Bucal Supervisionada
IAP: Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IJF: Instituto José Frota
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
IPEC: Instituto de Previdência do Estado do Ceará
IPECE: Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LACEN: Laboratório Central de Saúde Pública
LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAPP: Monitoramento e Acompanhamento dos projetos prioritários do governo
MBRO: Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MS: Ministério da Saúde
NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial de Saúde
OSCIP: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB: Piso da Atenção básica
PAM: Posto de Assistência Médica
PCdoB: Partido Comunista Brasileiro
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PIASS: Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento
PIB: Produto Interno Bruto
PL: Partido Liberal
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal
PPF: Prótese Parcial Fixa
PPR: Prótese Parcial Removível
PSDB: Partido da Social Democracia Brasileira
PSF: Programa Saúde da Família
PSB: Partido Social Brasileiro
PT: Partido dos Trabalhadores
PT: Prótese Total
SAGE: Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAME: Serviço de Assistência Médica
SB: Saúde Bucal
SCIELO: Scientific Electronic Library Online
SER: Secretaria Executiva Regional
SESA: Secretaria Estadual de Saúde
SIA: Sistema de Informação Ambulatorial
SIGA: Sistema de Informações Gerenciais Avançadas
SILOS: Sistemas Locais de Saúde
SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISNEP: Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
SIS-REG: Sistema de Regulação
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
SVO: Serviço de Verificação de Óbito
RAS: Redes de Assistência à Saúde
TPD: Técnico de Prótese Dentária
TSB: Técnico de Saúde Bucal
UECE: Universidade Estadual do Ceará
UF: Unidade Federada
UFC: Universidade Federal do Ceará

UNEO: União dos Estudantes de Odontologia

UNIFOR: Universidade de Fortaleza

UOM: Unidade Odontológica Móvel

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

UVA: Universidade Estadual Vale do Acaraú

1. Apresentação.

A prevalência de doenças bucais na população brasileira ainda é uma questão preocupante. Nos anos 80 do século passado, um levantamento epidemiológico demonstrou uma alta prevalência de cárie dentária aos 12 anos e nas faixas etárias mais elevadas um alto percentual de edêntulos e de necessidade de prótese dentária (Roncalli, 2006). Estes dados sugerem um predomínio, até então, de uma prática odontológica mutiladora e limitado acesso da população aos serviços de saúde bucal.

A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 trouxe à tona 29,6 milhões de brasileiros que nunca foram ao dentista (Brasil, 1998a), um dado alarmante para a área da saúde bucal, que reflete a necessidade da construção de políticas públicas de saúde bucal mais inclusivas para a população.

Em 2003, outra pesquisa demonstrou que a prevalência da cárie continuava em declínio, porém ainda permanecia alta a prevalência de edentulismo com apenas 10% dos idosos apresentando 20 ou mais dentes presentes na boca. Observaram-se também perdas dentárias precoces em adolescentes, o que refletia a continuidade da mesma prática mutiladora dos serviços odontológicos. O problema de acesso a esses serviços ainda persistia, com 14% de adolescentes sem registro de uso dos serviços de saúde bucal e com proporções de 3% e 6% da população adulta e idosa, respectivamente, relatando nunca terem ido ao dentista (Brasil, 2004b).

Portanto, nesse ano, grande parte da população brasileira ainda continuava desassistida no que concerne aos serviços odontológicos e apresentava muitas necessidades acumuladas no que tange à resolução dos problemas de saúde bucal.

Dados mais recentes evidenciaram uma melhoria nas condições de saúde bucal da população brasileira (Brasil, 2011). No período compreendido entre 2003 e 2010 observou-se redução de 26% na prevalência da cárie aos 12 anos e de 39% entre os adolescentes. Registrou-se, ainda, 44% de crianças livres de cárie, significando cerca de 1,6 milhões de dentes que deixaram de ser afetados pela doença nessa idade. Com isso, o Brasil entrou para o grupo de países com baixa prevalência de cárie segundo a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Também houve declínio de 19% da doença para os adultos, com o aumento do componente obturado em relação ao

CPO¹ total, refletindo uma melhoria no acesso aos serviços de saúde bucal e uma prática odontológica curativo-restauradora. Além disso, diminuíram as perdas dentárias precoces em adolescentes, porém ainda persistia a necessidade de pelo menos uma prótese para cerca de 3 milhões de idosos. Essa pesquisa também mostrou maior prevalência de problemas gengivais entre idosos e de doenças periodontais graves entre adultos (Brasil, 2011). Apesar desse estudo revelar avanços em relação aos indicadores de cárie dentária, perduram outras questões como o edentulismo, as doenças periodontais e a necessidade de prótese dentária para grande parte da população brasileira.

Outro estudo realizado a partir de dados da PNAD sugeriu que entre os anos de 1998 e 2010 houve um aumento de 7% no acesso aos serviços odontológicos no Brasil, com expressão em todas as regiões do país. Observou-se também um aumento da proporção de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no total de atendimentos de 49%, em 1998, para 56% no ano de 2003, mantendo-se essa mesma proporção em 2008 (Viacava, 2010).

Mesmo com um maior acesso aos serviços públicos odontológicos, percebeu-se também que, a partir do ano 2000, houve uma expansão do setor privado odontológico no Brasil, com registro de 13 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos em 2010 (Brasil, 2011).

Em síntese, em que pese a melhoria de alguns indicadores nas últimas três décadas, ainda persistem graves problemas de saúde bucal na população brasileira, visto que as necessidades de atenção à saúde acumuladas são grandes.

Os problemas de saúde bucal refletem questões socioeconômicas mais gerais e limitações de acesso aos serviços de saúde. Assim, também estão relacionados à conformação histórico-estrutural dos modelos assistenciais e da organização dos serviços de saúde bucal no país.

Nesse sentido, a trajetória das políticas públicas de saúde bucal no Brasil evidencia, ao longo do século XX, a predominância de um modelo de assistência à saúde bucal direcionada a grupos prioritários e/ou de caráter eminentemente emergencial e curativo-mutilador. A inflexão mais expressiva nesta política só ocorreu nos anos 2000, com a inserção de equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família e, em 2004, com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e o

¹ CPO: índice de saúde bucal utilizado para medir a prevalência da cárie dentária através da mensuração do número de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados.

estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A partir de então, a PNSB passou a reafirmar os princípios do SUS, a expandir as ações para toda a população e a reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal, abrangendo ações básicas e especializadas (Brasil, 2004b). Nessa perspectiva, a saúde bucal entrou na agenda de prioridades do governo, a partir da emergência de uma política abrangente, orientada pelas diretrizes do SUS, da universalidade e da integralidade da atenção.

Considerando que o Brasil é um país de grande extensão territorial, heterogêneo e federativo, esta política pode ter se configurado de diversas formas a depender da trajetória e do contexto de sua implementação, bem como da influência das instituições e dos atores envolvidos com a política.

Dito isso, o objetivo geral deste estudo foi analisar a política e a configuração da atenção à saúde bucal, com ênfase a partir dos anos 2000, em três municípios do Estado do Ceará, a saber: Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza. A pesquisa teve como objetivos específicos: descrever a trajetória de implementação da política de saúde bucal nos municípios; compreender a relação entre as diretrizes nacionais, as estratégias estaduais e as políticas municipais de saúde bucal; caracterizar a configuração dos sistemas municipais de atenção à saúde bucal; descrever as configurações público-privadas no sistema de atenção à saúde bucal nos municípios; discutir os condicionantes da política e da configuração da atenção à saúde bucal nos municípios.

Este estudo apresentou algumas justificativas interrelacionadas para a sua realização. A primeira delas diz respeito à constatação de que os problemas de saúde bucal são problemas relevantes de saúde pública. Como demonstram os recentes levantamentos epidemiológicos, apesar de um declínio da cárie dentária, ainda persistem como problemas graves o edentulismo, as doenças periodontais e a necessidade de prótese dentária por parte da população.

Nesse contexto, é importante considerar a trajetória da política de saúde bucal brasileira, que não logrou posição de destaque na agenda nacional da saúde até os anos 2000. Essa mudança só ocorreu com a inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, que provocou um ponto de inflexão no percurso da política, com maior destaque para a questão da saúde bucal na agenda federal. A proposta de expansão e o fortalecimento destes serviços odontológicos a toda a população, incluindo serviços especializados - com ênfase nos Centros de Especialidades Odontológicas - deu-se a partir da institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004,

numa perspectiva que visou o fortalecimento do caráter universal, abrangente e integral da política.

Outra justificativa se relaciona à heterogeneidade das regiões brasileiras, que se expressa na distribuição desigual das doenças bucais, da oferta de serviços odontológicos e na diversidade de implementação da política de saúde bucal em diferentes contextos locais, visto que, o Brasil é um país continental, heterogêneo, desigual e federativo. Apesar da diminuição da prevalência da cárie no Brasil, evidenciada pelos últimos levantamentos epidemiológicos, há que se considerar que essa redução não se deu de maneira uniforme em toda extensão territorial do país, nem entre grupos sociais.

Ressalte-se também, a influência do arranjo federativo na formulação e implementação dessa política. O federalismo é definido como uma divisão de poder e autoridade governamental em determinado território que incorpora populações e regiões heterogêneas em uma única nação, mas assegura autonomia em suas respectivas jurisdições, ou seja, a autoridade governamental é dividida entre as esferas subnacionais e uma esfera nacional (Souza, 2010). Essa divisão de autoridade confere relativa autonomia ao gestor local na implementação de políticas públicas locais.

Após o estabelecimento da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), observou-se um vertiginoso aumento do número de serviços odontológicos que ofertam atenção básica e especializada na área da saúde bucal em diferentes estados e municípios brasileiros. Apesar do papel indutor do Ministério da Saúde, no que concerne às políticas públicas e das diretrizes federais da PNSB, a configuração local dessa política é extremamente variada, dada a diversidade dos municípios brasileiros, as suas características histórico-institucionais e as decisões dos atores locais. Isso justificou a realização de uma pesquisa sobre a política e a configuração da atenção à saúde bucal baseada em estudos de casos de municípios.

Diante dessas questões, optou-se por analisar a política e a configuração da atenção à saúde bucal em três municípios do Estado do Ceará. O Ceará pertence à região Nordeste e a escolha desta região se deve ao fato de que apresenta, ao mesmo tempo, alta prevalência de cárie (Brasil, 2004a) e expressiva expansão de serviços odontológicos públicos na última década. Nessa região ocorreu um vertiginoso aumento da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal e também um aumento do número de CEO nos últimos anos, representando uma expressiva adesão dos estados e principalmente dos municípios aos dispositivos da Política Nacional de

Saúde Bucal. Em que pese a expansão dos serviços públicos, as capitais dos estados e os grandes municípios do Nordeste, em geral, também apresentam importante presença de serviços privados de saúde, como expressão da concentração econômica e das desigualdades intrarregionais. Outra justificativa para a escolha do Estado do Ceará foi o fato deste ser estado de origem da pesquisadora, onde a mesma atuou como docente da disciplina de Saúde Coletiva nas Universidades Estadual do Ceará (UECE) e na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e ainda como cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza. Além disso, o Ceará é considerado um estado de vanguarda em ações e iniciativas na área da saúde coletiva (Tendler, 1998).

Após a apresentação dos principais argumentos que justificam a realização de um estudo com o recorte proposto, vale destacar as principais questões que nortearam a investigação: como se configurou a atenção à saúde bucal nos sistemas de saúde dos municípios selecionados, considerando a trajetória recente da política pública e as relações público-privadas? Que fatores explicaram a configuração da política e da atenção à saúde bucal nos diferentes contextos municipais? Como se apresentou a institucionalidade da política pública de saúde bucal nos municípios selecionados?

Além desta apresentação, o projeto está dividido em outros seis capítulos. No segundo capítulo abordam-se as bases teóricas que permeiam este estudo considerando as contribuições da literatura que aborda a política de saúde como uma política social, do referencial de análise de políticas públicas e do institucionalismo histórico. Discutem-se, ainda que brevemente, as implicações da questão federativa para a análise das políticas de saúde no Brasil. No terceiro capítulo apresenta-se a metodologia da pesquisa, considerando o desenho de estudo, as categorias de análise e as estratégias metodológicas. No quarto capítulo aborda-se a política de saúde bucal do Brasil desde a trajetória anterior ao SUS até a constituição da atual Política Nacional de Saúde Bucal. No quinto capítulo será apresentada a política de saúde bucal no Estado do Ceará. No sexto capítulo será abordada a política de saúde bucal nos três municípios-caso: Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, considerando sua trajetória, fatores condicionantes e institucionalidade. Por fim, no sétimo capítulo serão apresentadas as considerações finais do trabalho.

2. Bases teóricas para a análise da política de saúde bucal.

2.1. A política de saúde como política social.

A saúde é um direito social fundamental conquistado mediante lutas políticas e assegurado pela Constituição Federal de 1988, que a define como um “*direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças, bem como ao acesso universal e igualitário a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação*” (Brasil, 1988b, art.196).

Tal concepção expressa uma perspectiva abrangente de proteção social, que é conceituada por Viana e Levcovitz (2005) como a capacidade da sociedade amparar indivíduos contra os riscos intrínsecos à vida humana e/ou assisti-los de acordo com a necessidade produzida em diferentes momentos históricos e em situações de dependência. Até o final do século XIX, tais responsabilidades de proteção cabiam principalmente às famílias, comunidades e instituições religiosas. Porém, a partir de então, observa-se uma crescente participação do Estado na constituição e desenvolvimento dos modernos sistemas de proteção social.

Tais sistemas emergiram e cresceram associados ao desenvolvimento industrial dos países capitalistas, inicialmente na Europa, devido às consequências trazidas para a sociedade como o aumento da divisão do trabalho, a expansão do mercado e a perda das funções de seguridade das organizações tradicionais como a família. Os sistemas de proteção social, configurados em sua maior parte nos países capitalistas avançados, envolvem uma ampla provisão de bens e serviços de saúde, de educação e de assistência, visando ampliar o bem-estar da população (Fleury e Ouverney, 2008).

Nesse sentido, em meados do século XX, observou-se, em alguns países, a conformação dos *Welfare States* que configuram: “um momento e um regime específico de proteção social a partir de políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais” (Viana e Levcovitz, 2005, p. 20). Segundo Faleiros (2006) o *Welfare State* pressupõe um direito amplo do cidadão, desde seu nascimento até sua morte, de usufruir de serviços e benefícios assegurados pelo Estado.

Os países desenvolveram diferentes modelos de proteção social, compreendendo arranjos variados entre assistência social, seguro social e seguridade social que, para Fleury e Ouverney (2008), geram condições distintas de cidadania, denominadas respectivamente de invertida, regulada e universal. Os autores destacam ainda que as

estratégias de proteção são implementadas pelo Estado por meio de políticas sociais que compreendem relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas, estatais ou não, na promoção do bem-estar social.

Para os autores citados anteriormente, o modelo de assistência social apresenta uma condição de cidadania invertida de natureza compensatória, direcionada para os indivíduos mais necessitados e excluídos socialmente. O modelo de seguro social envolve uma condição de cidadania regulada, pois destina-se à cobertura da população assalariada em que os benefícios são diretamente proporcionais à contribuição efetuada de forma compulsória pelos trabalhadores. Por fim, o modelo de seguridade social propõe uma relação de cidadania plena, pois rompe com a obrigatoriedade de uma proteção social condicionada a um contrato formal. Nesse modelo de seguridade o Estado está obrigado a assegurar um mínimo de benefícios a todos os cidadãos como a saúde, a educação, a pensão, o seguro desemprego, entre outros (Teixeira, 1985).

Segundo Teixeira (1985) as políticas sociais se expressam em planos, programas e medidas necessárias ao reconhecimento e à implementação da cidadania mediante a garantia dos direitos sociais, civis e políticos, que gera uma pauta de direitos e deveres que devem ser cumpridos reciprocamente pelos cidadãos e pelo Estado.

Assim, os países apresentam diferentes modelos de proteção social, que podem ser caracterizados segundo três eixos: quem é protegido pelas políticas sociais (caráter universal ou voltado para grupos específicos); quanta proteção é oferecida (que ações e serviços são garantidos nas várias áreas, qual a sua abrangência); como essa proteção é oferecida (arranjos entre Estado, mercados e famílias, formas de organização dos serviços sociais) (Viana e Levcovitz, 2005).

As políticas sociais são políticas públicas, constituídas a partir do final do século XX, direcionadas para a proteção social dos indivíduos. No contexto de conformação dos sistemas de proteção social, surgem políticas de saúde que buscam se contrapor, em graus variáveis, à lógica mercantil de acesso aos bens e serviços de saúde, bem como inserir a saúde da população como responsabilidade coletiva (Viana e Machado, 2008).

Segundo Moysés e Goes (2012) as políticas públicas surgem da necessidade de se conhecer as demandas sociais e de se visualizar como os bens e os serviços financiados com recursos públicos estão sendo ofertados para suprir estas necessidades.

Assim, o termo política na concepção de Bobbio (1998, p. 338), tem o sentido de *“atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o*

exercício do poder sobre o homem” e políticas públicas diz respeito ao uso do poder do Estado a serviço da coesão social.

As políticas de saúde são políticas sociais definidas por Paim (2003, p. 588) como: “*Ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade*”.

A construção da política de saúde envolve aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais dentre outros, visto que ela se encontra na interface entre Estado, Sociedade e Mercado (Fleury e Ouverney, 2008). A partir dessas relações pode-se avançar, paralisar ou até retroceder no processo de desenvolvimento de políticas públicas na área da saúde, com implicações para a garantia dos direitos sociais constitucionalmente definidos.

No Brasil, a origem do sistema de proteção social se baseou na inserção das pessoas no mundo do trabalho estruturadas em função das categorias profissionais que asseguravam os variados tipos de escopo e abrangência dos direitos e benefícios sociais disponíveis (Viana e Machado, 2008). Esse modelo predominou até a Constituição Federal de 1988, que modificou a lógica de proteção social brasileira e configurou uma política de saúde baseada num modelo de cidadania universal e abrangente em que a saúde é considerada um direito social.

2.2. A análise de políticas de saúde: abordagens selecionadas.

Para analisar a política e a configuração da atenção à saúde bucal adotaram-se contribuições do referencial teórico-metodológico da análise de políticas públicas e da abordagem do neo-institucionalismo na sua vertente histórica.

Tal referencial foi escolhido, conforme Souza (2007), pois o entendimento dos modelos e das teorias de análise de políticas públicas permite melhor compreender o problema para o qual a política pública foi desenhada, seus possíveis conflitos, a trajetória seguida e o papel dos indivíduos, grupos e instituições que estão envolvidos na decisão e que serão por ela afetados.

Ao longo das últimas cinco décadas desenvolveu-se uma tradição analítica associada ao estudo das políticas públicas, denominada de *policy analysis* (Ham & Hill,

1993). Estes estudos desenvolveram-se paralelamente às várias teorias do Estado (Marques, 1997).

Existem várias definições para política pública. Ao resumir as contribuições de diferentes autores, Viana e Baptista (2008) destacam a definição de Thomas Dye (1972) que conceitua políticas públicas como aquilo que o governo escolhe ou não fazer. Já Willians Jenkins (1978), segundo as autoras, apresenta uma definição mais complexa e menos isolada à decisão governamental, como uma conjunção de decisões tomadas por atores políticos ou grupos de atores em relação a metas e recursos para se atingir uma determinada situação. Por fim as autoras definem as políticas públicas como o Estado em ação, um processo de construção de ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação.

O referencial teórico para a análise de políticas públicas pode ser dividido simplificadamente em dois eixos principais de análise, um que centra o processo decisório na sociedade (*society-centered*) e outro que centra análise no papel exercido pelo Estado (*state-centered*)². Segundo as autoras, na década de 1980 estas abordagens sofreram muitas críticas por não responderem satisfatoriamente à complexidade e dinâmica do processo político. Surgiram, então, novas contribuições que mesclaram esses modelos e criaram novas formas de compreensão da realidade, como o neo-institucionalismo (Viana e Baptista, 2008).

O neoinstitucionalismo é uma corrente das ciências sociais e uma perspectiva teórica utilizada em ciência política que dá destaque ao papel central das instituições e a sua influência nas estratégias dos atores, nos rumos, trajetórias e conteúdo das políticas (Hall & Taylor, 2003; Pierson, 2004).

As instituições são entendidas como regras formais (leis, normas e outros procedimentos regimentais) e informais, relacionadas aos códigos de conduta, hábitos e convenções em geral, e, também, envolvem atores que definem e defendem interesses (North apud Marques, 1997, p.76). Para Thelen e Steinmo (1992), as instituições devem ser compreendidas segundo as funções de agentes e de produtos da história, pois dão

² A abordagem societal ou pluralista vê o Estado como um espaço vazio onde grupos em disputa ou associados à burocracia governamental imprimem direção às políticas. Esta abordagem apresenta limitações que são superadas pelas variações teóricas, a visão elitista e a corporativista. Já a abordagem estatal ou estruturalista vê o Estado como uma unidade que determina e conforma a estrutura de funcionamento social. Dentro desta abordagem, destaca-se a visão marxista que indica a influência dos interesses econômicos na ação política, afirmando que o Estado tem um caráter de classe (Viana, Baptista, 2008).

forma e restringem a atuação dos atores políticos, mas também são resultados das estratégias conscientes ou involuntárias desenvolvidas pelos atores.

Tais instituições são mediadoras da relação entre Estado e sociedade, entre estruturas econômicas e comportamentos de indivíduos e grupos, modelando processos políticos e sociais em diferentes países (Lima, Machado e Gerassi, 2011).

Segundo Souza (2006), a teoria neoinstitucionalista afirma que indivíduos ou grupos com força relevante quanto às regras formais e informais que regem as instituições podem influenciar as políticas públicas. As instituições e suas regras, por sua vez, redefinem as alternativas políticas, mudam a posição relativa dos atores e tornam o curso de certas políticas mais fáceis do que outras.

A abordagem neoinstitucionalista procura identificar quais são as instituições que afetam os comportamentos individuais e coletivos, como essas instituições operam e resistem, ou seja, como exercem influência sobre as decisões políticas e como estas se mantêm ao longo do tempo. Entre os neoinstitucionalistas identificam-se duas diferentes perspectivas para explicar a relação entre instituições e comportamento: a calculadora e a cultural. A perspectiva calculadora dá ênfase aos aspectos do comportamento humano orientados por um cálculo estratégico. A cultural diferencia-se da anterior por considerar que a visão de mundo própria do indivíduo exerce influência sobre este comportamento (Hall e Taylor, 2003). Os autores destacam ainda que, o neoinstitucionalismo constitui uma corrente de pensamento não unitária que apresenta três vertentes principais de análise: escolha racional, sociológico e histórico. Essas vertentes surgiram nas décadas de 60 e 70, em reação às perspectivas behavioristas e com influências de variantes pluralistas e neomarxistas (Hall e Taylor, 2003).

O neoinstitucionalismo traz uma contribuição para a formulação de políticas públicas, pois enfatiza a luta pelo poder e por recursos entre os grupos sociais, mediada por instituições políticas e econômicas e, também, por interesses (escolha racional), por ideias e pela história (institucionalismo histórico), assim direcionando o rumo das políticas públicas e privilegiando determinados grupos em relação a outros (Souza, 2006).

Esta pesquisa utilizou a contribuição do enfoque do institucionalismo histórico, que atribui às instituições a função de modelar as estratégias dos atores, bem como suas preferências e objetivos, ao medirem as relações entre os atores políticos. Além de destacar o papel das instituições, os estudos baseados nessa perspectiva também analisam os próprios atores, seus interesses e a distribuição de poder entre eles. Outra

característica dessa abordagem é privilegiar as instituições de nível intermediário, que mediam as ações dos indivíduos e os efeitos políticos mais amplos (Thelen & Steinmo, 1992).

Os teóricos da vertente histórica reconhecem a ação estratégica de indivíduos e grupos, porém destacam a necessidade de uma análise histórica que apresente o contexto institucional em que as preferências são conformadas e os objetivos privilegiados em detrimento de outros. As preferências dos atores são consideradas endógenas e são construídas no contexto social e institucional em que as interações acontecem. A abordagem institucional estrutura a explicação dos fenômenos políticos, permitindo identificar como as variáveis se relacionam entre si (Thelen & Steinmo, 1992).

Uma característica dessa corrente é a concepção de desenvolvimento histórico em que a causalidade social depende da trajetória percorrida (*path dependence*) (Hall e Taylor, 2003). O conceito de dependência da trajetória demonstra a influência de acontecimentos do passado nas decisões políticas do presente, ou seja, escolhas prévias relativas a uma política definem determinados caminhos e influenciam as possibilidades futuras de decisão (Thelen & Steinmo, 1992, Pierson, 2004). Conhecer esta trajetória torna-se importante, pois para mudar o caminho das políticas públicas os custos políticos e econômicos são, em geral, altos (Pierson, 2004). Em síntese, os desdobramentos das escolhas políticas com o passar do tempo irão conferir institucionalidade a uma dada política, aumentando assim, as chances de sua continuidade e reduzindo as possibilidades de alterações de rumo radicais (Lima, Machado e Gerassi, 2011).

O institucionalismo histórico enfoca como o efeito das instituições e dos procedimentos políticos, bem como as mudanças sociais e as instituições atuam sobre as identidades, os objetivos e as capacidades dos grupos sociais se envolverem na política. Outro aspecto valorizado refere-se à trajetória histórica de uma política pública que consegue demonstrar como os acontecimentos anteriores podem influenciar nas decisões futuras (Skocpol, 1995).

Muitos motivos justificam a contribuição do institucionalismo histórico para a compreensão das políticas de saúde, bem como a escolha deste referencial teórico-metodológico para analisar a política de saúde bucal brasileira.

Os aspectos mais importantes que são enfatizados por este referencial na análise das políticas de saúde, diz respeito às influências das instituições, o papel e a atuação

dos atores e a valorização da dimensão temporal. As instituições apresentam regras mais gerais e específicas para direcionar a formulação e a implementação das políticas e que podem influenciar nas decisões dos atores que por sua vez tem preferências muitas vezes contrárias aos interesses individuais. Por fim, a dimensão temporal considera a longa trajetória histórica das políticas de saúde dos países, inclusive no Brasil (Lima, Machado e Gerassi, 2011).

Segundo Machado e Lima [no prelo] mesmo a análise de políticas públicas de recorte recente necessita considerar a história prévia, a temporalidade dos fatos, a possibilidade de existência de dependência da trajetória e a dinâmica de continuidades e as mudanças na política.

De forma complementar às contribuições do institucionalismo histórico, consideram-se aportes da abordagem histórico comparativa das ciências sociais. (Mahoney and Rueschemeyer, 2003) A abordagem histórico-comparativa é utilizada para a explicação de fenômenos sociais a partir da comparação de casos que podem combinar métodos quantitativos e qualitativos. Segundo Machado e Lima [no prelo] estudos que se apoiam nessa abordagem, em geral, se baseiam na comparação de dois a seis casos, podendo servir para levantar ou descartar teorias, hipóteses e identificar novas relações explicativas dos fenômenos sociais.

A abordagem histórico-comparativa pode ser caracterizada por três aspectos principais: a valorização da dimensão histórica ou da temporalidade/sequência de eventos; a busca de explicação dos fenômenos sociais e o esforço de comparação sistemática e contextualizada dos casos (Mahoney and Rueschemeyer, 2003).

Neste sentido, o referencial escolhido traz contribuições importantes para analisar a política de saúde bucal em diferentes contextos de municípios do Nordeste brasileiro. Isso se justifica pelo fato de que, em cada um dos municípios selecionados para este estudo, a política de saúde bucal pode ter assumido trajetórias diferentes de implementação através de estratégias diversificadas, considerando as influências políticas, econômicas, sociais e culturais de cada localidade. Dito isso, fez-se necessário compreender e analisar esta política sob a perspectiva da sua trajetória e do papel das instituições que influenciam as decisões dos atores envolvidos na política. A identificação de similaridades e diferenças entre os municípios pode também contribuir para a compreensão dos fatores condicionantes dessa política.

Ressalte-se, ainda, que o arranjo federativo é uma variável institucional importante para analisar a política de saúde, incluindo a política de saúde bucal.

Almeida (2001) aponta que estudar o federalismo implica valorizar o papel e a influência das instituições na trajetória das políticas, no comportamento dos atores, suas decisões e os resultados de suas ações.

Na definição clássica de Elazar (1996), o federalismo é a combinação dos princípios de autogoverno e governo compartilhado (*self rule, shared rule*). O autor também afirma que o federalismo compreende a existência de relações intergovernamentais competitivas e cooperativas baseadas na negociação e na definição constante de competências e atribuições entre as esferas de governo.

Uma das principais características do federalismo é a descentralização do poder e da autoridade entre os entes federados de modo que a esfera federal e as subnacionais tenham competências comuns e concorrentes para governar dentro do mesmo território (Machado, Lima e Baptista, 2007). Segundo os autores o sistema federativo apresenta três características fundamentais que são a: igualdade formal entre os entes federados, a autonomia relativa e a necessidade de pacto entre as esferas.

Nesse contexto, Almeida (2001, p. 27) afirma que “*a existência de competências legislativas comuns e concorrentes na oferta de bens e serviços é a essência do federalismo*” e que a distribuição das responsabilidades entre as três esferas de governo se faz de maneira desigual, pois leva em conta a capacidade financeira e administrativa das unidades subnacionais. A autora ainda assegura que, a atuação do governo central em algumas políticas sociais tem variado, desde a prestação de serviços direto até a indução de políticas públicas de saúde aos entes subnacionais.

Em sistemas federativos a adesão de uma esfera de governo a determinada política depende da capacidade de indução de incentivos da esfera de governo que transfere as atribuições (Arretche, 2000). Na saúde, a União é responsável por financiar, formular e coordenar as ações intergovernamentais da política nacional, portanto as políticas implementadas em contexto estadual e municipal são influenciadas pelos recursos institucionais federais, o que vem a afetar a agenda de governo local. As portarias ministeriais têm sido instrumentos de indução de políticas, pois definem diretrizes e condicionam as transferências federais à adesão de estados e municípios aos programas nacionais (Arretche, 2004). Portanto, a política implementada em nível local é fortemente influenciada por regras nacionais, que se expressam nas diretrizes e na transferência de recursos federais.

Segundo Machado (2012), o modelo de intervenção do Estado na saúde a partir do final dos anos 1990 e nos anos 2000 apresentou algumas características. O poder de

decisão do Ministério da Saúde se expressou através de normas federais atreladas a incentivos financeiros para que as esferas subnacionais implementassem as políticas induzidas pela esfera federal. Houve uma redução do papel federal na prestação direta de serviços e ações de saúde, uma significativa redução da participação federal no gasto total em saúde devido ao aumento da participação relativa de estados e municípios nestes gastos, o aumento progressivo das transferências federais diretas para essas esferas de governo e a persistência de elevados gastos privados. A autora observou ainda, a partir de 2003, um movimento de direcionamento da política de saúde que se traduziu na elaboração de planos nacionais e pactos intergovernamentais.

A relação estabelecida entre os três entes federados no que concerne à Política de Saúde Bucal está no papel que cada um assume em relação à implementação e ao desenvolvimento desta política setorial.

O Ministério da Saúde tem papel norteador e indutor da política de saúde bucal quando lança as diretrizes e as portarias que regem a política nacional. Neste sentido, este órgão estabelece normatizações e orientações que devem ser cumpridas pelos municípios como condição para o recebimento de recursos federais. São orientações dadas aos municípios pelo poder federal, mas estes não são obrigados a aderir. Ao incentivar a adesão municipal, o órgão atrela uma proposta a um recurso financeiro como forma de ajudar a custear as ações desenvolvidas em âmbito municipal e, nesse sentido, induz o município a aderir a estas regras e normas. Além disso, visando monitorar os municípios, o Ministério da Saúde lança indicadores e metas que devem ser alcançadas, visando evitar a penalidade de corte do recurso financeiro.

Em síntese, em contextos federativos, as relações intergovernamentais têm relevância decisiva para a formulação e implementação das políticas públicas. Neste estudo, foi considerado o peso da esfera federal na indução das políticas de saúde bucal, mas também as estratégias estaduais e as singularidades dos contextos municipais.

3. Metodologia.

3.1. Desenho do estudo e categorias de análise.

A pesquisa aqui apresentada consistiu em uma análise da política e da organização da atenção à saúde bucal, com ênfase a partir dos anos 2000, no estado do Ceará. Além da descrição do contexto e do panorama da implantação da política no estado, o estudo buscou aprofundar a análise da política de saúde bucal por meio de estudo de casos múltiplos, realizados em três municípios do Estado.

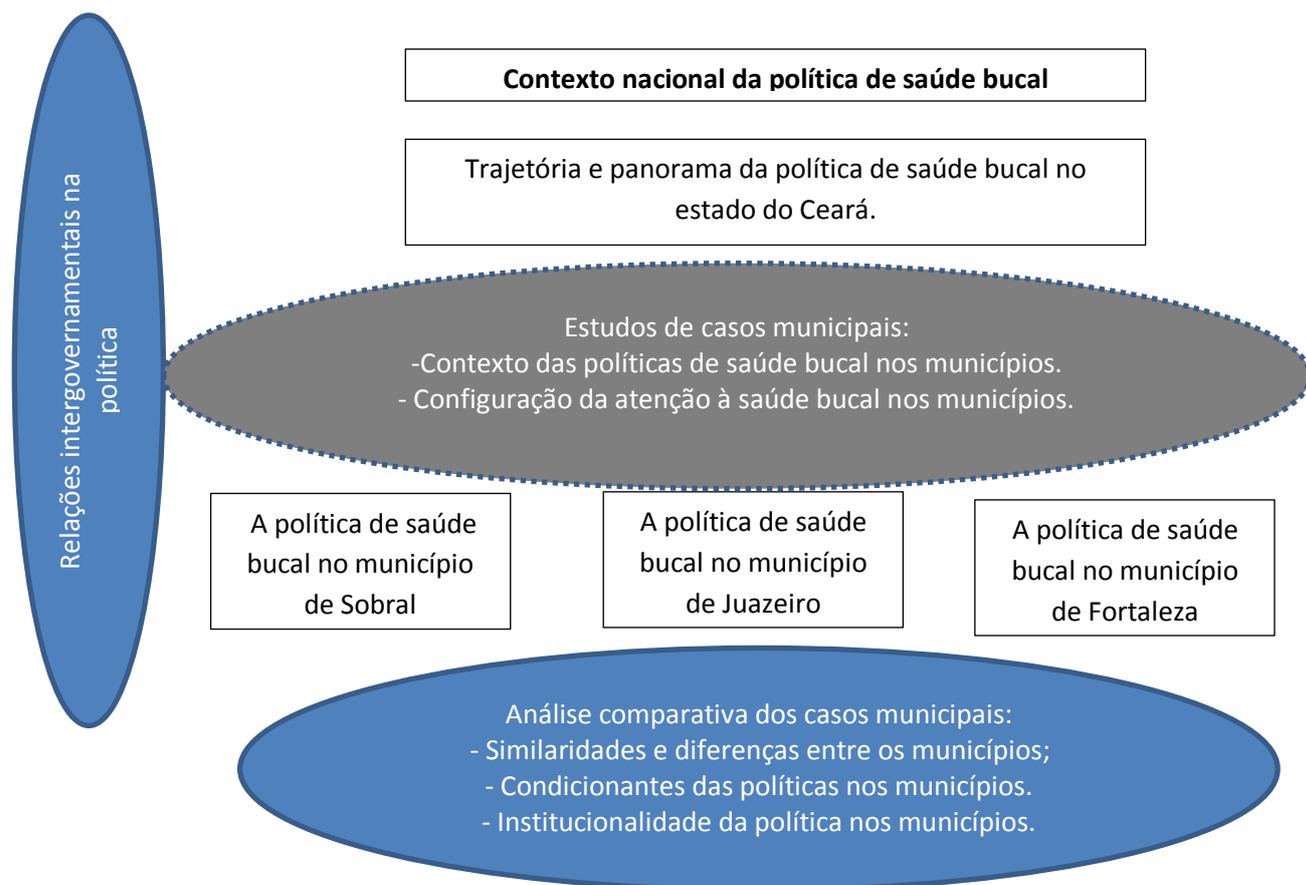
Os três municípios-caso - Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza - foram selecionados por serem municípios grandes, com população acima de 100.000 habitantes, e por serem considerados como municípios polo das três macrorregiões de saúde do Estado do Ceará de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (Ceará, 2006). Além disso, considerou-se que o município de Fortaleza é a capital do estado.

Segundo Yin (2010), o estudo de caso busca compreender fenômenos sociais que dificilmente podem ser isolados ou dissociados do seu contexto, preservando as características gerais e significativas dos eventos da vida real. Ele visa a uma generalização analítica, que se fundamenta no confronto da configuração empírica de vários casos similares a um quadro teórico particular, para verificar diferenças e semelhanças entre os resultados de um caso e outro.

Nesta pesquisa, justificou-se o uso de estudo de casos múltiplos para procurar analisar as complexas relações entre o desenho nacional da política de saúde bucal, as estratégias da esfera estadual e a sua operacionalização em contextos específicos de três municípios cearenses. A escolha de três casos visou possibilitar a comparação da política nos diferentes municípios, de forma a identificar similaridades e diferenças entre eles, bem como discutir os possíveis condicionantes da implementação da política e da configuração da saúde bucal no plano local.

A Figura 1 ilustra o desenho do estudo, considerando a articulação entre contexto nacional, estratégias estaduais e implementação local da política.

Figura 1: Sistematização do desenho do estudo.



Para a definição dos eixos, categorias e variáveis de análise do estudo utilizaram-se contribuições do referencial teórico-metodológico de análise de políticas públicas, da abordagem do institucionalismo histórico e da análise comparativa, buscando-se valorizar a trajetória da política, o contexto e o papel dos atores em sua implementação.

Com base no referencial teórico-metodológico exposto acima e na revisão bibliográfica, o estudo abrangeu dois eixos de análise:

- Contexto da política de saúde bucal nos municípios selecionados;
- Configuração do sistema de atenção à saúde bucal;

Estes dois eixos de caracterização da política de saúde bucal compreenderam algumas categorias de análise.

O primeiro eixo envolveu as seguintes categorias: trajetória da política municipal de saúde bucal, relações intergovernamentais na política e agenda e atores políticos. Estas categorias englobam algumas variáveis que estão descritas no Quadro 1.

O eixo configuração do sistema de atenção à saúde bucal compreendeu as categorias a seguir: organização da rede e articulação entre atenção básica e especializada e configuração público-privada do sistema de saúde bucal. As variáveis relacionadas a estas categorias, também se encontram descritas no Quadro 1, que apresenta os eixos, as categorias, as variáveis de análise, as estratégias metodológicas e as fontes de informação do estudo.

Quadro 1: Quadro-resumo dos eixos, categorias, variáveis, estratégias metodológicas e fontes de informação da pesquisa, 2013.

Eixos de caracterização da Política de Saúde Bucal	Categorias	Variáveis	Estratégias Metodológicas/ Fontes de Informação
Contexto da Política de Saúde Bucal no município	Trajetória da política municipal de saúde bucal	- Momentos e sequências da implementação da política.	Documentos e portarias federais; Saudelegis; Documentos municipais da política de Saúde Bucal;
	Relações intergovernamentais na política	- Papel e atribuições das três esferas na política - Relações entre diretrizes e estratégias nacionais, estaduais e municipais.	Dados do sistema de informação do Ministério da Saúde; Entrevista com Coordenador(a) Estadual de Saúde Bucal;
	Agenda e Atores Políticos	- Lugar de destaque da saúde bucal na agenda governamental. - Comprometimento e estabilidade dos atores.	Entrevista com Coordenador(a) Municipal de Saúde Bucal
Configuração do Sistema de Atenção à Saúde Bucal	Organização da rede e articulação entre atenção básica e especializada	- Oferta e distribuição dos serviços de saúde bucal (tipos de ações oferecidas, dados de oferta e produção). - Relação entre atenção Básica e Atenção Especializada. - Características dos CEO na rede de serviços.	Dados do sistema de informação do Ministério da Saúde; Documentos municipais da política de Saúde Bucal; Documentos, relatórios de implantação municipais Entrevista com Coordenador(a) Estadual de Saúde Bucal; Entrevista com Coordenador(a) Municipal de Saúde Bucal; Entrevista com Diretor(a) do CEO;

	Configuração Público-Privada do Sistema de Saúde Bucal.	<ul style="list-style-type: none"> - Peso da oferta do setor privado de saúde bucal no município; - Presença de planos e seguros privados de saúde bucal no município; - Presença de serviços privados de saúde bucal conveniados ou contratados pelo setor público; 	Dados do sistema de informação da ANS Dados secundários – CNES e AMS Entrevista com Coordenador(a) Estadual de Saúde Bucal; Entrevista com Coordenador(a) Municipal de Saúde Bucal; Entrevista com Diretor(a) do CEO; Entrevista com membro do CRO e da operadora de plano privado de assistência odontológica.
--	---	---	--

Fonte: Elaboração da autora.

Por fim, considerou-se uma categoria síntese transversal a estes dois eixos a institucionalidade da política, que diz respeito à solidez, à consistência e à continuidade da política no sentido da garantia de condições que permitam a progressiva expansão da oferta e da organização da atenção à saúde bucal no sistema público de saúde, em consonância com os princípios do SUS. Esta categoria síntese considerou as seguintes categorias e variáveis: trajetória da política, relações intergovernamentais, agenda política e atores, condições de sustentação da política pública de saúde bucal e peso e relações público-privadas. A caracterização dos municípios seguindo essas variáveis permite a identificação de três tipos de institucionalidade de política: avançada, intermediária e incipiente. O Quadro 2 apresenta o detalhamento da categoria síntese institucionalidade da política de saúde bucal.

Quadro 2: Quadro-resumo com os eixos, categorias/variáveis e detalhamento da categoria-síntese institucionalidade, segundo tipo. 2013.

Eixo	Categorias/ Variáveis	Tipo de Institucionalidade
Contexto da Política de Saúde Bucal	Trajetória da Política: Tempo de implantação, grau de continuidade e expansão da política de saúde bucal.	Avançada: política de saúde bucal mais antiga, com experiências prévias acumuladas, implantada antes do direcionamento das diretrizes da política nacional de saúde bucal, coerente com os princípios do SUS, abrangente, universal, apresentando continuidade e com expansão dos serviços públicos, sem interrupções bruscas neste percurso.
		Intermediária: política de saúde bucal nem muito antiga e nem muito recente, implantação coincidindo com o direcionamento das diretrizes da política nacional de saúde bucal, mas também coerente com os princípios do SUS, abrangente e universal e apresentando continuidade, com expansão e algumas interrupções no seu percurso porém, sem prejuízo para sua continuidade, pouca expansão do setor privado odontológico.
		Incipiente: política de saúde bucal recente, sem experiências prévias exitosas, implantação após o direcionamento das diretrizes da política nacional de saúde bucal, com dificuldades quanto à expansão e à abrangência da política, apresentando interrupções bruscas no seu percurso, sem continuidade e com grande expansão do setor privado odontológico.
Relações Intergovernamentais: Atribuições e sinergia das três esferas de governo.		Avançada: As esferas federal, estadual e municipal apresentam competências cooperativas e estão alinhadas quanto às diretrizes da política de saúde bucal, ou seja, apresentam sinergia. A esfera estadual participa ativamente da política de saúde bucal, com responsabilidades bem definidas.
		Intermediária: As esferas federal, estadual e municipal apresentam competências cooperativas e concorrentes e estão parcialmente alinhadas quanto às diretrizes da política de saúde bucal, apresentando algumas diferenças sutis. A esfera estadual participa parcialmente da política de saúde bucal, ou suas responsabilidades não estão bem definidas.
		Incipiente: As esferas federal, estadual e municipal apresentam competências concorrentes, desarticuladas e competitivas e não estão alinhadas quanto às diretrizes da política de saúde bucal, cada uma implementando suas ações sem diálogo entre si. A esfera estadual pouco participa da política de saúde bucal ou atua de forma competitiva e conflitiva em relação aos municípios.
Agenda Política e Atores: Lugar ocupado pela política de saúde bucal na agenda governamental, comprometimento e estabilidade dos atores.		Avançada: política de saúde bucal ocupa um lugar de destaque na agenda governamental, é considerada como prioritária, está presente nas arenas de decisões. Existem atores comprometidos com o SUS e com a política de saúde bucal, com influência política nas arenas de decisões no âmbito local, com poder para tomada de decisões, com estabilidade política no cargo ocupado, e baixa rotatividade entre os atores, favorecendo a expansão e continuidade da política.
		Intermediária: política de saúde bucal consta na agenda governamental, porém não é destaque. Os atores são parcialmente comprometidos com a política de saúde bucal, e tem pouca ou nenhuma influência política nas arenas de decisões locais, tem poder limitado para tomada de decisões, apresentam graus variáveis de estabilidade política no cargo ocupado, podendo haver rotatividade entre os atores, mas não muito prejudicial à continuidade da política.

		<p>Incipiente: política de saúde bucal não está presente na agenda governamental, nem nas arenas de decisões e não é valorizada na política de saúde municipal. Os atores com poder não são comprometidos com o SUS ou com a política de saúde bucal; os coordenadores da área têm restrita influência política no processo decisório e limitada estabilidade no cargo ocupado, com alta rotatividade entre os atores.</p>
Configuração do sistema de Atenção à Saúde Bucal	Condições de sustentação da política pública: Recursos financeiros, físicos e humanos	<p>Avançada: o município recebe as transferências intergovernamentais para custear a política de saúde bucal e ainda destina recursos financeiros próprios para a sua política de saúde bucal. Os serviços de saúde bucal da atenção básica e especializada apresentam boa infraestrutura, com equipamentos novos, insumos suficientes para atender a demanda dos serviços, postos de saúde funcionando em prédios próprios e com boa estrutura física. Quantidade suficiente de profissionais de saúde bucal para atender a quase toda a população do município, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal concursados tanto na atenção básica quanto na especializada, profissionais com perfil para trabalhar no serviço público, boa remuneração salarial com presença de Plano de Cargos, Carreira e Salários.</p>
		<p>Intermediária: o município recebe as transferências intergovernamentais para custear a política de saúde bucal, porém, destina pouco recursos financeiros próprios para a sua política de saúde bucal. Os serviços de saúde bucal da atenção básica e especializada apresentam uma boa infraestrutura, com equipamentos em bom estado de conservação, insumos suficientes para atender a demanda dos serviços, postos de saúde funcionando em prédios próprios ou alugados porém, com boa estrutura física. Quantidade de profissionais de saúde bucal que atende mais da metade da população do município, profissionais com vínculo empregatício, carteira assinada e direitos trabalhistas assegurados, profissionais com perfil para trabalhar no serviço público, boa remuneração salarial, podendo apresentar ou não Plano de Cargos, Carreira e Salários.</p>
		<p>Incipiente: O município não adere a todas as diretrizes da política nacional de saúde bucal, por isso não recebe todos os recursos das transferências intergovernamentais e também destina poucos recursos financeiros próprios para a sua política de saúde bucal. Os serviços de saúde bucal da atenção básica e especializada apresentam uma infraestrutura precária, com equipamentos velhos, quebrados e em mau estado de conservação, insumos insuficientes para atender a demanda dos serviços, postos de saúde em prédios alugados e com péssima estrutura física. Quantidade insuficiente de profissionais de saúde bucal que não atende nem a metade da população do município, precarização do vínculo empregatício dos profissionais, profissionais sem perfil para trabalhar no serviço público, salário defasado, sem Plano de Cargos, Carreira e Salários.</p>
Configuração Público-Privada do Sistema de Saúde: Peso da oferta e relações entre público e privado		<p>Avançada: pequena expansão do setor privado odontológico, com pouca presença de planos e seguros privados de saúde bucal, setor público não apresenta contratos ou convênios com serviços privados odontológicos.</p>
		<p>Intermediária: razoável expansão do setor privado odontológico, com pouca presença de planos e seguros privados de saúde bucal, setor público apresenta poucos contratos ou convênios com serviços privados odontológicos.</p>
		<p>Incipiente: grande expansão do setor privado odontológico, com forte presença de planos e seguros privados de saúde bucal, setor público apresenta muitos contratos ou convênios com serviços privados odontológicos.</p>

Fonte: Elaboração da autora.

3.2. Estratégias metodológicas.

O estudo compreendeu diversas estratégias metodológicas como revisão bibliográfica, análise documental, análise de dados primários e secundários e a realização de entrevistas semi-estruturadas com os dirigentes da política municipal de saúde bucal.

Para a revisão bibliográfica foi realizada uma busca nas bases de dados disponíveis para acesso *on-line*, tais como *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), abordando os seguintes temas: a trajetória da política de saúde bucal e a organização dos serviços de atenção à saúde bucal no Brasil, no estado do Ceará e nos três municípios selecionados. Para tanto, utilizou-se o cruzamento dos descritores em ciências da saúde mencionados no quadro a seguir (Quadro 3). Além disso, também foram analisadas dissertações e teses relacionadas a esse assunto e referências obtidas a partir dos materiais levantados.

Quadro 3: Descritores em Ciências da Saúde buscados na pesquisa bibliográfica da Biblioteca Virtual em Saúde, 2013.

Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde	
Português	Inglês
Saúde Bucal	Oral Health
Políticas Públicas	Public Policies
Serviços de Saúde Bucal	Dental Health Services
Odontologia em Saúde Pública	Public Health Dentistry
Assistência Odontológica	Dental Care
Atenção à Saúde	Health Care (Public Health)

Fonte: <http://decs.bvs.br/>, acessado em: 12/06/2011.

A análise documental envolveu os principais documentos e portarias federais de regulamentação da Política Nacional de Saúde Bucal divulgados no sítio do Ministério da Saúde (Saúde Legis, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal). Também foram utilizados os documentos estaduais e municipais referentes à saúde bucal, inclusive a análise das atas da Comissão Intergestores Bipartite, obtidos pelos sítios ou diretamente nas secretarias de saúde do estado do Ceará e dos municípios selecionados.

Quanto à análise dos dados, foram utilizados predominantemente dados secundários devido à dificuldade dos municípios em disponibilizar os dados primários, visto que não havia uma organização quanto aos dados de produção dos serviços de

saúde bucal da atenção básica e especializada. Muitos dados não estavam consolidados, com ausência de informações de alguns meses e com predominância do último ano. Neste sentido, para fazer uma série histórica dos dados de produção de serviços, optou-se por utilizar as informações do Departamento de informática do SUS (DATASUS). Somente para algumas informações sobre a oferta de serviços de saúde bucal foram utilizados dados primários obtidos diretamente da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e das Secretarias de Saúde dos municípios estudados.

Outros sistemas de informação oficiais de saúde que também serviram de pesquisa para a obtenção dos dados secundários foram: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial/SUS (SIA/SUS), Pesquisa de Assistência Médica Sanitária/IBGE (AMS/IBGE), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e a sala de apoio à gestão estratégica do Ministério da Saúde (SAGE).

Os principais indicadores considerados na pesquisa, com seus respectivos métodos de cálculo e fontes de informação, estão descritos no quadro 4.

Quadro 4: Indicadores, método de cálculo e fontes de informação dos dados secundários. 2013.

Indicadores	Método de Cálculo	Fonte de informação
Abrangência populacional estimada das equipes de saúde da família	$\frac{\text{Número de equipes de saúde da família no local e no período determinado} \times 3.450}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: SAGE ³ . Denominador: IBGE ⁴ .
Abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal	$\frac{\text{Número de equipes de saúde bucal no local e no período determinado} \times 3.450}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: SAGE. Denominador: IBGE.
Taxa total de cirurgiões-dentistas	$\frac{\text{Número total de cirurgiões-dentistas no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 10.000$	Numerador: CFO ⁵ Denominador: IBGE
Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS	$\frac{\text{Número de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 10.000$	Numerador: CNES ⁶ . Denominador: IBGE.

continua

³ SAGE: Sala de apoio à gestão estratégica.

⁴ IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

⁵ CFO: Conselho Federal de Odontologia.

⁶ CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Quadro 4: Indicadores, método de cálculo e fontes de informação dos dados secundários. 2013 (continuação)

Indicadores	Método de Cálculo	Fonte de informação
Taxa total de auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, auxiliar de prótese dentária e técnico de prótese dentária.	$\frac{\text{Número de profissionais (ASB, TSB, APD ou TPD) no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 10.000$	Numerador: CFO Denominador: IBGE
Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica	$\frac{\text{Número de beneficiários de planos privados de assistência exclusivamente médica no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: ANS ⁷ . Denominador: IBGE.
Taxa de cobertura de planos privados de assistência exclusivamente odontológica	$\frac{\text{Número de beneficiários de planos privados de assistência exclusivamente odontológica no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: ANS. Denominador: IBGE.
Despesa total com saúde por habitantes	$\frac{\text{Despesa total com saúde no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}}$	Fonte: SIOPS ⁸ .
Receita de transferência para o SUS por habitantes	$\frac{\text{Receita de transferência para o SUS no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}}$	Fonte: SIOPS.
Despesas com Recursos Próprios em Saúde por habitantes	$\frac{\text{Despesas com Recursos Próprios em Saúde no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}}$	Fonte: SIOPS.
Porcentagem de transferências do SUS pelas despesas totais	$\frac{\text{Total de receitas das transferências para a saúde (SUS)}}{\text{Total de gastos em saúde, excluídas as deduções}} \times 100$	Fonte: SIOPS.
Percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a Emenda Constitucional nº 29	$\frac{\text{Despesas com recursos próprios gastos em ações e serviços de saúde}}{\text{Receitas próprias}} \times 100$	Fonte: SIOPS.

continua

⁷ ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

⁸ SIOPS: Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Quadro 4: Indicadores, método de cálculo e fontes de informação dos dados secundários. 2013 (continuação)

Indicadores	Método de Cálculo	Fonte de informação
Proporção da participação das três esferas de governo no gasto público em saúde no Ceará.	$\frac{\text{Gasto de cada esfera de Governo no Estado do Ceará}}{\text{Total de gastos no Estado do Ceará}} \times 100$	Numerador: SIGA Brasil ⁹ (Gasto Federal) e SIOPS (Gasto Estadual e Municipal). Denominador: SIOPS.
Proporção de recursos da saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica	$\frac{\text{Total de recursos da saúde bucal no local e no período determinado}}{\text{Total de recursos da atenção básica no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: SAGE. Denominador: SAGE.
Proporção de recursos da saúde bucal em relação ao piso de atenção básico variável	$\frac{\text{Total de recursos da saúde bucal no local e no período determinado}}{\text{Piso de Atenção Básica Variável no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: SAGE. Denominador: SAGE.
Proporção de municípios do Ceará com equipes de saúde bucal	$\frac{\text{Número de municípios com equipes de saúde bucal no Ceará}}{\text{Total de municípios no Ceará}} \times 100$	Fonte: SAGE.
Proporção de municípios do Ceará com CEO	$\frac{\text{Número de municípios com CEO no Ceará}}{\text{Total de municípios no Ceará}} \times 100$	Fonte: SAGE.
Proporção da população que refere ter realizado a última consulta odontológica a menos de 1 ano	$\frac{\text{Número de pessoas que refere ter realizado a última consulta odontológica a menos de 1 ano no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Fonte: SAGE.
Proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica	$\frac{\text{Número de pessoas que refere nunca ter realizado consulta odontológica no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Fonte: PNAD ¹⁰ /IBGE.
Proporção de procedimentos odontológicos básicos por habitantes	$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos básicos no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: SIA/SUS ¹¹ . Denominador: IBGE.

continua

⁹ O SIGA Brasil é um sistema de informações sobre orçamento público que pode ser acessado em: <http://www12.senado.gov.br/orcamento/sigabrasil>.

¹⁰ PNAD: Pesquisa por Amostragem de Domicílios.

¹¹ SIA/SUS: Sistema de Informação Ambulatorial.

Quadro 4: Indicadores, método de cálculo e fontes de informação dos dados secundários. 2013 (continuação)

Indicadores	Método de Cálculo	Fonte de informação
Proporção de procedimentos odontológicos especializados básicos por habitantes	$\frac{\text{Número de procedimentos especializados no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Numerador: SIA/SUS. Denominador: IBGE.
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{\text{Número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}} \times 100$	Fonte: SIA/SUS.
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais por habitantes	$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos básicos individuais no local e no período determinado}}{\text{População no local e no período determinado}}$	Fonte: SIA/SUS.
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.	$\frac{\text{Número de procedimentos odontológicos especializados no local e no período determinado}}{\text{Número total de procedimentos odontológicos individuais no local e no período determinado}} \times 100$	Fonte: SIA/SUS.

Ressalte-se que os indicadores não estavam disponíveis por um longo período de tempo, bem como, houve mudanças no cálculo de alguns indicadores que prejudicaram a análise da política de saúde bucal. Além disso, estes dados apresentaram limites de confiabilidade. Porém, ainda assim optou-se por utilizar os indicadores existentes, visando uma aproximação ao panorama de implantação da política de saúde bucal.

Quanto às entrevistas, foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado com os dirigentes da política em âmbito estadual (Apêndice A) e municipais (Apêndice B), os diretores dos CEO (Apêndice C), um membro do Conselho Regional de Odontologia (CRO) do Estado do Ceará e um representante de uma operadora de plano de saúde odontológico (Apêndice D). A caracterização dos entrevistados encontra-se no Quadro 5.

O roteiro das entrevistas compreendeu questões relacionadas às categorias e variáveis de análise tais como: estruturação histórica da saúde bucal no município, estratégias prioritárias desta política e sua relação com as demais áreas e políticas de saúde do Município, atores envolvidos na formulação e implementação, avanços e dificuldades da política. Investigaram-se ainda aspectos relacionados ao funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas, tais como condições de funcionamento,

formas de acesso, organização dos fluxos, articulação na rede de serviços e adoção de protocolos clínicos nas diversas especialidades.

Ao todo foram entrevistadas 25 pessoas. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas para facilitar a análise das respostas dadas pelos entrevistados. Em geral duraram em torno de 40 a 60 minutos.

Para a análise dos resultados destas entrevistas foi tomada como referência a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009) que consiste em um conjunto de procedimentos visando obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Esta técnica comporta três fases de análise: a pré-análise (análise textual e temática), a categorização e, por fim, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2009).

Os resultados das entrevistas foram utilizados ao longo do trabalho cotejados com as informações das outras fontes de pesquisa, sendo a análise de responsabilidade da pesquisadora. Em situações de uso direto de falas, os entrevistados foram codificados para evitar sua identificação, utilizando-se uma sigla formada por uma letra e um número. No caso dos municípios, a letra representa a inicial de cada município e o número representa o ordenamento das entrevistas realizadas. Para o Estado do Ceará foi utilizada a letra E seguida do número. Para o entrevistado do CRO e da operadora de plano foram utilizadas a letra C e a letra O, respectivamente, seguidas do número. O perfil dos entrevistados e sua codificação constam no quadro 5.

Quadro 5: Caracterização dos entrevistados da pesquisa, 2013.

Município	Cargos	Período	Siglas
Sobral	Coordenadores Municipais de Saúde Bucal	Maio 1998- Abril 2007	S1
		Maio 2011- ...	S2
	Supervisor de Saúde Bucal	2006-2009	S3
	Diretor do CEO Municipal	Março 2011- ...	S4
	Diretor do CEO Regional	Set 2010 ...	S5
Juazeiro do Norte	Coordenadores Municipal de Saúde Bucal	2000-2004	J1
		2006-2008	J2
		2009-Maio 2011	J3
		Jan 2012- ...	J4
	Diretor do CEO Municipal	Set 2009- Março 2011	J5
		Abril 2011-	J6
Diretor do CEO Regional	Dez 2009- ...	J7	
Fortaleza	Coordenadores Municipal de Saúde	2005-2008	F1

	Bucal	2008-2011	F2
		2005-2011	F3
		2012- ...	F4
	Diretor do CEO Centro (estadual)	2011- ...	F5
	Diretor do CEO Joaquim Távora (estadual)	2011- ...	F6
	Diretor do CEO Rodolfo Teófilo (estadual)	2011- ...	F7
	Diretor do CEO Floresta (municipal)	2011- ...	F8
	Diretor do CEO Messejana (municipal)	2009-...	F9
Estado do Ceará	Coordenadores Estadual de Saúde Bucal	2000-2006	E1
		2007-2010	E2
		2011- ...	
Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-CE)	Presidente do CRO-CE	2009-2012	C1
Plano Privado de Assistência Odontológica	Presidente da Uniodonto	2001- ...	O1
Total de entrevistas Semi-Estruturadas: 25			

Fonte: Elaboração da autora.

A pesquisa seguiu os critérios e exigências estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetida ao Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), sendo aprovada segundo o parecer CEP/ENSP número 223/2011, CAAE: 0240.0.031.000-11 (Apêndice E). Também foi solicitada autorização dos entrevistados (Apêndices F e G) e dos municípios para a realização da pesquisa.

4. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.

4.1. Trajetória da Política de Saúde Bucal.

A trajetória da política de saúde bucal no Brasil compreendeu vários momentos com distintas implicações para o direito à saúde. Para fins deste trabalho consideram-se quatro momentos: (a) trajetória anterior ao SUS; (b) os anos 1990 – a saúde bucal em “banho-maria”; (c) o período de 2000-2003 – a saúde bucal atrelada à Estratégia de Saúde da Família; (d) a partir de 2004 - o Brasil Sorridente.

Trajetória anterior ao SUS.

No período anterior ao SUS, de 1930 a 1980, os serviços de saúde bucal no Brasil se organizavam de forma dicotômica, seguindo a lógica mais geral das políticas de saúde no país (Paim, 2003).

De um lado, a assistência à saúde no âmbito da Previdência Social era direcionada para grupos específicos mediante a inserção no mercado de trabalho. O modelo de assistência médico-odontológica era o seguro social por intermédio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Os serviços de saúde previdenciários eram direcionados somente aos trabalhadores urbanos segurados e tinham abrangência diferenciada de acordo com as categorias profissionais. Os IAP apresentavam diferenças entre si em relação aos serviços de assistência oferecidos; usualmente, categorias mais fortes política e economicamente usufruíam de maiores benefícios, o que também se expressava nos serviços odontológicos. A oferta de assistência odontológica, além de restrita e variável, entre os institutos, em geral utilizava a contratação de serviços profissionais privados (Costa, Chagas e Silvestre, 2006).

Em 1967, os IAP se fundiram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), havendo nos anos seguintes expansão da assistência médico-odontológica financiada pelo Estado. O aumento da complexidade administrativa e financeira da assistência à saúde levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. O modelo “inampiano” de prestação de serviços odontológicos era baseado no atendimento à demanda espontânea e no predomínio dos procedimentos cirúrgicos-restauradores (Narvai e Frazão, 2008a).

Por outro lado, na vertente da saúde pública, principalmente a partir de 1950, iniciavam-se as ações estatais na área odontológica, por meio do sistema incremental, predominantemente direcionadas para a população em idade escolar, de 6 a 14 anos, vista como epidemiologicamente mais vulnerável (Narvai, 1994; Narvai e Frazão, 2008b; Ely, Carvalho e Santos, 2009).

Segundo Narvai (1994, p. 33): “*O sistema incremental praticamente se tornou sinônimo de Odontologia Escolar e de ‘modelo de saúde bucal’* [aspas originais] *no setor público, influenciando decisivamente, por quase meio século, as ações do setor em todo o país.*” Porém, o autor alega que as atividades contempladas nesse modelo revelaram-se residuais (baixa cobertura e eficácia epidemiológica), conformistas (alternativa assistencial estatal para pobres e carentes dos grupos prioritários) e com caráter complementar à odontologia de mercado.

Reforçando essas ideias, Cerveira (2003) afirma que na primeira metade do século XX, os poucos registros sobre a política de saúde bucal mostraram-na vinculada às ações de caráter curativo, enfatizando principalmente alguns grupos como as gestantes, pré-escolares e escolares.

Além disso, nesse período, também se iniciaram experiências pioneiras de medidas preventivas coletivas como a fluoretação das águas de abastecimento público, posteriormente tornada obrigatória (Narvai, 1994; Narvai e Frazão, 2008b; Ely, Carvalho e Santos, 2009).

Paralelamente a esses acontecimentos na esfera da política pública, crescia a odontologia de mercado, ou seja, a assistência odontológica privada direcionada a determinados segmentos da população que podiam pagar por desembolso direto para ter acesso a serviços privados.

Os anos de 1970 e 1980 foram marcados por profundas críticas a esse modelo assistencial odontológico e por propostas de reformas no setor saúde. No contexto da redemocratização da sociedade e da articulação do movimento sanitário brasileiro, a área odontológica também se mobilizou por meio do Movimento de União dos Estudantes de Odontologia (UNEO) e do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO). Tais movimentos, reivindicaram a mudança do paradigma vigente da saúde bucal, bem como a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal, com a participação de diversos atores nessa construção (Garcia, 2006).

No âmbito dos serviços, em 1976, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no Nordeste que, além de assistência médica,

compreendia a oferta de ações de saúde bucal, em nível ambulatorial. Tal programa favoreceu a expansão da cobertura e incluiu a atenção ao adulto, porém as ações ainda eram centradas nas urgências e em procedimentos mutilatórios (Ely, Carvalho e Santos, 2009).

Com a saúde em crise, em meados dos anos 1980 o governo decidiu lançar programas de reorientação do setor como as Ações Integradas de Saúde (AIS), que expandiram o acesso aos serviços previdenciários e de saúde pública para a população não segurada (Paim, 2003). Porém, essa expansão não melhorou o desfavorável quadro de saúde bucal da população em razão do modelo de atenção reproduzido (Narvai, 1994). Segundo Ely, Carvalho e Santos (2009) as AIS não propiciaram grandes avanços para a saúde bucal, pois reforçaram a estratégia de manutenção do sistema incremental para os escolares e a incorporação de recursos para aquisição de equipamentos odontológicos nessas escolas.

No contexto do movimento de Reforma Sanitária, realizou-se em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde. Concomitante, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, que reafirmou o compromisso do Estado em garantir à saúde da população, incluída a saúde bucal, como um direito básico de cidadania, a necessidade de um diagnóstico das condições de saúde bucal e a urgente necessidade de uma política nacional de saúde bucal (Brasil, 1986). Em 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, que assegurou a saúde como um direito social para todos os brasileiros e criou o SUS, regulamentado pelas Leis da saúde de 1990, norteado pelos princípios e diretrizes de universalidade e integralidade da atenção, descentralização político-administrativa e controle social (Brasil, 1988).

Com a instituição do SUS, havia a necessidade de criar diretrizes para a saúde bucal no país. Até então, a prática da assistência odontológica no país era apontada como de baixa cobertura e capacidade de resolução, ineficiente e mal distribuída, social e geograficamente. Criticava-se ainda a prioridade conferida à assistência odontológica nas escolas e o caráter restritivo da atenção aos outros cidadãos, a quem eram oferecidos somente cuidados de emergência. Outro aspecto questionado era a natureza mercantil da área, em face do crescimento dos serviços privados (Junqueira, Pannuti e Rode, 2008).

Apesar do avanço nas discussões, os programas de saúde bucal nacionais, propostos no final dos anos de 1980 e início dos anos 1990, foram centralizados e verticalizados. O INAMPS implementou o Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o uso de selantes e flúor em 1988, e o Ministério da Saúde, em 1989,

definiu uma -política nacional de saúde bucal representada pelo Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental. Posteriormente esses programas foram extintos (Narvai e Frazão, 2008a).

Os anos 1990: a saúde bucal em “banho-maria.”

Na década de 1990, a primeira de implantação do SUS, os avanços na área de saúde bucal foram pontuais e limitados.

Em 1990, houve a inclusão dos procedimentos coletivos de saúde bucal nas tabelas de remuneração do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). Dessa forma, além da fluoretação das águas e da assistência odontológica, introduziu-se a possibilidade de financiamento estatal dos bochechos com flúor e a escovação supervisionada com dentífrico fluoretado, que reforçaram as ações de caráter preventivo nos serviços públicos de saúde (Narvai e Frazão, 2008b; Ely, Carvalho e Santos, 2009).

Em 1993 ocorreu a 2^o Conferência Nacional de Saúde Bucal, que aprovou diretrizes e estratégias políticas para a área, enfatizou a saúde bucal como um direito de cidadania a ser assegurado mediante um novo modelo de atenção, discutiu desafios em relação aos recursos humanos, ao financiamento e ao controle social, e também, afirmou a inserção da saúde bucal no SUS, criticando os programas verticais e descontextualizados da realidade sanitária e epidemiológica do país (Brasil, 1993)

Em 1994, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente designado como uma “estratégia” para reorientar a organização e o modelo de atenção básica¹². A estratégia compreende a conformação de equipes de saúde da família constituídas minimamente por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (Brasil, 1997), portanto, sem previsão de presença do cirurgião-dentista. Na segunda metade dos anos 1990, a Estratégia de Saúde da Família permaneceu como uma prioridade na agenda federal da saúde, afirmando-se como a política de reorientação da organização do sistema e alcançando uma expressiva cobertura e capilaridade no território nacional (Machado, 2007).

¹² Essa estratégia consiste em um modelo de atenção primária à saúde focado na unidade familiar e na esfera comunitária, operacionalizado mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos pelas Equipes de Saúde da Família (Andrade, Barreto, Goya et al., 2004).

Outro fator importante nos anos 1990 foi o avanço no processo de descentralização do SUS que contribuiu positivamente para a ampliação dos serviços e a organização da saúde bucal em alguns municípios do país. Ressalte-se ainda a instituição, a partir de 1998, do Piso de Atenção Básica (PAB) que contribuiu com o aumento da capacidade de gestão local, mediante a transferência de recursos para os municípios de acordo com o número de habitantes (parcela fixa) e um montante variável segundo a implementação de programas ou atividades (Narvai e Frazão, 2009).

Desde a criação do PAB havia procedimentos de saúde bucal incluídos na relação de ações a serem financiadas por meio das transferências correspondentes à parcela fixa, calculada com base em um valor per capita e no número de habitantes do território. No entanto, a definição de um valor *per capita* relativamente baixo (inicialmente R\$10,00) para o custeio das ações relacionadas e seu “congelamento” até o início dos anos 2000 fizeram com que a expansão dos serviços básicos passasse a depender muito de outros incentivos financeiros, viabilizados por meio do PAB – variável, que compreendia parcelas voltadas para programas específicos. Como os profissionais de saúde bucal não estavam previstos nas equipes de saúde da família e não havia incentivos federais específicos para a saúde bucal, pode-se dizer que a expansão de ações de saúde bucal passou a depender de opções políticas de governos municipais em um contexto de recursos escassos, não existindo uma política nacional articulada para a área.

Em concordância com Narvai e Frazão (2008b), é possível afirmar que a saúde bucal não ocupou posição de destaque na agenda federal da saúde nos anos 90, com baixa prioridade das políticas para a área. Em um contexto de avanços na implementação do SUS, ainda que em meio a dificuldades estruturais e conjunturais, as mudanças relativas à saúde bucal foram tímidas, permanecendo a área em “banho-maria” na maior parte da década. Não houve ruptura radical com os modelos tradicionais de atenção, nem a articulação de uma política nacional abrangente para a área da Saúde Bucal.

O período de 2000 a 2003: a saúde bucal atrelada à saúde da família.

Em face da constatação dos limites das políticas para a área de saúde bucal nos anos 1990, no início dos anos 2000 intensificou-se o debate sobre a necessidade de estratégias específicas de fortalecimento da área. Nesse contexto, é proposta a conformação de equipes de saúde bucal atreladas à Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2000) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS de 2001 (Brasil, 2001) define a saúde bucal como uma das áreas estratégicas na atenção básica.

Na opinião de Zanetti (2007, p. 351) a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família somente após seis anos, teria representado um “*atraso cronológico e conceitual por parte do Ministério da Saúde*”. Garcia (2006, p. 52) também reafirma a opinião anterior ao considerar essa inserção tardia, não representando uma “*extensão natural*” da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, as equipes de saúde bucal implantadas ficaram responsáveis por prestar assistência à população com a abrangência de duas equipes de saúde da família, o que corresponderia a uma estimativa de uma equipe de saúde bucal para cada 6.900 habitantes. Somente em 2003 houve mudança nesse parâmetro, passando a se recomendar que cada equipe de saúde da família estivesse associada a uma equipe de saúde bucal (Brasil, 2003).

Em síntese, o período compreendido entre os anos 2000 a 2003 foi marcado por um aumento da valorização da saúde bucal na política federal, mas ainda tímido e atrelado à Estratégia Saúde da Família. Isso favoreceu a expansão de equipes e da oferta de ações de saúde bucal na atenção básica, representando uma base importante para a expansão que ocorreria no momento posterior.

O período pós 2004: o Brasil Sorridente.

Após a conclusão do levantamento epidemiológico de saúde bucal de 2003 e já no governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva, a trajetória da saúde bucal no país começou a ganhar fôlego e a mudar de curso.

No contexto de mudança de governo, houve uma estratégia bem sucedida dos profissionais da saúde bucal ligados ao movimento da saúde coletiva de atrelar a questão da saúde bucal ao Programa Fome Zero, então considerado a grande estratégia do novo governo para a área social (Garcia, 2006; Bartole, 2006). Para as autoras, tal

associação teria favorecido o reconhecimento dessa área como uma prioridade do governo e a construção de uma política abrangente para a área.

Logo após a eleição de Lula, houve uma articulação entre trabalhadores da área odontológica, demais profissionais de saúde, professores da Academia para a elaboração das linhas de ação do Executivo na área da saúde bucal. Apresentou-se na ocasião um diagnóstico da situação da saúde bucal, ações imediatas a serem realizadas nos 100 primeiros dias de governo e um delineamento das ações de saúde bucal (Narvai e Frazão, 2009; Garcia, 2006).

Assim, em 2004, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, designada como Brasil Sorridente. Essa política propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal no país, tendo como objetivo aumentar a oferta de serviços odontológicos para todas as faixas etárias, ampliar e qualificar a atenção básica e assegurar atendimento em todos os níveis de complexidade com vistas a alcançar a integralidade da atenção em saúde (Brasil, 2004b). De acordo com o então coordenador nacional da política (Pucca Júnior, 2006, p. 243): *“Pela primeira vez, na história das políticas públicas de saúde no Brasil, o governo Federal desenvolveu uma Política Nacional de Saúde Bucal que fosse maior do que apenas os incentivos isolados a saúde bucal concedidos até o ano 2002.”*

Ainda em 2004, ocorreu a 3^o Conferência Nacional de Saúde Bucal que expressou o esforço de construção de novos rumos para a política, identificando os principais problemas do País nessa área e buscando meios, recursos e estratégias para superá-los (Brasil, 2004c)

O desenho da nova política expressou um significativo avanço no que diz respeito à conquista do direito à saúde bucal, ao se fundar em uma lógica de proteção social abrangente. No caso da Política Nacional de Saúde Bucal, defende-se a universalidade do acesso para todas as faixas etárias, com organização dos serviços, quando possível, por linhas de cuidado e ciclos de vida; propõe-se a reconfiguração do modelo de atenção e uma oferta serviços de saúde bucal abrangente, que envolve desde as ações de prevenção e promoção até ações de recuperação e reabilitação, em todos os níveis de complexidade; aposta-se na expansão dos serviços públicos básicos e especializados, por meio respectivamente da expansão de equipes de saúde bucal, inclusive em relação aos componentes móveis da atenção à saúde bucal (UOM) para localidades de difícil acesso, e da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios de Próteses Dentárias.

Entre as estratégias de ação dessa política estão: o desenvolvimento de ações de promoção e proteção como a implantação da fluoretação das águas de abastecimento públicas em municípios que possuem sistemas de tratamento e distribuição de água; a garantia de acesso da população a kits de escovas e pastas de dentes fluoretadas; o incentivo de ações de educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor; o desenvolvimento de ações de recuperação de todos os níveis de complexidade, através do diagnóstico precoce e tratamento das doenças; e ações de reabilitação (Brasil, 2004b).

Nesse sentido, algumas das estratégias dessa política foram operacionalizadas mediante portarias lançadas pelo Ministério da Saúde. O Apêndice H resume a regulamentação federal relativa à saúde bucal de 1974 a 2012.

Observa-se que antes dos anos 2000 só apareciam portarias relacionadas à fluoretação das águas de abastecimento público, pois como não havia uma política de saúde bucal formatada para o país, os primórdios dos serviços odontológicos estavam direcionados para o atendimento à demanda espontânea, com ações pontuais, de caráter multidor, sem foco na prevenção das doenças e excludente, pois eram voltadas para um público-alvo específico como os escolares e as gestantes.

A partir dos anos 2000, os rumos da saúde bucal no país começam a mudar. De forma geral, as portarias a partir de então trazem normatizações relacionadas aos dispositivos lançados por esta política como as equipes de saúde bucal, os CEO, os laboratórios regionais de próteses dentárias e o componente móvel da atenção à saúde bucal. De 2000 até 2012 foram publicadas 60 portarias (Apêndice H) com normatizações sobre as equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (correspondendo a 23,3% destas portarias), os CEO (23,3% das portarias), os laboratórios regionais de prótese dentária (30,0%), os componentes móveis da atenção à saúde bucal (8,3%) e sobre o financiamento destes dispositivos (28,3%).

As normatizações sobre as equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família avançaram bastante neste período, pois houve a ampliação do número destas equipes equiparando a mesma proporção de equipes de saúde da família, a incorporação de equipes de saúde bucal nas equipes de agentes comunitários de saúde, o crescente aumento do incentivo financeiro para as equipes modalidades I e II e para aquisição de equipamentos odontológicos.

Já as normatizações para os CEO também avançaram quando instituíram normas para implantação e habilitação destes estabelecimentos, crescente aumento dos

incentivos financeiros, avaliação e monitoramento da produção mínima mensal, incorporação à Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência e autorização para credenciamento de quantos estabelecimentos forem necessários para atender a demanda da população, contudo limitando a disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.

Quanto aos laboratórios regionais de prótese dentária, as portarias estabeleceram normas e critérios para a implantação e habilitação, incluíram os procedimentos realizados por estes estabelecimentos na APAC/SIA (autorização de procedimento ambulatorial/sistema de informação ambulatorial) com financiamento pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação), estabeleceram uma produção mensal e autorizaram os gestores a implantar quantos estabelecimentos fossem necessários até cobrir a demanda da população por estes procedimentos, como forma de aumentar a produção mensal de próteses dentárias no país.

Diante disso, essas portarias federais se constituem em instrumentos potenciais de fortalecimento da política nacional de saúde bucal, visto que criam normas e regras que norteiam a organização e a operacionalização desta política em nível local. Outro aspecto que deve ser lembrado é que estas regras e normas podem favorecer a institucionalidade da política, pois podem assegurar mais estabilidade e continuidade às ações desenhadas, ao prever critérios e recursos para sua implantação e custeio.

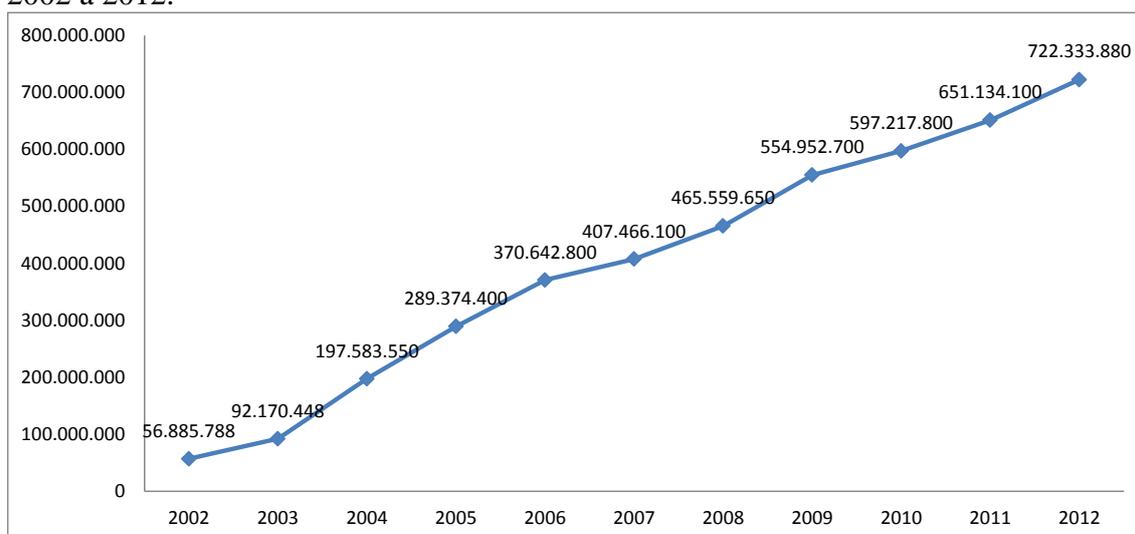
4.2. Panorama de implantação da Política Nacional de Saúde Bucal: financiamento, oferta e produção dos serviços.

O desenho de uma política nacional de saúde bucal abrangente, orientada pelos princípios do SUS, favoreceu, nos últimos anos, um aumento expressivo do financiamento, da oferta e da produção dos serviços públicos de saúde bucal no país. Nesse sentido, serão apresentados aqui dados sobre a expansão dessa política.

Quanto ao financiamento, a figura 2 mostra um aumento progressivo das transferências federais de saúde bucal na atenção básica, sem nenhum período de declínio e com incrementos em mais de mil vezes, no período de 2002 a 2012.¹³

¹³ Atualmente o Ministério da Saúde define como valor do incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de saúde bucal na modalidade I R\$ 2.230,00 a cada mês, por equipe e para as equipes de saúde bucal na modalidade 2 R\$ 2.980,00 a cada mês, por equipe (Portaria Nº. 978, de 16 de maio de 2012).

Figura 2: Evolução das transferências federais da saúde bucal na atenção básica. Brasil, 2002 a 2012.

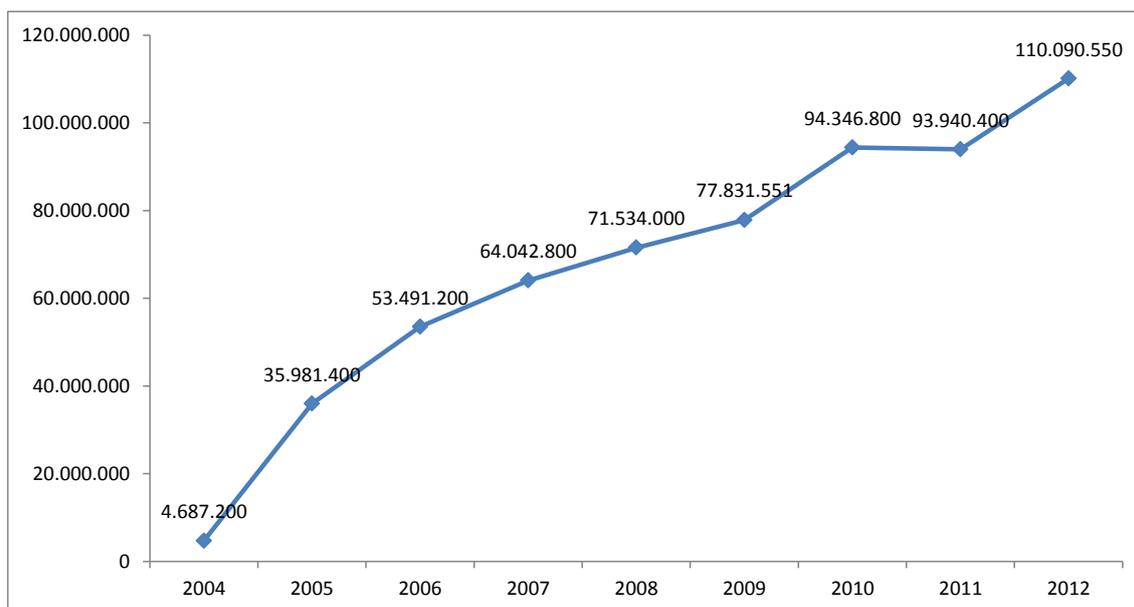


Fonte: Sala de apoio à gestão estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso: 21/07/2013

No que diz respeito ao financiamento dos CEO¹⁴, observa-se que de 2004 a 2012 houve um aumento de mais de 2.000 vezes no custeio destes estabelecimentos com um período de ligeiro declínio deste recurso de 2010 a 2011, coincidindo com a mudança do governo federal (Figura 3).

¹⁴ Atualmente o Ministério da Saúde define como valor do incentivo financeiro de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas: CEO Tipo I (R\$ 8.250,00), CEO Tipo II (R\$ 11.000,00) e CEO Tipo III (R\$ 19.250,00), segundo a Portaria nº 1.341 de 13 de junho de 2012.

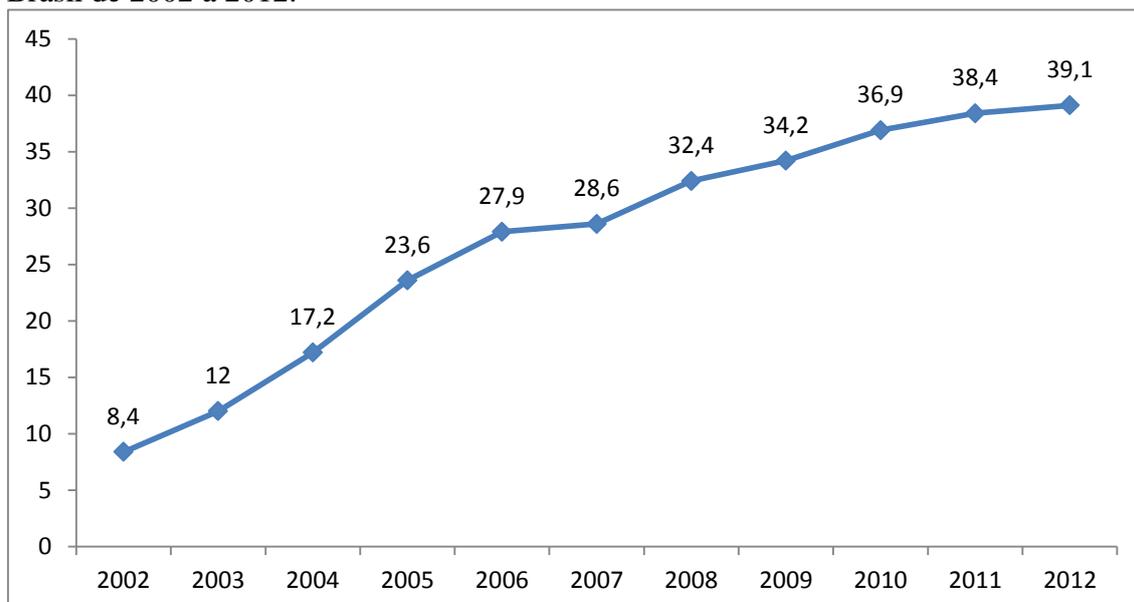
Figura 3: Evolução do financiamento dos CEO no Brasil de 2004 a 2012.



Fonte: Sala de apoio à gestão estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso: 21/07/2013.

No que concerne à oferta de serviços públicos de saúde bucal, observa-se que as equipes de saúde bucal ultrapassaram 22.000 em 2012, com uma abrangência populacional estimada de 39,1%, como pode ser visto na Figura 4. A abrangência populacional destas equipes sempre foi crescente, sem períodos de declínio.

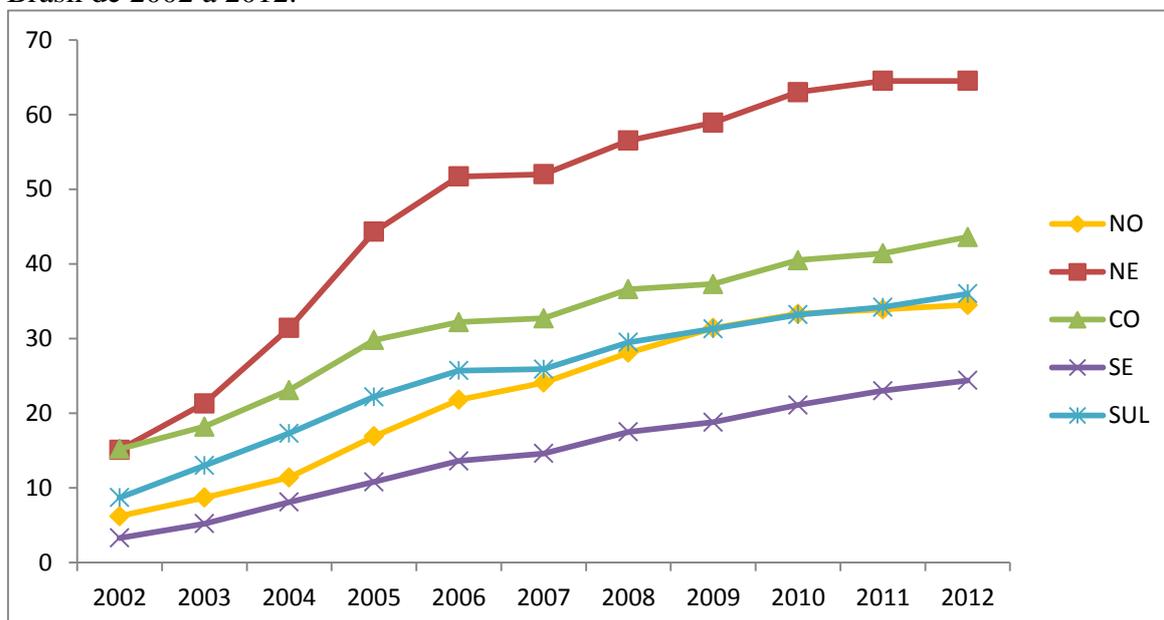
Figura 4: Evolução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal no Brasil de 2002 a 2012.



Fonte: N. de ESB – Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 15/07/2013. População – IBGE. Elaboração dos autores.

Cabe ressaltar que a expansão dos serviços públicos odontológicos, particularmente a abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal, tem sido bastante expressiva nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, dada a importância anterior da Estratégia da Saúde da Família nessas regiões (Figura 5). Essas regiões apresentaram um crescimento respectivamente de 49 pontos percentuais (passando de 15,1% em 2002 para 64,5% em 2012) e de 28 pontos percentuais (de 15,2% para 43,6% no mesmo período). Esta figura também mostra as desigualdades regionais na oferta destes serviços.

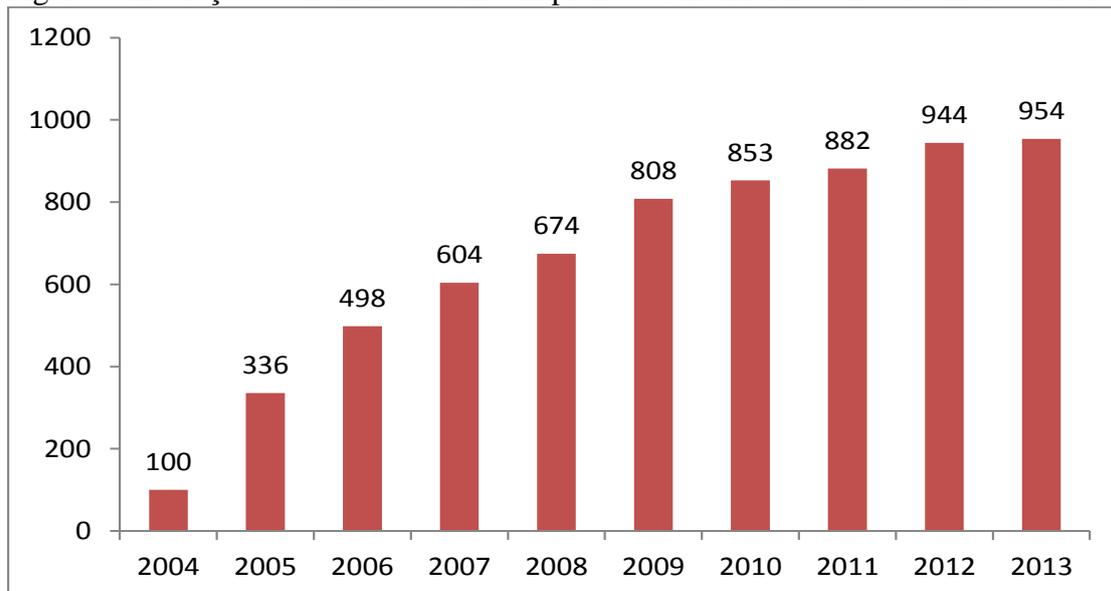
Figura 5: Evolução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal no Brasil de 2002 a 2012.



Fonte: N. de ESB – Sala de Situação do Ministério da Saúde. População – IBGE. Elaboração dos autores.

Além disso, a inclusão na política dos atendimentos especializados propiciou a abertura de 954 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no território nacional, em poucos anos (Figura 6). Acrescente-se ainda, a inauguração de um número expressivo de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Em 2010 o Brasil tinha 676 laboratórios e em 2012 esse número subiu para 1.351.

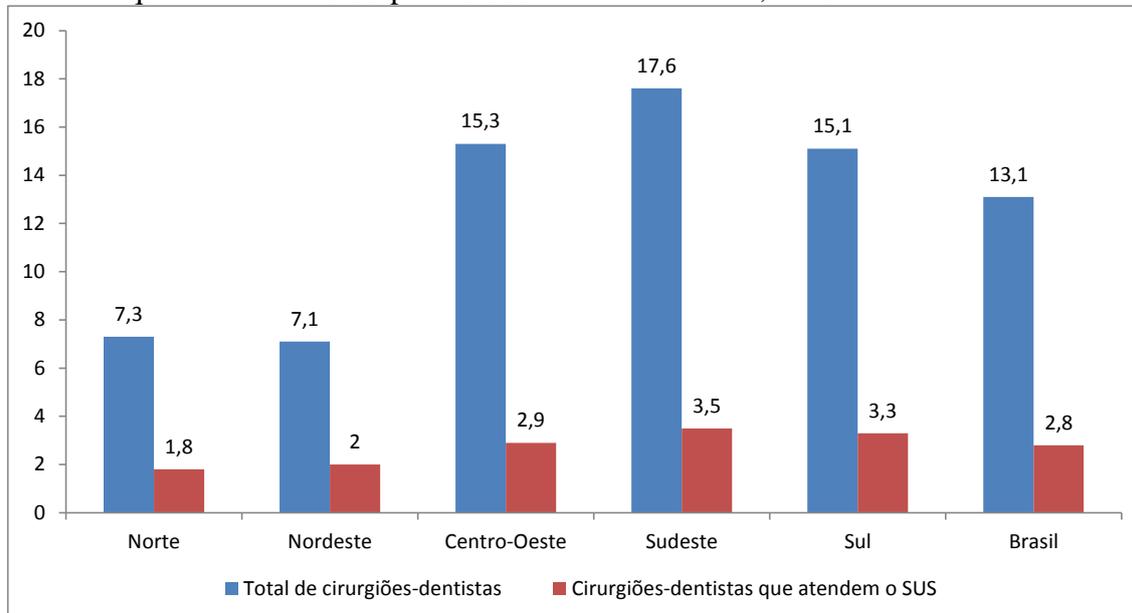
Figura 6: Evolução do número de CEO implantados no Brasil de 2004 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, disponível: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso: 15/07/2013.

Mesmo com a expansão das equipes de saúde bucal, a disponibilidade de cirurgiões-dentistas para o atendimento da população ainda é muito desigual no território nacional. As regiões Norte e Nordeste apresentam uma taxa total desses profissionais por 10.000 habitantes e também uma taxa dos cirurgiões-dentistas que atendem o SUS abaixo das demais regiões e da média nacional (Figura 7).

Figura 7: Taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes e taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes. Brasil, 2013



Fonte: Dados do total de cirurgiões-dentistas retirado do site do CFO, acessado pelo sítio: www.cfo.org.br; dados do número de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS retirado do CNES, acessado pelo sítio: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02br.def.>; população do IBGE. Acesso: 21/07/2013. Elaboração dos autores.

Portanto, a expansão recente dos serviços odontológicos públicos até o momento não tem sido suficiente para superar as acentuadas desigualdades regionais nos indicadores de oferta em saúde bucal que têm raízes histórico-estruturais e se relacionam com as condições sócio-econômicas e a configuração prévia da atenção nessa área.

No que se refere às relações público-privadas, é importante registrar que, na trajetória da saúde bucal no país, anterior ao SUS, houve a conformação de mercados de serviços odontológicos. Além disso, a Constituição do Brasil de 1988 (Brasil, 1988) não conferiu ao Poder Público exclusividade no atendimento à saúde, ao contrário definiu a assistência à saúde como livre à iniciativa privada (Weichert, 2010).

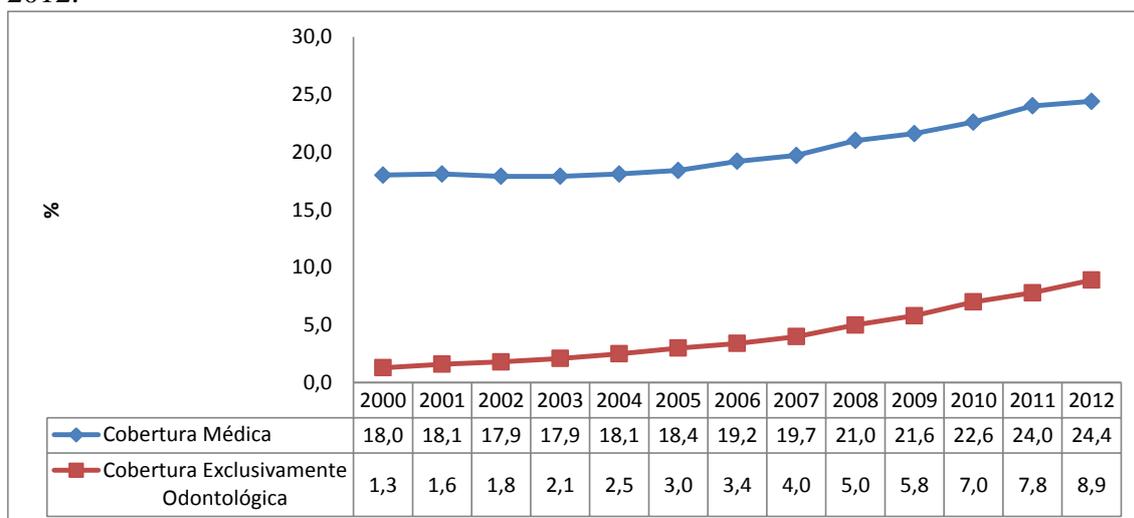
Assim, a consideração da presença e evolução da oferta de serviços odontológicos privados, disponíveis apenas para segmentos da população com capacidade de pagamento, é importante para a compreensão das possibilidades e limites das políticas públicas de saúde bucal inclusive no que se refere à perspectiva do direito à saúde.

Nos anos 2000, paralelamente à expansão de serviços públicos, também houve expansão do setor privado de assistência odontológica.

No que se refere ao segmento de planos e seguros privados de saúde, houve um crescimento geral do número de brasileiros que têm planos médico-assistenciais privados e um aumento proporcionalmente ainda maior de planos com cobertura odontológica.

A Figura 8 mostra o crescimento dos planos privados nos anos 2000, incluindo os planos odontológicos. No período de 2000 e 2012, segundo dados oficiais da ANS, a proporção da população com planos privados de assistência médica com ou sem odontologia cresceu até atingir 24,4%, enquanto os planos de assistência exclusivamente odontológica cresceram de 1,3% para 8,9% (um aumento de quase sete vezes).

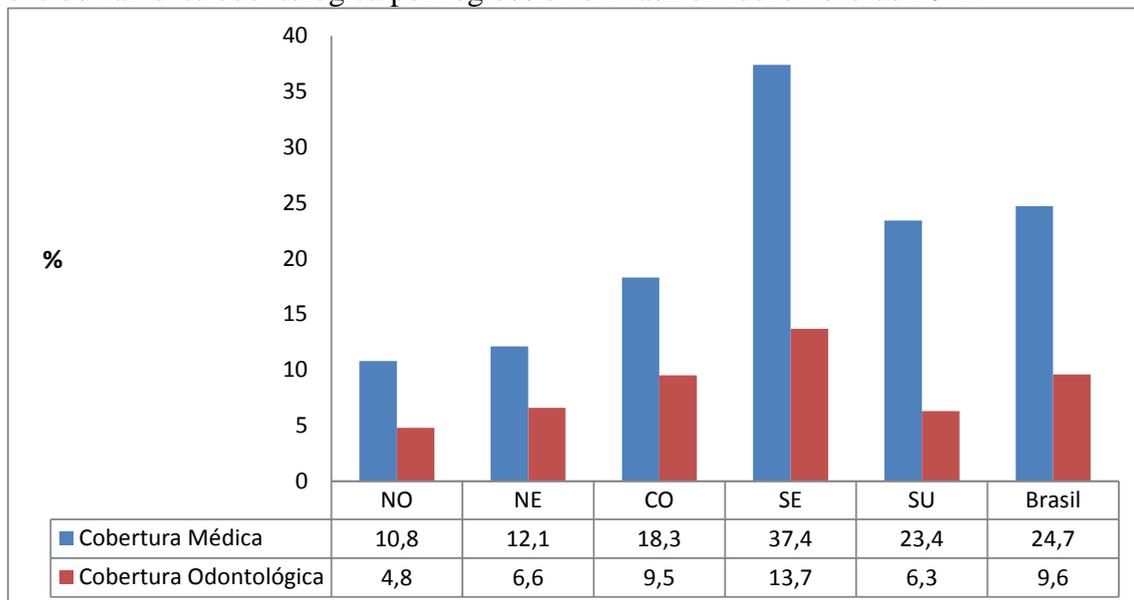
Figura 8: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica¹⁵ e de assistência exclusivamente odontológica no Brasil, 2000 a 2012.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF. Acesso: julho/2013.

Ainda em relação a esses planos observa-se que a cobertura estimada dos planos privados de assistência médica e de assistência odontológica é variável entre as regiões do país, sendo menor na região Norte e a maior na Sudeste, que apresenta taxas acima da nacional (Figura 9).

Figura 9: Taxa de Cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica por regiões e no Brasil em dezembro de 2012.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.DEF; acesso em julho/2013.

¹⁵ Inclui os planos privados de assistência médica com e sem odontologia.

Em relação às operadoras de planos de assistência odontológicos no país, em dezembro de 2012, o maior percentual está representado pela odontologia de grupo com 64,6% da fatia do mercado, seguido das cooperativas odontológicas e da medicina de grupo com planos odontológicos, cada uma com 15,2%, seguradoras com 2,3%, cooperativas médicas com odontologia com 1,8%, autogestão com 0,3% e filantropias com 0,5%.¹⁶

¹⁶ Fonte: Informação em Saúde Suplementar, Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF, acesso em: julho de 2013.

5. A Política de Saúde Bucal no Estado do Ceará.

5.1. Breve caracterização do Estado.

O Estado do Ceará está localizado na região Nordeste, com grande extensão territorial, correspondendo a 9,6% desta região e a 1,7% da área do Brasil. Além disso, é um estado bastante populoso com 8.547.750 habitantes, 75% dos quais residem em áreas urbanas.

O Ceará é composto por 184 municípios,¹⁷ sendo oito municípios com população acima de 100.000 habitantes¹⁸. É, atualmente, o décimo segundo estado mais rico do país, sendo o terceiro mais rico do Nordeste¹⁹.

O quadro 6 resume algumas características geográficas e econômicas deste estado.

Quadro 6: Estados limítrofes, área territorial, densidade demográfica, produto interno bruto e atividades econômicas do Estado do Ceará.

Estados limítrofes (1)	Área Territorial (2)	Densidade Demográfica (2012)	Produto Interno Bruto (3)	Atividades Econômicas
Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba e Piauí.	148.825,6 km ² .	56,78 hab./km ² .	75 bilhões de reais.	Atividades agropecuárias, comércio e serviços, com grande destaque para o turismo. Os principais setores da indústria cearense são vestuário, alimentícia, metalúrgica, têxtil, química e calçadista. Complexo Industrial e Portuário do Pecém com uma siderúrgica e uma refinaria de petróleo.

Fonte: (1) www.saude.ce.gov.br, acessado em 04/06/2011; (2) DAG/MS, IBGE, Ministério de Desenvolvimento agrário, sala de situação do MS, acessado pelo sítio: www.saude.gov.br, em 04/junho/2011; (3) IPECE, retirado do sítio www.saude.ce.gov.br, acessado em 04/06/2011.

O Estado do Ceará é considerado um estado de vanguarda no que diz respeito aos investimentos no setor público. Tandler (1998) relata que a história deste estado começou a mudar a partir de 1987 quando o governo do estado foi dirigido por políticos reformistas, que atuaram contra as oligarquias locais da época e implementaram alguns programas de saúde pública inovadores. No final da década de 80 e no início dos anos 90 a economia do estado cresceu mais do que o restante do Nordeste e até mesmo do

¹⁷ Fonte: IBGE, retirado do sítio www.saude.ce.gov.br, acessado em 04/06/2011.

¹⁸ Fonte: DAG/MS, IBGE, Ministério de Desenvolvimento agrário, sala de situação do MS, acessado pelo sítio: www.saude.gov.br, em 04/junho/2011.

¹⁹ Fonte: retirado do sítio: www.saude.ce.gov.br, acessado em 04/06/2011.

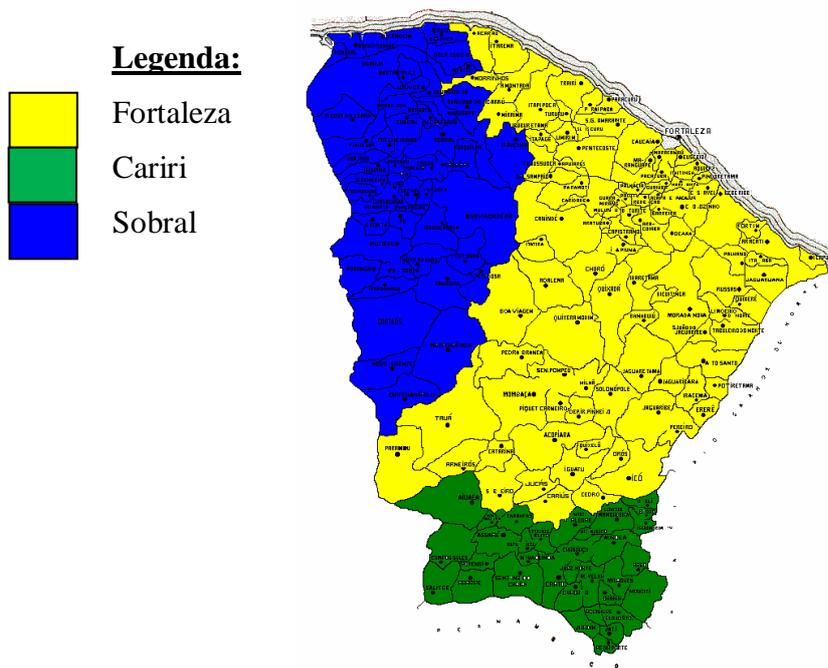
que das regiões mais desenvolvidas do Brasil. O Ceará se tornou um “modelo” de administração pública admirado pelos outros estados brasileiros e por outros países latino-americanos. Um exemplo disso foi a conhecida tradição na organização dos serviços de saúde de forma descentralizada, desde a experiência dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Em 1987 se criou o programa de medicina preventiva que contratou agentes comunitários de saúde e enfermeiras para trabalhar no meio rural tendo gerado impactos positivos nos indicadores de saúde do estado. Tandler (1998) denominou o estado do Ceará de governo central atuante, que em alguns momentos retirou poderes tradicionais dos governos municipais, porém ao mesmo tempo devolveu outros.

5.2. A Política e o Sistema de Saúde Estadual.

A organização do sistema de saúde estadual leva em consideração o Plano Diretor de Regionalização (Ceará, 2006) que divide o estado em três macrorregiões de saúde - Fortaleza, Sobral e Cariri - e em 22 microrregiões (Figuras 10 e 11). Cada uma das 22 microrregiões tem um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde – CRES, exceto a 22ª Coordenadoria de Cascavel, que está sob a coordenação da 1ª CRES²⁰. Atualmente, o estado está passando por um processo de atualização do Plano Diretor de Regionalização em que será acrescentada mais uma macrorregião de saúde no centro do estado, denominada macrorregião de Quixadá. Contudo, este novo plano ainda não se encontra disponível no sítio oficial do Estado do Ceará para consulta e divulgação.

²⁰ Fonte: retirado do sítio www.saude.ce.gov.br, acessado em 04/06/2011.

Figura 10: Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, 2013.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará, 2006.

Figura 11: Microrregiões de Saúde do Estado do Ceará, 2013.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará, 2006.

A rede de saúde estadual conta com 9.011 unidades inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Observa-se que a grande maioria destes estabelecimentos são privados (62,3%), seguidos dos estabelecimentos públicos

municipais representando 35%, enquanto apenas 1,9% são serviços estaduais²¹ (Tabela 1).

Tabela 1: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador no Estado do Ceará. 2013.

Tipo de Estabelecimento	n	%
Público Municipal	3.154	35,0
Público Estadual	167	1,9
Público Federal	6	0,07
Privado	5.613	62,3
Filantropico sem fins lucrativos	56	0,6
Sindicato	15	0,2
Total	9.011	100,0

Fonte: CNES/DATASUS, acessado em: 20/02/2013. Disponível: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=23

A Secretaria Estadual de Saúde oferece serviços especiais de acesso aberto²², sendo que seis desses serviços estão localizados em Fortaleza: Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão, Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher, Centro de Saúde Meireles. Além disso, há um centro localizado no município de Redenção (Centro de Dermatologia Sanitária Antônio Diogo) e um no município de Maracanaú (Centro de Dermatologia Sanitária Antônio Justa).²³

A rede de serviços estaduais também conta com três serviços de apoio que são: Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce), Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), além de 32 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).²⁴

Quanto às unidades hospitalares, o Estado possui oito hospitais públicos localizados na capital que são: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital de Messejana Dr.

²¹ Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=23, acesso: 20/02/2013.

²² Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (Portaria nº 7508/2011).

²³ Fonte: www.saude.ce.gov.br, acesso em: maio de 2013.

²⁴ Fonte: www.saude.ce.gov.br, acesso em: maio de 2013.

Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Geral César Cals, Hospital São José de Doenças Infecciosas, Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, Hospital Geral Waldemar Alcântara, Hospital Geral da Polícia Militar José Martiniano de Alencar. Existem também dois Hospitais Regionais localizados no município de Sobral e em Juazeiro do Norte.²⁵

Observa-se, portanto, que além de gestora do sistema estadual de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) ainda exerce papel de prestação direta de serviços, principalmente por meio de alguns serviços especializados localizados na capital.

5.3. A trajetória da Política de Saúde Bucal do Estado.

Os primórdios dos serviços odontológicos no Estado do Ceará surgiram de maneira diversificada. Em 1914, algumas entidades privadas prestavam serviços odontológicos à população cearense como a Associação dos Merceiros, o Centro dos Retalhistas e o Phenix Caixeiral (Porto, Menezes, 2004).

Em 1916, foi criada a Faculdade de Farmácia e Odontologia do Ceará, inicialmente uma instituição privada que prestava assistência odontológica gratuita aos pobres. Só em 1950 esta instituição passou a integrar o Sistema Federal de Ensino Superior, sendo mantida pelo Governo Federal (Porto, Menezes, 2004).

Além disso, alguns órgãos públicos federais, estaduais e municipais também prestavam assistência odontológica aos seus funcionários e dependentes, a exemplo do setor odontológico da Polícia Militar do Ceará que surgiu em 1923. Com a crescente demanda de policiais militares por tratamento odontológico foi criado em 198 o Centro de Especialidades Odontológicas da Polícia Militar do Ceará (CEOP), que funciona até hoje com uma unidade central e várias unidades odontológicas localizadas nos batalhões policiais da capital e de outras cidades cearenses. No CEOP foram criados vários programas de atendimento voltados para determinadas faixas etárias e para ações preventivas direcionadas a bebês (Porto, Menezes, 2004).

A assistência odontológica do setor público surgiu em 1931 com a instalação de consultórios odontológicos nas escolas e com a criação do Centro Estadual de Saúde. Por volta de 1932, a capital do Estado contava com quatro centros clínicos estaduais que ofertavam serviços odontológicos. Em 1965, o Centro Estadual de Saúde foi extinto e

²⁵ Fonte: www.saude.ce.gov.br, acesso em: maio de 2013.

deu lugar ao Centro de Treinamento Odontológico (CTO), construído com o objetivo de reciclar os cirurgiões-dentistas da rede pública. Outro serviço odontológico público deste período foi o Centro de Saúde Darcy Vargas que destinava atendimento exclusivo a crianças e gestantes (Porto, Menezes, 2004). Em 1997, o CTO passou a se denominar de Centro de Especialidades Odontológicas do Centro (CEO Centro).

Em 1938, foi criado o Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC) que assegurava aos servidores estaduais a assistência médica, odontológica e jurídica. Foi a primeira instituição odontológica em Fortaleza a organizar seu atendimento em clínicas especializadas de endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgia oral, radiologia, prótese dentária e dentística (Porto, Menezes, 2004).

Em 1967, os serviços odontológicos estaduais ofertados pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Porto, Menezes, 2004).

Até 1992, em alguns municípios do Estado do Ceará, existiam apenas ações pontuais na área odontológica mais voltadas para as extrações, ou seja, de caráter mutilador. Nesse período havia alguns consultórios dentários instalados nas escolas e umas das primeiras iniciativas do Governo do Estado na época foi incentivar a prática dos bochechos fluoretados semanais nas escolas da capital do Estado, com o intuito de diminuir a enorme prevalência da cárie dentária. O discurso abaixo retrata esse momento:

“Nos anos 90 o Estado do Ceará era completamente desestruturado em termos de odontologia. Não é? Você encontrava algumas ações pontuais na capital, Fortaleza. Mas assim, nos municípios era, quando tinha, tinha um dentista que fazia exodontia, não é? E nada mais. Nem um consultório assim com compressor capaz de fazer restauração.” (Coordenador E1).

Somente nos anos 2000, iniciaram-se as primeiras discussões acerca da necessidade de uma política específica para a área da saúde bucal, como ilustra a reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 2001 (Quadro 7 da CIB).

Em 2003, o Governo do Estado criou o Programa Dentista da Família com o intuito de ampliar a cobertura das equipes de saúde bucal na mesma proporção das equipes de saúde da família nos municípios do interior do estado.

Para participar do programa, inicialmente, foram selecionados os municípios que tinham baixo índice de desenvolvimento humano. O município recebia um incentivo financeiro do Governo do Estado para o pagamento do salário do cirurgião-dentista. Nesse sentido, ficava sob a responsabilidade do município apenas a manutenção do consultório e a compra de equipamentos e material de consumo. Como o incentivo federal para a área da saúde bucal era muito pequeno, com a implantação deste programa da Secretaria Estadual de Saúde houve um expressivo aumento da cobertura das equipes de saúde bucal no Estado. Além disso, nesse período o governo federal só enviava recurso para financiar uma equipe de saúde bucal para cada duas equipes de saúde da família²⁶ e os municípios tinham pouco interesse em implantar equipe de saúde bucal devido ao escasso recurso vindo do Ministério da Saúde como exemplificado no comentário abaixo:

“... mas existiam alguns municípios que tinham também a equipe de saúde bucal, que tinha implantado, não é? Mas como o recurso era muito pequeno, os municípios não tinham interesse, porque achavam que o recurso que vinha do Ministério da Saúde não dava para pagar nem o salário do dentista.” (Coordenador E1)

Cabe lembrar que o governo federal repassa um incentivo financeiro para os municípios aderirem às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Contudo somente esse recurso não garante a sustentabilidade da política de saúde bucal local, o que exige a participação financeira municipal para a continuidade das ações de saúde bucal.

Nesse sentido, uma das prioridades do Governo do Estado neste período era equiparar o número de equipes de saúde bucal ao de equipes de saúde da família e implantar equipes de saúde bucal em todo o Estado, de forma que nenhum município ficasse sem cirurgião-dentista vinculado à Estratégia Saúde da Família.

Naquele período, além dos cirurgiões-dentistas da atenção básica e do programa Dentista de Família, também havia cirurgiões-dentistas que trabalhavam em alguns hospitais estaduais, realizando procedimentos de atenção básica para o atendimento à demanda espontânea.

²⁶ Portaria GM/MS nº 267/2000.

Em 2004, o levantamento epidemiológico estadual de saúde bucal, o SB Ceará, revelou uma grande parte da população desassistida de serviços odontológicos. Quanto à situação epidemiológica das principais doenças bucais, esta pesquisa observou que 34,2% das crianças de 5 anos estavam livres de cárie e a média do CPO-D aos 12 anos era 3,1, sendo 70% deste índice composto por dentes cariados (Brasil, 2004a). Em relação aos problemas periodontais, esta pesquisa revelou uma maior presença de cálculo dentário e sangramento entre os adolescentes e os adultos.

Ainda em 2004, foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite a Política Estadual de Melhoria da Assistência à Saúde Bucal nos municípios. Uma vertente dessa política foi o investimento em serviços especializados com a implantação de centros de especialidades odontológicas em cada uma das 22 microrregionais do Estado do Ceará. Isto foi motivado, também, pela a escassez de serviços odontológicos especializados que ofertassem um tratamento dentário mais conservador para a população, como por exemplo o tratamento endodôntico.

A iniciativa do Estado do Ceará em investir em serviços odontológicos especializados por meio da criação de CEO regionais ocorreu em 2003, um ano antes do lançamento das diretrizes da política nacional de 2004, que incentivava a implantação de CEO municipais, como se refere a gestora deste período:

“...Esse Projeto dos CEOs Regionais surgiu no Governo Lúcio Alcântara... O Governo Federal ainda não tinha nem sinalizado para passar incentivo, nem nada... E o Governo só lança a Política em 2004... Então assim, esses CEO eram feitos todos com incentivo do Estado... Foi iniciativa mesmo do Governo do Estado... Aí o Governo Federal resolveu também incentivar nessa área. Não é? E aí resolveu fazer os CEOs não Regionais, mas Municipais, não é?” (Coordenador E1)

De 2003 a 2006, foram implantados cinco CEO regionais nos municípios de Aracati, Tauá, São Gonçalo, Crato e Iguatu. Esses CEO regionais recebiam encaminhamentos de pacientes dos municípios pertencentes a sua microrregião de saúde. Dentre as especialidades ofertadas nesses estabelecimentos estavam os serviços de: ortodontia preventiva, endodontia, periodontia, prótese dentária (prótese parcial removível e prótese total), pacientes especiais, estomatologia e cirurgia buco-maxilo facial. O financiamento destes CEO se dava mediante recurso estadual com contrapartida municipal. Além disso, já existiam três CEO estaduais em Fortaleza: o

CEO Centro (fundado em 1965), o Joaquim Távora (criado em 1994) e o Rodolfo Teófilo (criado em 1999).

Após a criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, os CEO estaduais foram credenciados no Programa Brasil Sorridente e, também, passaram a receber recursos federais. Assim, segundo a Coordenadora E1, *“as duas políticas de saúde bucal estadual e federal correram paralelas, uma não inviabilizando a outra.”*

Outra ação dentro da Política Estadual foi o Projeto de Rastreamento do Câncer de Boca, em 2004, mediante a capacitação dos cirurgiões-dentistas para identificar e realizar busca ativa de lesões.

No ano de 2005, a Secretaria Estadual de Saúde organizou um concurso público unificado de base estadual para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, ao qual muitos municípios aderiram. Dessa forma, os municípios foram estimulados a investir na atenção básica e na despreciação do vínculo empregatício desses profissionais.

Durante o período de 2003 a 2006, os principais atores que participaram do processo de formulação e implementação da Política Estadual de Saúde Bucal foram: o Núcleo Estadual de Saúde Bucal, o Secretário de Saúde, os gestores da Secretaria Estadual de Saúde, os gestores regionais e o Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

Durante o governo estadual de 2007 a 2012, os rumos traçados pela política de saúde bucal foram se modificando. Com o intuito de formular novas diretrizes e propor rumos para a política estadual de saúde bucal, houve uma reunião com vários atores como: Associação Brasileira de Odontologia, Conselho Regional de Odontologia, sindicato e universidades. Em 2008, o Governo do Estado lançou o MAPP da Saúde (Monitoramento e Acompanhamento dos projetos prioritários do governo) com a previsão de implantação de 17 Centros de Especialidades Odontológicas Regionais perfazendo um total de 25 estabelecimentos, pois cinco já tinham sido implantados em municípios do interior do estado e três já funcionavam em Fortaleza.

Além disso, a proposta do novo governo era de que esses estabelecimentos funcionassem sob a modalidade de consórcio público em saúde²⁷, ou seja os municípios que faziam parte da mesma microrregional de saúde se consorciavam para ratear as despesas com os serviços especializados. Ademais, ainda havia a participação financeira da esfera estadual como contrapartida.

²⁷ Lei nº 11.107/2005 e Decreto nº 6.017/2007 instituiu e regulamentou os Consórcios Públicos.

Outro ponto que mereceu destaque no período foi a organização pela Secretaria Estadual de Saúde de uma seleção pública para o cargo de diretor dos CEO regionais que considerou critérios relativos à experiência em administração pública. Também foi ofertado um Curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde para melhorar a capacitação destes gestores.

Essa nova gestão reorganizou os serviços de saúde bucal, de modo que a Secretaria de Saúde desse prioridade ao investimento na atenção secundária e à estruturação dos serviços terciários, como a odontologia hospitalar. Quanto à atenção primária, o Estado acabou com o Programa Dentista de Família, visto que as atribuições da atenção básica são de competência dos municípios. Contudo, o governo estadual ainda destinou recursos para a estruturação da atenção básica e da média complexidade através do FECOP (Fundo de Amparo à Pobreza), adquiriu 162 veículos para a Estratégia Saúde da Família e estadualizou os Agentes Comunitários de Saúde dos municípios do interior do estado. O comentário abaixo demonstra essa nova fase da política estadual de saúde bucal:

“E aí, nós formatamos uma política de tal forma que ela contemplasse a integralidade da Atenção à Saúde. Tanto que a gente chamou de Saúde Bucal com Atenção Integral. Saúde Bucal com Atenção Integral. Então o que seria? A Atenção Primária, nós daríamos todo o suporte. Tá? Enquanto assessoria, enquanto enfim. Atenção Secundária, nós teríamos vinte e cinco CEOs Regionais. E a Atenção Terciária, nós teríamos uma reestruturação, por exemplo, da odontologia, na rede hospitalar. (...) Enfim, a ideia era justamente daquilo que competia ao Estado, principalmente na média e alta complexidade, nós pudéssemos de alguma forma, dar resposta.”
(Coordenador E2)

Em 2009, a secretaria realizou o Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde Bucal com o objetivo de formar gestores em saúde bucal. Foram ofertadas 94 vagas para a Macrorregião de Fortaleza, 42 vagas para a do Cariri e 49 para a de Sobral. O curso promovia o encontro dos gestores de diversos municípios e permitia troca de experiências entre eles.

Portanto, observa-se que houve uma redefinição das ações realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde em relação aos níveis de atenção do sistema de saúde.

Com relação a isso, ressalta-se que o estado do Ceará teve um protagonismo em relação ao incentivo financeiro e ao desenvolvimento dos serviços públicos odontológicos.

Nos primórdios da trajetória da Política de Saúde Bucal do Estado, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) se destacou por ofertar serviços odontológicos na capital para atender a população dos municípios do interior. Entre 2003 e 2006, a SESA ajudou os municípios a organizarem seus serviços de saúde bucal na atenção básica mediante o Programa Dentista de Família. Bleicher e Frota (2006) também observaram que nos anos 2000 houve uma participação da esfera estadual no que diz respeito ao incentivo à fluoretação das águas de abastecimento dos municípios, mas ainda com uma forte dependência de financiamento federal para sua implementação.

A partir de 2007, a SESA continuou a contribuir e assessorar a atenção básica nos municípios e ampliou a prestação de serviços odontológicos de atenção secundária por meio dos CEO regionais.

Nesse sentido, o Estado do Ceará investiu em ações que seriam de responsabilidade principal dos municípios como, por exemplo, o investimento na atenção básica, demarcando o papel de um Estado atuante na formulação e implementação de uma Política Pública de Saúde Bucal.

Dada a importância das relações intergovernamentais para a implementação da política de saúde bucal – orientada por diretrizes nacionais, mas de implementação descentralizada – é importante considerar as negociações empreendidas no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que muitas vezes expressam as decisões relativas à adaptação de normas federais ou à formulação de estratégias próprias pelo estado e municípios. A CIB representa uma instância privilegiada para a compreensão das relações intergovernamentais na construção e implementação de políticas no âmbito do estado²⁸.

A partir da análise das atas das reuniões desta comissão, desde 2000 até 2012, revelou-se que das 192 reuniões da CIB, o tema saúde bucal foi discutido em 75,5% e que não houve nenhum ano em que este tema não fosse debatido, havendo um aumento expressivo no número de reuniões em que este tema esteve presente em pauta a partir de 2001. Vale destacar que neste ano abre-se uma janela de oportunidade para a saúde

²⁸ Uma pesquisa que avaliou as Comissões Intergestores Bipartite revelou que esta instância no Ceará no período de 2007 a 2009 apresentou uma institucionalidade avançada, com relações intergovernamentais predominantemente cooperativas e interativas (Viana e Lima, 2011; Machado, Oliveira e Pereira, 2011).

bucal na agenda governamental estadual. Não foi possível analisar as atas de 2011, pois nenhuma delas constava no sítio da Secretaria Estadual de Saúde.

Durante esses anos, os temas de saúde bucal mais frequentemente discutidos foram:

- Aprovações de incentivos financeiros às equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família;
- Qualificação e credenciamento de equipes de saúde bucal para municípios do Estado do Ceará;
- Credenciamento e implantação de centros de especialidades odontológicas e laboratório regional de prótese dentária;
- Política Estadual de Saúde Bucal;
- Mudança das equipes de saúde bucal de modalidade I para II;
- Irregularidades no registro de cirurgiões-dentistas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

O quadro 7 apresenta os principais assuntos relativos à saúde bucal debatidos nas reuniões da CIB Ceará de 2000 a 2012.

Quadro 7: Análise das atas das reuniões da CIB-Ceará em relação ao tema saúde bucal. 2000 a 2012.

Ano	Número de reuniões realizadas	Reuniões em que foram discutidos temas de saúde bucal		Temas de saúde bucal discutidos
		n	%	
2000	18 Reuniões Ordinárias	2	11,1%	- Apresentação do Plano Diretor de Regionalização da Assistência, em que a Saúde Bucal aparece no 1º nível de Classificação da Assistência, no Piso de Atenção Básica Ampliada.
2001	23 Reuniões Ordinárias	18	78,3%	- Saúde Bucal como uma área estratégica da Atenção Básica Ampliada; - As ações de saúde bucal entram na produção do SIAB; - Cadastramento e qualificação das ESB para receber o incentivo à saúde bucal do Ministério da Saúde; - Definição de uma Política Estadual mais específica para a saúde bucal; - Parâmetro estadual para a área estratégica da saúde bucal - Incentivos à saúde bucal dentro do PAB ampliado e de acordo com as modalidades I e II; - Equiparação de 1:1 ESB e ESF (proposta Estadual)
2002	19 Reuniões Ordinárias	11	57,9%	- Qualificação de ESB para os municípios do interior do Estado; - Pagamento dos Incentivos da Saúde Bucal que não estão sendo pagos enquanto os incentivos da Estratégia Saúde da Família estão com pagamento em dia; - Apresentação dos indicadores de saúde bucal do Pacto de 2002.
2003	21 Reuniões Ordinárias	14	66,7%	- Qualificação de ESB para os municípios do interior do Estado; - Apresentação e discussão do Programa Dentista da Família, iniciativa do Governo do Estado para incentivar a Saúde Bucal em municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano; - Críticas aos indicadores de saúde bucal do Ministério que não contemplam outros procedimentos que são importantes no diagnóstico da situação de saúde bucal da população e não ajudam a construir o Plano Estadual de Saúde Bucal; - Expandir o Programa Dentista da Família para outros municípios; - Reajuste dos valores dos incentivos financeiros para algumas áreas dentre elas a Saúde Bucal; - Apresentação dos indicadores de Saúde Bucal para 2003 e sua tendência em relação a 2002; - Necessidade de formação de Técnico de Saúde Bucal; - Mudança de Modalidade I para II das ESB; - Situação de funcionamento das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal; - Monitoramento das ESF e ESB no que diz respeito a irregularidades;

continua

Quadro 7: Análise das atas das reuniões da CIB-Ceará em relação ao tema saúde bucal. 2000 a 2012 (continuação)

Ano	Número de reuniões realizadas	Reuniões em que foram discutidos temas de saúde bucal		Temas de saúde bucal discutidos
		n	%	
2004	19 Reuniões Ordinárias	15	78,9%	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação de ESB para os municípios do interior do Estado; - Mudança de Modalidade I para II das ESB; - Portaria que aprovou aumento do incentivo das ESB; - Os indicadores de Saúde Bucal não melhoraram de 2002 a 2003, inclusive não alcançando as metas pactuadas; - Apresentação da Política Estadual de Saúde Bucal; - Implantação e credenciamento de CEO e de LRPD nos municípios do interior do Estado; - Educação Permanente em Saúde Bucal; - Perfil do Cirurgião-Dentista para trabalhar nos CEO;
2005	18 Reuniões Ordinárias e 3 Reuniões Extraordinárias	19	90,5%	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação e credenciamento de CEO e LRPD; - Qualificação de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal para os municípios do interior do Estado (100 ESB para Fortaleza); - Discussão sobre o Projeto Dentista da Família, os critérios de inclusão dos municípios, funcionamento com ou sem o repasse federal (Política Estadual de Melhoria da Assistência à Saúde Bucal nos municípios); - Discussão sobre a PNSB; - Necessidade de realização de concurso público para os Dentistas do Saúde da Família; - Discussão sobre o Concurso Público organizado pelo Estado e pelos municípios; - Vínculo empregatício; - Necessidade de equiparação entre ESF e ESB; - Necessidade de um Cargo de Coordenador das ESB nos municípios; - Incentivo financeiro do Estado para o Projeto Dentista da Família; - Indicadores de Saúde Bucal: padronizar o registro para evitar erros; - Apresentar e aprovar Projeto de Rastreamento e Prevenção do Câncer de Boca do Estado do Ceará; - Mudança de modalidade I para II das ESB; - Implantação CEO floresta em Fortaleza;
2006	15 Reuniões Ordinárias	15	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação de ESB para os municípios do interior do Estado; - Implantação, credenciamento e financiamento de CEO e de LRPD; - Indicadores de Saúde Bucal; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES;

continua

Quadro 7: Análise das atas das reuniões da CIB-Ceará em relação ao tema saúde bucal. 2000 a 2012 (continuação)

Ano	Número de reuniões realizadas	Reuniões em que foram discutidos temas de saúde bucal		Temas de saúde bucal discutidos
		n	%	
2007	14 Reuniões Ordinárias	12	85,7%	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação de ESB para os municípios do interior do Estado; - Repasse do incentivo das ESB: suspensão devido a ausência do médico; - Metas dos indicadores de saúde bucal; - Precarização das ESF e ESB; - Implantação, credenciamento e financiamento de CEO e de LRPD; - Discussão do Projeto Dentista da Família; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES;
2008	16 Reuniões Ordinárias	16	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação de ESB para os municípios do interior do Estado; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES; - Mudança de modalidade I para II das ESB; - Implantação, credenciamento e financiamento de CEO e de LRPD; - Implantação e financiamento dos serviços de Cirurgia Buco-Maxilo Facial; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES; - Nova portaria de financiamento para as ESF e ESB;

continua

Quadro 7: Análise das atas das reuniões da CIB-Ceará em relação ao tema saúde bucal. 2000 a 2012 (continuação)

Ano	Número de reuniões realizadas	Reuniões em que foram discutidos temas de saúde bucal		Temas de saúde bucal discutidos
		n	%	
2009	14 Reuniões Ordinárias	13	92,9%	<ul style="list-style-type: none"> - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES; - Mudança de modalidade I para II das ESB; - Cadastramento de ESB; - Qualificação e cadastramento de ESB para os municípios do interior do Estado; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES e duplicidade de cadastro de profissionais; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios que não corrigiram as irregularidades apontadas pela CGU; - Portaria que estabelece que profissionais de SB podem ser incorporados em EACS; - Incentivos das ações de saúde bucal no âmbito do saúde da família; - Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – Unidade Odontológica Móvel – UOM; - Plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família implantadas a partir da competência outubro de 2009; - Portaria que Altera os valores dos procedimentos da Tabela referentes aos LRPD; - Fixa os recursos anuais alocados por unidade federada e Municípios, destinados ao financiamento de procedimentos de prótese dentária; - Define os recursos financeiros para o custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; - Instituiu a Ficha Complementar de cadastro das Equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – Modalidade I e II; - Apreciação de implantação de seis Centros Regionais de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo III

continua

Quadro 7: Análise das atas das reuniões da CIB-Ceará em relação ao tema saúde bucal. 2000 a 2012 (continuação)

Ano	Número de reuniões realizadas	Reuniões em que foram discutidos temas de saúde bucal		Temas de saúde bucal discutidos
		n	%	
2010	13 Reuniões Ordinárias	8	61,5%	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificação de ESB; - Suspensão do recurso das ESB para os municípios com irregularidades no CNES e duplicidade de cadastro de profissionais; - Credencia municípios a receberem os incentivos das ações de saúde bucal no âmbito do saúde da família; - Mudança de modalidade de I para II das ESB; - Habilitar CEO a receber incentivos financeiros para custear os serviços especializados; - Implantar CEO e LRPD; - Ministério da Saúde homologa um grande volume de credenciamentos e habilitações e estabelece os recursos correspondentes, na área da Saúde Bucal, tanto para a implantação de ESB como de Centros Especializados de Odontologia e de Laboratórios de Próteses Dentárias; - Portaria que estabelece recurso para implantar LRPD;
2011	Não havia no site nenhum arquivo com as Atas das Reuniões de 2011			
2012	2 Reuniões Ordinárias (Obs: somente 2 atas de reuniões estavam disponíveis)	2	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de modalidade CEO tipo I para II; - Credenciamento de ESB;
Total de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite: 192				

Nota: elaboração da autora.

A análise das atas da CIB Ceará mostrou que as discussões relativas à adesão às propostas federais e ao recebimento de incentivos financeiros foram tópicos frequentes nas reuniões da comissão, reiterando a influência das regras federais.

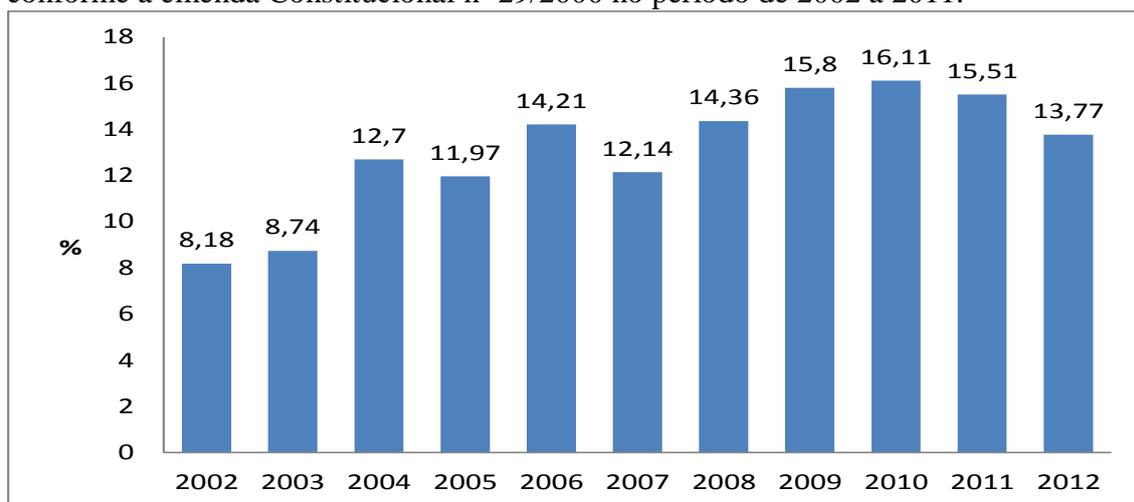
Por outro lado, a pesquisa também sugeriu que a esfera estadual participou ativamente da estruturação da política de saúde bucal nos municípios, bem como propôs estratégias e construiu uma política de âmbito estadual, inclusive com iniciativas anteriores ao lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal.

5.4. Panorama da implantação da Política de Saúde Bucal no Estado: financiamento, oferta e produção de serviços.

A expansão da política de saúde bucal no estado a partir dos anos 2000 pode ser ilustrada pelos dados de financiamento, oferta e produção dos serviços públicos e privados de saúde bucal.

No que diz respeito ao financiamento da saúde no Estado do Ceará, pode-se observar que a regra de aplicação da receita própria em saúde preconizada pela Emenda Constitucional nº 29 foi cumprida a partir de 2004, quando o Estado começou a aplicar mais de 12% da arrecadação no financiamento da saúde. No período de 2002 a 2012, essa receita teve períodos de crescimento, como de 2003 a 2004, de 2005 a 2006 e de 2007 a 2010, ressaltando que de 2006 a 2007 houve a mudança de governo (Figura 12).

Figura 12: Evolução do percentual da receita própria estadual aplicada em saúde conforme a emenda Constitucional nº 29/2000 no período de 2002 a 2011.

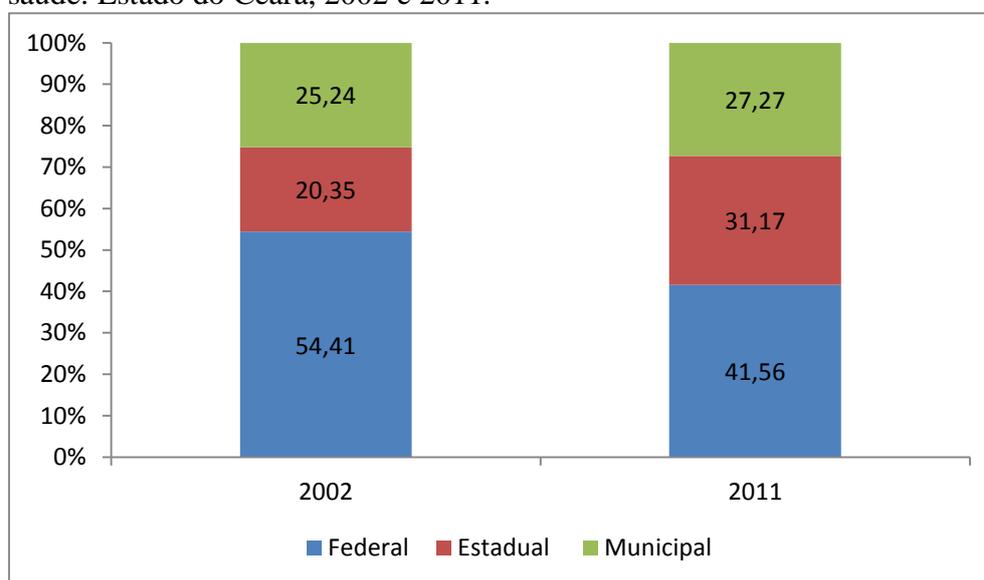


Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Datasus, Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS\SerHist\ESTADO\indicuf.def>, acesso em: 31/05/2013.

Quanto à participação da esfera estadual no custeio dos gastos públicos em saúde, observa-se que entre 2002 e 2011 houve um crescimento de 20,35% para 31,17%, enquanto a participação municipal aumentou pouco e, a participação federal caiu de 54,41% para 41,56% do gasto público em saúde (Figura 13).

Vale ressaltar que o Estado do Ceará exerce um papel importante no financiamento da saúde podendo-se citar como exemplos a participação estadual no consórcio público de saúde que gerencia os hospitais regionais, as policlínicas e os Centros de Especialidades Odontológicas.

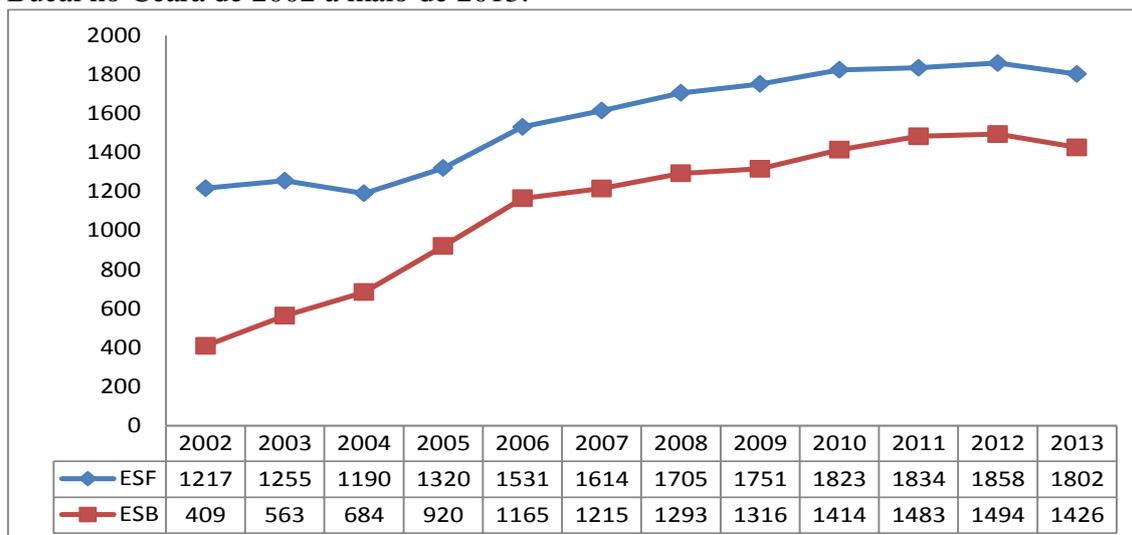
Figura 13: Evolução da participação das três esferas de governo no gasto público em saúde. Estado do Ceará, 2002 e 2011.



Fonte: SIOPS - Despesas estaduais e municipais com recursos próprios. SIGA Brasil - Despesas federais. SIGA: www.senado.gov.br, acesso em: Abril/2013.

No que se refere à oferta de serviços de saúde, pode-se verificar que o número de equipes de saúde da família e de saúde bucal aumentou no período de 2002 a 2011, com uma ligeira redução de 2012 a 2013. Cabe lembrar que em 2003 o Estado criou o Programa Dentista da Família com o intuito de incentivar a ampliação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Contudo, em nenhum dos anos analisados houve a equiparação destas equipes (Figura 14).

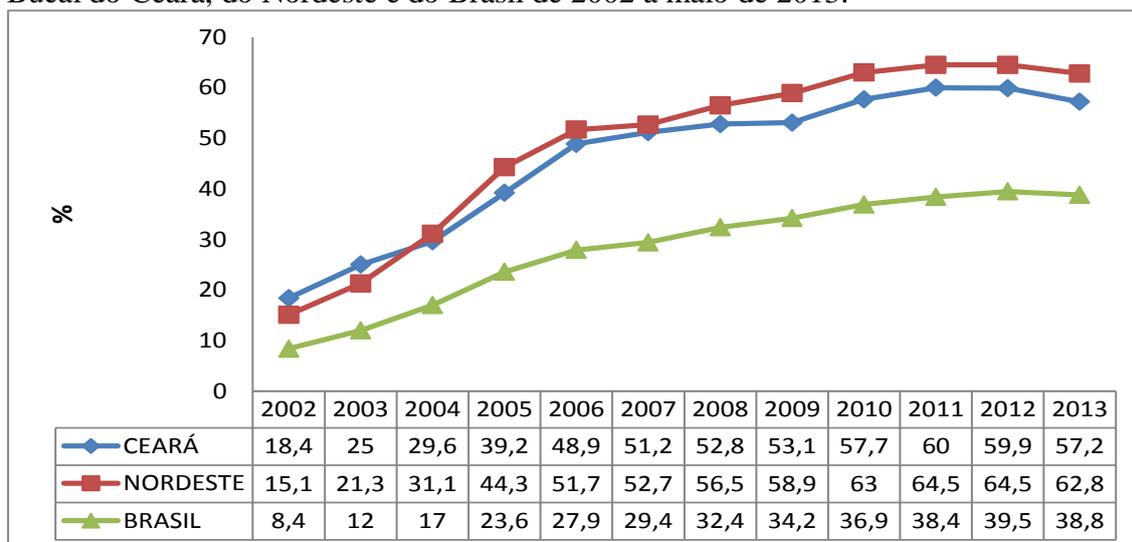
Figura 14: Evolução do número de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal no Ceará de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

Em consequência, a abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal, aumentou 38 pontos percentuais de 2002 a maio de 2013. A partir de 2006, o estado alcançou a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 40%²⁹. Observou-se ainda que a abrangência das ESB no Ceará no período estudado foi sempre próxima a da região Nordeste e superior à abrangência nacional (Figura 15).

Figura 15: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal do Ceará, do Nordeste e do Brasil de 2002 a maio de 2013.

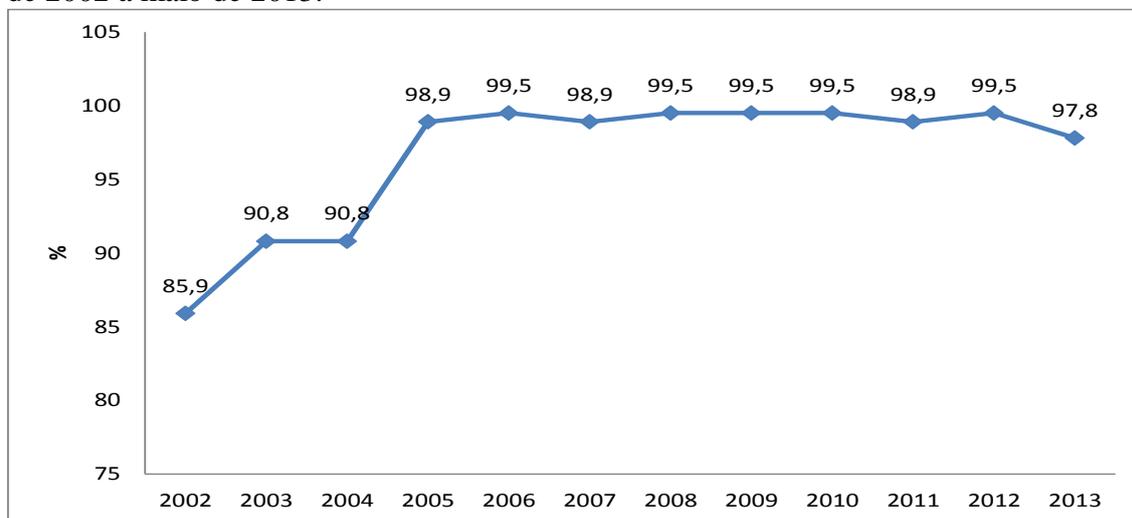


Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

²⁹ Portarias nº 2.669/2009 e nº 3.840/2010.

Entre 2002 e 2012, houve ainda um aumento da proporção de municípios que apresentam equipes de saúde bucal no Ceará, de 85,9% para 99,5% (Figura 16).

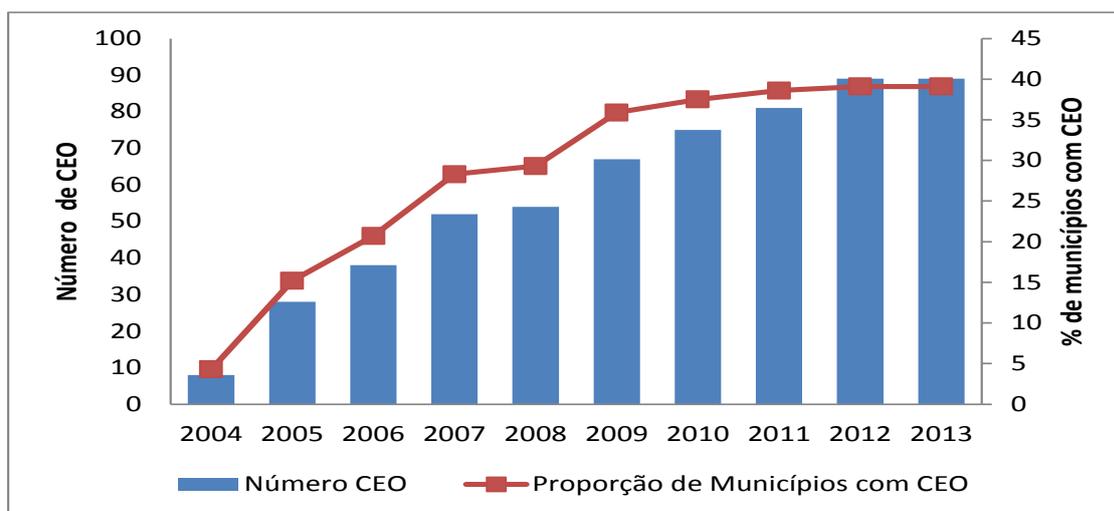
Figura 16: Evolução da proporção de municípios do Ceará com Equipes de Saúde Bucal de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

Em relação aos serviços públicos odontológicos especializados, observa-se entre 2004 a maio de 2013, um aumento expressivo do número de CEO implantados, com crescimento de mais de 30 pontos percentuais na proporção de municípios que apresentam este estabelecimento de saúde (Figura 17).

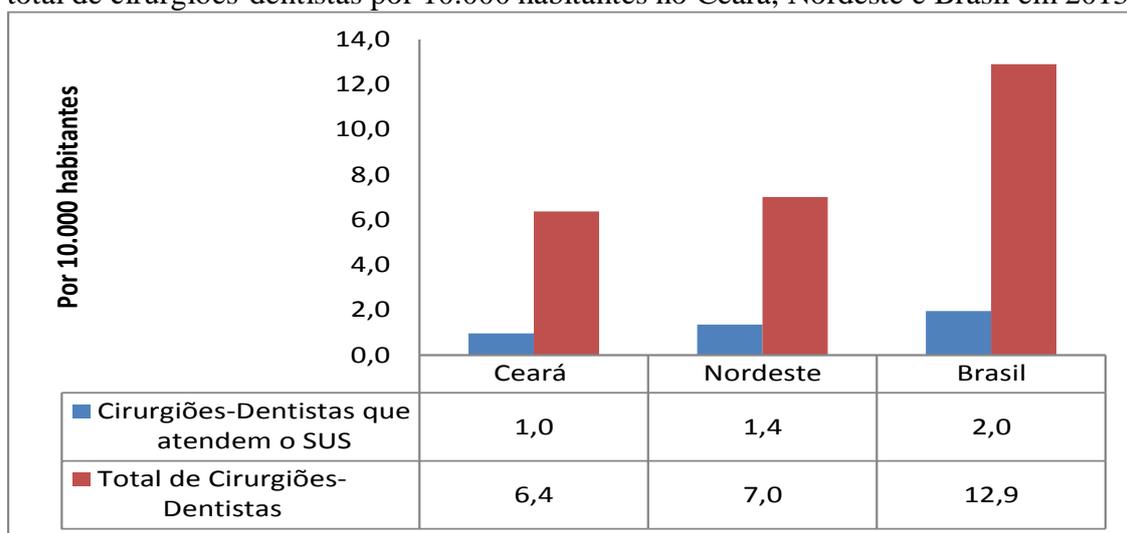
Figura 17: Evolução do número de CEO e da proporção de municípios com CEO no Ceará de 2004 a maio de 2013.



Fonte: Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

Quanto à taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS e a taxa total destes profissionais, verifica-se que o Ceará tem menor taxa comparando-se à região Nordeste e ao Brasil. A taxa total de cirurgiões-dentistas no Ceará é metade da taxa nacional (Figura 18).

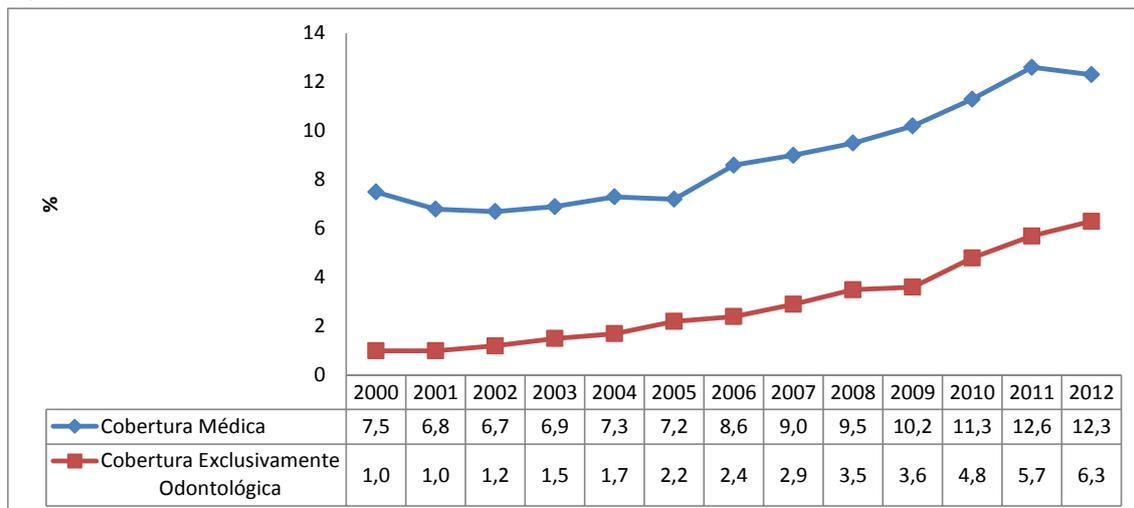
Figura 18: Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes no Ceará, Nordeste e Brasil em 2013.



Fonte: Cirurgiões-Dentistas que atendem o SUS retirado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dados disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02CE.def>, acesso em: maio/2013. Total de Cirurgiões-Dentistas retirado do sítio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=CE&municipio=>, acesso em: maio/2013.

No que se refere à participação do setor privado na oferta de serviços odontológicos, observa-se que de 2000 a 2012 houve um crescimento de 7,5% para 12,3%, no número de beneficiários que possuíam planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, com crescimento de 1,0% a 6,3% no mesmo período nos beneficiários de planos com assistência exclusivamente odontológica (Figura 19).

Figura 19: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica no Ceará de 2000 a 2012.

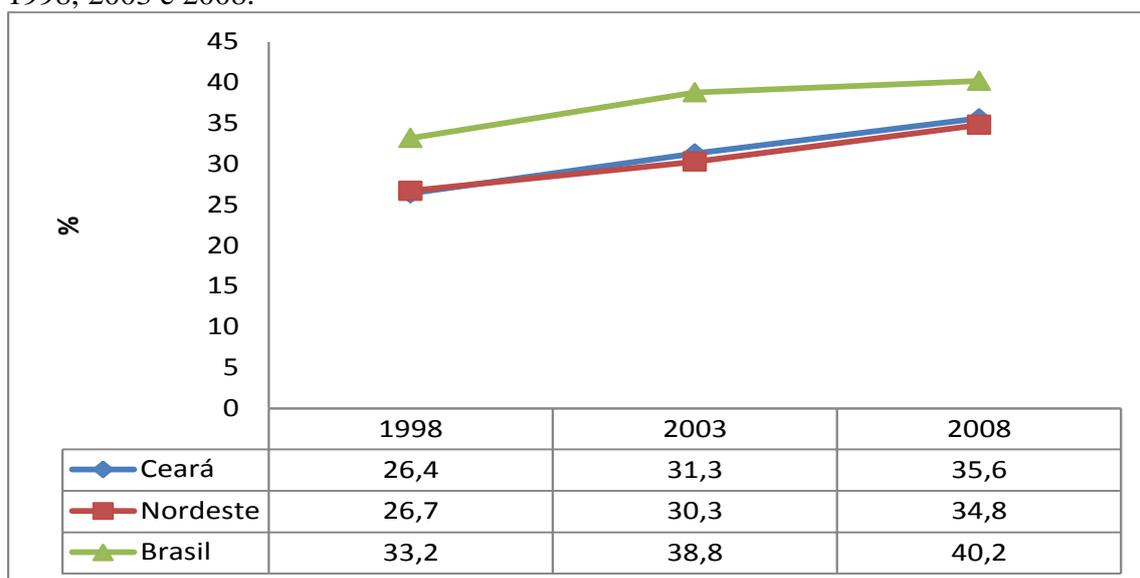


Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm, acessado em julho, 2013.

Entre 2000 e 2012, a cobertura estimada de planos privados de assistência exclusivamente odontológica aumentou 6 vezes no Ceará e 9 vezes no Brasil (conforme mostrado anteriormente na Figura 8), refletindo a tendência de aumento da participação desse segmento privado na oferta de serviços odontológicos.

Quanto aos dados de acesso aos serviços odontológicos, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios nos anos de 1998, 2003 e 2008 (Brasil, 1998a, Brasil, 2003a, Brasil, 2008) revelou que a proporção da população que afirmou ter realizado a última consulta odontológica há menos de um ano apresentou aumento do primeiro ano pesquisado para o último, de forma semelhante para o Ceará e a Região Nordeste, que no entanto ficaram abaixo da média nacional. Em 10 anos, o Ceará ampliou o acesso aos serviços odontológicos públicos e privados para cerca de 35,6% da sua população (Figura 20).

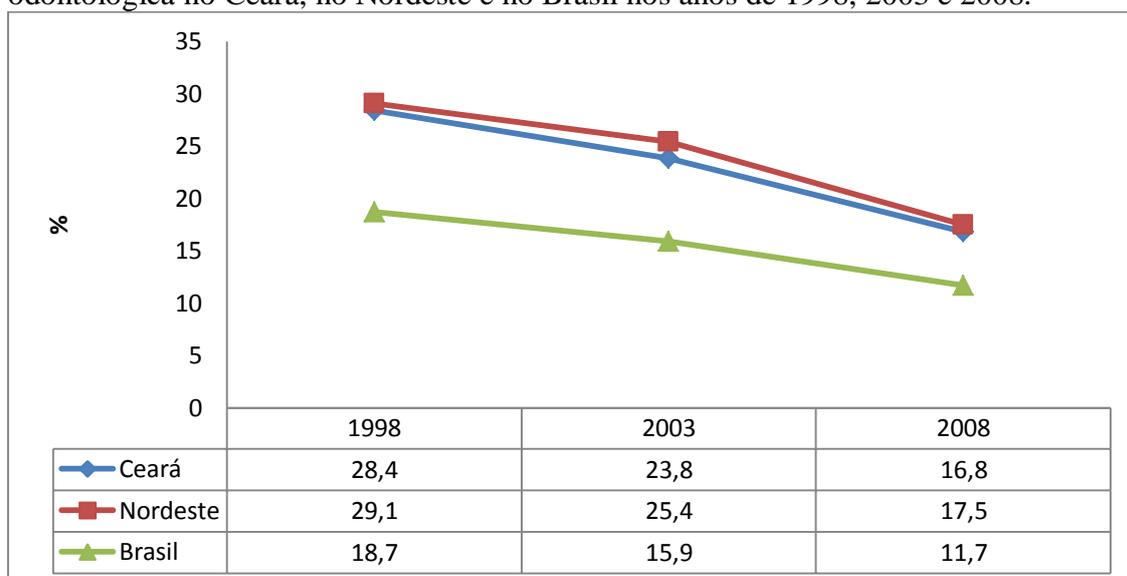
Figura 20: Evolução da proporção da população que refere ter realizado a última consulta odontológica a menos de 1 ano no Ceará, no Nordeste e no Brasil nos anos de 1998, 2003 e 2008.



Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – Suplemento Saúde, Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2011/f2101.def>, acesso em: 17/05/2013.

Esta mesma pesquisa revelou que a proporção da população que não teve acesso aos serviços odontológicos públicos ou privados se reduziu no Ceará, no Nordeste e no Brasil. No estado essa proporção diminuiu de 28,4% para 16,8% (redução de 11 pontos percentuais), enquanto no Brasil se reduziu de 18,7% para 11,7% (redução de 7 pontos percentuais). Ou seja, o Ceará em 10 anos reduziu em 40,8% a população que nunca se consultou com o cirurgião-dentista (Figura 21).

Figura 21: Evolução da Proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica no Ceará, no Nordeste e no Brasil nos anos de 1998, 2003 e 2008.



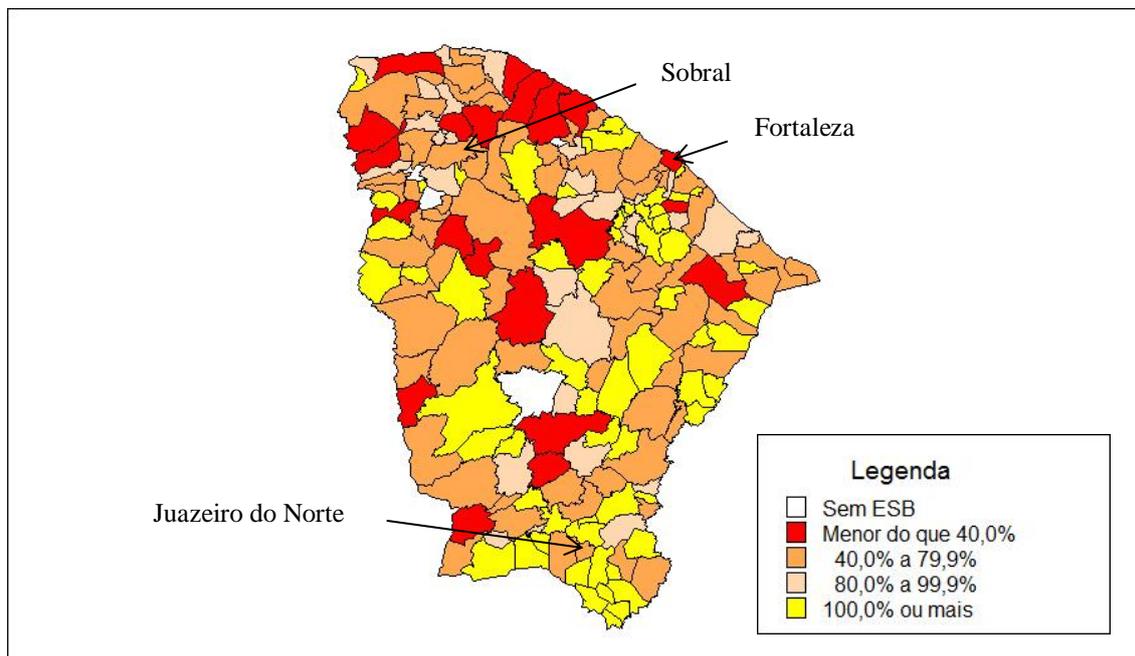
Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD – Suplemento Saúde, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2011/f2102.def>, acesso em: 17/05/2013.

Por fim, um último aspecto a ser analisado é a distribuição territorial da oferta e da produção dos serviços de saúde bucal no Estado do Ceará.

Observa-se uma expressiva capilaridade das equipes de saúde bucal, que estão presentes na maioria dos municípios cearenses. A faixa de abrangência populacional estimada com maior número de municípios é a de 40 a 79,9%. Porém, há um expressivo número de municípios com abrangência populacional de 100%, espalhados em todo o território, com destaque para o sul do estado. Já os municípios com abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal inferior a 40% predominam no noroeste do estado.

Entre os municípios selecionados para estudo de caso, Fortaleza se situa na faixa de abrangência inferior a 40% e os municípios de Sobral e Juazeiro do Norte se situam na faixa de 40 a 79,9% (Figura 22).

Figura 22: Distribuição Territorial da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde bucal nos municípios do estado do Ceará, maio de 2013.



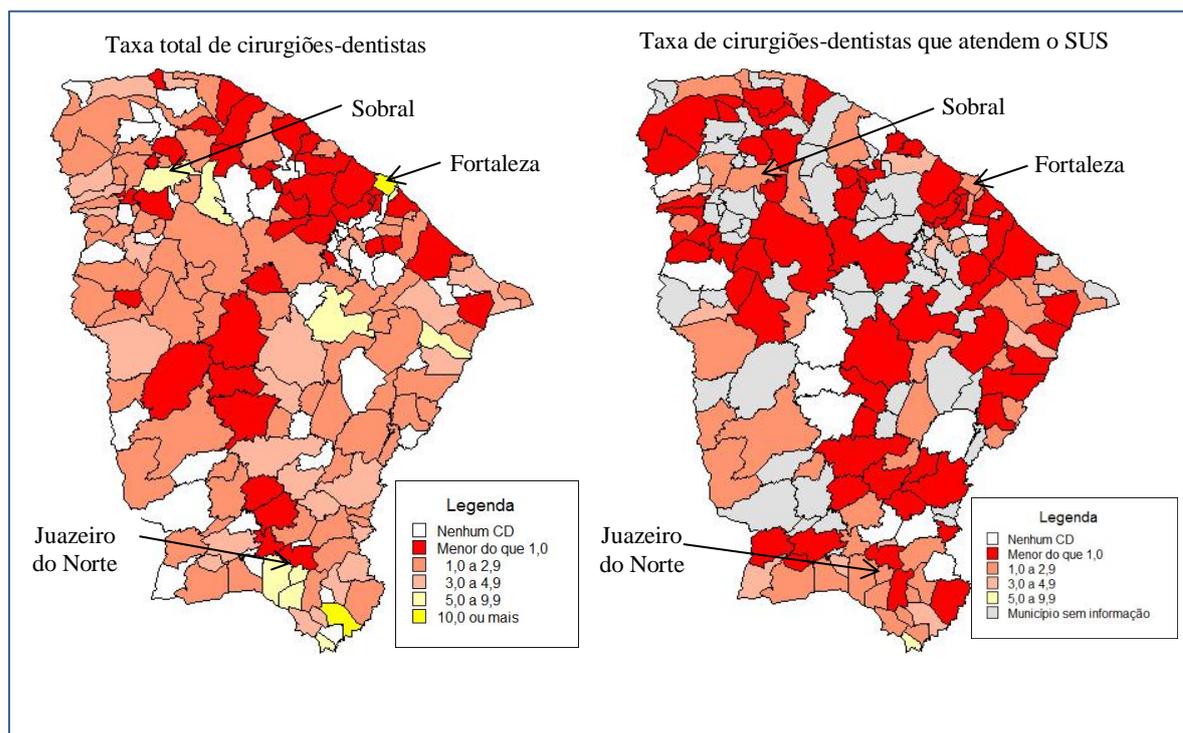
Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 15/07/2013.

A distribuição territorial da taxa de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes no Ceará, em 2012, revelou que a maioria dos municípios apresentam uma baixa taxa com uma distribuição uniforme das faixas de 1 a 2,9 e de 3 a 4,9 em toda extensão do estado. Observa-se que algumas áreas que possuem menos do que 1 cirurgião-dentista por 10.000 habitantes estão concentradas na região metropolitana e no centro do mapa (áreas vermelhas). Vale ressaltar que Sobral e Juazeiro do Norte situam-se na faixa de 5 a 9,9 e Fortaleza na faixa de 10 ou mais cirurgiões-dentistas a cada 10.000 habitantes, ou seja, estes três municípios não acompanham a tendência da maioria dos municípios cearenses. Contudo, cabe lembrar que estes três são municípios populosos, com maior dinamismo econômico e polos macrorregionais de referência na saúde.

Observou-se, também, que na maioria dos municípios cearenses existem cirurgiões-dentistas que atendem o SUS, embora a disponibilidade desses profissionais seja bem inferior a do total de cirurgiões-dentistas na maior parte dos municípios (Figura 23). Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza situam-se na faixa de 1 a 2,9, ou seja, acompanhando a tendência da maioria dos municípios cearenses. Outro dado que chama a atenção é a grande quantidade de municípios que se apresentam sem informação para este indicador. Considerando que a grande maioria dos municípios cearenses apresenta

equipes de saúde bucal – conforme demonstrado anteriormente na figura 16 – é possível que existam limites no registro das informações relativas aos profissionais no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Figura 23: Distribuição territorial da taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes e da taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes nos municípios do estado do Ceará em 2012.



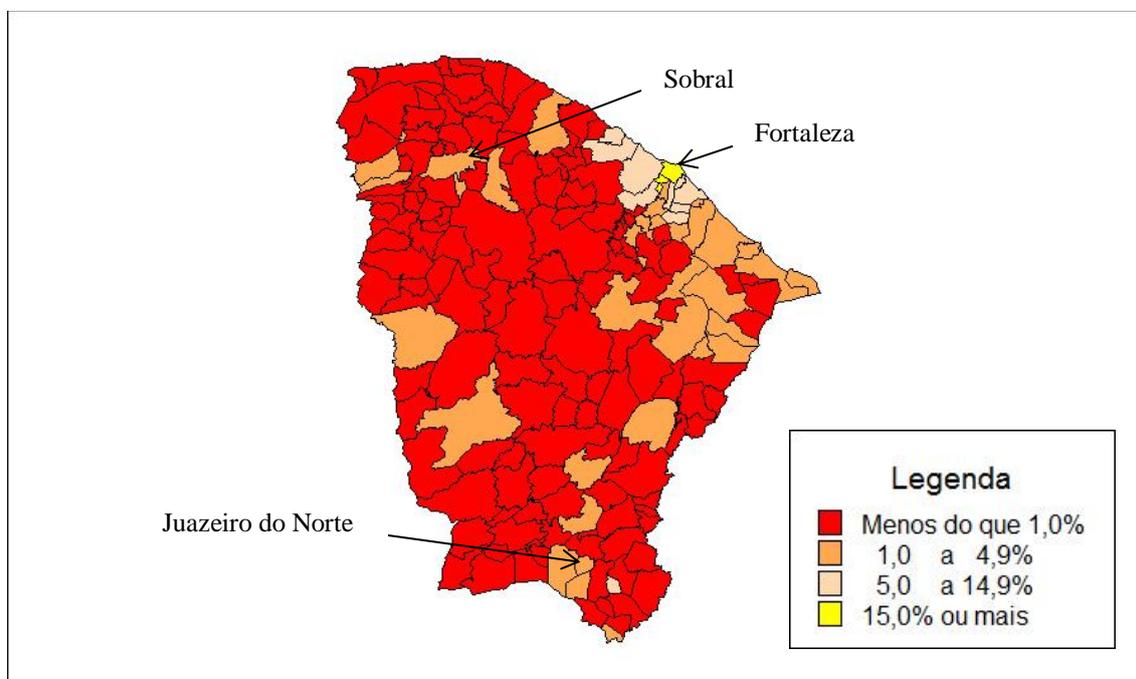
Fonte: Dados do total de cirurgiões-dentistas retirado do site do CFO, acessado pelo sítio: www.cfo.org.br; dados do número de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS retirado do CNES, acessado pelo sítio: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/proc02br.def.>; população do IBGE. Acesso: 21/07/2013. Elaboração dos autores.

No que tange à distribuição territorial da proporção da população beneficiária de planos privados de assistência exclusivamente odontológica, em dezembro de 2012, observou-se que a grande maioria dos municípios, em todo o estado, tem menos do que 1% da sua população sendo atendida por esse tipo de plano, o que ainda é um percentual baixo. As maiores taxas estão situadas na capital Fortaleza e no entorno metropolitano. Cabe lembrar que Sobral e Juazeiro do Norte estão na faixa de 1 a 4,9% de cobertura desses planos (Figura 24).

A Figura 24 deixa claro que o mercado de planos privados de assistência odontológica ainda é territorialmente concentrado, não atingindo toda a extensão do estado. Porém, como a taxa total de cirurgiões-dentistas é maior do que a taxa dos que atendem no SUS, infere-se que existem muitos destes profissionais que trabalham na

iniciativa privada. Isso alerta para a possibilidade de crescimento destes planos nos próximos anos, principalmente em municípios com maior desenvolvimento econômico.

Figura 24: Distribuição Territorial da proporção da população beneficiária de planos privados de assistência exclusivamente odontológica, dezembro de 2012.



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Disponível: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF,
acesso: julho/2013.

5.5. Condicionantes e Institucionalidade da Política de Saúde Bucal no Ceará.

Em geral, a política de saúde bucal no Estado do Ceará apresentou condicionantes favoráveis para o seu desenvolvimento e fortalecimento. O Estado do Ceará adotou medidas próprias no âmbito da prevenção - como a fluoretação das águas de abastecimento público - e da assistência, por meio da inserção de cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família e da construção de CEO Regionais, antes mesmo das propostas nacionais. Além disso, o estado teve um papel fundamental na indução e no incentivo à implantação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal lançada em 2004. O quadro 8 traz o detalhamento dos principais condicionantes histórico-estruturais, político-institucionais e político-conjunturais que influenciaram a política no âmbito estadual.

Quadro 8: Condicionantes da Política de Saúde Bucal do Estado do Ceará de 2000 até 2012.

Tipos de Condicionantes	Detalhamento	Influência predominante
Histórico-Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - Estado populoso, ocupa o 3º lugar na economia da região Nordeste com alto PIB. - Dependência de grande parte dos municípios aos serviços odontológicos do setor público. - Concentração mais forte de planos de assistência odontológica em algumas regiões como a capital do Estado e sua região metropolitana. 	Relativamente Favorável
Político-Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de vanguarda em iniciativas e experiências na área da saúde, como por exemplo, durante a descentralização através dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e o início do programa de agentes comunitários de saúde. - A trajetória histórica da saúde bucal apontou para iniciativas próprias como o Programa Dentista da Família e o investimento na atenção especializada através da criação de 22 CEO regionais e participação no incentivo à fluoretação das águas de abastecimento público dos municípios cearenses; - Esfera estadual prestadora de serviços públicos odontológicos e indutora de políticas públicas. 	Favorável
Político-Conjunturais	<ul style="list-style-type: none"> - Alinhamento com as diretrizes nacionais da Política de Saúde Bucal. - Coalizões político-partidárias favoráveis do governo estadual com o governo federal (a gestão estadual de 2007 a 2010 e de 2011 aos dias atuais é do PSB, partido coligado ao mesmo partido do governo nacional). - Perfil e estabilidade dos atores políticos: Presença de Coordenadores Estaduais de Saúde com perfil sanitarista, militantes da reforma sanitária, comprometidos com o SUS e com a política de saúde bucal e com estabilidade nos seus cargos, visto que, ocuparam este cargo pelo mesmo período que durou a gestão pública, ou seja, sem rotatividade destes gestores. Diretores dos CEO regionais com capacitação técnica para atuar no cargo e com estabilidade relativa, visto que apresentam carteira assinada, assegurando seus direitos trabalhistas. 	Favorável

Fonte: Elaboração da autora.

No que diz respeito à institucionalidade da política de saúde bucal no Estado do Ceará, esta foi considerada como avançada, principalmente pela tradição do Estado no investimento na área da saúde bucal. O quadro 9 detalha as dimensões da institucionalidade da política estadual. Apenas no que se refere à configuração das relações público-privadas se observou como uma variável desfavorável ao fortalecimento institucional da política pública a forte presença do setor privado na assistência odontológica, o que constitui uma característica nacional. No Ceará, ainda predomina a prática “liberal” dos cirurgiões-dentistas em clínicas e consultórios privados; porém, há um movimento de crescimento dos planos odontológicos privados, com potencial de expansão adicional nos próximos anos.

Quadro 9: Quadro-resumo da Institucionalidade da Política de Saúde Bucal do Estado do Ceará, 2013.

Eixo/Contexto	Categorias/Variáveis	Detalhamento	Tipo
Contexto da Política de Saúde Bucal	Trajetória da Política: Tempo de implantação, grau de continuidade e expansão da política de saúde bucal.	- Tradição na política de saúde bucal, com investimentos iniciais na atenção básica (Programa Dentista da Família) e a construção de serviços especializados (CEO Regionais), antes mesmo das diretrizes nacionais; política abrangente para todos os municípios do estado. A política apresentou uma continuidade, sem interrupções bruscas, mesmo após a troca de gestão de 2006 para 2007, com ampliação dos CEO regionais e atualmente também investe nos serviços odontológicos em nível terciário.	Avançada
	Relações Intergovernamentais: Atribuições e sinergia das três esferas de governo.	- A esfera nacional teve um papel de indução quando lançou as diretrizes da política nacional de saúde bucal. A esfera estadual também teve papel indutor, com competência cooperativa e prestador de serviços odontológicos inicialmente na atenção básica e, atualmente, na atenção especializada mediante os CEO regionais. Também ajudou os municípios na fluoretação das águas de abastecimento público. Houve uma sinergia entre as três esferas, visto que, a política estadual acompanhou as diretrizes nacionais e ainda incentivou os municípios a aderir a estas diretrizes.	Avançada
	Agenda Política e Atores: Lugar ocupado pela política de saúde bucal na agenda governamental, comprometimento e estabilidade dos atores.	- A Política Estadual de Saúde Bucal ocupou um lugar de destaque na agenda governamental, visto que, o Estado investiu na área e esta política foi amplamente discutida pelo Governo estadual como mostrou as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite. A partir dos anos 2000, a política de saúde bucal estadual contou com a experiência, o comprometimento e a estabilidade de atores importantes neste processo que são sanitaristas e militantes do SUS e da saúde bucal coletiva, bem como, a própria esfera estadual investiu na capacitação e na estabilidade dos atores dirigentes dos CEO regionais.	Avançada
Configuração do sistema de atenção à saúde bucal	Condições de sustentação da política pública: Recursos financeiros, físicos e humanos.	- Ampliação dos recursos financeiros destinados para a área da saúde bucal; participação da esfera estadual no financiamento dos consórcios públicos de saúde dos CEO regionais. CEO Regionais com excelente infra-estrutura, com recurso de diagnóstico de última geração como, por exemplo aparelhos digitais de raio X. Concurso público unificado de base estadual para cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família; seleção pública para Diretores e cirurgiões-dentistas dos CEO regionais; oferta de cursos de aperfeiçoamento em Gestão em Saúde Bucal.	Avançada
	Configuração do Público-Privado do Sistema de Saúde: Peso da oferta e relações entre público e privado.	- Crescimento da oferta de serviços privados odontológicos e de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos no estado. Maior concentração de planos privados exclusivamente odontológicos na capital e na região metropolitana.	Intermediária

Fonte: Elaboração da autora.

Ainda que no plano estadual se tenham observado condições institucionais relativamente favoráveis à política pública de saúde bucal, é importante analisar a implementação da política em diferentes municípios, que é influenciada também pelos contextos municipais específicos. O próximo capítulo aborda a política nos três municípios do Ceará selecionados para estudo.

6. A Política de Saúde Bucal em três municípios cearenses: Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza.

6.1. Breve caracterização dos três municípios.

Os municípios selecionados para este estudo têm em comum o fato de serem polos das três macrorregiões de saúde do Estado do Ceará, além de serem os municípios mais importantes em termos econômico-populacionais do estado, exercendo influência regional sobre municípios vizinhos. No entanto, eles também apresentam diferenças importantes entre si como, por exemplo, no caso do porte populacional, em que Fortaleza apresenta mais do que doze vezes a população de Sobral e mais do que nove vezes a de Juazeiro do Norte. Além disso, o produto interno bruto da capital do estado é quinze vezes e dezoito vezes maior do que o valor de Sobral e Juazeiro do Norte, respectivamente. A área territorial de Sobral é maior do que a área dos outros dois municípios. Por fim, Juazeiro do Norte se destaca por sua conhecida tradição religiosa (Quadro 10).

O município de Sobral, fundado em 1772, está localizado no noroeste do estado do Ceará, a 238 quilômetros de Fortaleza. Com população de 193.134 habitantes³⁰ é a quinta cidade mais povoada do estado, sendo a segunda maior do interior, atrás apenas de Juazeiro do Norte. Com o PIB de R\$ 2.348.207³¹ é também a quarta economia do estado, depois de Fortaleza, Maracanaú e Caucaia, localizadas na região metropolitana. A economia do município destaca-se pelas 153 indústrias, destacando-se: a Grendene, que tem sua sede nacional em Sobral; o Grupo Votorantim, produtor de cimento; a Fábrica Coelho, produtora de massas e biscoitos; os Refrigerantes Delrio; a Moageira Serra Grande de beneficiamento de café; o Alumínio Sobral, entre outras (Sobral, 2009a).

O município de Juazeiro do Norte é o mais novo entre os três. Fundado em 1911, localiza-se no sul do estado do Ceará, a 533 km de Fortaleza. O município apresenta população total estimada de 255.648 habitantes³², sendo que aproximadamente 95,5% dos habitantes estão em área urbana. É o terceiro município mais populoso do Ceará e está classificado como a 5ª maior economia estadual, atrás apenas de Fortaleza, Maracanaú, Caucaia e Sobral. É o maior polo calçadista do Norte/Nordeste e terceiro do

³⁰ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>, acesso em: jan/2013.

³¹ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>, acesso em: jan/2013.

³² Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>, acesso em: jan/2013.

país. Destaca-se ainda pelo turismo religioso, devido à adoração ao Padre Cícero Romão Batista. O município recebe aproximadamente 2 milhões de visitantes por ano, que vêm em busca de milagres atribuídos ao santo nordestino. Por isso, o turismo religioso é também o grande responsável pela geração de emprego e renda na cidade (Juazeiro do Norte, 2009).

Por fim, o município de Fortaleza, fundado em 1726, está situado na região Nordeste do Brasil e no litoral norte do estado (Fortaleza, 2007). O município é capital do Estado do Ceará, com uma população de 2.500.194 habitantes (IBGE, 2012) e representa a maior economia do estado, devido à presença de indústrias e ao seu comércio diversificado. Algumas das principais indústrias de alimentos do país têm suas sedes em Fortaleza como a Moinho Dias Branco e a J Macêdo, que são os principais moinhos de trigo do Brasil. No mercado financeiro, Fortaleza é a sede do Banco do Nordeste e de uma das unidades do Banco Central, além de sediar a Bolsa de Valores Regional do Ceará (IBGE, 2012).

O quadro 10 sintetiza algumas características gerais destes três municípios.

Quadro 10: Características gerais dos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, 2013.

	Sobral	Juazeiro do Norte	Fortaleza
Municípios limítrofes	Alcântaras, Meruoca, Massapê, Santana do Acaraú, Miraíma, Irauçuba; Santa Quitéria, Forquilha, Groaíras, Cariré, Mucambo e Coreaú.	Barbalha, Caririáçu, Crato e Missão Velha.	Caucaia, Maracanaú, Itaitinga, Eusébio e Aquiraz
População	193.134 habitantes	255.648 habitantes	2.500.194 habitantes
Área Territorial	2.122,989 km ²	248 km ²	314,930 km ²
Densidade Demográfica	90,97 hab./km ²	1,01 hab./km ²	7.815,7 hab./km ²
Índice de Desenvolvimento Humano Médio (PNUD, 2000)	0,699	0,697	0,786
Produto Interno Bruto (IBGE, 2012)	R\$ 2.348.207	R\$ 1.959.969	R\$ 37.106.309
Atividades Econômicas	Indústria de calçados, cimento, cosméticos, mineração, embalagens, refrigerantes, agricultura de feijão, milho, mandioca, algodão, banana, abacate, cana-de-açúcar e castanha de caju.	Indústria de calçados, têxtil, folheados, artesanato, bebidas, construção civil, turismo religioso.	A produção de calçados, produtos têxteis, couros, peles e alimentos, notadamente derivados do trigo, além da extração de minerais, são os segmentos mais fortes da indústria em Fortaleza, mercado de massas, farinha, bebidas e turismo.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em: maio/2013.

A figura 25 mostra a localização geográfica dos três municípios selecionados por esta pesquisa.

Figura 25: Localização geográfica dos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, 2013.



Fonte: Disponível em: <http://www.ceara-turismo.com/mapas/mapa-politico.htm>, acesso em: 01/07/2013.

6.2. A Política de Saúde Bucal de Sobral.

O Sistema de Saúde Municipal.

O sistema de saúde de Sobral está organizado a partir de algumas características. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará (Ceará, 2006), o município pertence à macrorregião de Sobral e a 11ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) (Figura 26), composta por 24 municípios: Sobral, Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groairas, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê,

Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acarau, Senador Sá, Uruoca, Varjota. Esta microrregião de saúde tem uma população total de 611.019 habitantes.

Figura 26: 11ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Retirado do sítio da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>, acesso em: 24/05/2013.

Em 1998, o município foi habilitado na modalidade de gestão plena do sistema municipal segundo a Norma Operacional Básica de 1996. Desde então, passou a receber recursos fundo a fundo para custear as ações de saúde da atenção básica e da média e alta complexidade. No mesmo ano, o Sistema Municipal de Saúde de Sobral passou para a responsabilidade da Secretaria da Saúde e Ação Social.

Em 2006, o município aderiu às diretrizes do Pacto pela Saúde e em 2007, assinou o Termo de compromisso de Gestão, ratificando a responsabilidade da gestão municipal em ofertar serviços da atenção básica, média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar (Sobral, 2009a).

O modelo de atenção à saúde municipal está pautado nos princípios e diretrizes do SUS e a lógica de funcionamento do sistema de saúde está ancorada em estratégias de Promoção da Saúde, como a Estratégia Saúde da Família. Em relação ao Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará e a Programação Pactuada e Integrada, o município dispõe de uma rede física capaz de ofertar serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, o que faz com que o município seja referência em âmbito micro e macrorregional (Ceará, 2006). O agendamento das consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares é feito por meio da Central de Marcação de Consultas, implantada desde 1998 (Andrade, Barreto, Goya et al. 2004).

O município é dividido em treze distritos: Sobral (sede), Aprazível, Aracatiçu, Bonfim, Caioca, Caracará, Jaibaras, Jordão, Patos, Patriarca, Rafael Arruda, São José do Torto e Taparuaba (Sobral, 2009a).

O sistema de saúde do município tem 195 unidades inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo 64,6% correspondente a serviços privados, seguidos dos públicos municipais com 28,7%. Dos 126 estabelecimentos privados do município, 13 desses (10,3%) são serviços privados odontológicos como consultórios, serviços de radiologia e laboratório de prótese dentária³³ (Tabela 2).

Tabela 2: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador em Sobral. 2013.

Tipo de Estabelecimento	n	%
Público Municipal	56	28,7
Público Estadual	9	4,6
Privado	126	64,6
Filantrópico sem fins lucrativos	3	1,5
Sindicato	1	0,5
Total	195	100,0

Fonte: CNES/DATASUS, acessado em: 19/01/2013.

³³ Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=23, acesso: 20/02/2013.

Atualmente, os serviços públicos de saúde do município contam com 48 Equipes Saúde da Família, 29 Equipes de Saúde Bucal, 6 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), distribuídos em 28 Centros de Saúde da Família (CSF) e 2 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) (Sobral, 2009a).

Sobral tem hoje seis hospitais, sendo dois públicos, que são o Hospital do Coração (referência para 61 municípios da região e para os estados vizinhos do Piauí e Maranhão) e o Hospital Regional de Sobral (inaugurado em janeiro de 2013), um filantrópico, a Santa Casa de Misericórdia, dois privados que são o Hospital Dr. Estevão Ponte Ltda e o Hospital Unimed, além de uma unidade mista o Hospital Dr. Tomaz Corrêa Aragão. Ainda conta com uma policlínica e um centro de especialidades médicas (Sobral, 2009a).

O Plano Municipal de Saúde elaborado para o período de 2009 a 2013 está baseado nos seguintes eixos: redução das desigualdades em saúde através do atendimento das necessidades coletivas, ampliação da acessibilidade com qualificação da resolubilidade e humanização da atenção, redução dos riscos e agravos mediante ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, qualificação do modelo de atenção à saúde orientado pela Estratégia Saúde da Família tendo em vista alcançar a integralidade e, por fim, o aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social com o objetivo de consolidar o Sistema Municipal de Saúde (Sobral, 2009a).

A Trajetória da Política de Saúde Bucal no município.

A trajetória da Política de Saúde Bucal em Sobral em geral acompanhou o contexto nacional. Antes dos anos 2000 já existiam serviços públicos odontológicos no município, que ofertavam principalmente procedimentos básicos.

Segundo os entrevistados neste estudo, desde 1997, os serviços públicos odontológicos eram organizados de duas formas. De um lado havia consultórios nas escolas, com atividades pontuais de bochechos fluoretados, seguindo o sistema incremental preconizado desde os anos de 1970. Por outro lado, o município credenciava alguns consultórios particulares para atender aos pacientes do SUS e disponibilizava uma unidade móvel odontológica para atendimento clínico em localidades mais distantes.

Ainda no ano de 1997, iniciaram-se as primeiras discussões coletivas para a construção da Política de Saúde Bucal do município com a participação de vários atores. A Coordenação de Saúde Bucal do Município, com apoio da gestão municipal, dos técnicos do Ministério da Saúde e com o auxílio de professores da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) discutiram propostas para uma mudança do modelo de atenção em saúde bucal do município e para a construção de uma Política de Saúde Bucal. Os cirurgiões-dentistas também participaram dessa construção através das Rodas de Educação Permanente, realizadas quinzenalmente, que visavam discutir o objeto e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Além dos atores já citados anteriormente, as propostas para a saúde bucal também foram debatidas pelo Conselho Municipal de Saúde. Um dos atores que mereceu destaque neste processo foi o Secretário de Saúde do município do período de 1997 a 2004, Odorico Andrade³⁴, um sanitarista que teve uma visão ousada e investiu na saúde pública do município, inclusive valorizando a área da saúde bucal.

No final dos anos 1990, alguns consultórios odontológicos foram transferidos das escolas para as unidades de saúde com o intuito de fixar o cirurgião-dentista para atender as necessidades dos pacientes daquela localidade.

Uma iniciativa importante ocorreu em 1998 quando cirurgiões-dentistas foram contratados para trabalhar na Estratégia Saúde da Família, sendo mantidos com recursos financeiros do próprio município, antes mesmo da sinalização do Ministério da Saúde em lançar essa diretriz (Noro, 2008).

Em 2001, o município contava com 34 equipes de saúde da família e implantou 17 equipes de saúde bucal seguindo a proporção de 1 para 2, respectivamente.

Muitas iniciativas exitosas no município também contribuíram para o processo de formulação da Política de Saúde Bucal, como a criação da 1ª Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em 2001, organizada pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral. Ofertaram-se vagas para cirurgiões-dentistas, com prioridade para os profissionais que já trabalhavam na atenção básica do município, com o objetivo de capacitar e melhorar a formação destes profissionais. Muitos profissionais oriundos de outros estados, notadamente, São Paulo

³⁴ Luis Odorico Andrade é médico sanitarista, mestre e doutor em saúde coletiva, foi Secretário de Saúde dos municípios de Icapuí, Quixadá, Sobral e Fortaleza e presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e atualmente é Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. A sua atuação nesses municípios destacou-se pela implantação de ideias inovadoras e que fortaleceram a atenção básica em saúde. .

e Minas Gerais, também vieram para Sobral em busca da oportunidade de participar da 1º Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Diante disso, a construção da política de saúde bucal também contou com a experiência e a influência de profissionais de outras localidades do Brasil.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família teve um papel muito importante devido à participação de vários cirurgiões-dentistas do município, que discutiram o objeto e o processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Segundo um dos entrevistados, foi um momento de muita “*efervescência intelectual*” em que vários atores se reuniram com o intuito de contribuir com uma mudança paradigmática dos serviços odontológicos, antes predominantemente curativos e mutiladores em busca de um modelo mais integral de ações de promoção, prevenção e cura, com foco na família e no território-processo (Entrevistado S3).

Outra iniciativa do município de Sobral que também colaborou neste momento de construção da política de saúde bucal foi a realização do Mestrado em Educação Médica em 2004, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública da República de Cuba no próprio município e destinado aos gestores da área da saúde, inclusive aos da saúde bucal.

Em 2004, houve a ampliação para 37 equipes de saúde bucal e 40 equipes de saúde da família, chegando a uma equiparação de quase um para um destas equipes e abrangência populacional estimada de 75,3% e 81,4%, respectivamente.

Nesse contexto histórico-político, Sobral foi o município escolhido para o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, quando em 2004 foi inaugurado o 1º Centro de Especialidades Odontológicas do Brasil Sanitarista Sérgio Arouca. O lançamento dessa política, em Sobral, foi motivado pela conjuntura política da época, sendo a prefeitura do município uma coligação ligada ao Partido dos Trabalhadores, partido do Presidente da República.

Também em 2004, o município participou do 1º levantamento epidemiológico em saúde bucal, o SB Ceará, que revelou um baixo índice de cárie em crianças aos 12 anos (CPO=1,81). Outros resultados revelaram que 48,8% das crianças de 5 anos não tinham cárie dentária, 70,3% dos adolescentes tinham todos os dentes na boca e 51% dos adultos e 15,8% dos idosos tinham 20 ou mais dentes na boca (Noro, 2008; SBCeará, 2004). Segundo Noro (2008), até aquele momento o município priorizava mais as ações direcionadas para crianças e escolares e apresentava baixa cobertura de ações preventivas e de assistência para adolescentes, adultos e idosos.

O ano de 2005 foi marcado pela mudança do governo municipal. Segundo entrevistados, houve alterações na agenda política em comparação com a gestão anterior, que investia na mudança da formação profissional mediante as ações de Educação Permanente.

Como o novo governo municipal era da coligação do partido político do governo anterior, alguns dirigentes da secretaria municipal foram mantidos. Assim, o Coordenador Municipal de Saúde Bucal permaneceu no cargo até 2007, quando assumiu a Coordenação da Saúde Bucal do Estado do Ceará. Mesmo fazendo parte da mesma coligação, a condução da política de saúde bucal se deu de maneira diferente da gestão anterior.

“... a concepção mudou um pouco, não é? Não tinha aquela linha ideológica até mesmo eu diria um pouco utópica, não é? De procurar o novo, o diferente. Ela meio que estacionou, não é? Para uma linha mais rigorosa, mais rígida, no sentido de resultados, principalmente de produção. Quantas extrações, quantas restaurações, quanto isso, tudo muito numérico. Então aquela emoção, ela meio que dissipou tá?” (Coordenador S1).

Em 2005, houve uma redução de 8 equipes de saúde bucal e de 11 equipes de saúde da família, conseqüentemente diminuindo a abrangência populacional estimada dessas equipes. Segundo vários entrevistados, os fatores associados a essa redução das equipes de saúde bucal foram o baixo salário destes profissionais, a precarização do vínculo trabalhista, pois os profissionais eram contratados e não concursados, a ausência de Planos de Cargos, Carreiras e Salários e a concorrência com municípios vizinhos que tinham salários mais atrativos, o que acarretou uma escassez de profissionais em Sobral. Vale ressaltar que o município não aderiu ao Concurso Público Unificado promovido pelo Governo do Estado para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, que ocorreu em 2005.

Por outro lado, um acontecimento importante ocorrido no ano de 2006 para a política de saúde bucal do município foi a criação do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, campus Sobral. Foi firmada parceria com esta instituição para a realização das biópsias das lesões bucais dos pacientes do município.

Apesar das mudanças ocorridas na gestão municipal, algumas ações na área da saúde bucal ainda continuaram. Em 2009, foi lançado o Guia da Saúde Bucal do Município que apresentava as diretrizes da saúde bucal municipal com a descrição das

ações coletivas, das ações assistenciais, incluindo o atendimento aos grupos prioritários como gestantes e idosos. Neste guia também constavam indicadores de saúde bucal criados especificamente para o município, com o objetivo de acompanhar e avaliar os serviços direcionados a grupos prioritários como a cobertura de pré-natal odontológico e a taxa de exames de prevenção de câncer de boca (Sobral, 2009b).

Em 2010, foi inaugurado o segundo Centro de Especialidades Odontológicas do município, desta vez com abrangência regional, para atender a população dos 24 municípios que compõem a microrregião de Sobral. Este estabelecimento é administrado por um consórcio público de saúde com financiamento tripartite. O repasse do recurso municipal é calculado mediante o tamanho da população municipal por meio de contrato de rateio.

A Política de Saúde Bucal de Sobral passou por dois momentos distintos. O primeiro momento de 1997 a 2004 foi chamado de “momento de crescimento” que ocorreu concomitante ao governo do Partido Socialista Brasileiro presidido pelo então prefeito Cid Gomes, motivado pelas várias iniciativas ocorridas nesta época que provocou uma ampliação da Política de Saúde Bucal. O segundo momento ocorreu de 2005 a 2012, e foi intitulado de “momento de estagnação” durante os governos dos prefeitos do Partido dos Trabalhadores Leônidas Cristino e Clodoveu Arruda, quando a Política de Saúde Bucal não avançou tanto quanto no primeiro momento.

O Quadro 11 caracteriza esses momentos da Política de Saúde Bucal de Sobral.

Quadro 11: Quadro síntese dos momentos da Política de Saúde Bucal do município de Sobral de 2001 a 2012.

Momentos da Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte	Atores			Processo Político	Conteúdo da Política
	Prefeito	Secretário de Saúde	Coordenador de Saúde Bucal		
Momento de crescimento (1997-2004)	Cid Gomes do Partido Socialista Brasileiro (PSB) (1997-2000 e 2001-2004)	Odorico Andrade (1997-2000 e 2001-2004)	Ivan Rodrigues (1998-2000 e 2001-2004)	- Destaque para a articulação político partidária do governo municipal com o governo federal para a implantação do 1º CEO da Política Nacional de Saúde Bucal - Destaque para o sanitarista Odorico Andrade que influenciou fortemente as mudanças na política municipal de saúde bucal. - Forte articulação política do governo municipal (PSB) com o governo federal (PT).	- Antes dos anos 2000: predomínio da odontologia escolar - 1998: contratação de cirurgiões-dentistas para a Estratégia Saúde da Família - 2001: Residência Multiprofissional em Saúde da Família -2004:Marco Histórico, lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal com a inauguração do CEO municipal - 2004: Mestrado em Educação Médica para os gestores -2004: SB Ceará - Rodas de Educação permanente com os cirurgiões-dentistas
Momento de Estagnação (2005-2012)	Leônidas Cristino do Partido dos Trabalhadores (PT) (2005-2008 e 2009-2010) José Clodoveu de Arruda do Partido dos Trabalhadores (PT) (2011-2012 e 2013- hoje)	Arnaldo Ribeiro Costa Lima (2005-2008) Carlos Hilton Albuquerque Soares (2008-2012) Olivan Silva Queiroz (2013-hoje)	Ivan Rodrigues (2005-abril 2007) Edson Lucena (2008- 2010) Ronald (2011-2012)	Apesar do Governo Municipal pertencer ao mesmo Partido Político do Governo Federal e do Secretário de Saúde Carlos Hilton ser cirurgião-dentista, a política municipal de saúde bucal não ganhou tanto destaque como na gestão anterior, inclusive com redução do número e da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal.	- 2005: redução do número e da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal - 2006: fundação do Curso de odontologia da UFC, campus Sobral. - 2009: lançamento do guia de Saúde Bucal do município - 2010: implantação do CEO Regional vinculado a UFC

Fonte: Elaboração da autora.

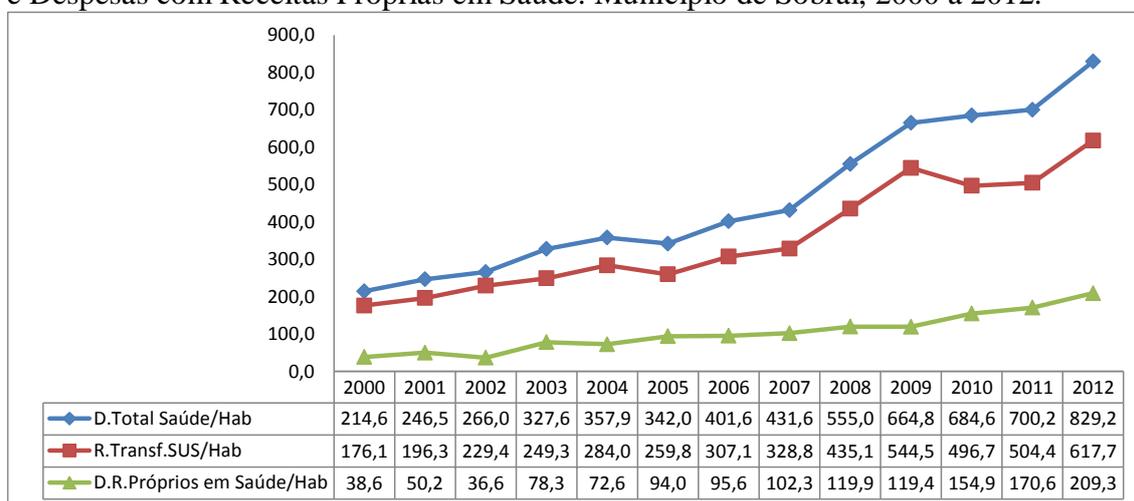
Panorama de Implantação da Política de Saúde Bucal de Sobral: financiamento, oferta e produção.

Neste item serão analisados dados relativos às condições de financiamento, oferta e produção de serviços da atenção à saúde do município, com destaque para a área de saúde bucal.

No período de 2000 a 2012, a despesa total com saúde por habitante em Sobral aumentou bastante, com destaque a partir de 2007, quando a curva mostrou maior inclinação ascendente. Deve-se lembrar que o município é referência para a média e alta complexidade e, portanto, recebe também pacientes de outros municípios vizinhos, o que de certa forma também aumenta o gasto com saúde no município. Neste mesmo período, o município investiu mais na área da saúde, havendo incremento das despesas custeadas com recursos próprios de cinco vezes entre 2000 e 2012.

Além desse período ter sido marcado por um aumento nas despesas em saúde com recursos próprios do município, observou-se, também, um aumento das transferências intergovernamentais oriundas do Ministério da Saúde (Figura 27).

Figura 27: Evolução da Despesa Total com Saúde, Receita de Transferência para o SUS e Despesas com Receitas Próprias em Saúde. Município de Sobral, 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>; acesso em: 10/03/2013.

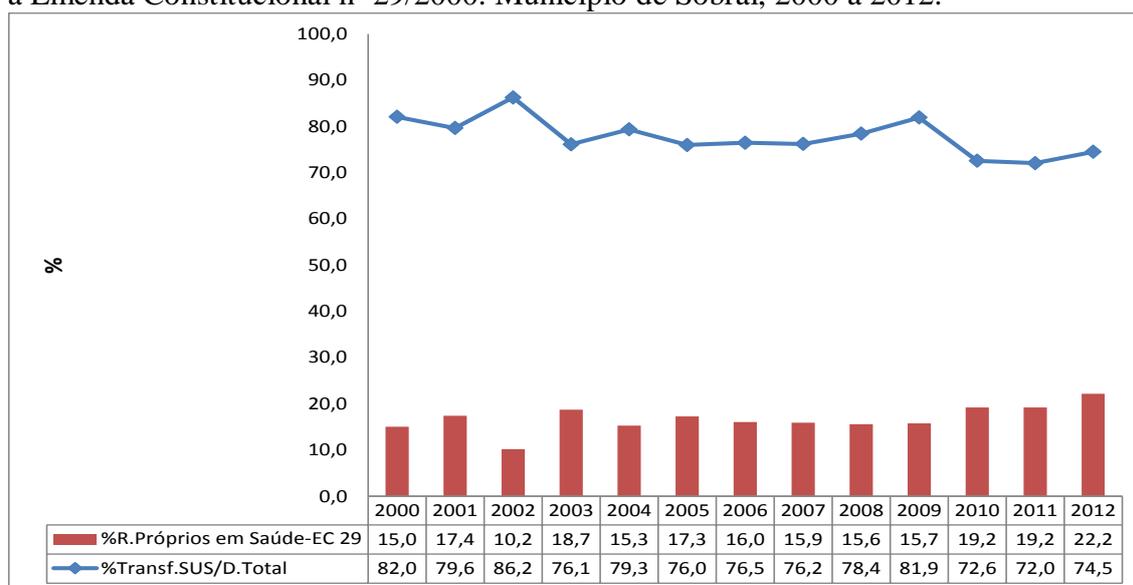
O aumento de recursos do próprio município também pode ser justificado pelo aumento do percentual de recursos da própria arrecadação municipal destinado à saúde. Observa-se que de 2000 a 2012, o município investiu mais do que os 15% proposto pela

Emenda Constitucional nº29, inclusive com períodos de oscilação e de teto de 22,2%. Uma única exceção foi no ano 2002 no qual se destinou apenas 10% da arrecadação municipal para a saúde. Contudo, há de se considerar que esta emenda foi aprovada em 2000 e previu um período de ajuste destes repasses para se alcançar o valor mínimo de 15% padronizado (Figura 28).

Outro destaque é que nesse período em torno de 72% a 86,2% dos gastos com saúde no município foram financiados com os recursos oriundos das transferências intergovernamentais. Portanto, de 13,8% a 28% das despesas da saúde foram custeadas com receitas oriundas da arrecadação própria do município (Figura 28).

O peso das transferências financeiras do Ministério da Saúde para Sobral ajudou a reforçar o caráter de indução das diretrizes nacionais da política pelo Governo Federal.

Figura 28: Evolução do percentual das transferências federais em relação à despesa total do município com saúde e do percentual da receita própria aplicada em saúde, conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000. Município de Sobral, 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>; acesso em: 10/03/2013.

Contribuiu para o aumento das despesas com saúde no período o incremento de transferências federais para a atenção básica, considerando os componentes fixo e variável do piso de atenção básica (Tabela 3).

Tabela 3: Evolução das transferências federais relativas à atenção básica e participação do incentivo da saúde bucal no financiamento da atenção básica. Município de Sobral, 2002 a 2012.

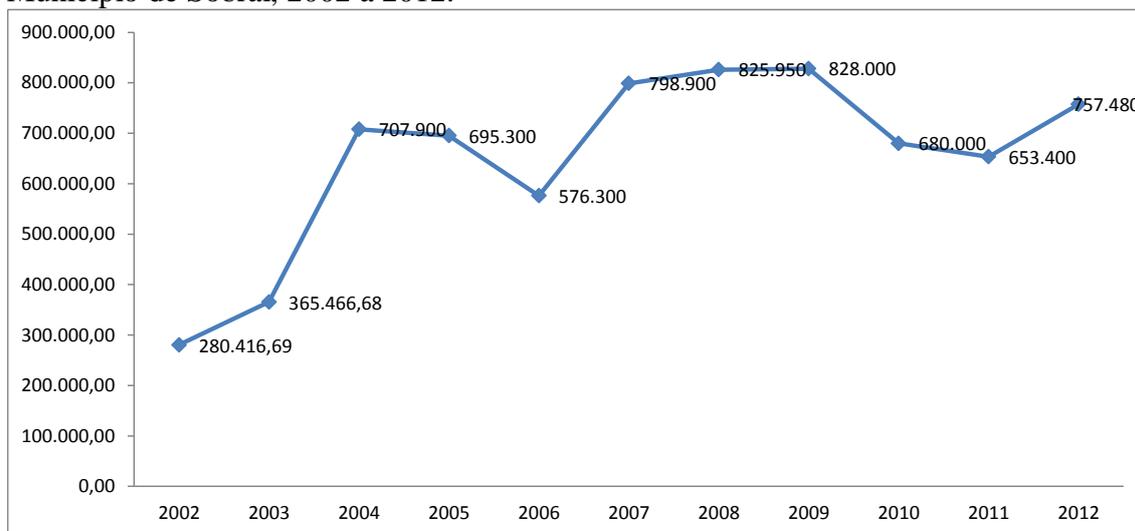
Ano	Atenção Básica	PAB fixo	PAB variável	Saúde Bucal na Atenção Básica	% SB/AB	% SB/PAB variável
2002	5.100.219	2.332.728	2.767.491	280.416,69	5,5%	10,1%
2003	5.877.305	2.361.978	3.515.326	365.466,68	6,2%	10,4%
2004	6.579.390	2.399.849	4.179.540	707.900	10,8%	16,9%
2005	6.627.338	2.415.257	4.212.080	695.300	10,5%	16,5%
2006	6.660.213	2.534.364	4.125.848	576.300	8,7%	14%
2007	8.403.259	2.622.978	5.780.280	798.900	9,5%	13,8%
2008	10.021.488	2.721.934	7.299.554	825.950	8,2%	11,3%
2009	12.231.151	3.157.017	9.074.134	828.000	6,8%	9,1%
2010	12.582.323	3.268.683	9.313.640	680.000	5,4%	7,3%
2011	13.516.075	3.490.424	10.025.651	653.400	4,8%	6,5%
2012	16.751.709	3.933.741	12.817.968	757.480	4,5%	5,9%

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

Nota: Siglas: PAB – Piso de Atenção Básica; AB – Atenção Básica; SB – Saúde Bucal. Os recursos de financiamento da saúde bucal constantes na tabela correspondem ao incentivo às equipes de saúde bucal na atenção básica.

No que concerne ao financiamento da saúde bucal, na atenção básica do município, observou-se um aumento de 170% no período de 2002 a 2012, com destaque para o ano de 2004, quando houve um aumento abrupto do recurso, representado pela inclinação mais acentuada da curva, corroborando também com o momento político de destaque que o município se encontrava com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal. No período, houve dois momentos de declínio desse recurso, de 2005 a 2006 e de 2009 a 2010, períodos que coincidem com a redução do número de equipes de saúde bucal (Figura 29).

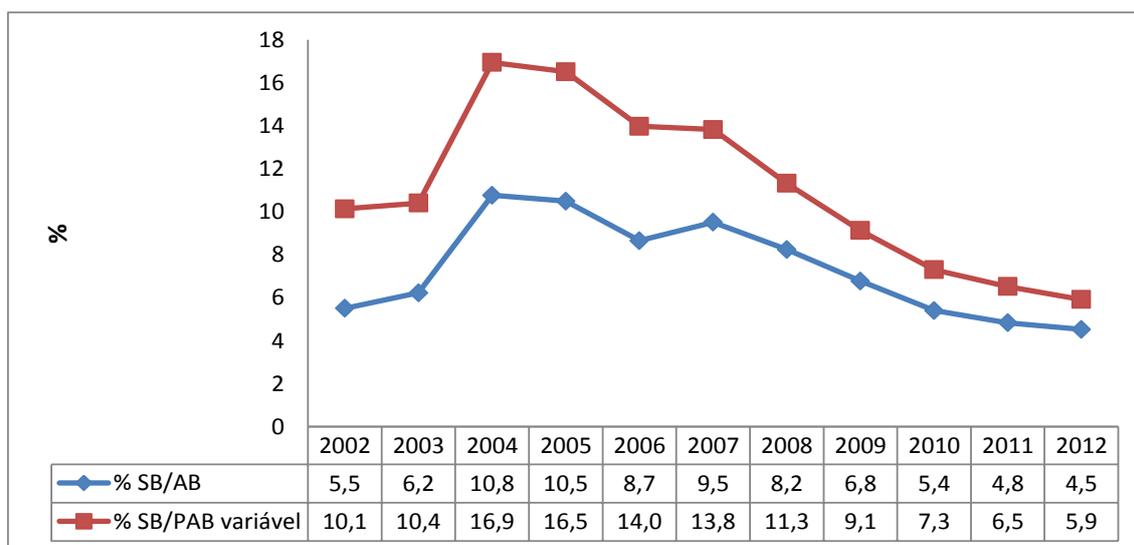
Figura 29: Evolução das transferências federais da Saúde Bucal na Atenção Básica. Município de Sobral, 2002 a 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

O percentual do recurso da saúde bucal no total de recursos da atenção básica variou de 4,5% a 10,8% nos anos estudados, ocorrendo apenas um período de aumento de 2003 para 2004. A partir de então, esse percentual tem sido reduzido. Vale ressaltar que o percentual de recursos da saúde bucal dentro do componente variável do piso de atenção básica também acompanha a mesma tendência anteriormente citada de redução a partir de 2005. Com isso, pode-se inferir que a partir de 2005 o investimento na atenção básica em saúde bucal não tem acompanhado o ritmo de crescimento de recursos do conjunto da atenção básica, o que pode ser constatado pela redução da oferta de equipes de saúde bucal (Figura 30).

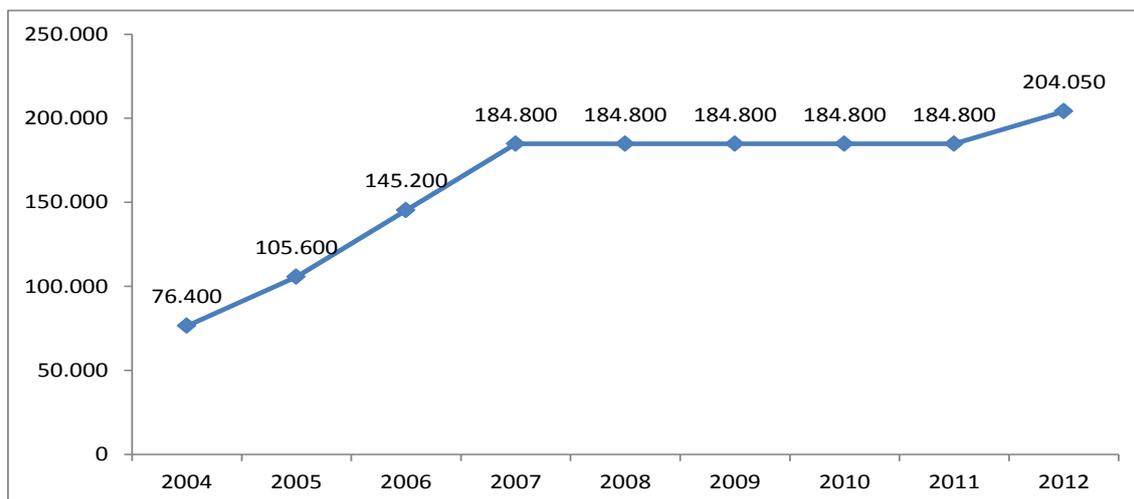
Figura 30: Evolução do percentual de recursos da Saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica e ao PAB variável. Município de Sobral, 2002 a 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

No que diz respeito ao financiamento da atenção especializada no município de 2004 a 2012, observou-se um aumento de 167% (Figura 31).

Figura 31: Evolução do percentual de recursos fundo a fundo transferidos para o Centro de Especialidades Odontológicas de Sobral, de 2004 a 2012.

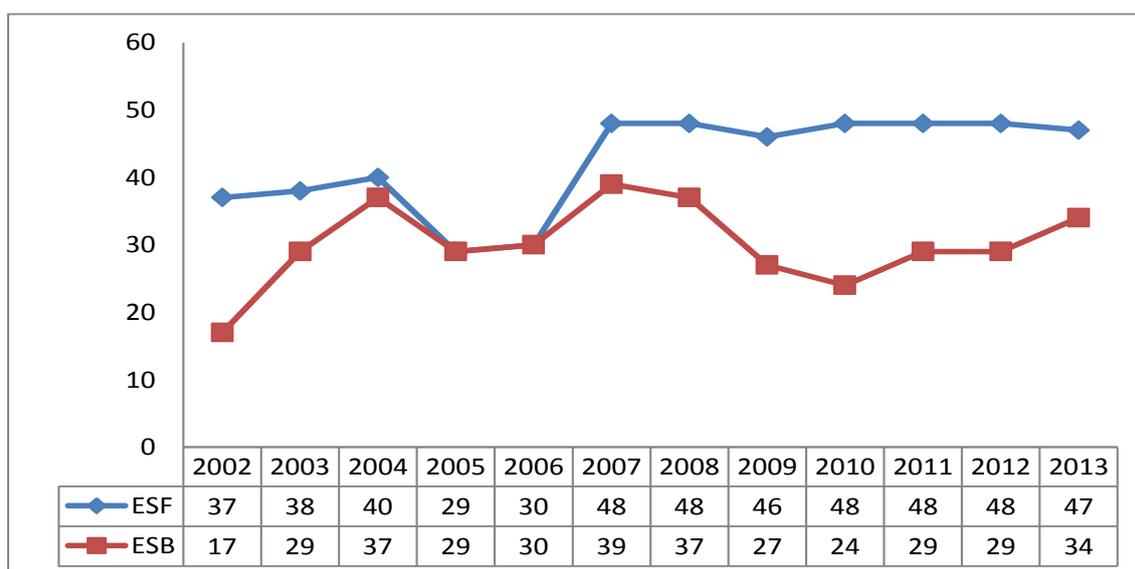


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 15/07/2013.

O aumento de recursos financeiros para a área foi acompanhado pela expansão da oferta de serviços públicos de saúde bucal na atenção básica e especializada.

Entre os anos de 2002 a maio de 2013, o número de equipes de saúde da família e de saúde bucal oscilaram muito, com período de crescimento nos primeiros anos, inclusive chegando a quase equiparar o número destas equipes em 2004 e equiparando em 2005 e 2006. A partir de 2005, com a mudança da gestão municipal, esse número reduziu, com uma tendência de recuperação das equipes a partir de 2006, contudo o número de equipes de saúde bucal continuou declinando até que em 2011, quando houve um esforço em aumentar estas equipes (Figura 32).

Figura 32: Evolução do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Sobral de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

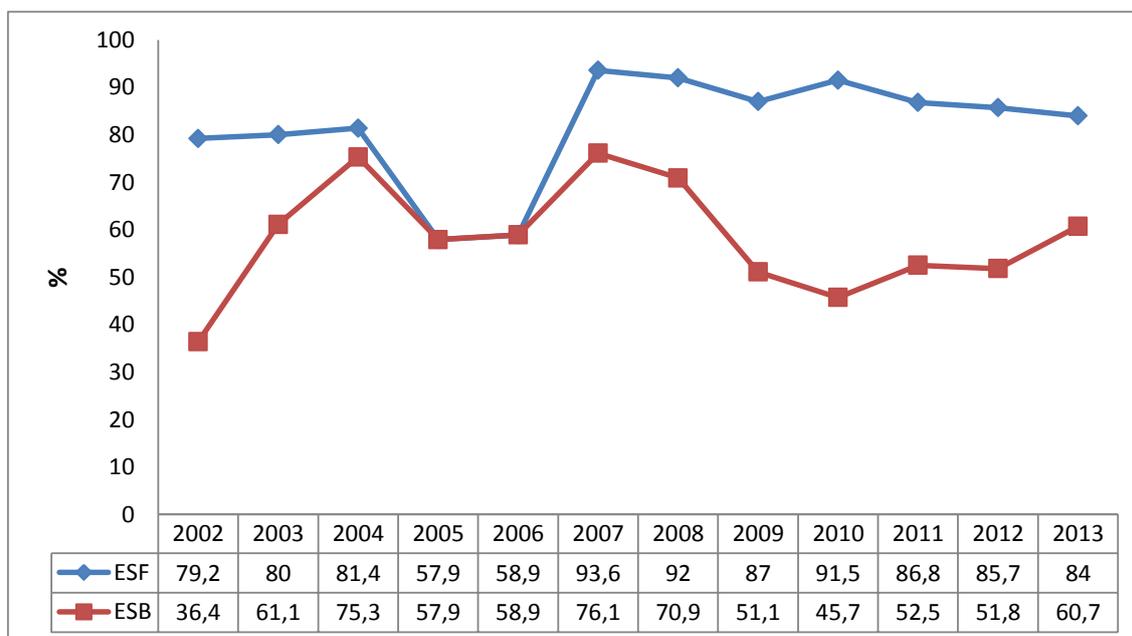
No que concerne à evolução da abrangência populacional estimada, pode-se notar que na maioria dos anos, a abrangência das equipes de saúde da família foi sempre superior a das equipes de saúde bucal, com exceção dos anos de 2005 e 2006, em que foi semelhante para os dois tipos de equipes (Figura 33).

Para as equipes de saúde da família, a abrangência variou no período entre 57,9% a 93,6% (pico em 2007). Em relação às equipes de saúde bucal, de 2002 a 2004 houve um crescimento vertiginoso na implantação destas equipes, passando de 36,4% para 75,3% da abrangência populacional estimada, que coincidiu com o período de maior investimento do município na área da saúde bucal. No entanto, no período de

2005 a 2006, houve uma redução da abrangência populacional dessas equipes para 57,9%, com um novo crescimento no ano de 2007, novamente um período de declínio de 2007 a 2010 e, por fim, um ligeiro aumento a partir de 2011 (Figura 33).

O município só não alcançou meta nacional de abrangência destas equipes de 40%³⁵ no ano de 2002.

Figura 33: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Sobral de 2002 a 2013.

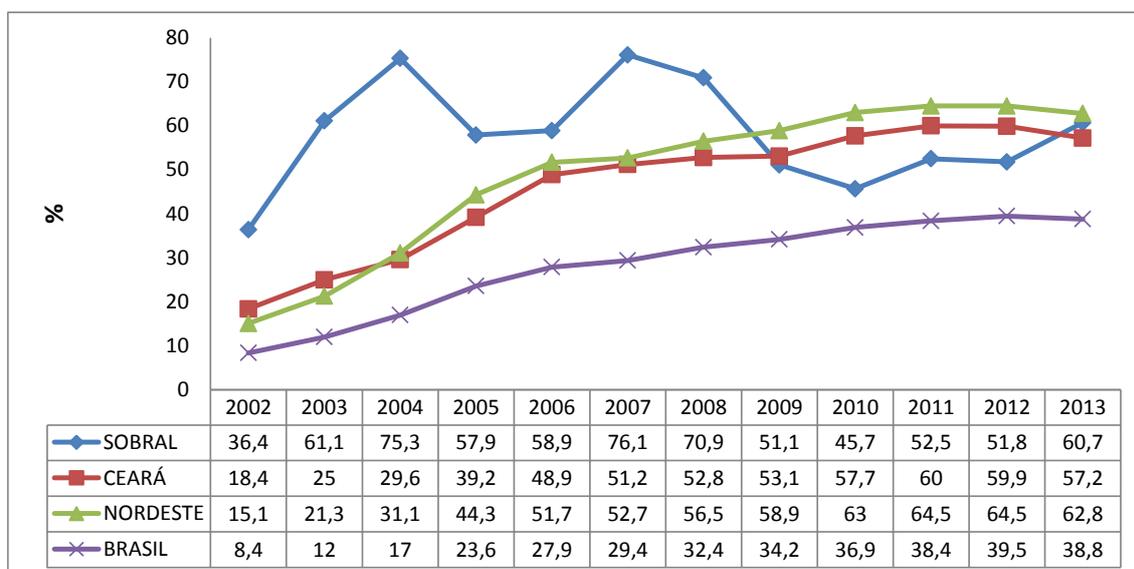


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

A Figura 34 mostra que o município de Sobral não acompanhou o mesmo perfil de crescimento da abrangência populacional das equipes de saúde bucal ocorrido em nível estadual, regional e nacional, que tiveram aumentos de respectivamente 38, 47 e 30 pontos percentuais entre 2002 e a maio de 2013. O município de Sobral havia alcançado níveis de abrangência populacional elevados em momentos mais precoces, mas esse indicador apresentou oscilações no período analisado. Apesar disso, em maio de 2013, o município apresentava maior abrangência populacional das equipes de saúde bucal em comparação ao estado do Ceará e o Brasil.

³⁵ Portaria nº 2.669/2009 e nº 3.840/2010.

Figura 34: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal em Sobral, Ceará, Nordeste e Brasil, de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: [disponível: http://189.28.128.178/sage/](http://189.28.128.178/sage/)

No que diz respeito aos serviços especializados ofertados no município, estes são realizados nos dois Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, o municipal (Figura 35) e o regional, que funciona junto ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará – UFC (Figura 36). Nos dois centros são ofertadas as mesmas especialidades, porém somente o regional oferta a especialidade de odontopediatria, em que o atendimento é realizado pelos acadêmicos do Curso de Odontologia sob a supervisão de um professor. A quantidade de procedimentos ofertados pelo CEO regional é maior do que pelo municipal, devido ao número de equipamentos odontológicos e ao número de profissionais disponíveis. Em relação à infraestrutura, pôde-se observar que o municipal apresenta os mesmos equipamentos odontológicos desde a época em que foi inaugurado, ou seja, há nove anos atrás, porém estes se encontram em bom estado de conservação. A infraestrutura do CEO regional é bem mais nova, visto que foi inaugurado em 2010, apresentando equipamentos odontológicos bem modernos como, por exemplo, aparelhos digitais de radiografia.

O Quadro 12 apresenta as principais características desses dois CEO existentes no município.

Figura 35: Centro de Especialidades Odontológicas Sanitarista Sérgio Arouca, CEO Municipal, Sobral, 2013.



Fonte: Foto feita pela autora.

Figura 36: Centro de Especialidades Odontológicas Professor Ícaro de Sousa Moreira, CEO Regional, Sobral, 2013.



Fonte: Foto feita pela autora.

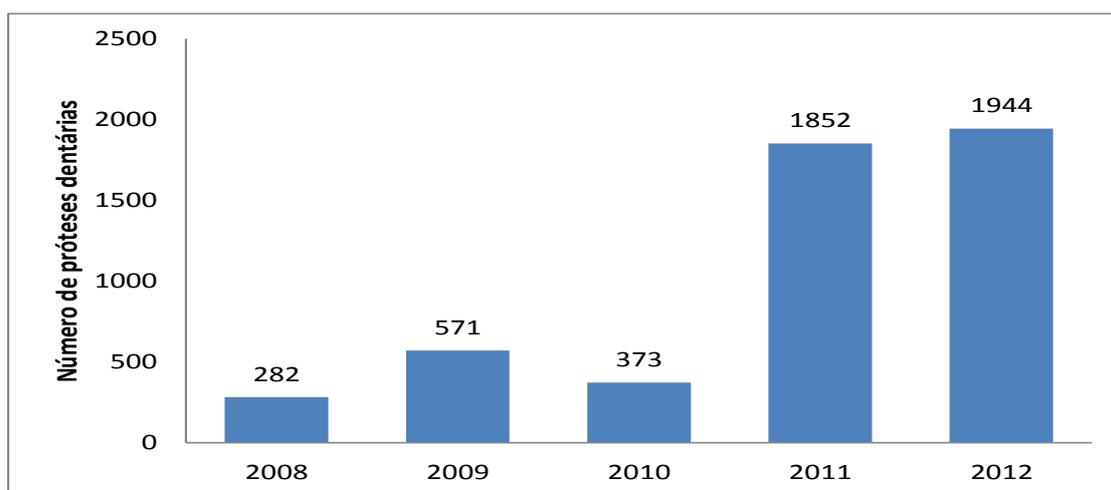
Quadro 12: Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Sobral. 2013

Nome do CEO	Inauguração	Abrangência/população	Gestão	Tipo de CEO	Número de CD	Especialidades	Laboratório de Prótese
CEO Sanitarista Sérgio Arouca	2004	População do município de Sobral	Municipal	Tipo III com 7 cadeiras odontológicas	16	Periodontia Endodontia Prótese Dentária Ortodontia Estomatologia Pacientes com necessidades especiais	Não tem Laboratório Regional de Prótese Dentária
CEO Professor Ícaro de Sousa Moreira	2010	Regional, compreende os 24 municípios da 11ª CRES com população em torno de 500 mil habitantes	Estadual	Tipo III com 22 cadeiras odontológicas	21	Periodontia Endodontia Prótese Dentária Ortodontia Estomatologia Pacientes com necessidades especiais Cirurgia Oral Menor Odontopediatria	Não tem Laboratório Regional de Prótese Dentária

Fonte: Elaboração da autora.

Apesar dos dois CEO existentes no município ofertarem prótese dentária para a população, o número deste procedimento só começou a aumentar a partir de 2010, mesmo período em que foi inaugurado o CEO regional. De 2008 a 2012 houve um crescimento de mais de seis vezes na quantidade de próteses dentárias produzida pelo município. Cabe lembrar que o município não tem nenhum laboratório regional de prótese dentária cadastrado e terceiriza este serviço (Figura 37).

Figura 37: Evolução do número de próteses dentárias produzidas no município de Sobral, 2008 a 2012.

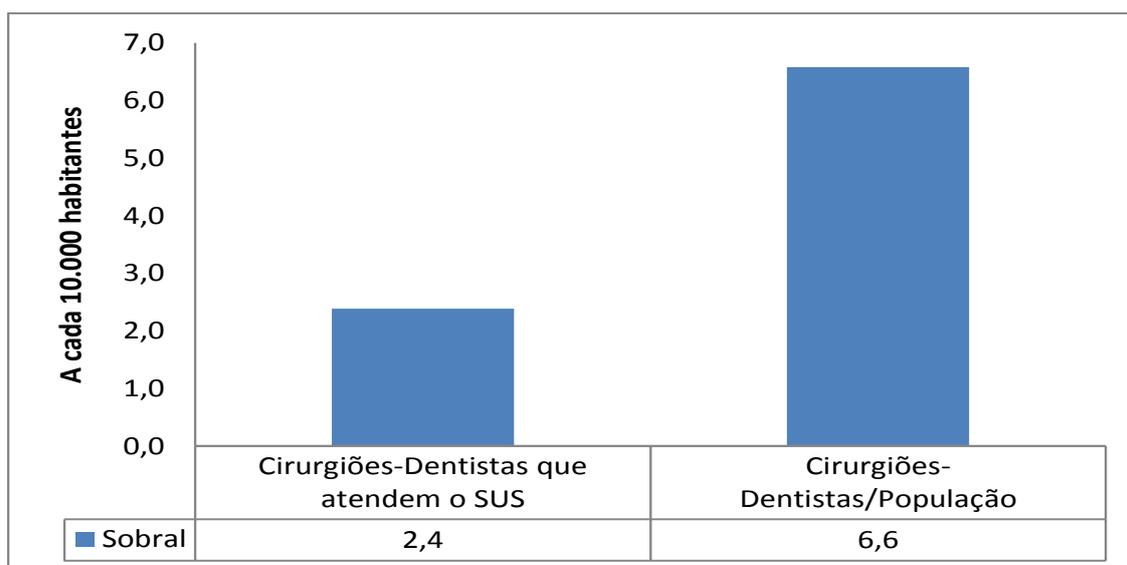


Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qace.def>, acesso em: 24/maio/2013.

Nota: Foram considerados os procedimentos de prótese dentária: total mandibular e maxilar, removíveis mandibular e maxilar e coronárias/intrarradiculares fixas e acessivas por elemento dentário.

Outro dado relevante a ser considerado é a disponibilidade de profissionais da área odontológica no município de Sobral. No que diz respeito à taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS, observa-se que esta taxa é menor que a metade do total destes profissionais presentes no município. Portanto, pode-se inferir que muitos cirurgiões-dentistas trabalham no setor privado (Figura 38).

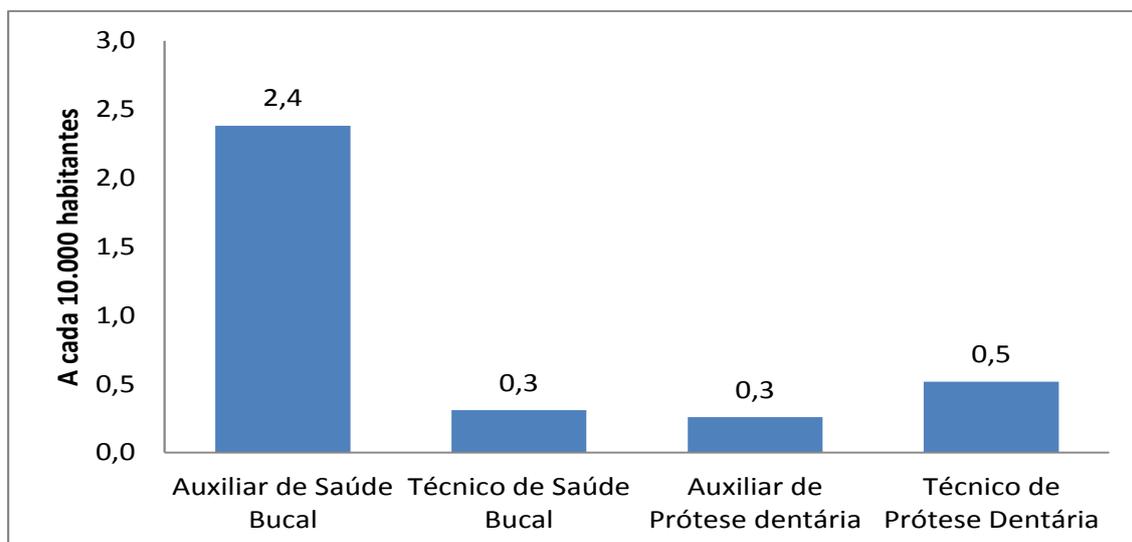
Figura 38: Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e do total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes. Município de Sobral, maio de 2013.



Fonte: O número de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS foi retirado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (acesso em: 04/05/2013, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/proc02ce.def>) e o total de Cirurgiões-Dentistas de Fortaleza foi retirado do Conselho Federal de Odontologia (acesso em: 04/05/2013, disponível em: www.cfo.org.br)

No que tange a quantidade de profissionais auxiliares em Odontologia, pode-se averiguar que as taxas por 10.000 habitantes ainda são baixas, mesmo em comparação com a disponibilidade de cirurgiões-dentistas. A taxa de auxiliar de saúde bucal por 10.000 habitantes (2,4) coincide com a taxa de cirurgiões-dentistas que atendem no SUS, porém vale ressaltar que esta taxa representa o total de auxiliares presentes no município tanto no setor público quanto no setor privado. Além disso, os dados sugerem que a disponibilidade de outros profissionais, como técnicos de saúde bucal, auxiliares e técnicos de prótese dentária, ainda é mais baixa (Figura 39).

Figura 39: Taxas de Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Prótese Dentária e Técnico de Prótese Dentária por 10.000 habitantes. Município de Sobral, maio de 2013.

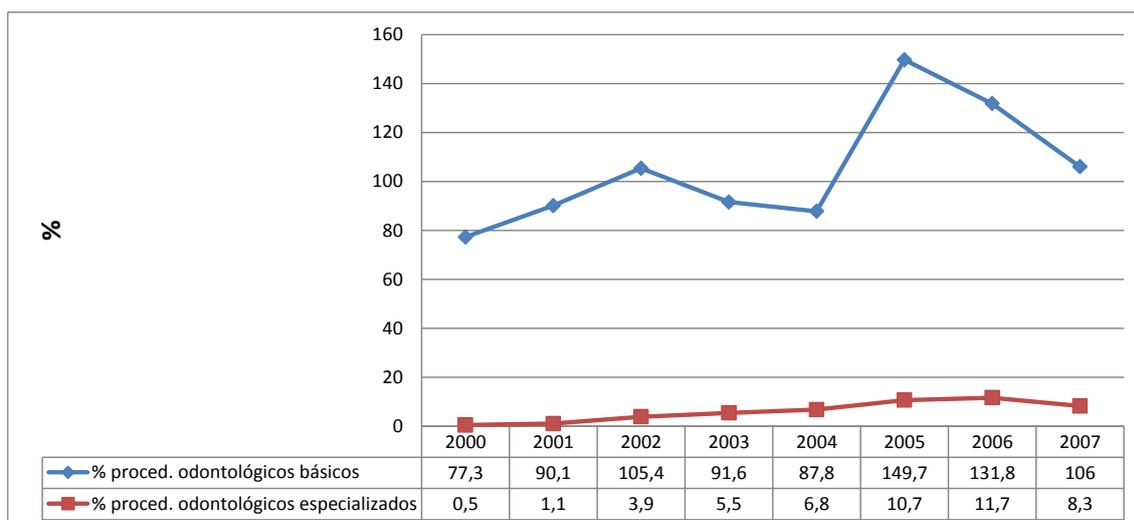


Fonte: O número de profissionais de cada categoria foram retirados do Conselho Federal de Odontologia (acesso em: 04/05/2013, disponível em: www.cfo.org.br). População total: disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em: 04/05/2013.

Os dados de produção de serviços públicos odontológicos básicos e especializados são apresentados na Figura 40. De 2000 a 2007, a taxa de produção de procedimentos odontológicos básicos por 100 habitantes no município variou bastante com períodos de crescimento como, por exemplo, de 2000 a 2002 e de 2004 a 2005 e com períodos de declínio como de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007. Contudo, este dado deve ser analisado com moderação, pois no período de 2002 a 2005 houve um aumento do recurso repassado para a saúde bucal na atenção básica, bem como de 2002 a 2004 houve um aumento do número e da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal. Cabe levantar a hipótese de baixa confiabilidade do dado e mesmo de subnotificação desses procedimentos básicos, influenciada por mudanças nos mecanismos de financiamento e nos sistemas de informações nacionais.

Em relação à taxa de procedimentos especializados por 100 habitantes, observa-se um ligeiro aumento a partir de 2004, ano que foi inaugurado o primeiro Centro de Especialidades Odontológicas do município, portanto aumentando a oferta destes procedimentos para a população.

Figura 40: Evolução da produção de procedimentos odontológicos básicos e especializados por 100 habitantes. Município de Sobral, 2000 a 2007.

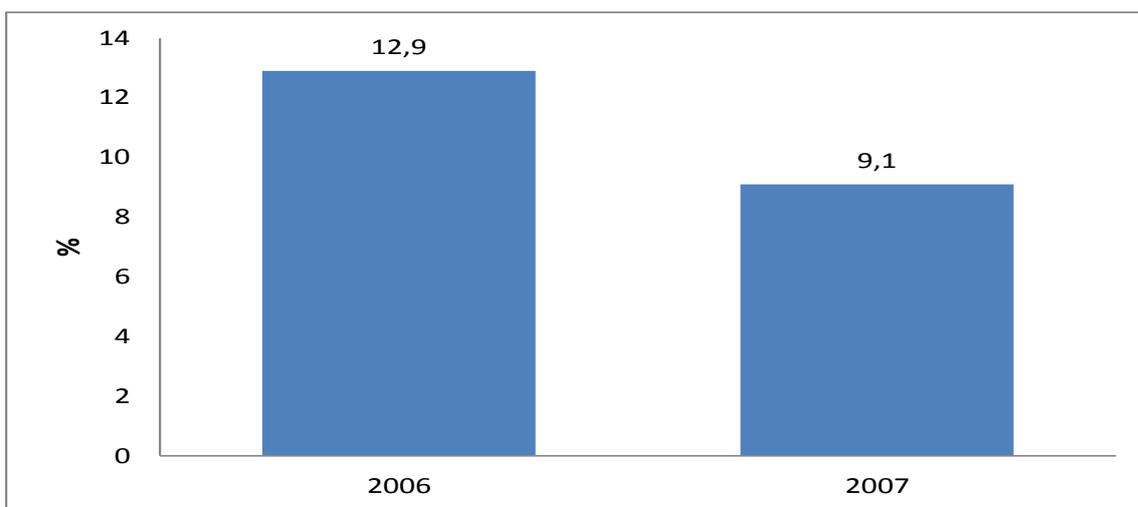


Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

A análise do indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática, disponível apenas nos anos de 2006 e 2007, também sugeriu subnotificação dos dados de produção. Entre esses dois anos houve uma redução de quase 30% nesse indicador, o que é bastante incoerente com o aumento do número e da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal no município no período (Figura 41). Vale destacar que em nenhum dos dois anos o município conseguiu atingir a meta nacional de 30%.³⁶

³⁶ Portaria nº 91 de 10 de janeiro de 2007 que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde a serem pactuados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

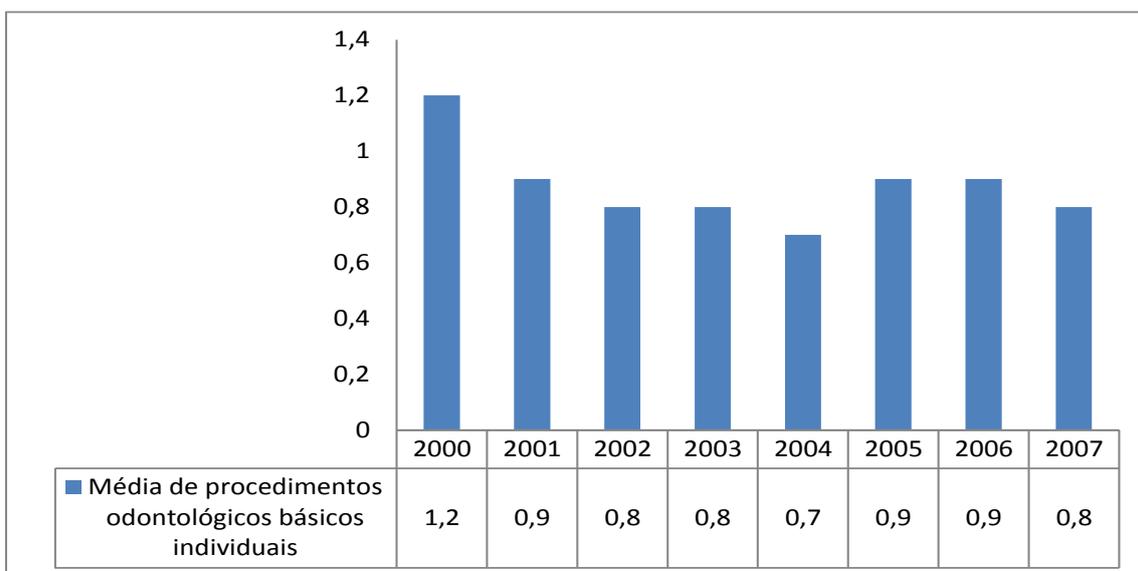
Figura 41: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Sobral nos anos de 2006 e 2007.



Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

No entanto, a média dos procedimentos odontológicos básicos individuais, entre os anos de 2000 a 2007, se manteve dentro dos parâmetros mínimo de 0,4 e máximo de 1,6 preconizado pelo Ministério da Saúde³⁷, com períodos de redução (entre 2000 e 2004) e períodos de aumento a partir de 2005 (Figura 42).

Figura 42: Evolução da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais por habitante. Município de Sobral, 2000 a 2007.

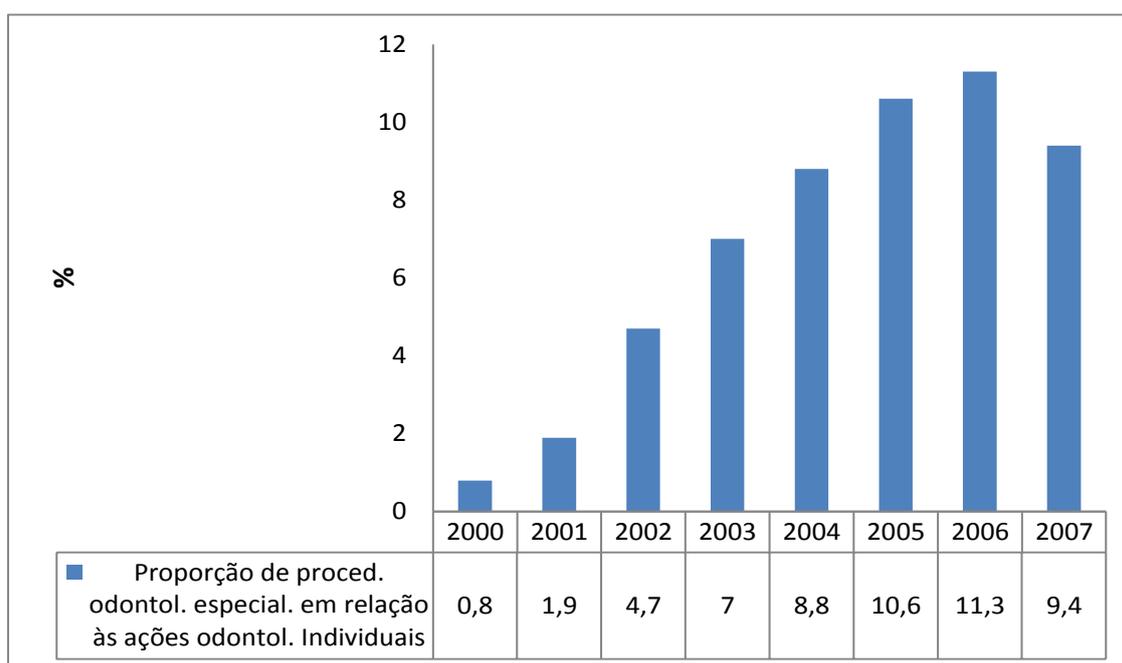


Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

³⁷ Portaria nº 1101/2002.

A proporção de procedimentos especializados no total de ações odontológicas individuais variou no período de 2000 a 2007 entre 0,8% e 11,3%, apresentando crescimento até 2006 (Figura 43). Vale lembrar que em 2004 foi inaugurado o primeiro CEO do município, que possibilitou uma maior oferta de procedimentos especializados para a população. Contudo, apesar do aumento observado, o acesso da população aos procedimentos especializados durante esses anos ainda foi baixo.

Figura 43: Evolução da Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais. Município de Sobral, de 2000 a 2007.

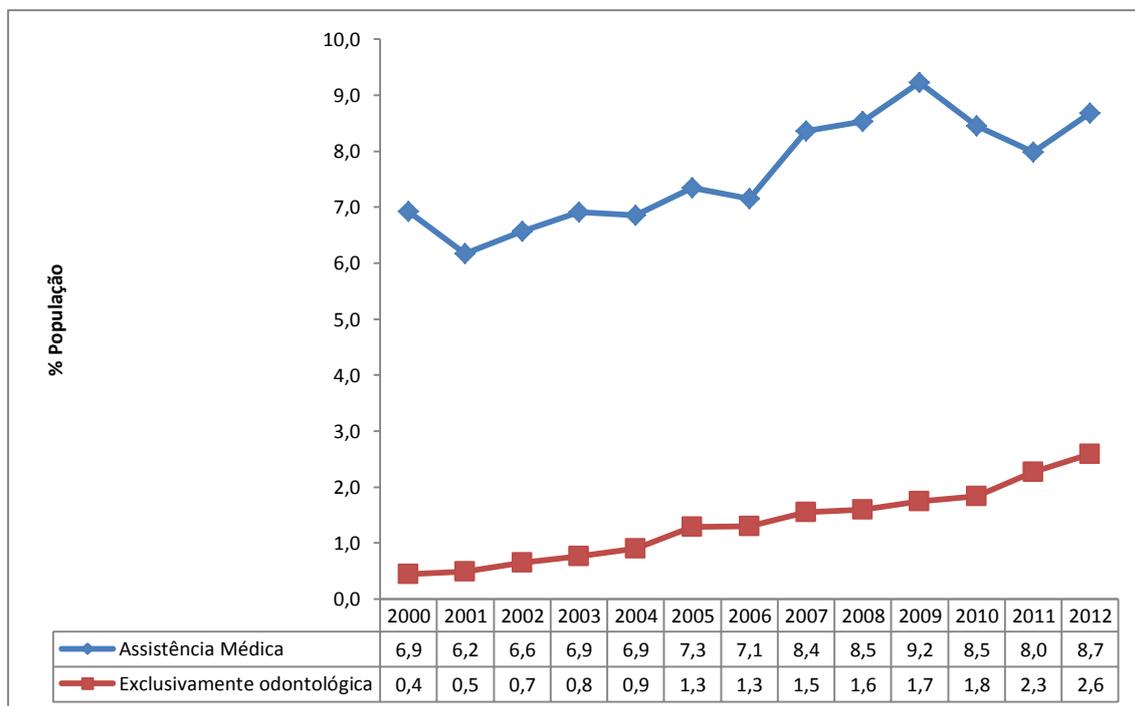


Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

Por fim, um último dado a ser considerado diz respeito à evolução dos planos privados de saúde no município, com destaque para a atenção odontológica.

A Figura 44 mostra que a proporção de beneficiários de planos privados de assistência médica com e sem odontologia no município de Sobral subiu de 6,9% em 2000 para 8,7% da população em 2012. Já a proporção de beneficiários de planos privados com assistência exclusivamente odontológica cresceu de 0,4% em 2000 para 2,6% em 2012. Isto sugere uma tendência de aumento dos planos privados odontológicos, o que pode ser favorecido por uma presença já expressiva da iniciativa privada, como os cirurgiões-dentistas que já atuam em consultório particular.

Figura 44: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica. Município de Sobral, 2000 a 2012.



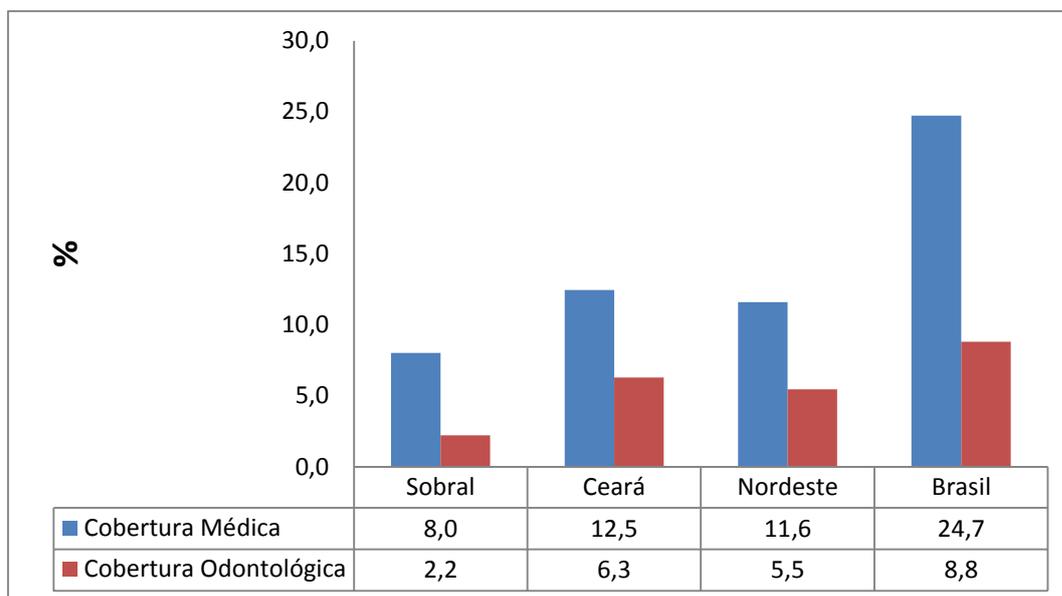
Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF

Acesso em julho/2013.

Cabe ponderar que a taxa de cobertura estimada de planos privados exclusivamente odontológicos em dezembro de 2011 foi de 2,2% em Sobral ficando abaixo da taxa estadual (6,3%), regional (5,5%) e nacional (8,8%) (Figura 45). Parte da população pode usar serviços odontológicos privados no próprio município (dado que o número total de cirurgiões-dentistas no município é muito superior do que os atuantes no SUS) ou em outras cidades, como a capital do estado, pagando por estes procedimentos através de desembolso direto. Essa discussão é de extrema importância, dada a tradição da prática privada na odontologia, a tendência nacional de crescimento de planos exclusivamente odontológicos no período recente e as relações imbricadas que existem entre o setor público e o privado na complementação e na oferta destes serviços.

Figura 45: Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência odontológica. Município de Sobral, Estado do Ceará, Região Nordeste e Brasil, dezembro de 2011.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF. Acesso em 15/05/2013.

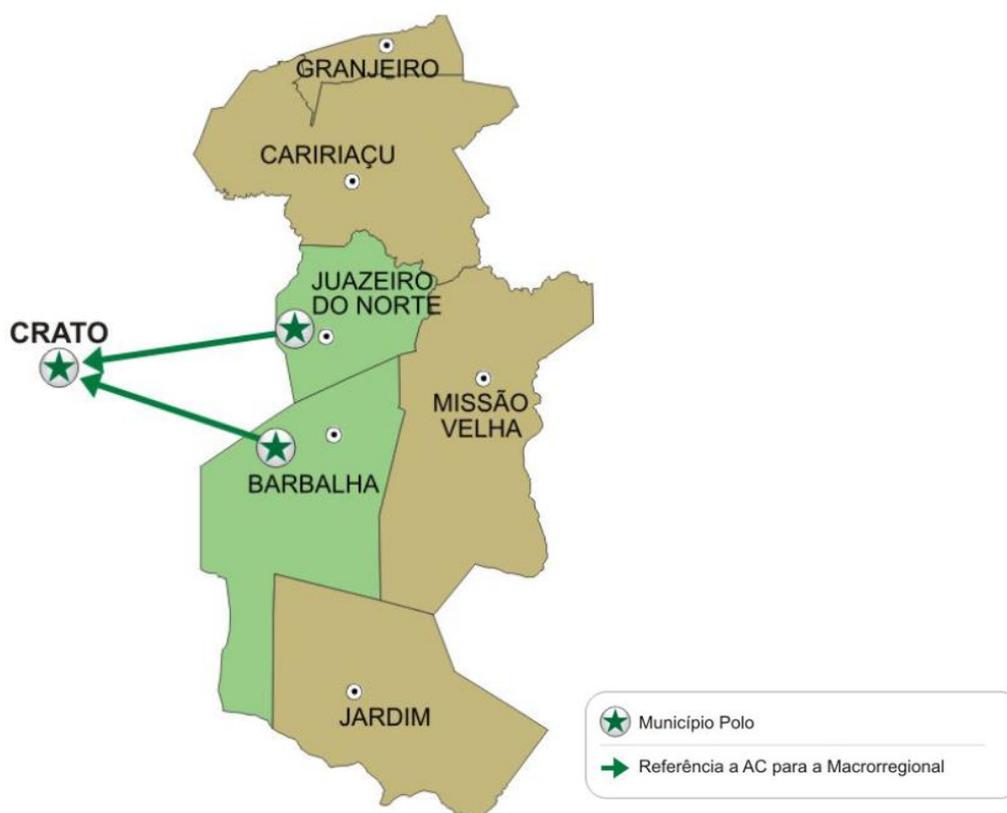
6.3. A Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte.

O Sistema de Saúde Municipal.

No que diz respeito à organização do Sistema de Saúde, Juazeiro do Norte se habilitou em 1998, em gestão plena do sistema municipal segundo os critérios da Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, passando a receber recursos fundo a fundo para o financiamento das ações de atenção básica e de média e alta complexidade.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará (Ceará, 2006), o município pertence à macrorregião do Cariri e a 21ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), que é composta por 6 municípios: Juazeiro do Norte, Barbalha, Jardim, Missão Velha, Granjeiro e Caririaçu (Figura 46). Esta microrregião de saúde tem uma população total de 396.932 habitantes (IBGE, 2012).

Figura 46: 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Retirado do sítio da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>, acesso em: 24/05/2013.

O Plano Plurianual de 2010-2013 apresenta como uma das estratégias de desenvolvimento, a Saúde e a qualidade de vida como base de uma população saudável, tendo como macro-objetivo fortalecer a atenção básica de forma a garantir a oferta de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde nos ciclos de vida e grupos populacionais. Este macro-objetivo inclui os programas: Saúde da Família, NASF, Atenção à Saúde Infantil e do Adolescente, Atenção à Saúde da Mulher, Controle e Eliminação da Tuberculose e da Hanseníase, Atenção à Saúde do Idoso, Atenção à Saúde da Pessoa com Agravos Crônicos, Apoio ao Romeiro e Assistência à Saúde nos Eventos Municipais, Vigilância Alimentar e Nutricional e Atenção à Saúde Bucal. Outro macro-objetivo deste plano é reestruturar e reorganizar a rede secundária e terciária de atenção à saúde, que inclui investimento nos programas de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Atenção Especializada à Saúde, Atenção Terciária à Saúde e Apoio a construções por parte do Governo Federal e Estadual (Juazeiro do Norte, 2009).

A rede de saúde (Tabela 4) possui 329 unidades inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo a grande maioria composta por estabelecimentos privados (74,2%), seguida dos públicos municipais (23,4%)³⁸.

Tabela 4: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador em Juazeiro do Norte, 2013.

Tipo de Estabelecimento	n	%
Público Municipal	77	23,4
Público Estadual	7	2,1
Privado	244	74,2
Filantrópico sem fins lucrativos	1	0,3
Total	329	100,0

Fonte: CNES/DATASUS, acessado em: 11/02/2013.

Atualmente, os serviços públicos de saúde do município incluem 62 Equipes Saúde da Família, 34 Equipes de Saúde Bucal, distribuídos em 65 Centros de Saúde/Unidades Básicas e 2 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS).

A rede de assistência hospitalar é composta por 5 estabelecimentos públicos que são: o Hospital Tasso Jereissati (antes conhecido como Hospital Estefânia Rocha Lima), Hospital São Lucas, Hospital Escola Santo Inácio (atualmente desativado por falta de investimentos), Hospital Infantil Municipal Maria Amélia Bezerra de Menezes e o Hospital Regional do Cariri, além de um hospital particular, o Pronto Socorro Infantil do Cariri.³⁹

A Trajetória da Política de Saúde Bucal no município

Antes do ano 2000, os serviços públicos odontológicos no município de Juazeiro do Norte eram organizados sob a influência do modelo da odontologia escolar, em que cada escola que tivesse mais de 500 alunos tinha um consultório odontológico. Esse modelo – designado como Fundo de Assistência ao Estudante (FAE) - compreendia a

³⁸ Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp?VEstado=23, acesso: 11/02/2013.

³⁹ Fonte: Disponível em: <http://www.juazeiro.ce.gov.br/Imprensa/Noticias/2013-04-01-Atendimento-pediatico-do-Sao-Lucas-sera-transferido-para-Hospital-Maria-Amelia-110/>.

prestação de assistência odontológica e realização de bochechos com flúor e escovação supervisionada nos escolares. Além do modelo escolar, paralelamente havia assistência odontológica à demanda espontânea no Posto de Assistência Médica (PAM) e nos postos de saúde onde os cirurgiões-dentistas realizavam procedimentos restauradores, extrações e procedimentos preventivos. Devido à forte influência religiosa no município, também havia um consultório odontológico que funcionava dentro da Igreja Matriz.

Nos anos 2000, o FAE continuou e, também, foi criado o Projeto Semear, tendo como objetivo o atendimento integral à gestante e a criança até completar 5 anos. Esse atendimento era multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, assistente social e os cirurgiões-dentistas. Os últimos foram incentivados a participar pelo Coordenador de Saúde Bucal, que havia retornado da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em que o tema havia sido discutido.

Em 2001, as equipes de saúde bucal começaram a dar os primeiros passos quando alguns consultórios odontológicos foram transferidos das escolas para os postos de saúde. Neste ano o município contava com 10 equipes de saúde bucal numa proporção de 2 equipes de saúde da família para 1 de saúde bucal proporção recomendada pelas diretrizes nacionais na época. Também neste ano foi criado um posto de atendimento odontológico dentro do Serviço de Assistência Médica (SAME) para a população que ainda não era assistida por equipes de saúde bucal, que ofertava serviços restauradores, extrações e atendimento a crianças.

Em 2004, o levantamento epidemiológico SB Ceará registrou que o município de Juazeiro do Norte apresentava uma prevalência de cárie dentária aos 12 anos preocupante, expressa em um CPO-D médio de 3,94, com o componente cariado correspondendo a mais da metade deste índice (SB Ceará, 2004).

No mesmo ano, foi implantado o 1º CEO municipal e o terceiro a ser inaugurado no Brasil, após os de Sobral e Caruaru. Este CEO funcionava dentro do Hospital Tasso Jereissati e foi classificado como tipo I, equipado com 3 cadeiras odontológicas.

Outro serviço odontológico que também foi criado no período foi o Serviço de Prevenção do Câncer de Boca, no Hospital Tasso Jereissati, que auxiliava no diagnóstico das lesões bucais.

Um evento importante desse período foi à realização do Curso de Capacitação em Saúde Bucal, para 180 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Segundo um dos entrevistados, no curso os ACS

aprenderam sobre a cárie dentária, doenças periodontais, má-oclusão e câncer de boca e saíram capacitados para ajudar a população a prevenir as principais doenças bucais, bem como para encaminhar os pacientes mais necessitados para os serviços de saúde. Essa experiência do curso de saúde bucal para ACS foi a segunda no país, pois a primeira foi realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Entrevistado J1).

Muitos atores participaram da construção da Política de Saúde Bucal do município. No período entre 2000 e 2004, um cirurgião-dentista, Dr. Manoel Lacerda, foi indicado por critério técnico ao cargo de Coordenador Municipal de Saúde Bucal. As ações idealizadas e realizadas por este profissional receberam apoio do Prefeito, do Secretário de Saúde e da Coordenadora da Atenção Básica. Outros atores também foram importantes nesta construção, como o próprio Ministério da Saúde, a Coordenadora de Saúde Bucal da 21ª Coordenadoria Regional de Saúde e os Diretores das Escolas do Município.

Outro importante ator que mereceu destaque no incentivo desta política foi a Igreja, representada pelo Pároco da Igreja Matriz. Nesse município, devido a grande influencia religiosa, a Igreja ocupa um papel de destaque com forte liderança sobre a população municipal. Dessa forma, pôde ser utilizada como um veículo para divulgação das ações ou campanhas na área da saúde bucal. O padre deste período incentivava o fortalecimento das ações de saúde bucal através da conscientização e mobilização dos fiéis.

“O Padre Murilo era o nosso grande parceiro aqui na Paróquia de Nossa Senhora das Dores [...] “E essa força da Igreja em Juazeiro era realmente, era não, é muito grande. Devido as Romarias, devido à religiosidade do nosso povo. Sabe? Qualquer Programa que se fizer um lançamento de prevenção, de vacina, se falar numa Igreja aqui em Juazeiro do Norte, tem uma repercussão imensa, imensa [...] Qualquer outro programa que chegasse na Igreja, além de ter esse espaço para divulgar, tinha a aceitação porque partia da Igreja. O que partia da Igreja, e que parte ainda hoje em Juazeiro, o que vem da Igreja, assim, tem uma força muito grande de convencimento, de formar opinião na nossa população” (Coordenador J1).

Em 2006, o município aderiu ao concurso unificado de base estadual para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, convocando 20 cirurgiões-dentistas para

as equipes de saúde bucal. Como o município não havia realizado concurso para o centro de especialidades odontológicas municipal, muitos dos cirurgiões-dentistas que eram especialistas foram remanejados para o centro de especialidades municipal.

Em 2007, o CEO municipal se mudou para o mesmo prédio onde funcionava o Serviço de Assistência Médica (SAME) e se transformou num CEO tipo II com 6 cadeiras odontológicas, ampliando a oferta de serviços odontológicos especializados para a população. Então, o serviço de atenção básica que funcionava dentro do SAME passou a ser responsabilidade da Coordenadora do CEO municipal.

Em 2009, ocorreu a mudança na gestão municipal com a eleição de um prefeito filiado ao Partido dos Trabalhadores. Vale frisar a importância que a área da saúde bucal ocupou no mandato desse prefeito em razão da influência política exercida pela cirurgiã-dentista e Coordenadora do CEO Municipal, irmã do prefeito, que sempre levou as demandas da área para a agenda governamental. Naquele ano, uma das ações da nova gestão foi ampliar as especialidades existentes no CEO municipal que passaram a ofertar endodontia de 3º molar, prótese dentária unitária e ortodontia.

A mudança de gestão municipal e também político-partidária ocorrida entre 2008-2009 acarretou a troca da Coordenação Municipal de Saúde Bucal e a rotatividade dos gestores da área, que não conseguiam se apropriar da política municipal de saúde bucal, gerando uma descontinuidade técnica de algumas ações de saúde bucal desenvolvidas.

Em 2009 foi fundada a primeira Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Município onde funciona até hoje um serviço de urgência odontológica no período noturno e um serviço 24 horas nos finais de semana e nos feriados.

Ainda nesse ano, o governo estadual inaugurou um Centro de Especialidades Odontológicas Regional para atender a população da 21ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). O estabelecimento foi classificado como tipo III com 11 consultórios odontológicos e as seguintes especialidades: endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, ortodontia, prótese dentária, radiologia e estomatologia. Um dos grandes diferenciais foi a especialidade de pacientes com necessidades especiais, visando enfrentar um gargalo do sistema de saúde para o encaminhamento destes pacientes.

Atualmente apesar do município ter aderido às diretrizes nacionais representado pela implantação das equipes de saúde bucal e dos CEO, paralelamente, ainda persiste o modelo da odontologia escolar, representado por cinco escolas que possuem

consultórios odontológicos, onde trabalham cirurgiões-dentistas concursados do Estado e servidores com carga horária de 20 horas semanais.

Além disso, outra característica dos serviços de saúde do período entre 2009-2012 foram as ações itinerantes em saúde bucal, em que um ônibus equipado com consultório odontológico circula pelos bairros da cidade levando atendimentos odontológicos, realizando diagnóstico da situação epidemiológica de saúde bucal e escutando as reclamações da população.

A trajetória da Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte vivenciou dois momentos distintos. O primeiro momento de 2001 a 2004 que foi intitulado de “*momento de estruturação*”, quando concomitantemente ao atendimento odontológico nas escolas houve a implantação das primeiras equipes de saúde bucal e do primeiro Centro de Especialidades Odontológicas. O segundo momento que perdurou de 2005 a 2012, foi intitulado de “momento de crescimento”, em que apesar da rotatividade dos coordenadores de saúde bucal e de algumas limitações das ações de saúde bucal, houve um aumento da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal devido à entrada dos cirurgiões-dentistas concursados, à ampliação do CEO municipal e à implantação do regional.

O Quadro 13 sintetiza alguns momentos da Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte.

Quadro 13: Quadro síntese dos momentos da Política de Saúde Bucal do município de Juazeiro do Norte, 2013.

Momentos da Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte	Atores			Processo Político	Conteúdo da Política
	Prefeito	Secretário de Saúde	Coordenador de Saúde Bucal		
Momento de estruturação (2001-2004)	Carlos Alberto da Cruz Democratas (DEM) (2001-2004)	Pedro Gervásio (2001) Alcides Muniz (2002) Benjamim Bezerra Ribeiro (2002) Adriane Couto Feitosa (2003-2004)	Manoel Lacerda (2000-2004)	- Sem nenhum destaque para as articulações políticas municipais. - Destaque para o espaço ocupado pelos serviços odontológicos escolares e programas odontológicos direcionados a grupos específicos.	- 2000: FAE e Projeto Semear para crianças e gestantes - Odontologia Escolar - Implantação das primeiras ESB e atendimento a demanda espontânea no serviço de atendimento médico (SAME). - 2004: 1º CEO Municipal e remanejamento dos cirurgiões-dentistas da atenção básica para este CEO - 2004: SB Ceará - 2004: Curso de Capacitação em Saúde Bucal para agentes comunitários de saúde.
Momento de crescimento (2005-2012)	Raimundo Macêdo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) (2005-2008) Manoel Raimundo de Santana Neto Partido dos Trabalhadores (PT) (2009-2012)	Francisco Holanda (2008) Giovani Sampaio (2009) Luciana Sobreira de Matos (2010) Francisca Adilfa de Oliveira Garcia (2012) Shirley Kaliny Correia de Matos (2012)	Venício dos Santos Cordeiro (2005-2008) Juliana Brasil (2009-2011) Silene Rattz (2012)	- Momento de maior adesão às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal com ampliação das equipes de saúde bucal e do CEO municipal. - Importante articulação política da Coordenadora do CEO municipal com o Prefeito do município, colocando a área da saúde bucal na agenda municipal. - Indução Política do Governo Estadual através da implantação do CEO Regional. - Os dois últimos governos municipais eram de partidos políticos rivais, por isso muitos projetos da saúde bucal do período anterior não tiveram continuidade.	- 2006: Adesão ao concurso público para CD da Estratégia Saúde da Família - 2007: ampliação do CEO municipal para tipo III e também das especialidades - 2009: Inauguração do CEO Regional - 2009: UPA com atendimento às urgências odontológicas 2009-2012: ações itinerantes em saúde bucal. - rotatividade dos Coordenadores de Saúde Bucal com impacto em algumas ações de saúde bucal - Persistência do modelo de odontologia escolar.

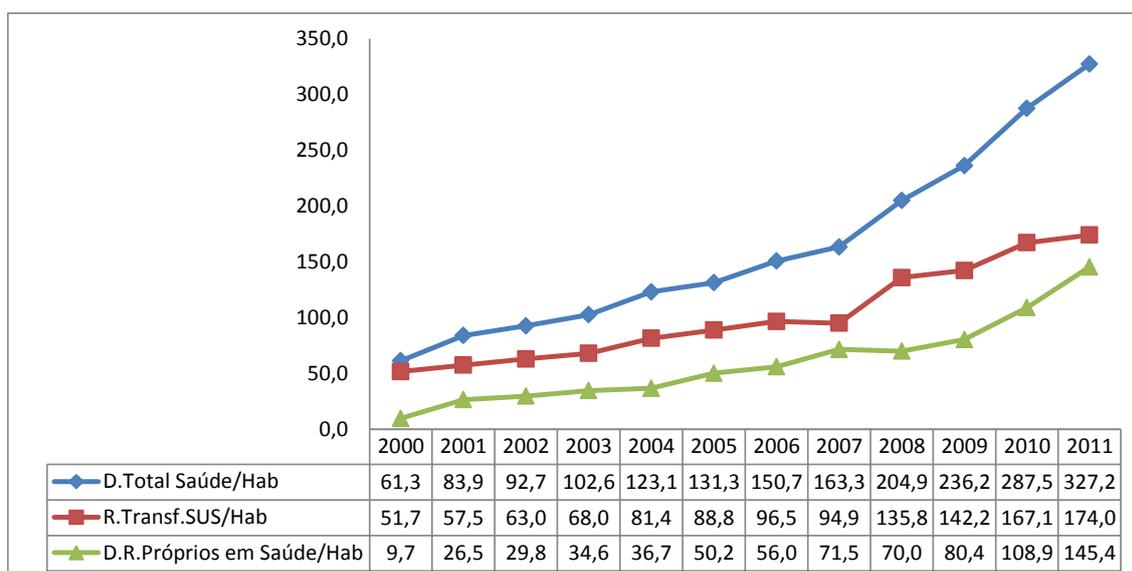
Fonte: Elaboração da autora.

Panorama de Implantação da Política de Saúde Bucal de Juazeiro do Norte: financiamento, oferta e produção de serviços.

Este tópico traz informações sobre os dados de financiamento, oferta e produção de serviços da atenção à saúde do município, com destaque para a área da saúde bucal.

Em relação ao financiamento da saúde no município, observa-se que a despesa total com saúde por habitante, advinda da receita de todas as fontes, vem aumentando com o passar dos anos no município, principalmente a partir de 2007, quando a curva mostra uma maior inclinação ascendente. Esse aumento se deve tanto ao maior gasto com saúde por habitante com recursos próprios do município – que passou de R\$9,7 para R\$145,4 por habitante entre 2000 e 2011- como à expansão das transferências intergovernamentais federais (Figura 47).

Figura 47: Evolução da Despesa Total com Saúde, Receita de Transferência para o SUS e Despesa de Recursos Próprios em Saúde. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2012.

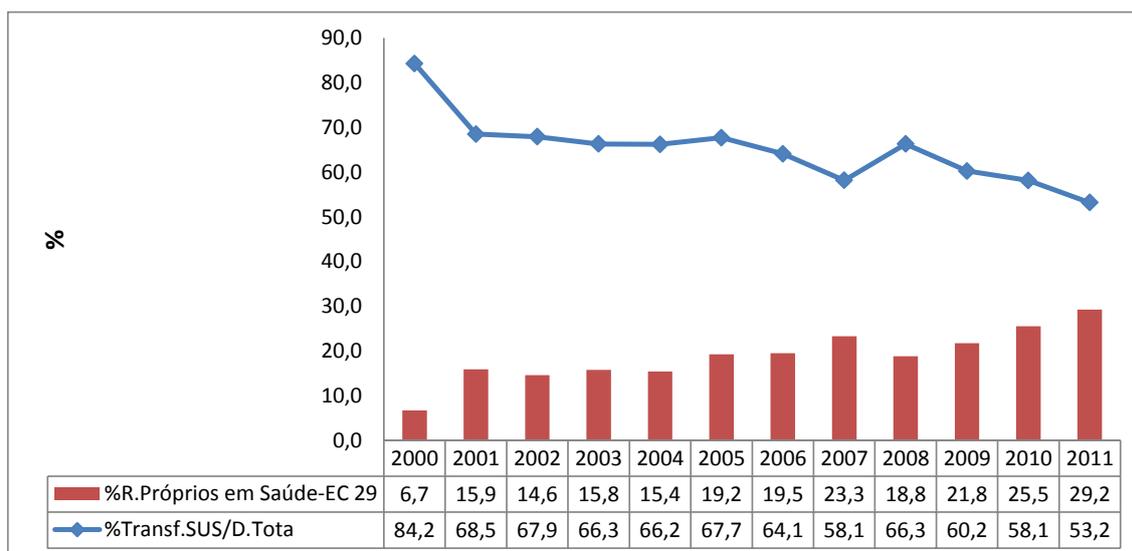


Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>; acesso em: 10/03/2013.

Apesar do aumento do montante das transferências federais, observa-se que de 2000 a 2011, a proporção dos gastos com saúde no município financiados com esse recurso diminuíram de 84,2% para 53,2%. Gradativamente, houve um aumento da participação dos recursos próprios do município no gasto em saúde de 6,7% para

29,2%. A partir de 2001, o município cumpriu a determinação da Emenda Constitucional nº 29/2000 relativa à destinação de 15% das receitas pertinentes para a saúde (Figura 48).

Figura 48: Evolução do percentual das transferências federais em relação à despesa total do município com saúde e do percentual da receita própria aplicada em saúde, conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>; acesso em: 10/03/2013.

No que concerne ao financiamento da atenção básica, pode ser observado um aumento de recursos correspondentes tanto ao componente do PAB fixo quanto do PAB variável (Tabela 5).

Tabela 5: Evolução das transferências federais relativas à atenção básica e participação do incentivo da saúde bucal no financiamento da atenção básica. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a 2012.

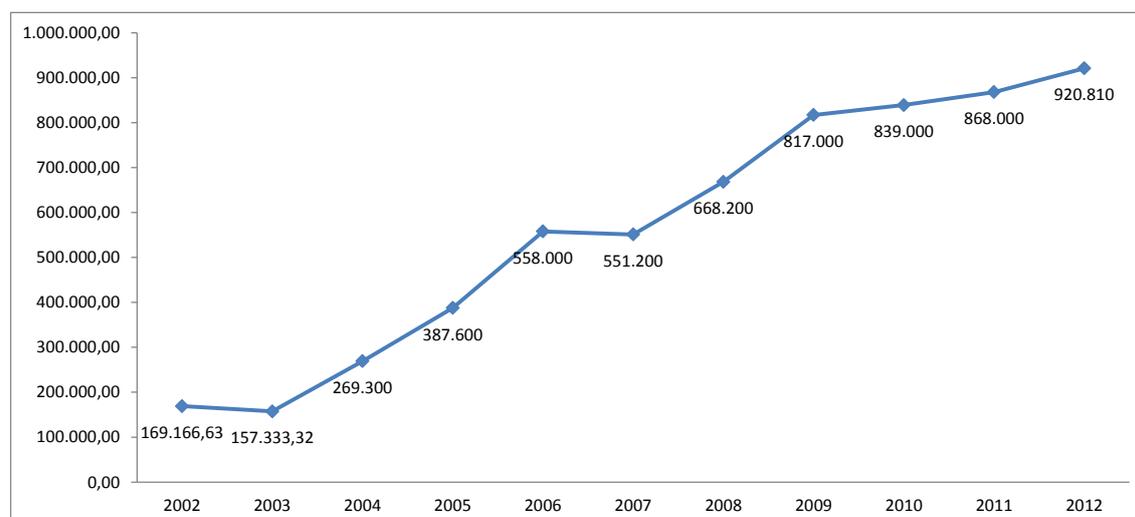
Ano	Atenção Básica	PAB fixo	PAB variável	Saúde Bucal	% SB/AB	% SB/PAB variável
2002	4.690.617	2.165.604	2.525.013	169.166,63	3,6%	6,7%
2003	5.998.530	2.413.509	3.585.021,32	157.333,32	2,6%	4,4%
2004	6.690.555	2.747.775	3.942.780	269.300	4,0%	6,8%
2005	7.513.602	2.912.181,96	4.601.420	387.600	5,2%	8,4%
2006	7.980.740	3.228.844	4.751.895	558.000	7,0%	11,7%
2007	9.691.401	3.582.432	6.108.968	551.200	5,7%	9,0%
2008	12.884.149	3.718.161,59	9.165.987	668.200	5,2%	7,3%
2009	15.353.964	4.314.012	11.039.952	817.000	5,3%	7,4%
2010	16.392.103	4.467.096	11.925.007	839.000	5,1%	7,0%
2011	17.926.768	5.043.479	12.883.288	868.000	4,8%	6,7%
2012	20.849.523	5.216.191	15.633.332	920.810	4,4%	5,9%

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

Nota: Siglas: PAB – Piso de Atenção Básica; AB – Atenção Básica; SB – Saúde Bucal. Os recursos de financiamento da saúde bucal constantes na tabela correspondem ao incentivo às equipes de saúde bucal na atenção básica.

No que se refere ao financiamento para a saúde bucal na atenção básica, pode-se observar um aumento progressivo no período, que correspondeu a um incremento de mais de cinco vezes entre 2002 a 2012 (Figura 49).

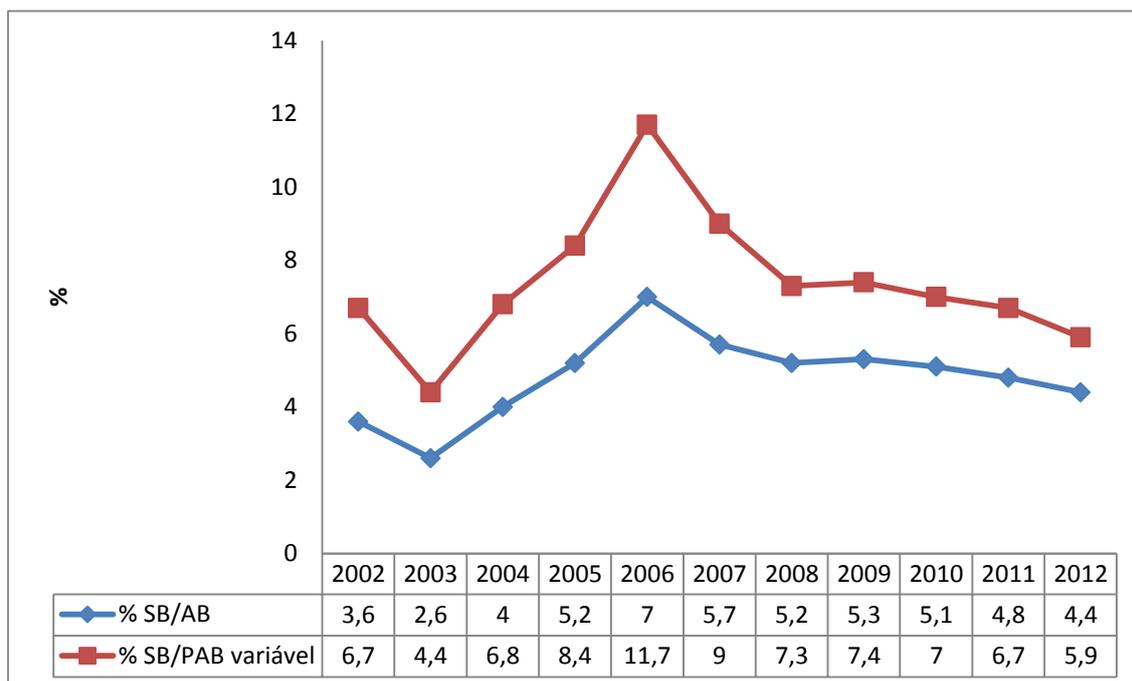
Figura 49: Evolução das transferências federais da Saúde Bucal na Atenção Básica. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

O recurso destinado à saúde bucal variou de 2,6% a 7% do total de recursos da atenção básica, ou seja, representa uma pequena parcela do total da atenção básica. A participação da saúde bucal na atenção básica sofreu ainda oscilações, com momentos de crescimento (de 2003 a 2006) e de declínio (de 2006 a 2012). No período, essa variação pode ser explicada por um aumento maior dos recursos para o conjunto da atenção básica do que para a saúde bucal, fazendo com que esse percentual se reduzisse. A participação da saúde bucal no total de recursos do piso de atenção básica variável também apresentou oscilações, variando entre 4,4% a 11,7%. Vale ressaltar que em 2006, ano em que a saúde bucal mais se destaca no financiamento da atenção básica, houve a ampliação das equipes de saúde bucal com a entrada dos cirurgiões-dentistas concursados no município (Figura 50).

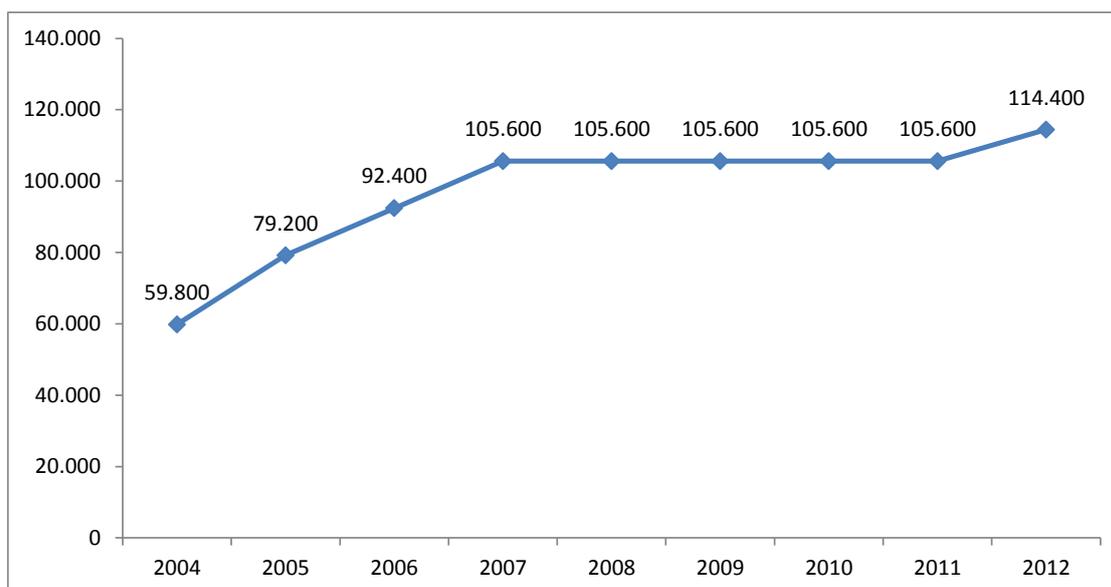
Figura 50: Evolução do percentual de recursos da Saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica e em relação ao PAB variável de 2002 a 2012 em Juazeiro do Norte.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

No que diz respeito ao financiamento dos serviços especializados no município, houve um aumento de 91,3% dos recursos no período de 2004 a 2012 (Figura 51).

Figura 51: Evolução do percentual de recursos fundo a fundo transferidos para o Centro de Especialidades Odontológicas de Juazeiro do Norte, de 2004 a 2012.

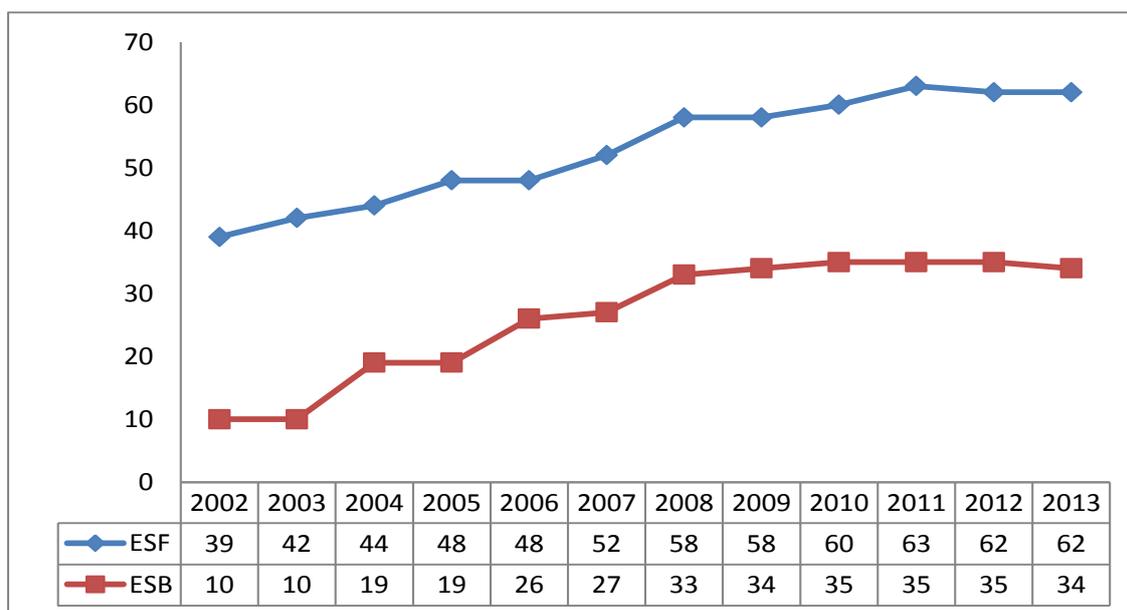


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>; acesso em: 15/07/2013.

Esta expansão dos recursos financeiros para a área da saúde bucal também implicou em uma ampliação da oferta de serviços públicos básicos e especializados na saúde bucal.

No que diz respeito ao número de equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal no período de 2002 a 2011, observa-se que o número destas equipes em geral aumentou, com uma ligeira redução nos últimos anos. Em nenhum ano a quantidade dessas equipes foi equiparada; em média, existem duas equipes de saúde da família para cada equipe de saúde bucal (Figura 52).

Figura 52: Evolução do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a maio de 2013.



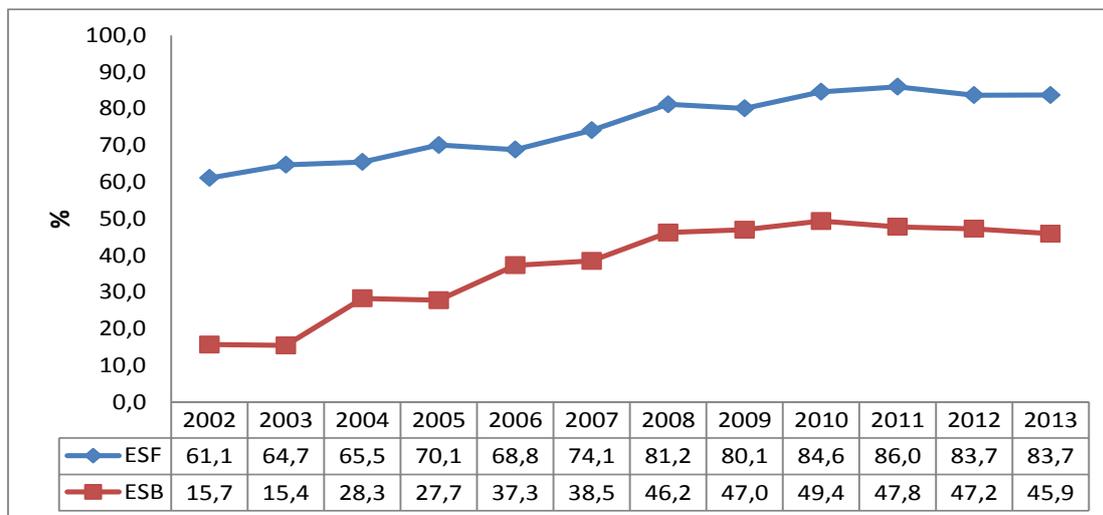
Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

Em consequência, a abrangência populacional estimada das equipes de saúde da família e de saúde bucal, aumentou no período, sem no entanto atingir 100% da população. A abrangência das equipes saúde da família chegou a 86% da população em 2011, enquanto a abrangência das equipes de saúde bucal alcançou a meta nacional de 40%⁴⁰ em 2008 e atingiu 49,4% da população em 2010 (Figura 53). Em alguns anos houve uma ligeira redução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal, porém não houve diminuição do número absoluto de equipes, estando esse efeito relacionado ao crescimento populacional, com estagnação do número de equipes.

Vale mencionar que desde 2001 o município disponibiliza um serviço odontológico localizado no Serviço de Assistência Médica (SAME) para atender os pacientes provenientes de áreas sem equipes de saúde bucal.

⁴⁰ Portaria nº 2.669/2009 e nº 3.840/2010.

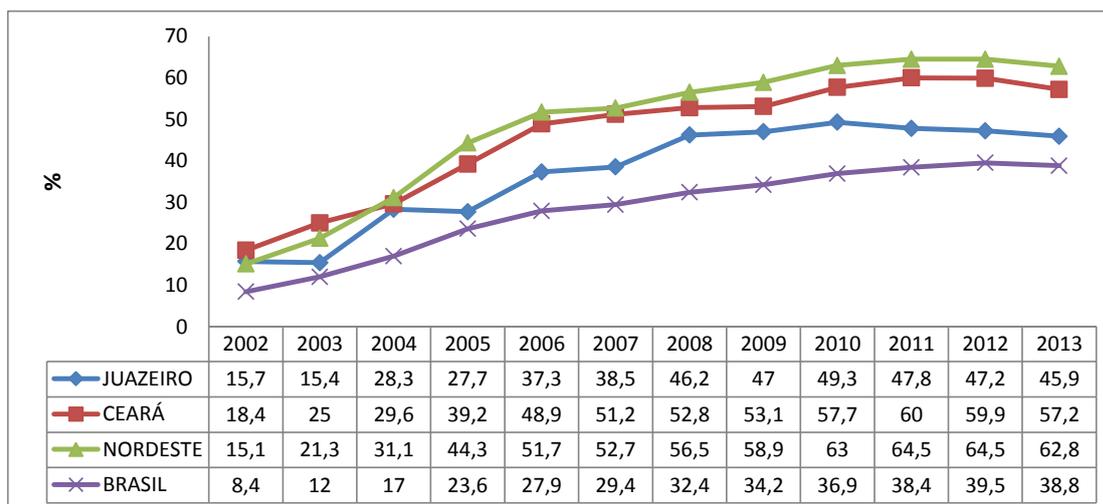
Figura 53: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Juazeiro do Norte, 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

Comparando a evolução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal no município a do estado do Ceará, da região Nordeste e do Brasil, pode-se observar que Juazeiro do Norte superou a porcentagem da abrangência nacional, porém ficou abaixo do percentual estadual e regional no período de 2002 a maio de 2013 (Figura 54).

Figura 54: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde bucal em Juazeiro do Norte, Ceará, Nordeste e Brasil de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

No que diz respeito à atenção especializada, há registro de procedimentos especializados nos sistema de informações desde o ano de 1998, antes mesmo da construção dos centros de especialidades odontológicas no município.

O CEO municipal, fundado em 2004 (Figura 55), funciona com 18 cirurgiões-dentistas e tem abrangência municipal, ou seja, só atende pacientes provenientes do próprio município e que são encaminhados pelos cirurgiões-dentistas da atenção básica.

Logo após a fundação desse estabelecimento, uma das dificuldades enfrentadas foi a grande demanda por serviços especializados. O serviço especializado que apresenta a maior procura são os tratamentos endodônticos, que ainda hoje são um grande gargalo do sistema municipal de saúde bucal.

O CEO de Juazeiro do Norte enfrenta muitas dificuldades quanto à falta de infraestrutura adequada para a instalação dos consultórios odontológicos e também pelo desabastecimento de insumos e materiais odontológicos. Outro impasse enfrentado é o baixo salário dos cirurgiões-dentistas especialistas. Quanto às próteses dentárias, não possui laboratório regional de prótese e terceiriza os serviços para um laboratório privado.

Figura 55: Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Municipal de Juazeiro do Norte.



Fonte: Foto feita pela autora.

O CEO Regional (Figura 56) tem 15 cirurgiões-dentistas, é classificado como tipo III, possui 11 cadeiras odontológicas e oferta as mesmas especialidades do

municipal, acrescida de atendimento a pacientes com necessidades especiais e radiografias panorâmicas e cefalométricas. O paciente é encaminhado da unidade de atenção básica para esse CEO através de um Sistema de Regulação (SIS-REG).

Esse estabelecimento é administrado por um Consórcio Público que se constitui numa modalidade de administração pública indireta. Os cinco municípios que fazem parte do consórcio são: Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha, Granjeiro e Jardim. O município de Caririçu não aderiu ao consórcio, pois pretende abrir o seu próprio CEO.

Figura 56: Centro de Especialidades Odontológicas Ticiano Van Den Brule Matos – CEO Regional de Juazeiro do Norte.



Fonte: Foto feita pela autora.

O Quadro 14 apresenta as principais características dos dois CEO existentes no município.

Quadro 14: Caracterização dos CEO do município de Juazeiro do Norte, 2013.

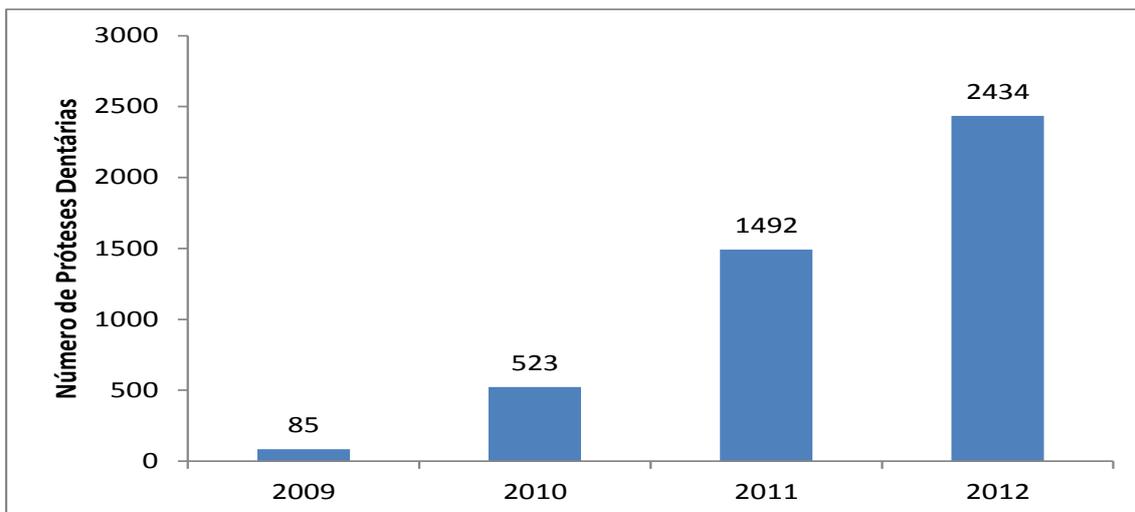
Nome do CEO	Inauguração	Abrangência/ população	Gestão	Tipo de CEO	Especialidades	Laboratório de Prótese
CEO Municipal	Agosto 2004	Juazeiro do Norte População: 255.648 habitantes (IBGE, 2012)	Municipal	Tipo II (com 6 cadeiras odontológicas)	Endodontia Periodontia Cirurgia Oral Menor Prótese Dentária Odontopediatria Ortodontia Dentística Urgência Atende pacientes da área descoberta da Atenção Básica	Não tem LRPD Terceiriza Confecciona só um tipo de prótese (PPF/coroa unitária)
CEO Regional Ticiano Van	21/12/2009	21° CRES: Juazeiro do Norte, Barbalha, Jardim, Granjeiro, Missão Velha População total: 374.502 habitantes Obs: Caririçu não quis participar no ano de 2012 do consórcio do CEO-R, pois ia montar seu CEO municipal	Estadual	Tipo III (11 cadeiras odontológicas)	Endodontia Periodontia Ortodontia Prótese Dentária Cirurgia Oral Menor Estomatologia Pacientes Especiais Radiologia (panorâmicas, cefalométricas e periapicais)	Terceirizado Confecciona as 3 próteses (PT, PPR e PPF) Obs: Tem LRPD cadastrado no CNES, porém devido a Lei de Responsabilidade Fiscal do município, não pôde contratar protético porque ultrapassaria o limite permitido pelo teto financeiro para pagamento de profissional, por isso, terceiriza o serviço.

Fonte: Observação própria a partir de dados primários obtidos na pesquisa de campo.

Nota: Sigla – LRPD (laboratório regional de prótese dentária).

Uma lacuna ainda existente no município é a grande demanda por próteses dentárias. Devido ao orçamento do município com o pagamento de pessoal já ter ultrapassado a Lei de Responsabilidade Fiscal, o laboratório de prótese dentária é terceirizado e a rotatividade de laboratórios licitados é um grande gargalo, pois compromete a qualidade do serviço prestado. Apesar disso, o número de próteses dentárias no município cresceu de 2009 a 2012 (Figura 57).

Figura 57: Evolução do número de próteses dentárias produzidas no município de Juazeiro do Norte de 2009 a 2012.

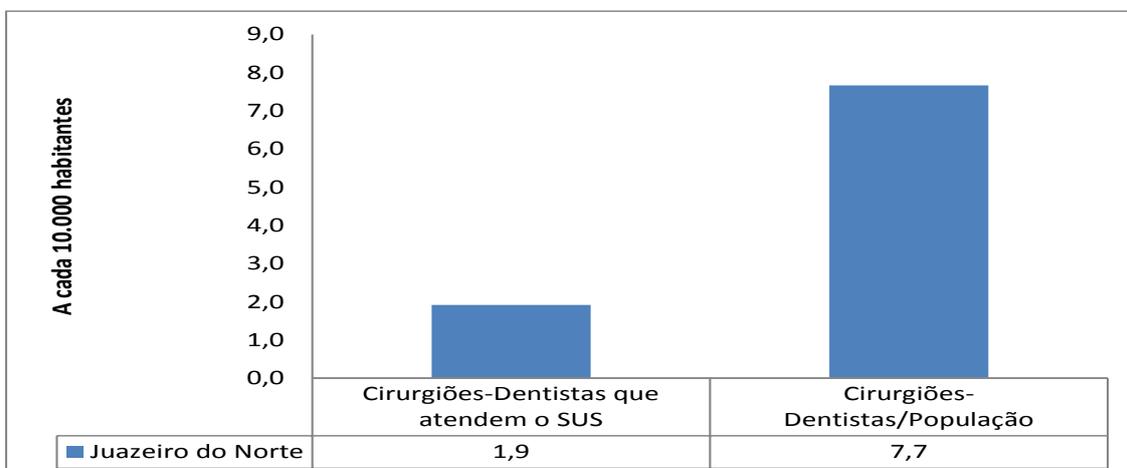


Fonte: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qace.def>, acesso em: 24/05/2013.

Nota: Foram considerados os seguintes procedimentos de prótese dentária: total mandibular e maxilar, as removíveis mandibular e maxilar e as próteses coronárias/intrarradiculares fixas e adesivas por elemento dentário.

A disponibilidade de cirurgiões-dentistas que atendem no serviço público no município ainda é muito pequena, representando apenas 1,9 cirurgiões-dentistas a cada 10.000 habitantes, enquanto a taxa total de cirurgiões-dentistas existentes no município é de 7,7 por 10.000 habitantes, ou seja, uma grande parte destes profissionais, provavelmente, está atendendo no setor privado (Figura 58).

Figura 58: Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e taxa total de cirurgiões-dentistas por 10.000. Município de Juazeiro do Norte, maio de 2013.

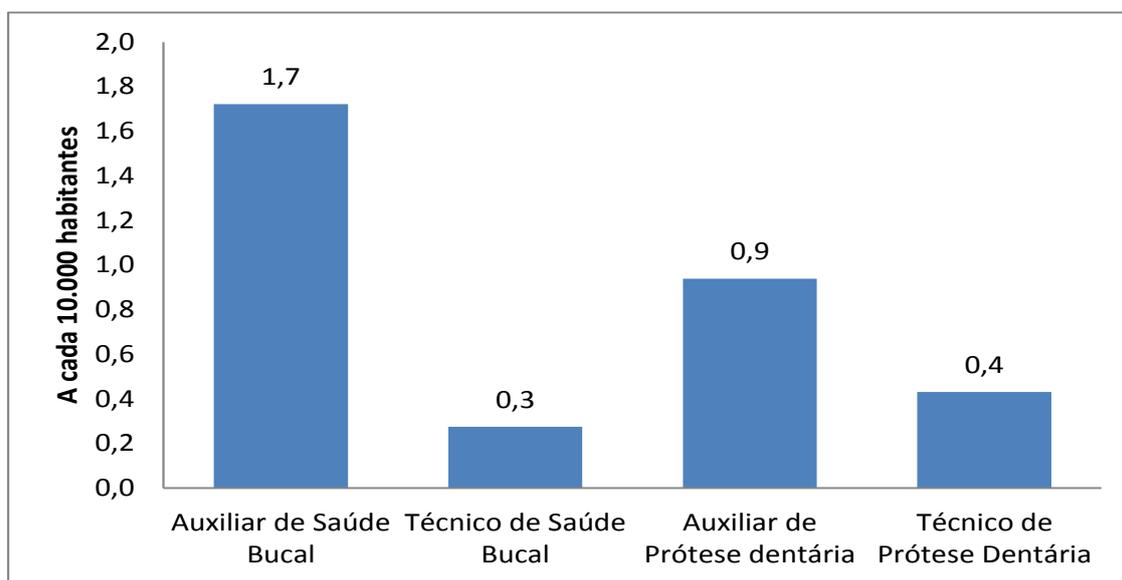


Fonte: O número de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS foi retirado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (acesso em: 04/05/2013) e o total de Cirurgiões-Dentistas de Fortaleza foi retirado do Conselho Federal de Odontologia (acesso em: 04/05/2013).

No que se refere às profissões auxiliares na odontologia, observa-se que a taxa de auxiliares de saúde bucal por 10.000 habitantes é de 1,7, ou seja, bem abaixo da taxa de cirurgiões-dentistas que atendem no serviço público. Além disso, a taxa representa o total de auxiliares de saúde bucal do município, no setor público e privado (Figura 59).

Quanto à taxa de técnico de saúde bucal, auxiliar e técnico de prótese dentária no município, observou-se que ainda são bem baixas, sugerindo carência desses profissionais no município (Figura 59).

Figura 59: Taxa de Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Prótese Dentária e Técnico de Prótese Dentária por 10.000 habitantes. Município de Juazeiro do Norte, maio de 2013.



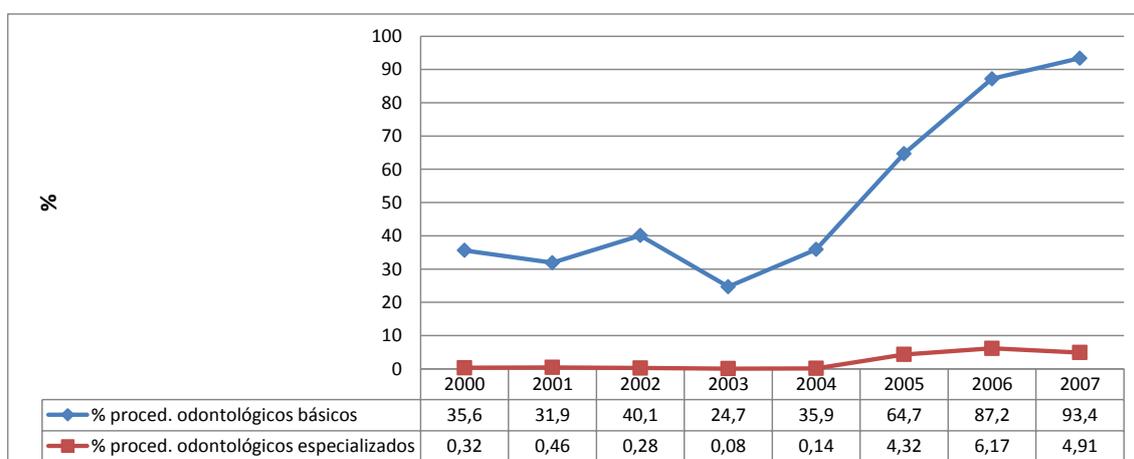
Fonte: O número de profissionais de cada categoria foram retirados do Conselho Federal de Odontologia (acesso em: 04/05/2013, disponível em: www.cfo.org.br). População total: disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em: 04/05/2013.

Em relação à oferta de serviços públicos odontológicos no município, os entrevistados relataram que, antes dos anos 2000, já havia a presença de consultórios odontológicos nas escolas e oferta de alguns procedimentos odontológicos básicos pelos serviços de saúde. Após o início da implantação das primeiras equipes de saúde bucal, pôde-se observar um aumento da produção de ações odontológicas básicas. A Figura 60 mostra tal aumento entre 2001 e 2002; em seguida, há um período de queda na produção registrada, só havendo uma recuperação com aumento expressivo a partir de 2004. Nesse período não houve redução do número de equipes de saúde bucal nem da abrangência populacional estimada. É importante frisar que em 2006, os cirurgiões-

dentistas concursados começaram a trabalhar nas equipes de saúde bucal e a proporção de procedimentos básicos atingiu 87,2 a cada 100 habitantes (Figura 60).

Quanto aos procedimentos especializados, a situação só melhorou a partir de 2004 quando foi inaugurado o 1º CEO municipal. Entre 2004 e 2005, a produção de procedimentos especializados subiu de 0,14 para 4,32 procedimentos por 100 habitantes. Vale lembrar que estes dados podem não ser totalmente confiáveis, devido a subnotificações dos procedimentos e limitações nos sistemas de informação (Figura 60).

Figura 60: Evolução da produção de procedimentos odontológicos básicos e especializados por 100 habitantes. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2007.



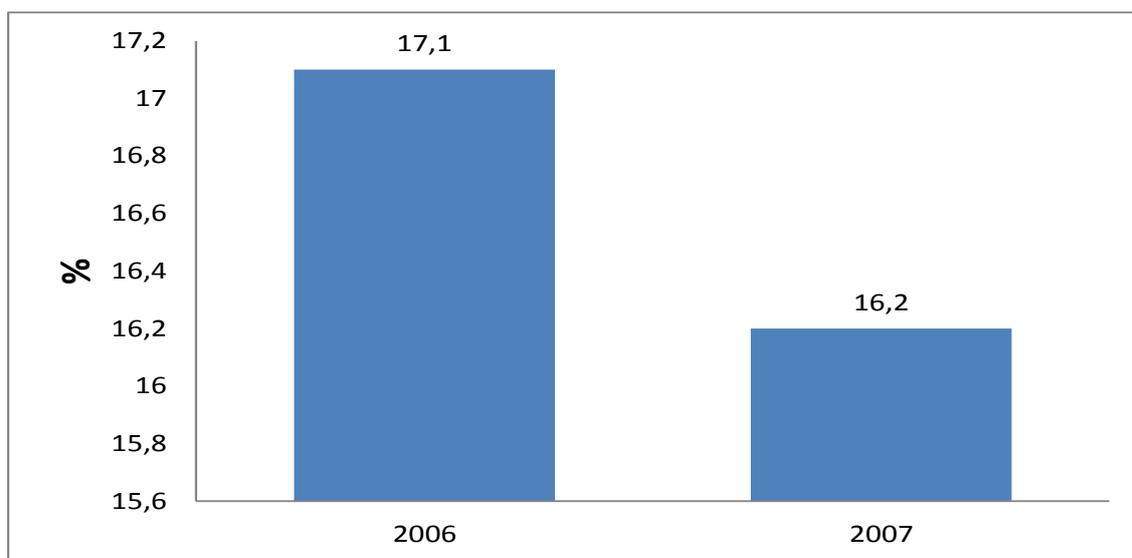
Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

Quanto ao indicador de cobertura de primeira consulta odontológica programática, nos anos de 2006 e 2007 o município não alcançou a meta nacional de 30%⁴¹. Vale ressaltar que de um ano para outro houve uma ligeira redução do indicador (Figura 61).

Segundo a Coordenadora J3, os indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde não ajudam a mensurar, com precisão, a situação de saúde bucal da população, visto que o próprio cálculo do indicador apresenta disparidades de entendimento entre os gestores, podendo acarretar uma supervalorização ou subvalorização de procedimentos odontológicos entre os municípios.

⁴¹ Portaria nº 91 de 10 de janeiro de 2007 que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde a serem pactuados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

Figura 61: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Juazeiro do Norte nos anos de 2006 e 2007.

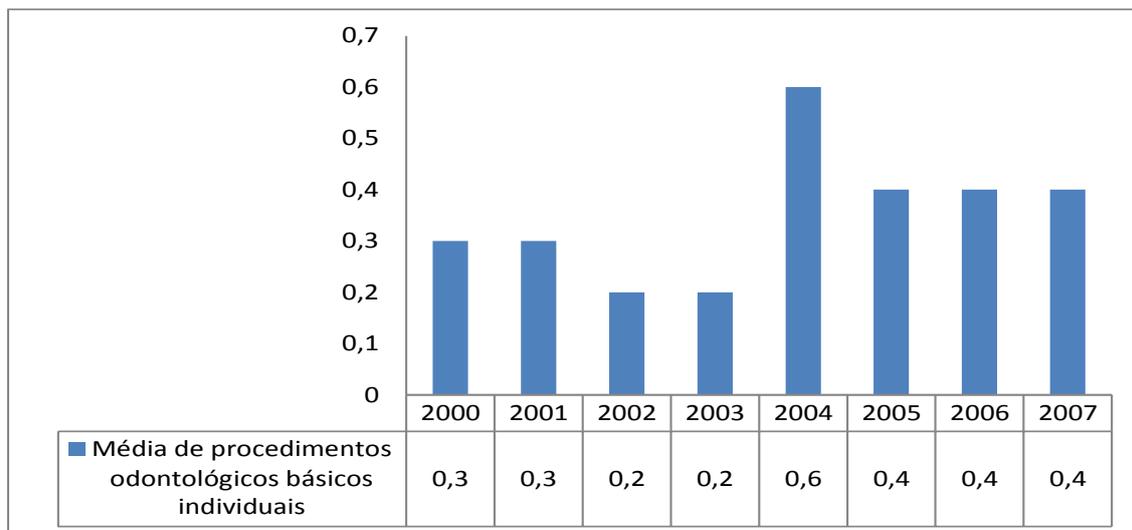


Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

Analisando a média de procedimentos odontológicos básicos individuais, que segundo as normas federais deve ser de no mínimo 0,4 e no máximo 1,6 por habitantes⁴², pôde-se observar que nos anos de 2000 a 2003, esse valor foi abaixo do mínimo preconizado, enquanto nos anos de 2004 a 2007 este valor ficou dentro do parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde. Pode-se sugerir que o município aumentou a oferta de procedimentos odontológicos de atenção básica com o passar dos anos, o que é coerente com o aumento dos incentivos financeiros para a saúde bucal e com o aumento da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal que realizam este tipo de procedimento (Figura 62).

⁴² Portaria nº 1101/2002.

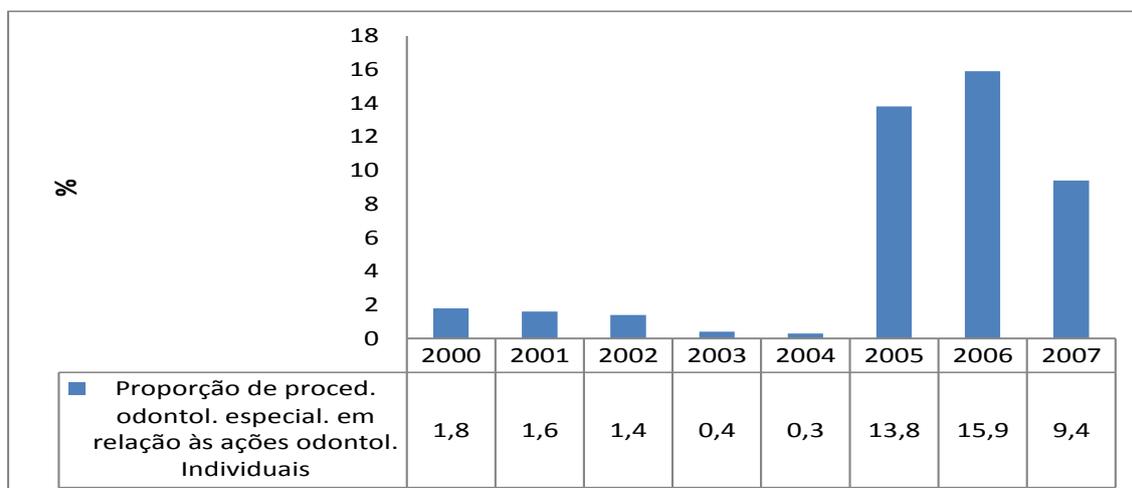
Figura 62: Evolução da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais por habitantes. Município de Juazeiro do Norte, de 2000 a 2007.



Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

No que se refere à proporção das ações odontológicas especializadas, pôde-se notar que houve um maior crescimento a partir de 2005, com estes procedimentos correspondendo a 13,8% dos procedimentos odontológicos individuais, o que coincide com o período de implantação do 1º CEO em 2004 que ofertou à população mais acesso ao tratamento dentário especializado (Figura 63).

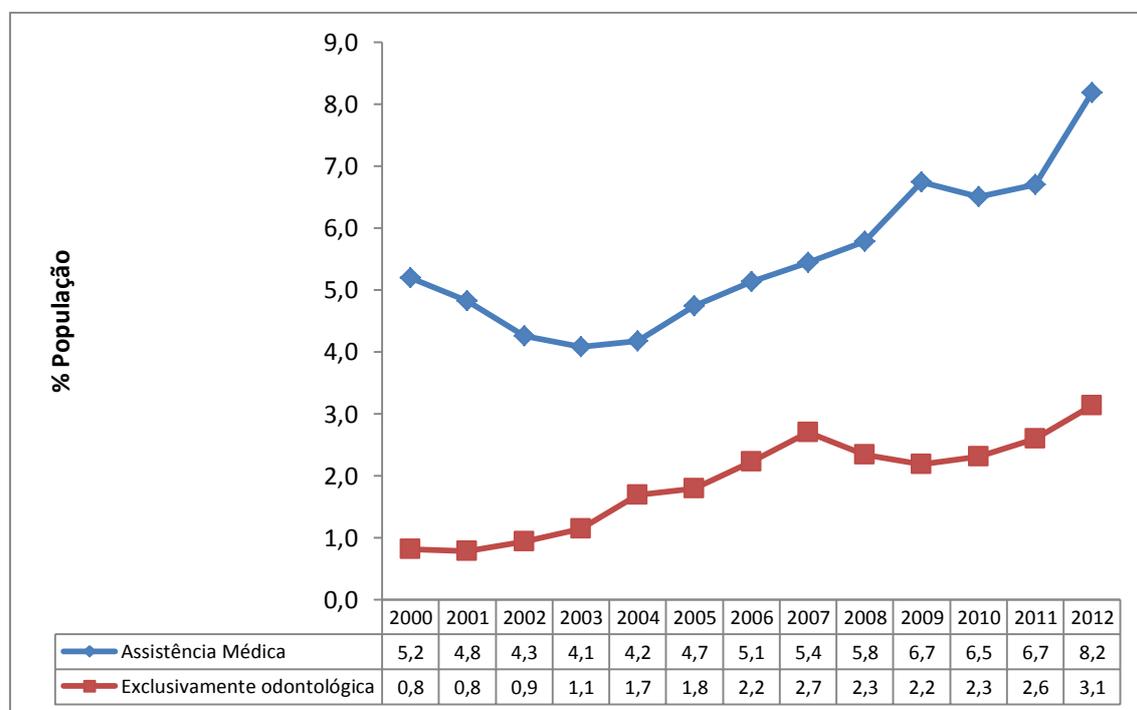
Figura 63: Evolução da Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2007.



Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

Por fim, um último dado a ser considerado diz respeito à evolução dos planos de privados de saúde no município de Juazeiro do Norte, com destaque para a atenção odontológica. De 2000 a 2012 houve um crescimento do percentual de beneficiários de planos privados de assistência médica com e sem odontologia, atingindo 8,2% da população. No mesmo período, a percentagem de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos também aumentou alcançando 3,1% da população. Há que se considerar que existe uma grande parte da população que usa os serviços odontológicos privados mediante desembolso direto (Figura 64).

Figura 64: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica. Município de Juazeiro do Norte, 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF
Acesso em julho/2013.

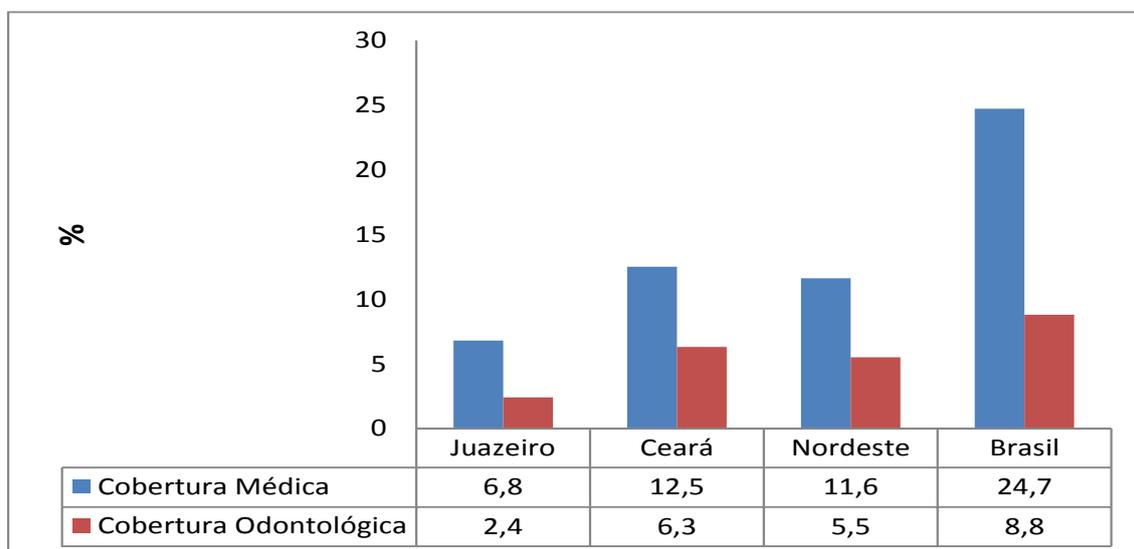
No que se refere à rede de planos e seguros de saúde privados em dezembro de 2011, 6,8% da população tinha plano com cobertura médica e 2,4% tinha plano com cobertura exclusivamente odontológica o que representa uma estimativa de cobertura populacional menor do que a estimativa estadual, regional e nacional (figura 65).

No que concerne à articulação da rede pública com os serviços privados, no período de 2000 a 2004, o município manteve convênio com laboratórios para a

realização de exames. Atualmente, o município mantém convênio com clínicas radiológicas para a tomada de radiografias panorâmicas, laboratórios de prótese dentária e os serviços de manutenção preventiva e corretiva dos consultórios odontológicos. As cirurgias Buco-Maxilo-Faciais são realizadas no Hospital São Vicente em Barbalha, um hospital privado, onde o município paga por procedimentos realizados.

Recentemente, teve início no município um programa de saúde bucal ligado à uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPI) denominado de Dentista do Bem. Hoje, essa iniciativa tem cadastrado 60 escolares de 11 a 17 anos que fazem tratamento odontológico em clínicas privadas.

Figura 65: Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência odontológica. Município de Juazeiro do Norte, Estado do Ceará, Região Nordeste e Brasil, dezembro de 2011.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF Acesso em 15/05/2013.

6.4. A Política de Saúde Bucal de Fortaleza.

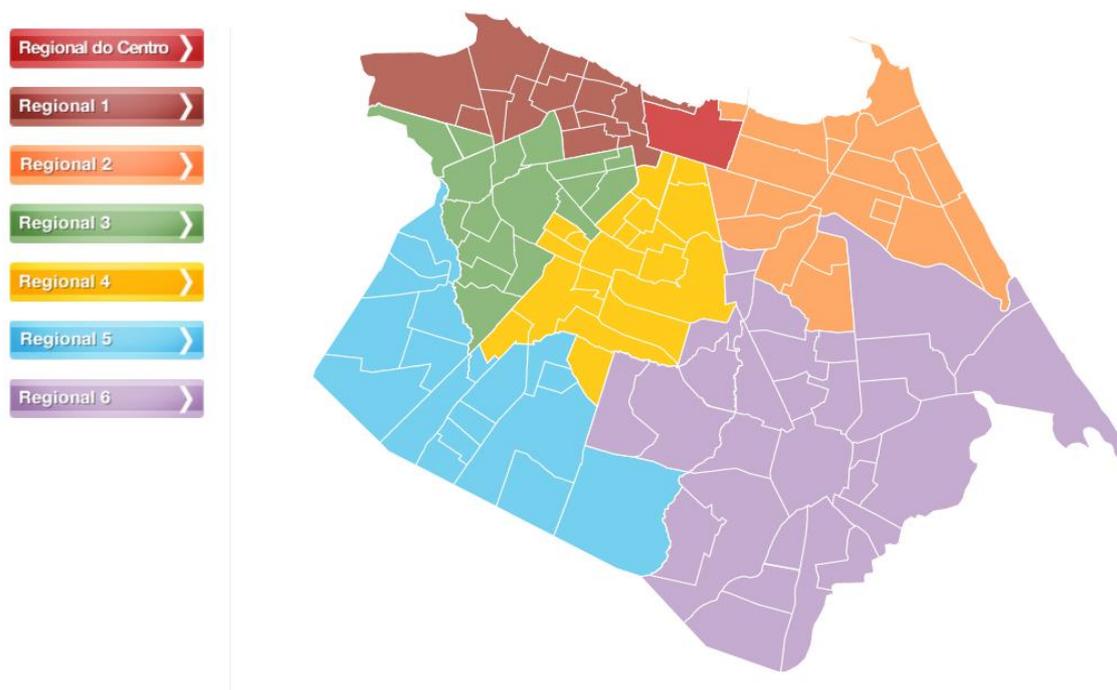
O Sistema de Saúde Municipal.

Desde 1997, o município de Fortaleza é dividido em sete Secretarias Executivas Regionais (SER), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Cada uma destas SER possui um Secretário e é subdividido em Distrito de Saúde, de Educação, de Meio Ambiente, de Finanças, de Assistência Social e de Infra-

Estrutura. Portanto, a Política Municipal de Saúde é executada no âmbito regional pelos Distritos de Saúde de cada uma das SER, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (Fortaleza, 2007). O Distrito de Saúde é gerenciado pelo Chefe de Distrito e é constituído pelas células de Atenção Básica, de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária (Fortaleza, 2010b).

A figura 66 apresenta a divisão das sete Secretarias Executivas Regionais.

Figura 66: Município de Fortaleza segundo a divisão em Secretarias Executivas Regionais.



Fonte: Sítio da Prefeitura Municipal de saúde, disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>, acesso em: 28/05/2013.

Cada uma das SER possui características e particularidades que variam de acordo com os condicionantes locais. Além dessa divisão administrativa, o município de Fortaleza também é dividido em 2.726 microáreas classificadas de acordo com o tipo de risco em 1, 2, 3 e 4 (Fortaleza, 2006; Fortaleza, 2007)⁴³.

⁴³ Definição de áreas de risco segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza:

Risco 1 - Quadras já catalogadas pela defesa civil sob nome popular de áreas de risco. Ficam em locais de pouca possibilidade de ocupação: leitos de rios, áreas que sofrem lagamentos e enchentes, deslizamento de terra, soterramento por dunas, enfim, estão ligadas a riscos ambientais.

Risco 2 - Quadras próximas ao Risco 1, famílias de comunidades nitidamente pobres, favelas com problemas de saneamento, ocupações desordenadas (invasões), conjuntos habitacionais para classe baixa (vulgo mutirões), áreas pobres com problemas graves de violência urbana.

Nesse sentido, a SER I está localizada na zona oeste do município, abrange 15 bairros e tem grande parte da população vivendo em piores situações sanitárias: 21,6% da população reside em área de risco 1 e as áreas de risco 1 e 2 totalizam 72% do território correspondente a essa regional (Fortaleza, 2010b).

A SER II também se situa na zona oeste de Fortaleza, abrange 20 bairros e se caracteriza por ser uma regional bastante heterogênea com relação às características sociais, econômicas e demográficas, visto que os bairros mais nobres do município pertencem a essa regional. Também neste território estão presentes os maiores shoppings, centros comerciais, hotéis de luxo, praias, ou seja, a maior parte da rede turística do município. Apesar da grande extensão territorial dessa regional corresponder à área nobre, também existe um cinturão de pobreza composto por bairros com áreas de risco de maior vulnerabilidade ambiental e de infraestrutura, com 56% das microáreas sendo classificadas como risco 1 e 2 e 44% das microáreas de risco 3 e 4 (Fortaleza, 2010b).

A SER III, também localizada na zona oeste, é composta por 17 bairros, em que 5 apresentam IDH baixo e concentram uma grande parte da população, 46,1% desta regional. Outro fato importante é que 74% da população desta regional está inserida no critério de classificação 1 e 2 de área de risco, o que representa uma grande concentração de fatores relevantes para o agravamento da situação de saúde da população (Fortaleza, 2010b).

A SER IV, pertencente à zona oeste do município, abrange 19 bairros, comporta 12% da população do município e é a única regional que se limita com todas as outras. Quanto à classificação das microáreas, 3,1% pertence à área de risco 1, 2% à área de risco 2, 45,5% à área de risco 3 e 31,4% à área de risco 4. Portanto, 68,6% da sua população residem em áreas com piores situações sanitárias e ambientais (Fortaleza, 2010b).

A SER V, localizada na zona oeste, abrange 18 bairros, compreende a regional mais populosa correspondendo a 21,1% da população do município. A população desta regional apresenta baixa renda per capita e 69% das suas áreas de risco correspondem ao risco 1, 2 e 3 (Fortaleza, 2010b).

Risco 3 - Quadras mais distantes do Risco 1, famílias de comunidades nitidamente de classe média, áreas com saneamento e situação sócio-econômicas regular. As microáreas possuem neste risco 1.000 pessoas.

Risco 4 - Áreas consideradas nobres da cidade, condomínios de luxo e de classe média alta, áreas de mansões conjugadas, fábricas gigantescas, áreas comerciais puras, lagoas e áreas verdes, sem habitantes, quadras sem populações (Fortaleza, 2010).

A SER VI está situada no sudeste do município, abrange 29 bairros e é a maior regional em área geográfica, correspondendo a 40,2% do território municipal, é a segunda regional em abrangência populacional. Essa regional ainda tem áreas territoriais vazias o que permite o crescimento do número de ocupações desordenadas, conjuntos habitacionais, loteamentos, condomínios populares, além de condomínios de classe média em áreas mais nobres o que tem evidenciado um crescimento demográfico nesta regional (Fortaleza, 2010b).

Por fim, a Secretaria Executiva Regional do Centro abrange uma área de 5,65 km², foi criada em 2007 com o objetivo de prestar serviços de execução, gerenciamento e assessoria de políticas públicas, desenvolvimento de estudos socioeconômicos, elaboração de projetos técnicos para os demais órgãos públicos municipais e promover estudos e ações que visem a revitalização do patrimônio histórico (Fortaleza, 2010b).

A divisão do município em áreas de risco ocorreu em 2005, durante um processo de reterritorialização que teve como objetivo delimitar e quantificar as microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde com referência em marcadores de situação de risco. Os marcadores estão relacionados ao processo de produção social, econômica, política, cultural, epidemiológica existente no território; determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença dos seus moradores (Fortaleza, 2006).

Essa demarcação de área de risco também foi importante para discutir as responsabilidades sanitárias de cada equipe e demais trabalhadores do Centro de Saúde da Família e sobre seu território de atuação, compreendendo-o como um espaço social dinâmico e contraditório do processo de adoecimento da população, que requer tanto ações assistenciais como também intervenção no campo das relações sociais (Fortaleza, 2007).

O município, como capital do Estado do Ceará e, portanto, referência para os outros municípios, possui uma ampla rede de atenção à saúde. Desde 1999, é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Norma Operacional Básica de 1996, e em 2006 aderiu às diretrizes do Pacto pela Saúde. Possui uma rede que oferta ações nos três níveis de atenção e integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS constituindo-se referência em nível micro e macrorregional no estado. Seu modelo de gestão e de atenção integral à saúde está organizado segundo arranjos organizacionais de cinco redes assistenciais (RAS) que são: Estratégia Saúde da Família, Ambulatorial Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental (Fortaleza, 2007).

Além disso, a política de saúde municipal também é composta por políticas e estratégias da ética do cuidado e humanização, da participação social e gestão compartilhada, da Estratégia Saúde da Família, do Sistema Municipal da Saúde Escola e da Gestão do Trabalho, pois tem em vista garantir a organização e a gestão do Modelo de Atenção Integral à Saúde (Fortaleza, 2007).

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará (PDR, 2006), o município pertence à macrorregião de Fortaleza e a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), que é composta por quatro municípios: Fortaleza, Aquiraz, Eusébio e Itaitinga (Figura 67). Esta microrregião de saúde tem uma população total de 2.650.937 habitantes (IBGE, 2012).

Figura 67: 21ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Retirado do sítio da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>, acesso em: 24/05/2013.

A rede de saúde conta com 8.835 unidades inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com relação ao tipo de prestador, a maioria (62,5%) das unidades são privadas, seguidas de 36,7% públicas (35,3% de vinculação municipal, 1,4% estadual e 0,1% federal), 0,7% filantrópicas e apenas 0,2% estão vinculadas a sindicatos (Tabela 6).

Tabela 6: Quantidade de Estabelecimentos segundo tipo de prestador em Fortaleza, 2013.

Tipo de Estabelecimento	N	%
Público Municipal	3.116	35,3
Público Estadual	120	1,4
Público Federal	6	0,1
Privado	5.518	62,5
Filantropico sem fins lucrativos	60	0,7
Sindicato	15	0,2
Total	8.835	100,0

Fonte: CNES/DATASUS, acessado em: 20/02/2013.

Atualmente a rede pública municipal é composta por 104 Unidades Básicas, sendo que 92 funcionam como Centro de Saúde da Família, contando com 237 Equipes de Saúde da Família e 219 Equipes de Saúde Bucal. Além disso, existem 24 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (Datusus, 2013) e 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴⁴.

O município possui 112 prestadores de atendimento especializados da rede pública ou conveniada e 10 hospitais públicos municipais que são: Centro de Assistência a Criança Lúcia de Fátima (Croa); Hospital Nossa Senhora da Conceição; Frotinha de Antônio Bezerra; Frotinha de Parangaba; Frotinha de Messejana; Gonzaguinha da Barra do Ceará; Gonzaguinha do José Walter; Gonzaguinha de Messejana; Instituto José Frota (IJF) e, por fim, inaugurado no final de 2012, o Hospital da Mulher. O único hospital municipal que oferta ações no nível terciário de atenção é o Instituto José Frota⁴⁵.

Além disso, o município possui alguns serviços gerenciados pela Secretaria Estadual de Saúde, a saber: oito hospitais estaduais, nove serviços especiais de acesso aberto e quatro unidades de pronto atendimento (UPAS) 24 horas.

O Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 traçou objetivos, diretrizes e metas para as cinco redes assistenciais. Além disso, também definiu diretrizes para a assistência farmacêutica, as vigilâncias em saúde e para a gestão em saúde. Para a Rede de Atenção Básica/Saúde da Família, as diretrizes lançadas foram: o fortalecimento da

⁴⁴ Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/>; acesso em: janeiro/2013.

⁴⁵ Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/>; acesso em: janeiro/2013.

Estratégia Saúde da Família de modo a garantir que esta estratégia se consolide como ordenadora do cuidado à saúde da população e como eixo principal da estruturação do SUS; promoção da atenção integral à saúde da mulher e gênero, construindo uma rede de atenção ininterrupta de cuidados e implementação da rede de atenção integral à saúde bucal. Dentro desta RAS constam as diretrizes para a Rede de Saúde Bucal do município (Fortaleza, 2010b).

A Trajetória da Política de Saúde Bucal no município.

As origens do serviço público odontológico de Fortaleza estão imbricadas com o surgimento dos serviços estaduais de saúde. Esses serviços públicos surgiram por volta de 1931 e foram direcionados para o atendimento a crianças, com consultórios odontológicos dentro das escolas, e para o atendimento preferencial as gestantes em um Centro de Saúde (Porto, Menezes, 2004).

O restante da população tinha que contribuir com a Previdência Social para ter acesso aos serviços odontológicos ofertados pelas caixas e institutos de aposentadorias e pensões como o Setor Odontológico da Polícia Militar do Ceará (1923) e o Instituto de Previdência do Estado do Ceará (1938).

Em 1965, o antigo Centro de Saúde deu origem ao Centro de Treinamento Odontológico que ofertava serviços públicos para a demanda espontânea (Porto, Menezes, 2004) e, nos anos 90, surgiram mais dois Centros Estaduais de Especialidades Odontológicas, o CEO Joaquim Távora, em 1994 e o CEO Rodolfo Teófilo, em 1999. Nos anos 90 existiam alguns postos de saúde municipais com serviços odontológicos gratuitos e cirurgiões-dentistas trabalhando 20 horas.

Já no início dos anos 2000, durante o Governo do Prefeito Juraci Magalhães, as ações de saúde bucal eram pontuais e com caráter assistencial. Fortaleza era um dos únicos municípios do Estado do Ceará que não tinha equipes de saúde bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família e, por isso, também não recebia nenhum incentivo do Governo Federal para esta área (Fortaleza, 2006; Fortaleza, 2007). Diante deste cenário, alguns entrevistados apontaram que a Política Municipal de Saúde Bucal era incipiente e não tinha preceitos definidos, como exemplificado na fala abaixo:

“Na época realmente a Saúde Bucal do Município, no fim do Governo Juraci era uma coisa superpontual, ela não tinha uma inserção, nada. Nada, nada, nada. Era assim, era... Era muito pontual mesmo não é? (...) E uma das coisas que mais chamaram a atenção na época, do Município de Fortaleza, é que apesar de o Município ser um Município de uma metrópole, não tinha dentista do Saúde da Família. Não é?”
(Coordenadora F3).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou as Diretrizes Nacionais da Política de Saúde Bucal. No mesmo período, o município de Fortaleza vivenciava uma campanha eleitoral bastante disputada em que havia uma ruptura ideológica dentro do Partido dos Trabalhadores (PT) e dos partidos políticos coligados, onde uma parte deste apoiou a candidatura de Luizianne Lins (PT) e, outra parte, inclusive com apoio do PT nacional e do PCdoB (Partido Comunista Brasileiro) lançou a candidatura de Inácio Arruda (PCdoB). O processo culminou com a eleição de Luizianne Lins para a prefeitura municipal no período de 2005 a 2008, como mencionado pelo coordenador F1:

“Bem, a estruturação da Política, ela se confunde com o processo atípico da própria campanha eleitoral para Prefeito. Não é? Então nós tínhamos em 2004, um quadro completamente desfavorável a Prefeita e o PT, e o próprio PT estava dividido na campanha do Inácio e na campanha da Luizianne
(Coordenador F1).”

Com a eleição da prefeita, os caminhos da saúde bucal do município começaram a mudar. Inicialmente, a nova governante indicou para o Cargo de Coordenador de Saúde Bucal do município um cirurgião-dentista que havia militado com ela no movimento estudantil. Devido a essa proximidade política, o coordenador ajudou a escrever o Plano de Governo Municipal e, dessa forma, conquistou força e influência política junto à prefeita, o que trouxe um impacto positivo na construção e no fortalecimento da Política de Saúde Bucal do município.

“Então a gente assumiu um protagonismo bem mais próximo. Isso porque eu já era próximo da Prefeita desde o movimento estudantil. Não é? Fomos do mesmo DCE, fomos do coreto junto. Então eu tinha um, um, um local de empoderamento,

diferenciado dentro do cargo de Coordenador de Saúde Bucal (Coordenador F1).”

Além disso, para o Cargo de Secretário Municipal de Saúde foi indicado o sanitarista Odorico Andrade que havia se destacado à frente da condução da Política de Saúde Bucal do município de Sobral no período de 1997 a 2004.

Uma das primeiras ações desse governo foi a criação por meio de lei dos cargos comissionados de: coordenador municipal e regional de saúde bucal e de assessores de saúde bucal das regionais que formaram o Núcleo de Saúde Bucal do município. Ao todo foram criados 13 cargos comissionados para a área da saúde bucal.

Outro passo importante para a área da Saúde Bucal foi a aprovação das Leis que instituíram a carreira de Dentista da Família no SUS de Fortaleza⁴⁶ e a carreira de Auxiliar de Dentista de Saúde da Família e de Técnico de Higiene Dental de Saúde da Família⁴⁷. Segundo Chagas, Nuto e Andrade (2008), esse arcabouço jurídico, além de conferir institucionalidade e mais solidez à política de saúde bucal, ainda serviu como um instrumento de reivindicação para os processos participativos. A criação destas leis veio dar suporte à realização do concurso público para cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família.

Ainda no ano de 2005, o Núcleo de Saúde Bucal realizou um diagnóstico na rede de serviços de saúde bucal do município que verificou a necessidade de uma reforma nos Centros de Saúde da Família com o objetivo de ampliar o número de consultórios odontológicos. Outra iniciativa também desta gestão foi a realização da reterritorialização do município e a criação do “PSF de área de risco” com o intuito de levar equipes de saúde da família e de saúde bucal para cobrir áreas onde a população apresentava uma maior vulnerabilidade social. Isso permitiu que as primeiras equipes fossem alocadas nestas zonas, ou seja, nas Secretarias Executivas Regionais I, V e VI, onde até hoje se concentra o cinturão de pobreza do município. Dessa forma, foi criado um incentivo financeiro, a Gratificação de Incentivo de Área de Risco (GIAR), para os profissionais que fossem trabalhar nestes territórios.

Notadamente no primeiro semestre de 2005, foram implantadas as 100 primeiras equipes de saúde bucal (ESB), com aproximadamente 3 cirurgiões-dentistas por cadeira odontológica (Chagas, Nuto e Andrade, 2008), sugerindo uma insuficiência do número de equipamentos odontológicos em face do número de profissionais.

⁴⁶ Lei Complementar nº 0022 de 13 de julho de 2005.

⁴⁷ Lei Complementar nº 0026 de 13 de julho de 2005.

Um dos entrevistados referiu que, naquele contexto, propôs-se que parte da carga horária dos cirurgiões-dentistas fosse direcionada para outras atividades além do atendimento clínico. No entanto, cabe ponderar que a desproporção entre o número de profissionais e de cadeiras odontológicas gera uma subutilização deste profissional, de formação especializada, no que diz respeito ao atendimento clínico, que ainda hoje é uma das grandes necessidades acumuladas da população.

Esses primeiros cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família foram contratados por uma cooperativa para trabalhar 20 horas semanais e como não tinham formação específica para trabalhar neste modelo, foi ofertado um curso introdutório em Saúde da Família (Chagas, Nuto e Andrade, 2008).

As primeiras equipes de saúde bucal participaram das Rodas de Gestão em que vários temas foram discutidos, como a construção da Política de Saúde Bucal municipal, o processo de trabalho das equipes de saúde bucal, os procedimentos de ação coletiva e o problema da falta de infraestrutura dos Centros de Saúde da Família.

Outra prioridade desse momento foi a reestruturação da rede assistencial odontológica através da substituição dos consultórios velhos por equipamentos novos com o intuito de ampliar o número desses equipamentos na rede e criar clínicas coletivas com mais de um equipamento por sala, com espaço para as ações educativas e com maior biossegurança para os profissionais e usuários. Essa discussão e construção das clínicas coletivas teve a participação dos cirurgiões-dentistas que já trabalhavam na rede, como cita a Coordenadora F2: *“Tudo isso aí a gente foi pensando e, e construindo coletivamente com os profissionais que estavam fazendo isso, a gente ia aprendendo com eles e... Juntos, nós fomos construindo essa nova ideia de, da Saúde Pública em Fortaleza”*. Com isso, em 2005 foi ampliado o número de equipamentos odontológicos instalados (Chagas, Nuto e Andrade, 2008).

Ainda em 2005 foi lançado o Programa Fortaleza Bela na Saúde que destinava verbas para a reforma dos Centros de Saúde da Família. Em 2006, o município de Fortaleza aderiu ao Concurso Estadual de base municipal para profissionais da Estratégia Saúde da Família, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. Foram ofertadas 460 vagas para médicos, 460 vagas para enfermeiros e 460 vagas para cirurgiões-dentistas (Fortaleza, 2007), porém só foram convocados 300 médicos, 300 enfermeiros e 250 cirurgiões-dentistas, o que proporcionou 2 equipes de saúde da família para cada equipe de saúde bucal.

Vale ressaltar que Fortaleza foi um dos primeiros municípios, dentre aqueles que também aderiram ao concurso, que convocou os profissionais aprovados. Também em 2006, foi realizada uma Seleção Pública para auxiliar de saúde bucal (ASB) e para agentes comunitários de saúde (Fortaleza, 2007).

Nesse sentido, foi uma ação ousada da gestão convocar mais cirurgiões-dentistas do que o número de equipamentos, pois entendia-se que este profissional deveria fazer outras atividades fora da clínica, como as ações coletivas nos espaços sociais e as visitas domiciliares, o que pode ser exemplificado na opinião da Coordenadora F2:

“E aí a gente teve que desfazer uma mentalidade, de que dentista tinha que trabalhar amarrado na cadeira. Entendeu?(...) Por quê que o dentista também não pode trabalhar a redução de danos? Por quê que o dentista também não pode ficar trabalhando na prevenção e nas escolas e na...? Fazer visita domiciliar.”

Um dos grandes desafios enfrentados por esta gestão foi a dificuldade de compreensão, por parte dos cirurgiões-dentistas e pelos outros profissionais de saúde, de uma quantidade maior de cirurgiões-dentistas com em relação ao número de consultórios odontológicos:

“Nós tivemos um desgaste grande e algumas pessoas da gestão não entenderam essa questão de ter mais dentistas do que cadeira. Isso foi um desgaste grande. Grande. Eu ouvi até da Prefeita isso. Não é?” (Coordenador F1)

Contudo, na visão de Chagas, Nuto e Andrade (2008), a decisão de inserir a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família mesmo sem ter todo o aparato tecnológico necessário foi motivada pela compreensão política e técnica de que o processo de adoecimento está fincado em sua construção social e histórica. Ainda segundo os autores, os cirurgiões-dentistas e a saúde bucal não podiam ser reféns dos equipamentos odontológicos para efetivarem suas ações na Estratégia Saúde da Família.

Além disso, o próprio documento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal preconizava maximizar a hora-clínica do cirurgião-dentista de 75% a 85% para otimizar a assistência e as outras 15% a 25% desta carga horária para atividades de planejamento, capacitação e ações coletivas (Brasil, 2004b). Nesse sentido, o município organizava em torno de 2 cadeiras odontológicas para cada 3 cirurgiões-dentistas, que se revezavam em 3 turnos clínicos de atendimento, de forma que quando um

profissional estivesse no turno clínico o outro estivesse no turno de ações coletivas. Com isso, muitos cirurgiões-dentistas se destacaram mais do que os outros profissionais da equipe de saúde da família em trabalhos com grupos de idosos, gestantes, adolescentes e na comunidade. Decerto isso fez com que o trabalho e o lugar ocupado pelo profissional na Estratégia Saúde da Família ganhasse notoriedade e legitimidade.

Nesse aspecto, a Coordenação Municipal de Saúde Bucal e as equipes de saúde bucal trabalharam no sentido de ampliar o conceito de atividades coletivas em saúde bucal para além da boca, incluindo ações de promoção da saúde discutidas com a equipe de saúde da família, além do que, tentaram superar o modelo hegemônico centrado na doença (Chagas, Nuto e Andrade, 2008).

Para reforçar a importância da área da Saúde Bucal dentro do contexto da Política de Saúde do Município, o Coordenador F1 procurava realizar o planejamento das ações da saúde bucal de forma pactuada e negociada com os outros gestores do município para que a saúde bucal não ficasse descontextualizada do restante do setor da saúde. Nesse sentido, todas as ações eram discutidas com o Coordenador de Saúde Bucal das Regionais e, em seguida, discutidas com o Chefe do Distrito, ou seja, num processo de negociação ascendente. Ao mesmo tempo, esse planejamento era também horizontalizado, pois havia articulação com as outras áreas como saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso. Essa discussão da saúde bucal com estas outras áreas era importante para a construção da política, visto que houve uma campanha de vacinação em que distribuíram pirulitos para as crianças e, na campanha posterior foram distribuídas escovas de dente e fio dental (Coordenador F1).

No que concerne à articulação com outros setores, foi firmada parceria com a Vigilância Sanitária para fazer a análise do teor da concentração de flúor nas águas de abastecimento público do município, em que foi constatado que havia algumas áreas com flúor acima ou abaixo do recomendado. Dentro da atenção básica, houve também uma articulação com a área da prevenção de DST/AIDS para capacitação dos cirurgiões-dentistas no atendimento a pacientes portadores do HIV e a oferta de um curso de hepatites virais.

Com estas iniciativas, a Política de Saúde Bucal do município ia se configurando com base nos preceitos oriundos da Saúde Bucal Coletiva, como mostra o depoimento abaixo:

“E aí a gente fez uma quebra paradigmática, de não focar na odontologia. Focar na Saúde Bucal Coletiva, não é? Então a

gente tinha uma cobrança por procedimentos, por clínica, por pronto atendimento, por urgência, mas essencialmente a gente gerenciava ações de Saúde Bucal Coletiva.” (Coordenador F1)

Nesse sentido, pode-se dizer que a política foi formulada de forma coletiva e participativa com a contribuição dos profissionais, dos gestores e também da população.

“No segundo ano nós fizemos fóruns populares de Saúde Bucal Coletiva, no qual a gente chamava a população no meio da rua, com carro de som, para discutir seus problemas de saúde, já que a gente queria formatar uma política, a gente não queria uma política com o olhar apenas do dito nível superior, nós queríamos o olhar dos, dos sujeitos também. Das pessoas que têm problemas odontológicos. No Orçamento Participativo em muitas áreas saiu a odontologia, porque a gente tinha feito esse tensionamento com o Fórum Popular de Saúde Bucal” (Coordenador F1).

Como forma de potencializar e fortalecer as ações coletivas em saúde bucal, no ano de 2005, foi construído um protocolo de ações coletivas em saúde bucal constando de orientações sobre o trabalho do CD nos territórios, como o cadastramento dos espaços sociais e a operacionalização das ações coletivas de caráter semanal e trimestral em saúde bucal (Chagas, Nuto e Andrade, 2008).

O protocolo preconizava ações coletivas semanais como: a higiene bucal supervisionada (HBS) com dentífrico fluoretado (mínimo de 3 HBS por mês para cada aluno) e a aplicação de solução para bochecho a 0,2% (mínimo de 3 bochechos fluoretados por mês para cada aluno); ações coletivas trimestrais, como a educação em saúde bucal e a escovação com gel fluoretado a 1,23% para crianças a partir de 6 anos de idade (Fortaleza, 2005).

Outra diretriz proposta em 2006 foi a prevenção e detecção precoce do câncer de boca mediante uma capacitação dos cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Adotou-se como estratégia a realização de exames bucais durante a campanha de vacinação dos idosos, estimulando dessa forma a interdisciplinaridade (Fortaleza, 2007).

Também entre os anos de 2006 e 2007 foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico do município, que diagnosticou um baixo nível de cárie aos 12 anos com CPO-D médio de 1,54, o que fez com que fossem abolidos os bochechos com flúor

das ações coletivas do município. Este levantamento observou também ainda existia uma grande parte da população que apresentava uma péssima condição de saúde bucal (Fortaleza, 2010a).

Também em 2006, com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará, o município pactuou seus encaminhamentos da atenção básica para os CEO estaduais e, para tanto, contratou uma cirurgiã-dentista reguladora que tinha o papel de organizar a demanda odontológica, reduzir as filas e priorizar os casos mais urgentes.

Os CEO Joaquim Távora e Rodolfo Teófilo só recebiam encaminhamentos provenientes do município de Fortaleza. No entanto, o CEO Centro, antigo Centro de Treinamento Odontológico, recebia encaminhamentos de pacientes provenientes de outros municípios além de Fortaleza.

Além disso, a proposta do município era construir um centro de especialidades municipal em cada regional de saúde que pudesse atender as demandas locais. Para isso, no final de 2008, foi inaugurado o primeiro destes equipamentos municipais que ficou conhecido como CEO Floresta, situado na SER I, porém atendendo aos encaminhamentos de pacientes de todas as regionais do município.

Alguns atores ajudaram a construir a Política de Saúde Bucal do município, tais como: o coordenador de Saúde Bucal deste período e os coordenadores descentralizados das regionais de saúde, professores universitários (Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza), e entidades como o Conselho Regional de Odontologia (CRO) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO-seção Ceará), um técnico servidor estadual, um técnico da Vigilância Sanitária do Município, pesquisadores, estudantes e o Ministério da Saúde.

A população também participou por meio dos Fóruns Populares de Saúde Bucal Coletiva, organizados no segundo ano de gestão (2006) pela Coordenação de Saúde Bucal, para ouvir as principais queixas e reclamações da população. Conforme mencionado, essa iniciativa fez com que o tema da saúde bucal emergisse dentro das demandas do Orçamento Participativo do município. Além disso, a Política de Saúde bucal também foi discutida no Conselho Municipal de Saúde. Outros dois atores bastante importantes nessa construção foram o Secretário de Saúde, Dr. Odorico Andrade e a Prefeita Luizianne Lins, que contribuiu para colocar a saúde bucal na agenda da política de saúde do município, em parte influenciada pela relação de proximidade com o Coordenador de Saúde Bucal Dr. Reginaldo Chagas. Além disso,

era de interesse da própria prefeita investir na melhoria dos serviços de saúde pública municipal (Coordenador F1).

As mudanças que ocorreram na área da saúde bucal do município foram em parte motivadas por decisão política da própria Prefeita em mudar o perfil epidemiológico da cidade que, para tanto, deu autonomia e poder aos gestores para investir nesta área. Segundo o Coordenador F1: “(...) *na gestão pública a categoria poder é uma categoria que você não pode desprezar.*” Vale frisar também o apoio dado pelo Secretário de Saúde, Odorico Andrade que, pelo seu perfil sanitarista e empreendedor, investiu na saúde bucal.

Esse investimento na área da saúde bucal não foi motivado apenas pela decisão política da prefeita, mas também pela conjuntura política nacional que incentivava a inserção de cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família e que lançou a Política Nacional de Saúde Bucal. Nesse sentido, o município acompanhou a tendência nacional de valorização da área da saúde bucal.

Na trajetória histórica, ressalte-se a realização de eleições no final de 2008 em que a prefeita Luizianne Lins se reelegeu para mais 4 anos de mandato, ou seja, de 2009 a 2012. Durante o período eleitoral, a política de saúde bucal ficou em “banho-maria” e alguns processos ficaram parados. A política de governo ganhou ênfase, pois os atores foram tensionados a trabalhar para a reeleição do partido político para não perder seus postos, seus cargos comissionados e seus privilégios.

No segundo mandato do Partido dos Trabalhadores no município ficou mais evidente a influência política exercida pelo partido nas tomadas de decisão e nas indicações políticas. Pode ser citado como exemplo o caso de muitas auxiliares de saúde bucal que foram contratadas pelo município por indicações políticas, o que foi de encontro ao processo seletivo para a contratação de auxiliar de saúde bucal ocorrido durante o primeiro mandato. No primeiro mandato essas indicações políticas também aconteciam, porém de forma mais velada (F3).

“No primeiro Governo isso foi mais diluído. Isso não estava tão acirrado. No segundo Governo isso já foi mais preto no branco, mais concreto. Então ele passou a ser um, um... Aquele emprego ali já passou a ser uma cartada política, de uma troca política. Não é?” (Coordenador F3).

Na intersecção do primeiro para o segundo mandato houve a troca de coordenador de saúde bucal. Essa mudança provocou algumas alterações na

configuração da política de saúde bucal do município, pois esta nova gestora não tinha o mesmo poder e respaldo político que o antigo coordenador. Porém, um ponto positivo desta mudança de coordenadores foi o critério técnico de indicação e não somente político.

Nesse segundo mandato, também, houve a mudança do Secretário de Saúde do município. Com a saída do Dr. Odorico Andrade, em 2008, o Dr. Alex Mont`Alverne assumiu a pasta e, em 2011, uma nova secretária assumiu o cargo, a Dra. Ana Maria Fontenele. A secretária, por ser economista, enxugou mais os recursos financeiros para a área da saúde como um todo. Portanto, a saída do antigo Secretário de Saúde gerou uma paralisação no crescimento da área da saúde bucal.

“O espaço parece que foi mais diminuindo, não é? Assim. Mas eu, eu não acho que foi só a Saúde Bucal, não é? Eu acho que Odorico, ele tem uma característica como gestor, que, que eu acho que aí influencia também a Saúde Bucal. Mas aí ele abre, não é? Ele é aquela pessoa ousada, não é?” (Coordenador F3).

Em 2009, foi inaugurado o CEO Messejana, situado na SER VI, classificado como CEO tipo II, com cinco cadeiras odontológicas que, inicialmente, funcionava apenas no turno da manhã e, em 2012, houve a ampliação para o turno tarde.

Na atualidade, o município conta com cinco CEO, sendo 2 municipais e 3 estaduais, o que ampliou a oferta de serviços especializados para a população. Porém, essa quantidade de serviços especializados ainda é pequena no que diz respeito ao tamanho da população do município.

Um destaque nesse percurso histórico foi a greve dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, em 2011, por melhores condições de trabalho, incorporação da gratificação de nível superior ao vencimento básico, isonomia da gratificação de área de risco para todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, além da equiparação dos vencimentos dos dentistas e enfermeiros (Coordenadora F3).

Em 2012, em razão de um mandado judicial, mais de 100 cirurgiões-dentistas do concurso público de 2006 começaram a trabalhar na Estratégia Saúde da Família. Nesse ano algumas providências foram tomadas, como o remanejamento de alguns cirurgiões-dentistas das equipes de saúde bucal para os CEO, a ampliação do turno de atendimento destes estabelecimentos expandindo a oferta de serviços especializados; a criação de alguns serviços especializados odontológicos no Centro de Saúde da Família Projeto

Nascente e a aquisição de novos equipamentos odontológicos periféricos como aparelho de fotopolimerizador, aparelho de profilaxia, de raio X e amalgamador.

Do ano 2000 até os dias atuais, pode-se dividir a história da saúde bucal em Fortaleza em três momentos: momento incipiente, momento de crescimento e momento de estagnação. O momento incipiente foi ainda na gestão do Prefeito Juraci Magalhães (2001-2004) em que a saúde bucal não teve espaço na agenda da política de saúde municipal, com poucos serviços odontológicos municipais com atendimento à demanda espontânea, direcionados a grupos específicos e com caráter assistencial curativo.

O momento de crescimento ocorreu durante o primeiro governo da Prefeita Luizianne Lins (2005-2008), quando a área da saúde bucal foi colocada como uma prioridade política municipal mediante a inserção de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, inclusive através da realização de um concurso público. Além disso, outras ações importantes também ocorreram neste período como o diagnóstico das condições de saúde bucal da população, o aumento da capacidade instalada dos consultórios odontológicos, a contratação de um cirurgião-dentista para regular as referências da atenção básica, a estruturação da rede de atenção à saúde bucal com a inauguração do primeiro CEO municipal em 2008, e as parcerias com os CEO estaduais para referências de serviços especializados no município. Esse momento também foi chamado pela Coordenadora F3 de “*momento de abertura*”, como mostrado a seguir:

“Mas, assim, houve uma prioridade sim, na época. Houve, houve. Porque, porque a gente era pauta para a Prefeita. Não é? Houve, houve o aumento das clínicas assim, em termos de capacidade instalada. Houve a visibilidade daquele profissional que ficava sempre perdidozinho, não é? (...) Então assim, eu acho que esse momento foi um momento de abertura.” (F3).

No processo de estruturação desta política municipal de saúde bucal, pode-se dizer que o ano de 2007 foi um marco, devido ao momento de investimento, de empolgação por parte dos que estavam ajudando a construir esta política. Foi o momento que os cirurgiões-dentistas concursados começaram a trabalhar nas equipes de saúde bucal o que gerou um ânimo na gestão que impulsionou o investimento nestes profissionais que iriam ajudar na estruturação da política.

“Final de 2007 foi de efervescência de criatividade muito grande. Então eu diria que foi o ápice, não é? Assim. Mesmo a

saída dos cooperados, a entrada dos concursados, que a gente resolveu mesmo investir, não é? Que eram pessoas que iam ficar na ponta. Houve uma efervescência.” (F3).

O momento de estagnação ocorreu no segundo governo do Partido dos Trabalhadores (2009-2012) quando houve uma priorização das ações municipais em prol da construção e inauguração do Hospital da Mulher, o que envidou todos os esforços e olhares para esta obra, deixando em segundo plano o restante das ações de saúde do município, inclusive as ações de saúde bucal. Contudo, vale lembrar que alguns acontecimentos importantes ocorreram nesse período como: a construção de outro CEO municipal, a greve dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família e a entrada de mais de 100 cirurgiões-dentistas concursados para as equipes de saúde bucal, por decisão judicial. Vale ressaltar que caso o município tivesse interesse de continuar investindo na área ele mesmo teria convocado mais cirurgiões-dentistas que foram aprovados no concurso de 2006. Foi um momento em que a saúde bucal não ganhou tanta notoriedade, como nas fases anteriores (Quadro 17).

A Coordenadora F4 também corrobora que foi um momento de menor crescimento em comparação com os momentos anteriores, *“mas assim, da atualidade, a gente teve acho que uma certa paralisação, vamos dizer, o que a gente está conseguindo esse ano é a gente tentar voltar ao crescimento que tinha antes”* (Coordenadora F4).

O quadro 15 sintetiza os principais momentos da trajetória da política de saúde bucal em Fortaleza.

Quadro 15: Quadro síntese dos momentos da Política de Saúde Bucal do município de Fortaleza, 2013.

Momentos da Política de Saúde Bucal de Fortaleza	Atores			Processo Político	Conteúdo da Política
	Prefeito	Secretário de Saúde	Coordenador de Saúde Bucal		
Momento Incipiente (2001-2004)	Juraci Magalhães Partido Liberal – PL (2001-2004)	Rose Mary Freitas Maciel (2001) José Adelmo Mendes Martins (março 2002) José Aluísio da Silva Soares (Julho 2002) Aldrovandro Nery Aguiar (dez 2002)	Não existia o Cargo de Coordenador de Saúde Bucal.	- Momento em que a Saúde Bucal não tinha espaço no cenário da política de saúde do município. - Área da saúde bucal sem representação técnica, ou seja, sem Coordenador de Saúde Bucal, esta área era de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, porém sem um técnico específico.	- Serviços odontológicos públicos nas escolas e em alguns postos de saúde. - Ações curativas, atendimento à demanda espontânea. - Ações preventivas pontuais. - CD prestadores de serviços de uma Cooperativa de Saúde.

		Galeno Taumaturgo Lopes (fev 2003) Luiz Odorico Monteiro de Andrade (2004)		- Política de Saúde bucal fragilizada, sem grandes impactos significativos, cirurgões-dentistas terceirizados e pouca oferta de serviços públicos odontológicos.	
Momento de Crescimento (2005-2008)	Luizianne Lins Partido dos Trabalhadores (PT) (2005-2008)	Luiz Odorico Monteiro de Andrade (2005-2008) do Partido dos Trabalhadores (PT)	Reginaldo Chagas (2005-2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Forte articulação política do governo municipal (PT) com o governo federal (PT). - Presença de atores com forte articulação política no cenário nacional. - Articulação política do Coordenador de Saúde Bucal com o Secretário de Saúde do Município. - Janela de oportunidade da saúde bucal na agenda da política de saúde municipal. - Momento de Auge da Política de Saúde Bucal com avanços significativos como a criação de cargos comissionados para a área, expansão dos serviços públicos odontológicos básicos e especializados e ampliação do número e da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> - 2005: Implantação das primeiras ESB. - Recebimento dos primeiros incentivos financeiros do MS. - Criação de 13 Cargos Comissionados para a área da Saúde Bucal. - Criação da Lei de Carreira de Dentista da Família no SUS de Fortaleza. - 2006: Realização do concurso público para CD da Estratégia Saúde da Família. - Criação do incentivo financeiro para os profissionais que trabalham em área de risco. - Levantamento Epidemiológico das condições de saúde bucal 2006-2007. - Elaboração do documento com as Diretrizes da Política de Saúde Bucal municipal. - A construção da Política de Saúde Bucal foi feita de forma coletiva, inclusive através de Fóruns de Saúde Bucal Coletiva. - Política de Saúde Bucal apresenta articulação com as outras áreas do sistema de saúde municipal. - Reforma dos CSF e ampliação da capacidade instalada dos consultórios dentários. - Seleção pública para ACS e ASB - 2008: Criação do CEO Floresta em 2008. - Contratação de uma CD Reguladora para a Central de Regulação do município. - Parceria com os CEO estaduais para referências especializadas.

					- Remanejamento dos CD da atenção básica para o CEO municipal.
Momento de Estagnação (2009-2012)	Luizianne Lins Partido dos Trabalhadores (PT) (2009-2012)	Alex MontÁlverne (2008-2011) Ana Maria (2011-2012)	Ylanne Ibiapina (2008-2011) Aníbal (2011-2012) Érika Arraes (2012-jan 2013)	- Momento que houve uma perda de prestígio político da área da saúde bucal na política de saúde municipal - Saída do Coordenador de Saúde Bucal da gestão anterior e a entrada de uma nova gestora sem articulação política e saída do Secretário de Saúde, um sanitarista de renome e com bastante influência política. - A Política de Saúde Bucal ainda continuou com um bom diálogo com a Política de Saúde Municipal e ainda ocupava um espaço na agenda governamental porém com menos força em relação ao momento anterior.	- 2009: Criação do CEO Messejana. - 2011: Greve dos CD. - 2012: Entrada de 100 CD concursados judicialmente. - Ampliação do turno clínico dos CEO municipais. - Novo remanejamento dos CD da atenção básica para o CEO municipal

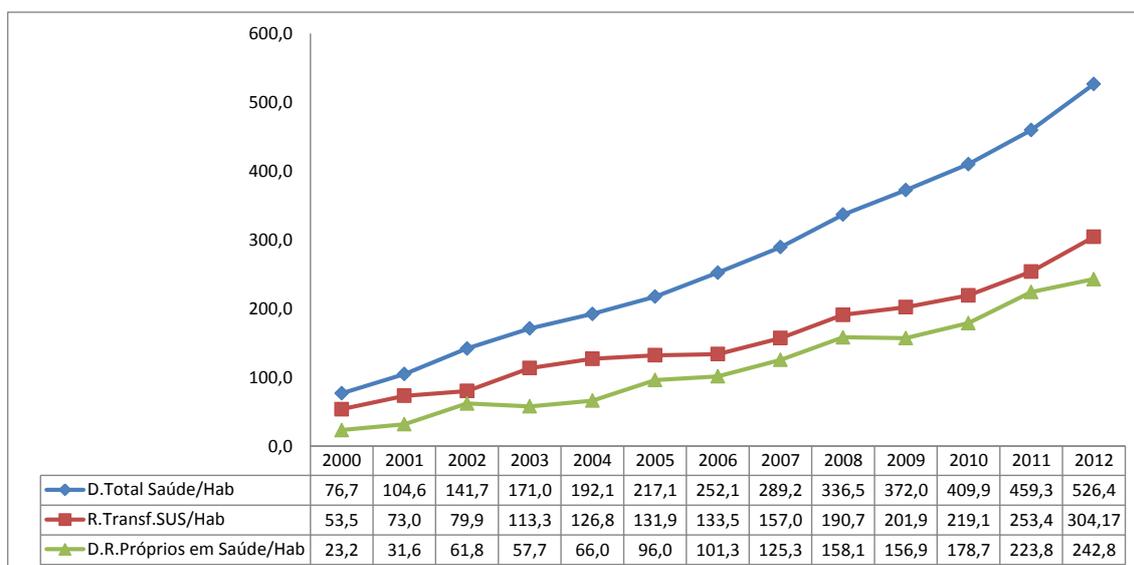
Fonte: Elaboração da autora.

Panorama de Implantação da Política de Saúde Bucal de Fortaleza: financiamento, oferta e produção de serviços.

Neste item serão analisados dados relacionados ao financiamento, oferta e produção dos serviços de atenção à saúde em Fortaleza, com destaque para a área da saúde bucal.

No que se refere ao financiamento da saúde em Fortaleza no período de 2000 a 2012, observou-se uma tendência sempre crescente. As despesas totais com saúde por habitante aumentaram, devido a aumento tanto das transferências do SUS para o município como da participação do município no financiamento com recursos próprios. Outro ponto que merece destaque é o fato de que Fortaleza por ser a capital do Estado é referência para todos os municípios do Estado (Figura 68).

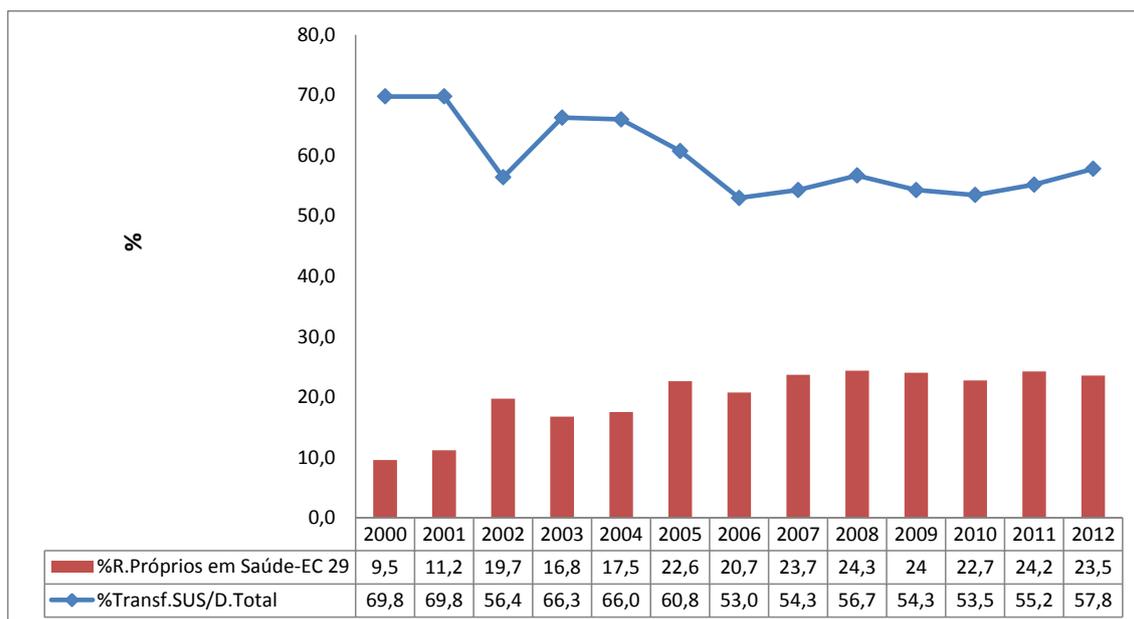
Figura 68: Evolução da Despesa Total com Saúde, Receita de Transferência para o SUS e Despesas com Receitas Próprias em Saúde. Município de Fortaleza de 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/defthtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>; acesso em: 10/03/2013.

Dentre as despesas totais com saúde no município, a parte financiada com transferências do SUS variou de 5,0% a 69,8%, com períodos de queda nestas porcentagens como de 2001 a 2002 e de 2004 a 2006. A partir de 2006, esta porcentagem tendeu a se estabilizar entre 53,0% a 57,8% das despesas custeadas por essas transferências intergovernamentais do SUS. Cabe lembrar que houve aumento da participação de recursos próprios do município na despesa em saúde, sendo que a partir de 2002 o município já cumpriu as regras da Emenda Constitucional nº 29 de destinação de ao menos 15% das receitas para a saúde (Figura 69).

Figura 69: Evolução do Percentual das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde e percentual da receita própria aplicada em saúde conforme a Emenda Constitucional nº 29/2000. Município de Fortaleza, 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicCE.def>; acesso em: 10/03/2013.

Além disso, também houve aumento do financiamento na atenção básica do município como pode ser evidenciado pelos componentes fixo e variável do piso de atenção básica (Tabela 7).

Tabela 7: Evolução das transferências federais relativas à atenção básica e participação do incentivo da saúde bucal no financiamento da atenção básica. Município de Fortaleza, 2002 a 2012.

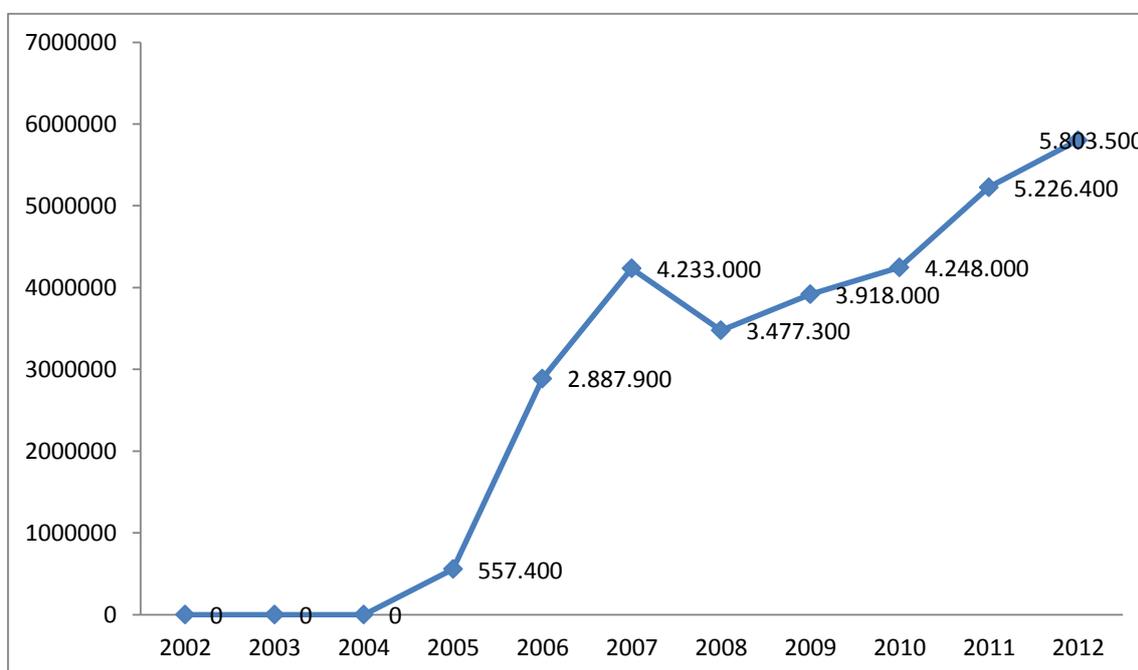
Ano	Atenção Básica	PAB fixo	PAB variável	Saúde Bucal na atenção Básica	% SB/AB	% SB/PAB variável
2002	28.569.065	22.291.041	6.278.023	0,0	0	0
2003	32.050.059	25.710.514	6.339.544	0,0	0	0
2004	35.025.482	27.681.289	7.344.192	0,0	0	0
2005	37.352.889	29.331.029	8.021.860	557.400	1,5%	6,9%
2006	52.022.566	32.467.581	19.554.984	2.887.900	5,6%	14,8%
2007	61.672.058	35.991.450	25.680.608	4.233.000	6,9%	16,5%
2008	61.251.406	37.341.166	23.910.239	3.477.300	5,7%	14,5%
2009	74.036.171	43.288.245	30.747.926	3.918.000	5,3%	12,7%
2010	90.852.619	44.812.494	46.040.125	4.248.000	4,7%	9,2%
2011	104.376.097	47.694.249	56.681.847	5.226.400	5,0%	9,2%
2012	111.473.903	48.793.139	62.680.764	5.803.500	5,2%	9,3%

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

Nota: Siglas: PAB – Piso de Atenção Básica; AB – Atenção Básica; SB – Saúde Bucal. Os recursos de saúde bucal constantes na tabela correspondem ao incentivo às equipes de saúde bucal na atenção básica.

O financiamento federal da saúde bucal na atenção básica só se iniciou a partir de 2005, quando o município implantou tardiamente as primeiras equipes de saúde bucal. De 2007 para 2008 ocorreu um período de declínio do recurso, o que pode ser explicado pela redução destas equipes, pois muitos cirurgiões-dentistas da atenção básica foram remanejados para trabalhar no CEO municipal, que foi inaugurado em 2008. De 2008 a 2012 a tendência do financiamento foi sempre crescente (Figura 70).

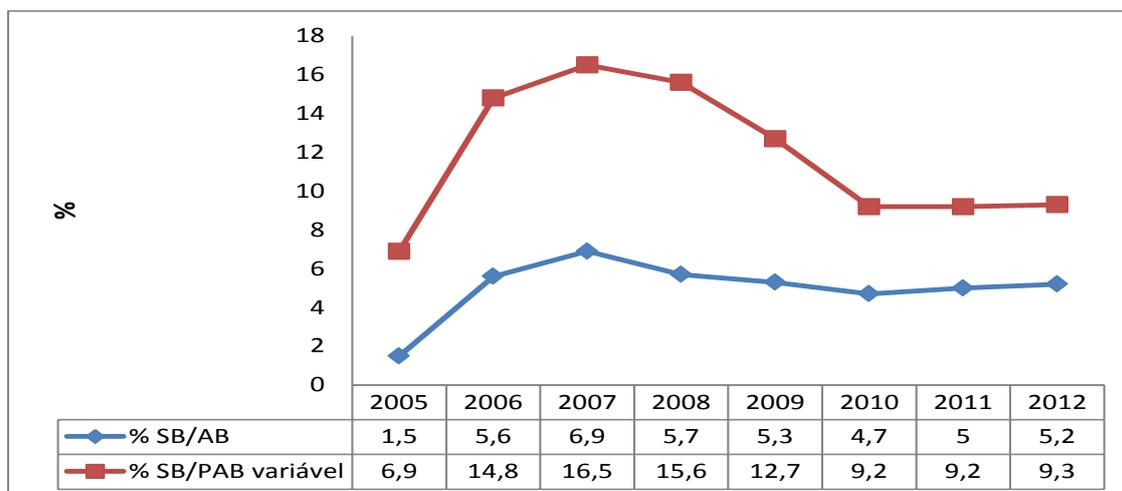
Figura 70: Evolução do Financiamento da Saúde Bucal na Atenção Básica. Município de Fortaleza, 2002 a 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

No que corresponde à porcentagem do financiamento da saúde bucal em relação ao montante da atenção básica total e ao PAB variável, pode-se verificar que houve uma diminuição desta participação relativa nos anos de 2008 a 2010. Porém, isso se deve principalmente a um aumento maior nos recursos para o conjunto da atenção básica do que para a área de saúde bucal (Figura 71).

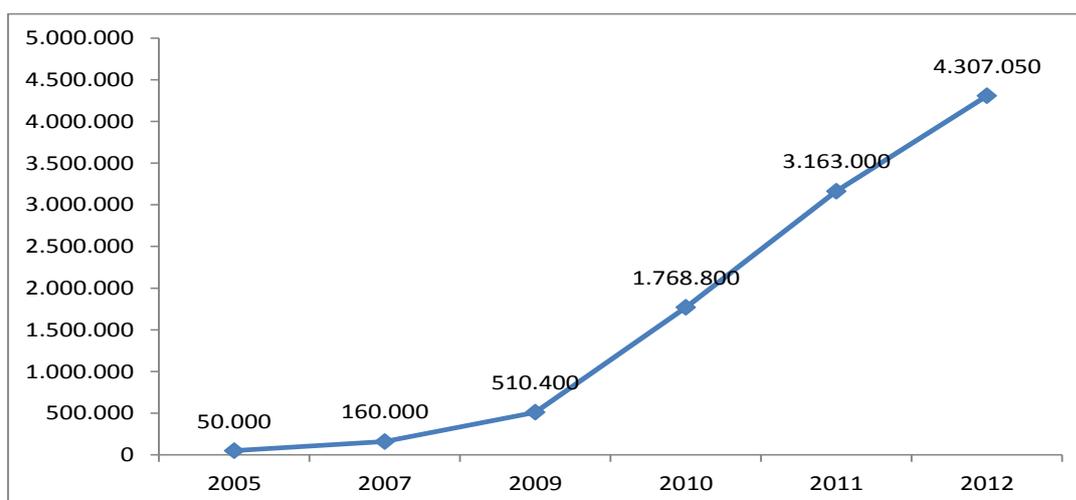
Figura 71: Evolução do percentual de recursos da Saúde bucal em relação ao total de recursos da atenção básica e em relação ao PAB variável. Município de Fortaleza, 2002 a 2012.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 10/02/2013.

No que diz respeito ao financiamento dos serviços especializados do município houve um aumento de 86 vezes de 2005 para 2012. Vale lembrar que o primeiro CEO municipal só foi inaugurado em 2008 e, antes disso, somente os estabelecimentos estaduais localizados neste município que ofertavam estes serviços para a população do município. Na sala de apoio à gestão estratégica do Ministério da Saúde não constam todos os dados de recursos transferidos fundo a fundo para estes estabelecimentos, tendo sido identificada a ausência destes dados nos anos de 2006 e 2008 (Figura 72).

Figura 72: Evolução do percentual de recursos fundo a fundo transferidos para o Centro de Especialidades Odontológicas de Fortaleza, nos anos de 2005, 2007, 2010 a 2012.

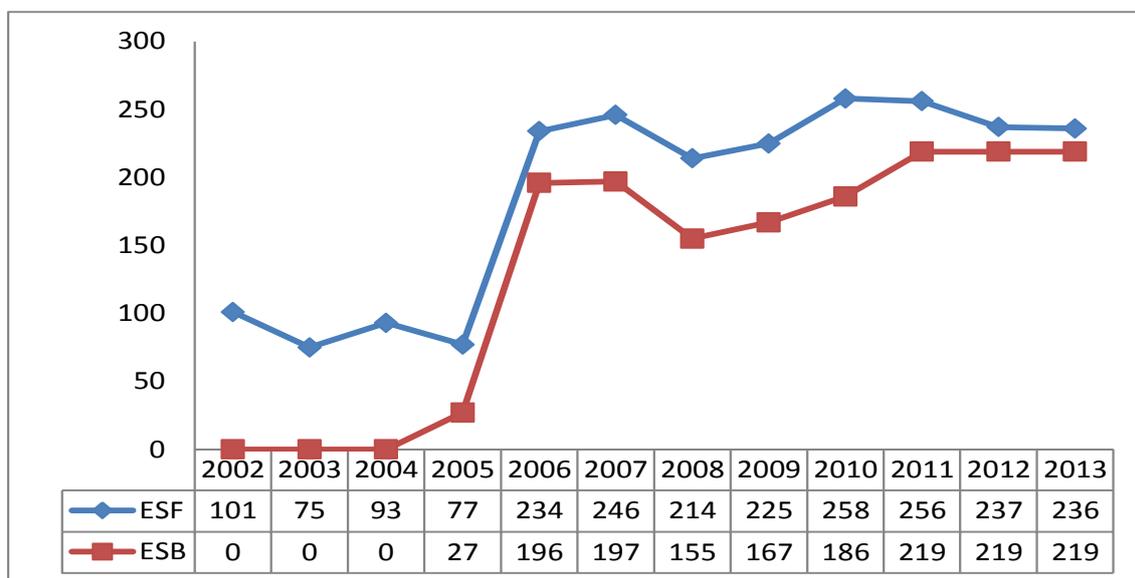


Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>, acesso em: 15/07/2013.

O aumento de recursos financeiros para a área da saúde bucal propiciou a expansão da oferta de serviços públicos de saúde bucal de atenção básica e especializada.

No que diz respeito ao número de equipes de saúde da família e de equipes de saúde bucal, pode-se observar que a inserção das equipes de saúde bucal foi tardia, apenas em 2005, enquanto a figura 73 mostra equipes de saúde da família desde 2002. Outro aspecto observado é que em nenhum dos anos o número destas equipes foi equiparada, havendo mais equipes de saúde da família do que equipes de saúde bucal (Figura 73).

Figura 73: Evolução do número de equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Fortaleza de 2002 a maio de 2013.



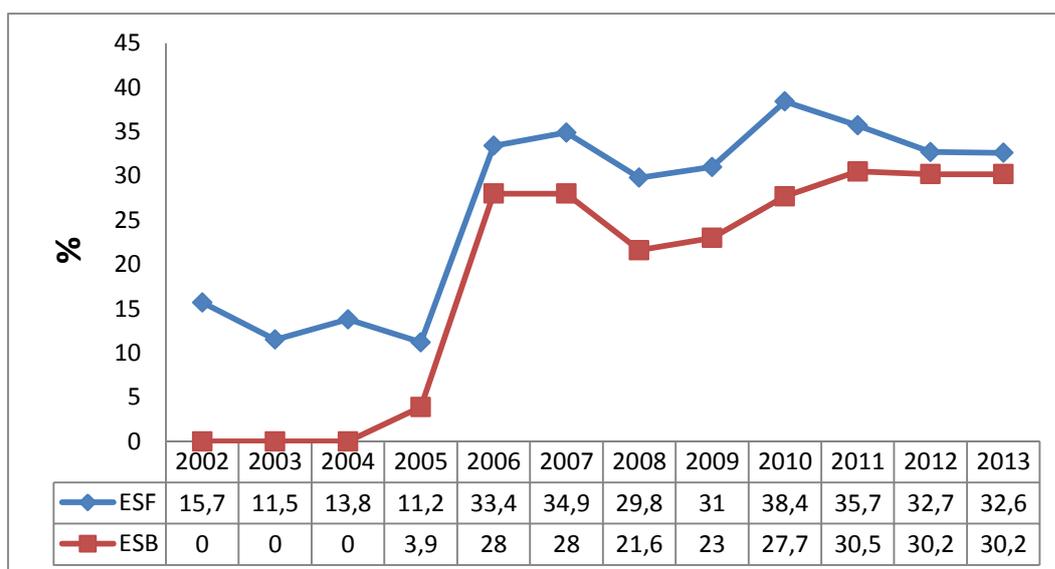
Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: disponível: <http://189.28.128.178/sage/>

A curva da abrangência populacional estimada acompanhou a mesma tendência da curva do número de equipes de saúde da família e de saúde bucal. No período de 2005 a maio de 2013 houve apenas um período de declínio da abrangência das equipes de saúde bucal, provavelmente devido ao remanejamento de cirurgiões-dentistas para trabalhar no CEO municipal em 2008. Outro ponto que merece destaque é que em 2012 cerca de 100 cirurgiões-dentistas começaram a trabalhar nas equipes de saúde bucal do município, porém, até 2013 não houve aumento desta abrangência levando a crer que as equipes ainda não tinham sido cadastradas. Nesse sentido, o município pode não ter

recebido o repasse financeiro do Ministério da Saúde para as equipes implantadas e não cadastradas.

As equipes de saúde bucal acompanharam a mesma tendência das equipes de saúde da família, com aumento da abrangência populacional estimada, chegando a 33,4% para as ESF e 28,0% para as ESB em 2006. Em seguida, houve um momento de declínio de 2007 para 2008, que coincidiu com o período eleitoral e com o remanejamento dos cirurgiões-dentistas da atenção básica para trabalhar no CEO municipal. De 2010 para 2012, a abrangência populacional estimada das equipes de saúde da família apresentou mais uma queda de 38,4% para 32,7%, enquanto neste período a abrangência das equipes de saúde bucal permaneceu constante (Figura 74).

Figura 74: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal. Município de Fortaleza de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: [disponível: http://189.28.128.178/sage/](http://189.28.128.178/sage/)

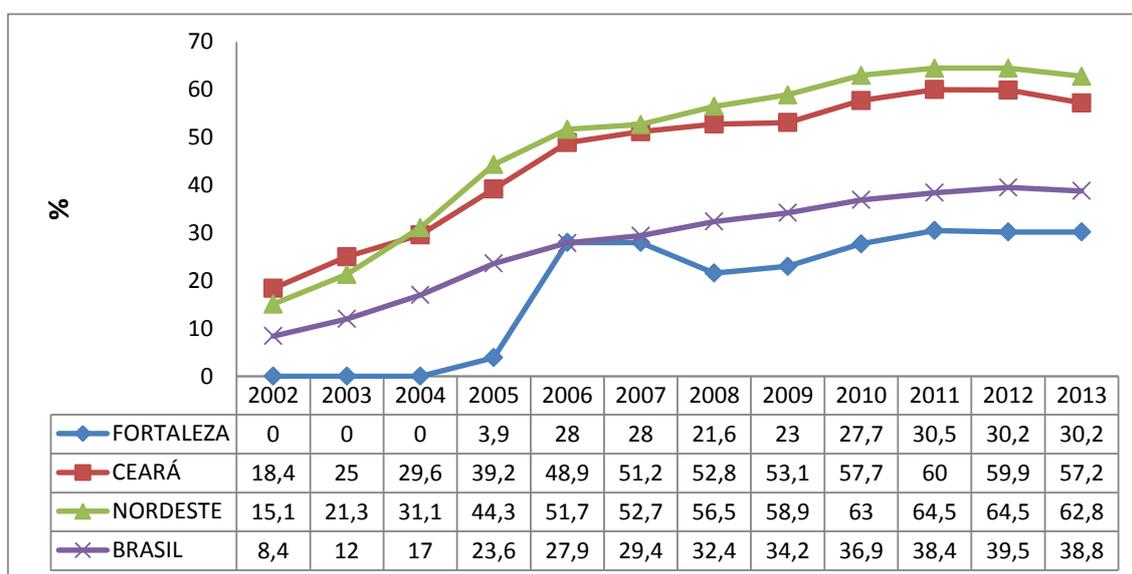
A Figura 75 mostra que Fortaleza apresentou menor abrangência populacional das equipes de saúde bucal do que o conjunto do estado do Ceará, a região Nordeste e o Brasil na maior parte do período de 2000 a 2013. Somente em 2006 e 2007 o município se aproximou da abrangência nacional, porém sempre se manteve abaixo da meta programática de 40%⁴⁸.

Em 2006, Fortaleza alcançou 28% de abrangência populacional das equipes de saúde bucal, percentual semelhante ao nacional. Porém, houve redução desse indicador

⁴⁸ Portaria nº 2.669/2010 e nº 3840/2010.

a partir de 2007, caindo para 21,6% em 2008 e, em seguida, apresentando um novo incremento de forma a atingir 30,2% em 2012. No período de 2002 a 2012, esse indicador apresentou tendência sempre crescente em nível estadual, regional e nacional. Portanto, observa-se que Fortaleza, além de ter apresentado uma inserção tardia das equipes de saúde bucal, ainda apresentou um momento de inflexão na sua Política de Saúde Bucal com redução destas equipes de 2007 a 2009 e, também, com uma porcentagem abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde (Figura 75). Isso também tem relação com o porte populacional, sendo frequentes as dificuldades de alcançar altos níveis de abrangência dessa estratégia nas grandes metrópoles.

Figura 75: Evolução da Abrangência Populacional Estimada das ESB em Fortaleza, Ceará, Nordeste e Brasil de 2002 a maio de 2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, acesso em 17/05/2013, disponível em: [disponível: http://189.28.128.178/sage/](http://189.28.128.178/sage/)

No que diz respeito aos serviços especializados ofertados no município, estes são realizados nos cinco Centros de Especialidades Odontológicas que existem no município, sendo três destes administrados pelo Governo do Estado e dois pela Prefeitura Municipal de Saúde. Destes cinco estabelecimentos existentes, apenas o CEO Centro (Figura 76) é referência para os 20 municípios que pertencem a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES). Os demais atendem exclusivamente a população de Fortaleza.

As especialidades que são ofertadas pelos cinco estabelecimentos são: periodontia, endodontia, prótese dentária, e dentística estética. As especialidades de

estomatologia, cirurgia buco-maxilo-facial e atendimento a pacientes com necessidades especiais são ofertadas pelos CEO Centro, Floresta (Figura 77) e Messejana (Figura 78). A odontopediatria somente é ofertada no Centro e no Joaquim Távora (Figura 79).

O CEO Centro é o único que oferta ortodontia e protocolos de implantodontia. Além disso, uma particularidade deste estabelecimento é que ele também oferta alguns serviços de atenção básica como restaurações e extrações. As urgências odontológicas 24 horas funcionam no CEO Centro e no CEO Joaquim Távora.

Os CEO Joaquim Távora e Rodolfo Teófilo (Figura 80) ainda são classificados como tipo II apesar de terem mais de sete cadeiras.

Quanto a infraestrutura, tanto os estabelecimentos municipais quanto os estaduais apresentam-se com boa estrutura física e bom estado de conservação.

O Quadro 16 resume as principais características desses cinco CEO existentes no município, cujas imagens são apresentadas nas figuras 76 a 80.

Quadro 16: Caracterização dos Centros de Especialidades Odontológicas. Município de Fortaleza.

Nome do CEO	Inauguração	Abrangência/população	Gestão	Tipo de CEO	Especialidades	Laboratório de Prótese
CEO Centro	1960 Era conhecido como Centro de Treinamento Odontológico (CTO) e somente em 2006 modificou o nome para CEO Centro	20 Municípios do Estado do Ceará	Estadual	Sem classificação (42 cadeiras odontológicas)	Periodontia, endodontia, estomatologia, prótese dentária, odontopediatria, radiologia, pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor e cirurgia buco-maxilo-facial, ortodontia, dentística estética, protocolo de implantodontia e serviços de atenção básica como restaurações, extrações e urgências 24 horas.	Não tem LRPD Contrata Laboratórios de Próteses mediante licitação há 20 anos. Confeciona os 3 tipos de prótese dentária (PT, PPR e PPF)
CEO Joaquim Távora	18/07/2003 (Funcionava desde 1994 na Escola	Município de Fortaleza	Estadual	CEO tipo II com 17 cadeiras	Periodontia, endodontia, prótese dentária,	Não tem LRPD Tem um laboratório

	Paulo VI)				odontopediatria , radiologia, dentística estética e urgências 24 horas (funcionando desde 2009)	interno que só confecciona Prótese Total Contrata Laboratórios de Próteses mediante licitação Confecciona 2 tipos de prótese dentária (PT e PPR)
CEO Rodolfo Teófilo	25/10/99	Município de Fortaleza	Estadual	CEO tipo II com 12 cadeiras	Periodontia, endodontia, prótese dentária, radiologia, dentística.	Não tem LRPD Contrata Laboratórios de Próteses mediante licitação Confecciona os 3 tipos de prótese dentária (PT, PPR e PPF)
CEO Floresta	03/09/2008	Município de Fortaleza	Municipal	CEO tipo III com 7 cadeiras	Periodontia, endodontia, estomatologia, prótese dentária, radiologia, pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor e dentística.	Tem LRPD Confecciona somente PT
CEO Messejana	25/10/2009	Município de Fortaleza	Municipal	CEO tipo II com 5 cadeiras	Periodontia, endodontia, estomatologia, prótese dentária, pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor, dentística	Não tem LRPD Contrata Laboratórios de Próteses mediante licitação Confecciona somente PT

Fonte: Elaboração da autora.

Figura 76: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO-Centro.



Fonte: Foto feita pela autora.

Figura 77: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Floresta.



Fonte: Foto feita pela autora.

Figura 78: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Messejana.



Fonte: Foto feita pela autora.

Figura 79: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Joaquim Távora.



Fonte: Foto feita pela autora.

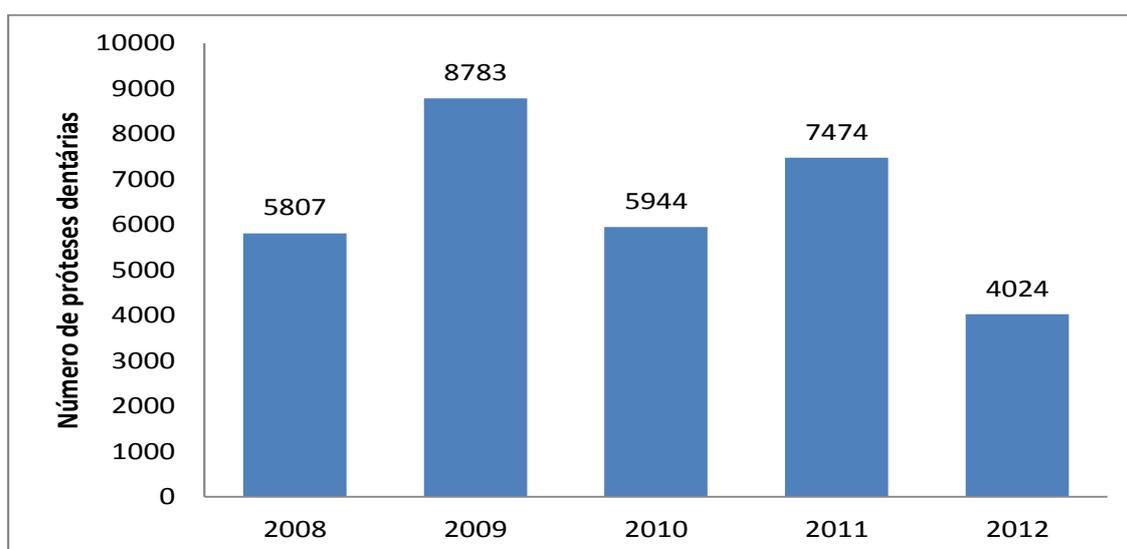
Figura 80: Centro de Especialidades Odontológicas, CEO Rodolfo Teófilo.



Fonte: Foto feita pela autora.

Apesar dos cinco CEO presentes no município ofertarem próteses dentárias para a população, observa-se que existe uma oscilação na produção do procedimento, com dois períodos de redução (2009-2010 e 2011-2012). Nesse sentido, pode-se sugerir que este serviço ainda não está totalmente estruturado no município (Figura 81).

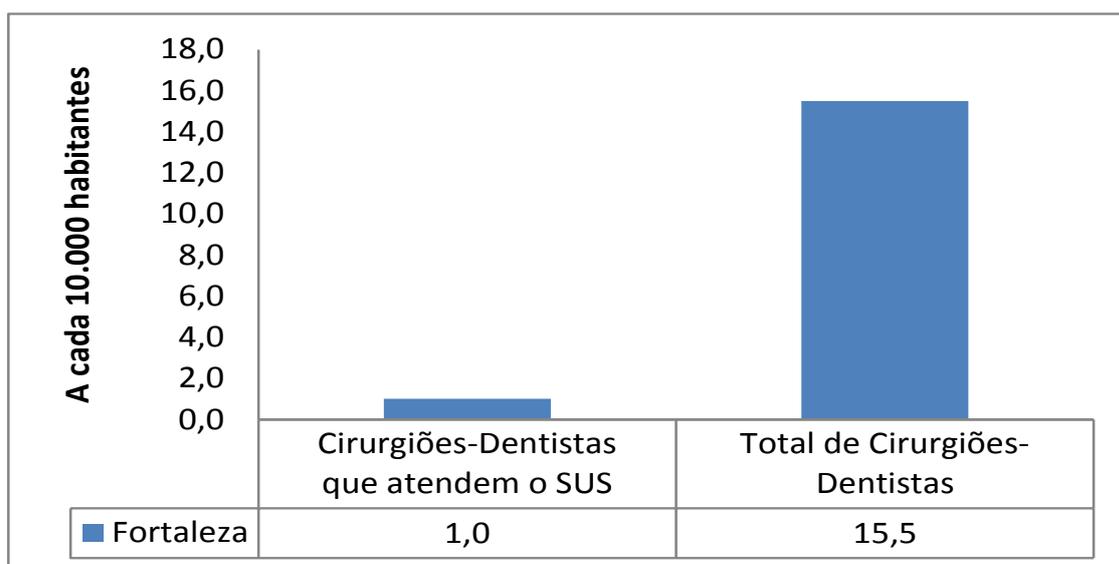
Figura 81: Evolução do número de próteses dentárias produzidas no município de Fortaleza de 2008 a 2012.



Fonte: disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qace.def>, acesso em: 24/05/2013.
 Nota: Foram considerados procedimentos de prótese dentária as próteses: total mandibular e maxilar, as removíveis mandibular e maxilar e as próteses coronárias/intrarradiculares fixas e adesivas por elemento.

No que diz respeito à disposição dos profissionais da área da saúde bucal, a taxa de cirurgiões-dentistas que atendem no SUS é quinze vezes menor que a taxa total desses profissionais no município, demonstrando que a iniciativa privada ocupa grande parte do mercado odontológico do município. Nesse sentido, pode-se sugerir uma carência de cirurgiões-dentistas no serviço público (Figura 82).

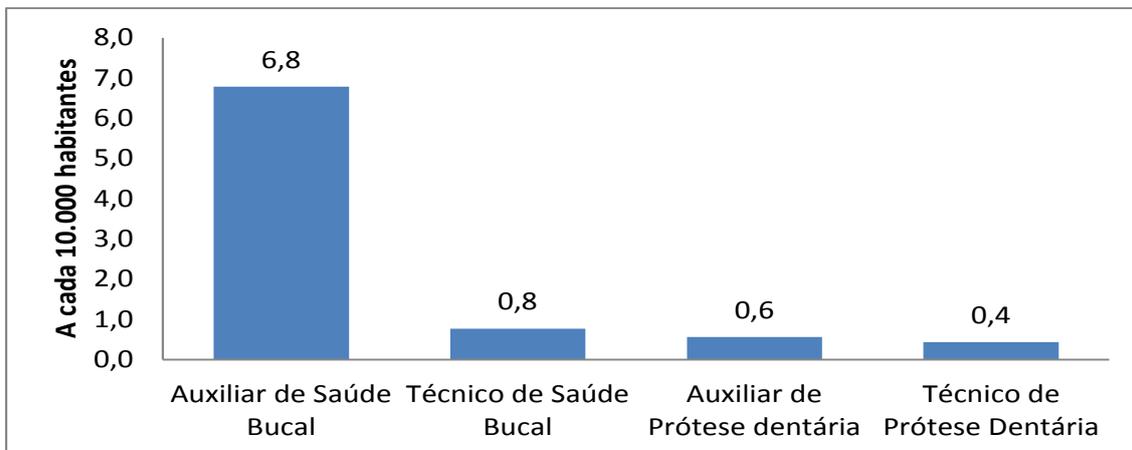
Figura 82: Taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS por 10.000 habitantes e do total de cirurgiões-dentistas por 10.000 habitantes. Município de Fortaleza em 2013.



Fonte: O número de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS foi retirado do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (acesso em: 04/05/2013, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/proc02ce.def>) e o total de Cirurgiões-Dentistas de Fortaleza foi retirado do Conselho Federal de Odontologia (acesso em: 04/05/2013, disponível em: www.cfo.org.br)

No que concerne às profissões auxiliares em odontologia, a taxa de auxiliar de saúde bucal por 10.000 habitantes é menor que a taxa do total de cirurgiões-dentistas no município, porém é maior que a taxa de cirurgiões-dentistas que trabalham no SUS. Contudo, estes auxiliares podem atuar tanto no setor público quanto no privado. Quanto aos técnicos de saúde bucal no município, não há equipes de saúde bucal modalidade II, contudo existem técnicos de saúde bucal que trabalham como auxiliares de saúde bucal no setor público ou setor privado. A taxa de auxiliar e técnico de prótese dentária por 10.000 habitantes também ainda é baixa no município (Figura 83), embora a quantidade de próteses dentárias produzidas no setor público tenha aumentado nos últimos anos.

Figura 83: Taxas de Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Prótese Dentária e Técnico de Prótese Dentária por 10.000 habitantes. Município de Fortaleza em 2013.



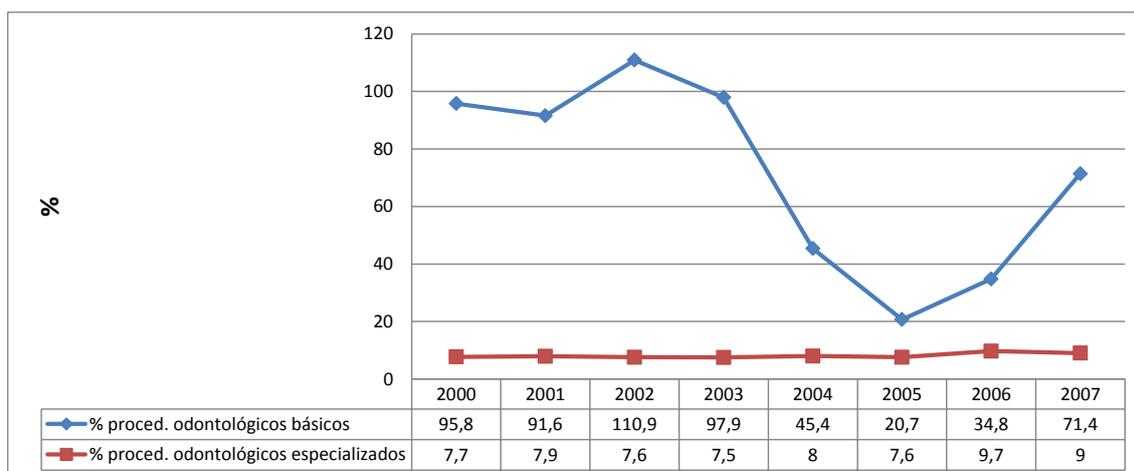
Fonte: O número de profissionais de cada categoria foram retirados do Conselho Federal de Odontologia (acesso em: 04/05/2013, disponível em: www.cfo.org.br). População total: disponível em: www.ibge.gov.br, acesso em: 04/05/2013.

No que diz respeito à produção de procedimentos odontológicos básicos por 100 habitantes, a Figura 84 mostra muitas oscilações de 2000 a 2007, com máximo de 110,9 procedimentos em 2002 e mínimo de 20,7 procedimentos para cada 100 habitantes em 2005. Os motivos da queda do indicador entre 2002 e 2005 não ficaram claros; uma hipótese concerne a limites no registro das informações. A partir de 2005, quando foram implantadas as primeiras equipes de saúde bucal, observa-se um novo aumento na produção desses procedimentos (Figura 84).

Em relação aos procedimentos odontológicos especializados, cabe lembrar que no município existia Centro de Especialidades desde 1965. Outro fato importante de ser comentado é que de 2000 a 2007 estes procedimentos eram ofertados somente pelos CEO estaduais, visto que o primeiro CEO municipal só foi inaugurado em 2008 (Figura 84).

Como mencionado para os outros dois municípios, cabe levantar a hipótese de pouca confiabilidade dos dados devido a subnotificações dos procedimentos ou a limitações dos sistemas de informações e monitoramento, que por sua vez podem ser influenciadas por mudanças na política e nos incentivos financeiros.

Figura 84: Evolução da produção de procedimentos odontológicos básicos e especializados por 100 habitantes. Município de Fortaleza de 2000 até 2007.



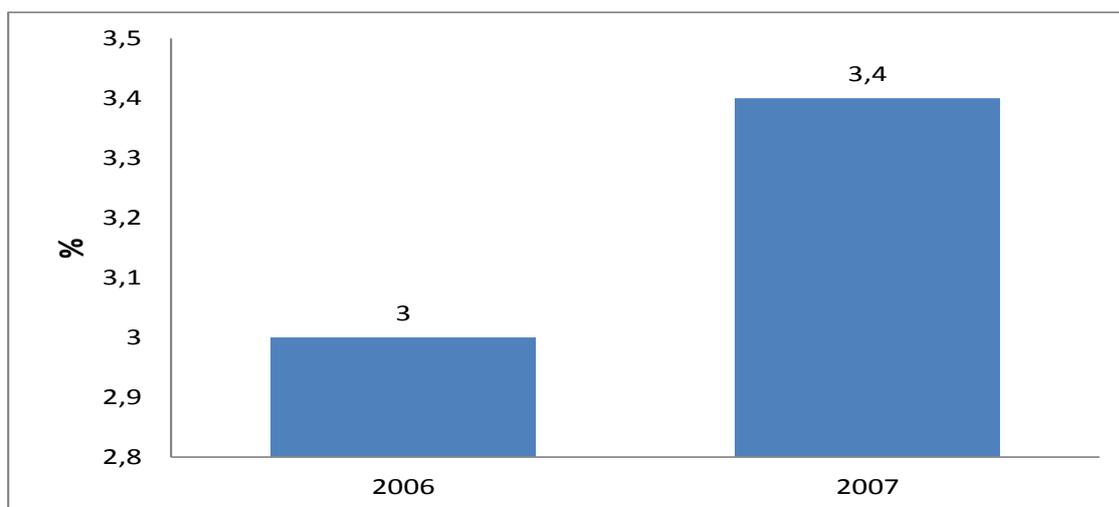
Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

No que se refere à taxa de cobertura de primeira consulta odontológica programática, só constam informações dos anos de 2006 e 2007. A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para este indicador é de 30% de cobertura anual⁴⁹, contudo nos anos de 2006 e 2007 a cobertura no município ficou muito abaixo da meta nacional. Isso pode ser explicado também pela baixa abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal que nestes dois anos ficou em torno de 28%, o que pode ter limitado o acesso da população às consultas odontológicas (Figura 85).

Em 2009, ocorreram alguns fatores que podem ter implicado nos resultados dos indicadores como, por exemplo, a reforma de alguns centros de saúde da família e o remanejamento de cirurgiões-dentistas para trabalhar em outras unidades, restringindo ainda mais o acesso da população aos serviços odontológicos. Além disso, também houve problemas com a empresa que fazia a manutenção dos equipamentos odontológicos paralisando alguns consultórios e, por fim, o município enfrentou um período de dois meses de greve destes profissionais (Fortaleza, 2010b).

⁴⁹ Portaria nº 91 de 10 de janeiro de 2007 que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde a serem pactuados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

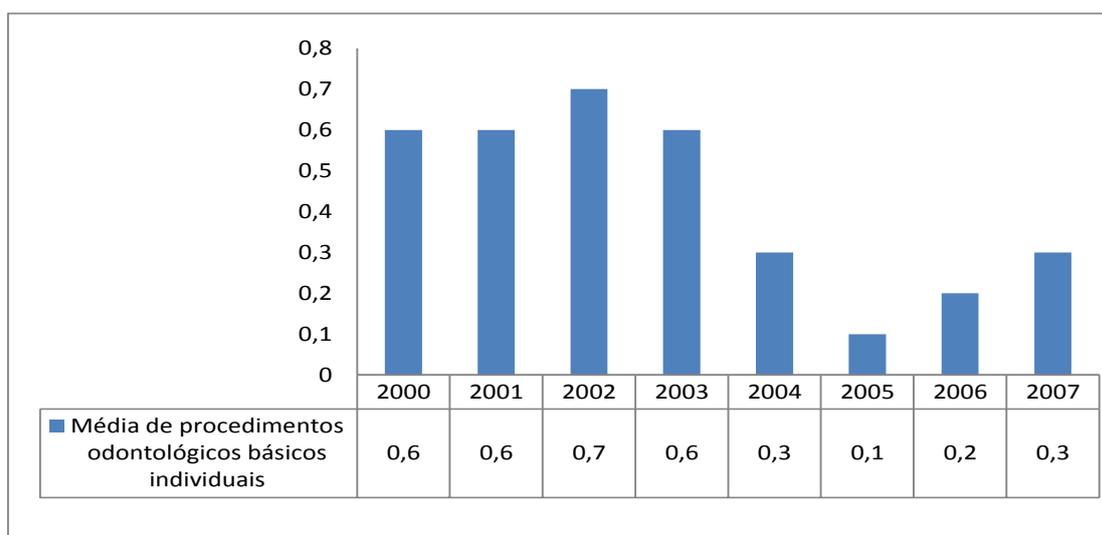
Figura 85: Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Fortaleza nos anos de 2006 e 2007.



Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

No que diz respeito à média de procedimentos odontológicos básicos individuais, pode-se observar uma oscilação com redução destes procedimentos de 2002 a 2005 (Figura 86). Esta média se manteve dentro dos parâmetros mínimo de 0,4 e máximo de 1,6 preconizado pelo Ministério da Saúde⁵⁰, nos anos de 2000 a 2003.

Figura 86: Evolução da Média de Procedimentos Odontológicos Básicos Individuais por habitantes. Município de Fortaleza no período de 2000 a 2007.

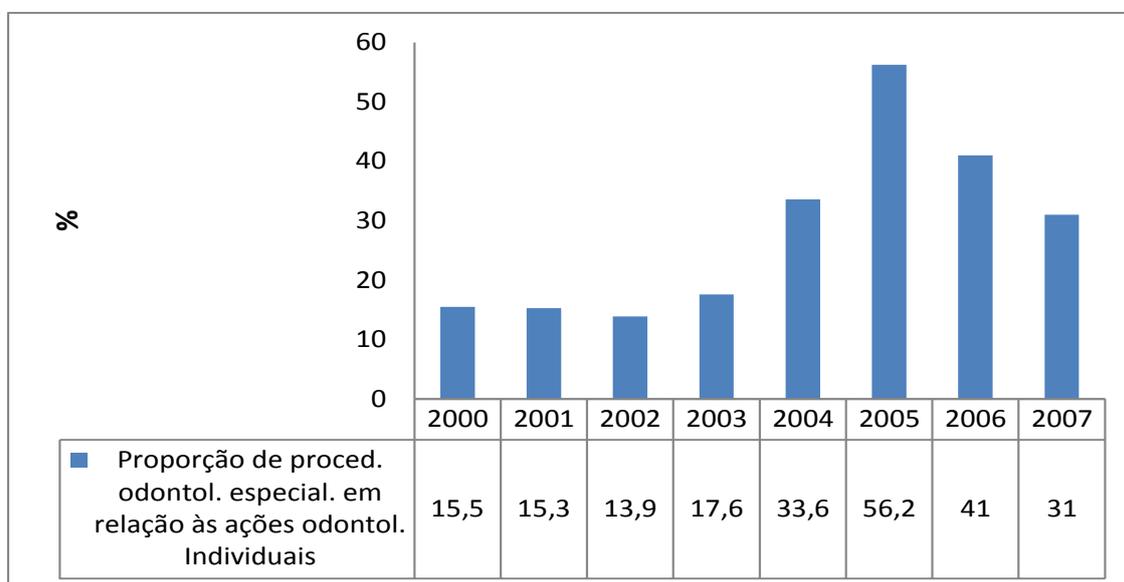


Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

⁵⁰ Portaria nº 1101/2002.

Em se tratando dos procedimentos especializados em relação aos procedimentos individuais da atenção básica, observou-se que houve oscilações entre 13,9% a 56,2%. Os serviços especializados eram ofertados pelos CEO estaduais que já existiam, pois os municipais foram criados em 2008 e 2009. Observa-se que o ano de 2005 obteve o maior resultado deste indicador e foi neste mesmo ano que a saúde bucal ganhou espaço na agenda de prioridades da gestão municipal com o convênio do município com os CEO estaduais e a contratação de um cirurgião-dentista para regular as referências para atenção secundária (Figura 87).

Figura 87: Evolução da Proporção de Procedimentos Odontológicos Especializados em relação às Ações Odontológicas Individuais. Município de Fortaleza, de 2000 a 2007.

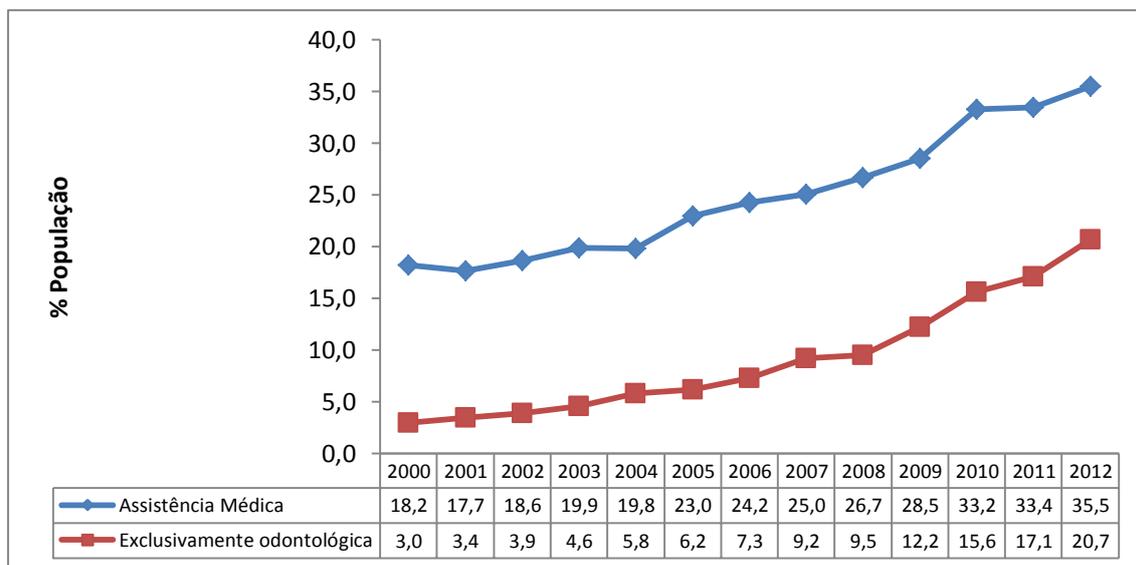


Fonte: Datasus, Sistema de Informação Ambulatorial, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pace.def> acessado em 05/05/2013. Elaborado pela autora.

Por fim, um último dado a ser considerado diz respeito à evolução dos planos de privados de saúde no município, com destaque para a atenção odontológica.

A Figura 88 mostra que a proporção de beneficiários de planos privados de assistência médica com e sem odontologia no município de Fortaleza subiu de 18,2% em 2000 para 35,5% da população em 2012. A proporção de beneficiários de planos privados com assistência exclusivamente odontológica cresceu de 3,0% em 2000 para 20,7% em 2012. Isto reforça o peso da iniciativa privada na oferta de serviços odontológicos no município.

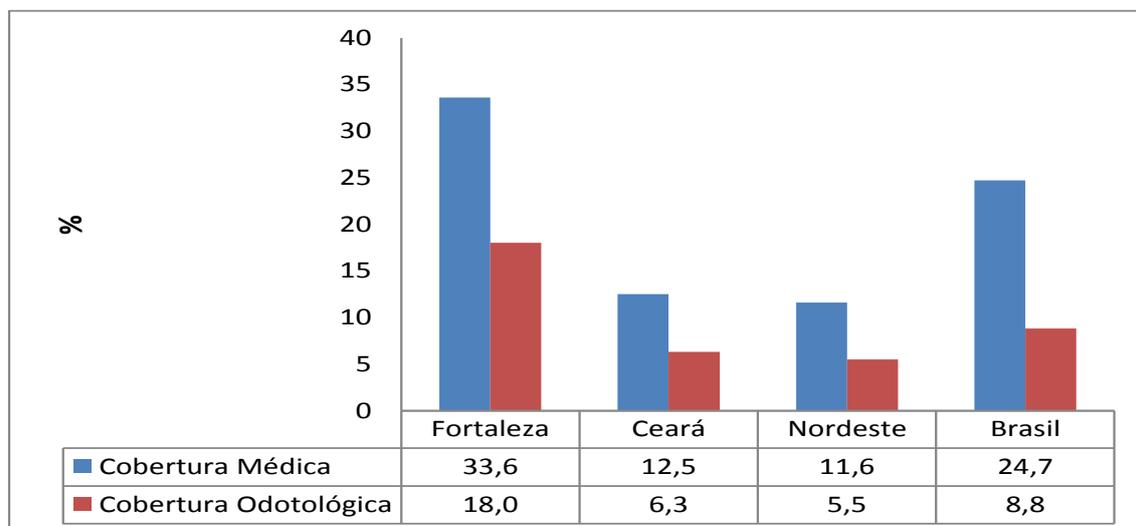
Figura 88: Evolução da proporção da população beneficiária de planos privados de saúde de assistência médica e de assistência exclusivamente odontológica em Fortaleza de 2000 a 2012.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF. Acesso em julho/2013.

No que se refere à rede privada de planos de assistência à saúde em dezembro de 2011, 33,6% da população tem plano com cobertura médica e 18% tem plano com cobertura odontológica o que representa uma cobertura maior do que o percentual estadual, regional e nacional (Figura 89). Existe, portanto, uma participação expressiva da iniciativa privada na assistência à saúde em Fortaleza.

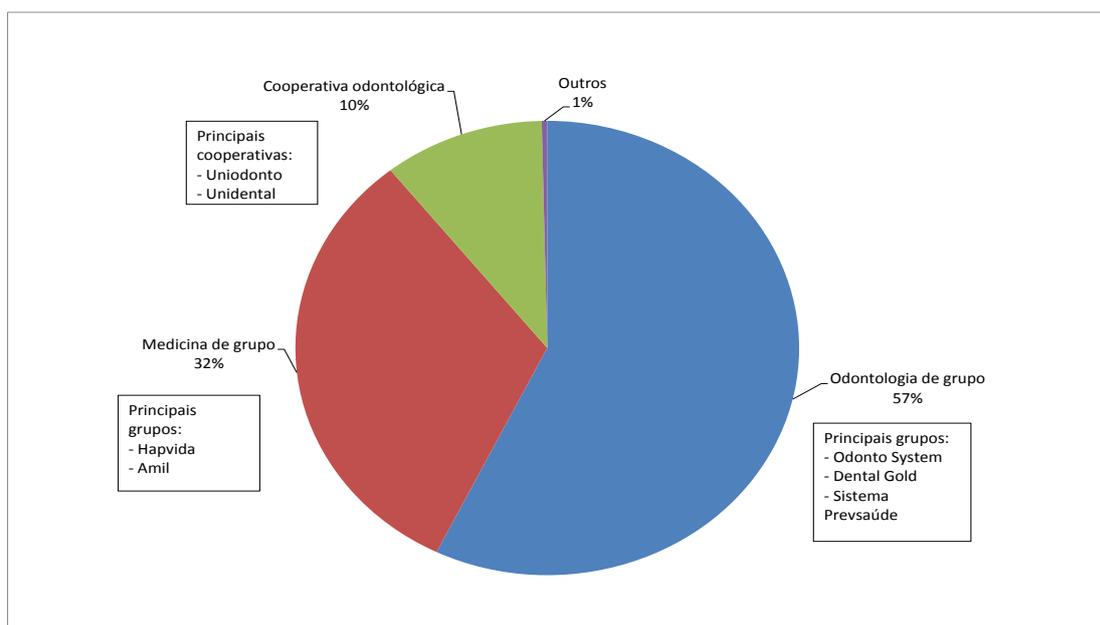
Figura 89: Taxa de cobertura de planos privados de assistência médica e de assistência odontológica. Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Região Nordeste e Brasil. Dezembro de 2011.



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF. Acesso em 15/05/2013.

Observa-se que a maior fatia do mercado de planos odontológicos privados em Fortaleza é dominada pela odontologia de grupo, com 57% de participação, representada principalmente pelas empresas Odonto System, Dental Gold e Sistema Prevsáude. Em seguida, a medicina de grupo abarca 32% deste mercado e, por fim, as cooperativas odontológicas têm 10% de participação, destacando-se as empresas Uniodonto e Unidental (Figura 90).

Figura 90: Distribuição dos planos exclusivamente odontológicos por modalidade de operadora, Fortaleza, dezembro de 2012.



Fonte Sistema Integrado de Fiscalização, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF
Acesso em: 15/05/2013

6.5. Condicionantes e Institucionalidade da política de saúde bucal nos três municípios.

A análise da política de saúde bucal e de indicadores selecionados dos três municípios mostra que Sobral se destacou pelos seguintes motivos: foi um dos primeiros municípios cearenses a fluoretar as águas de abastecimento público ainda nos anos 70 (Martins, Chagas e Teixeira, 2005), teve uma precoce inserção dos cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família, anterior às diretrizes federais; alcançou a maior abrangência populacional estimada (60,7%) das equipes de saúde bucal no período estudado; e foi o primeiro município que implantou um Centro de

Especialidades Odontológicas nos moldes da política federal atual, no ano de 2004. Apesar disso, Sobral foi o único que não aderiu ao concurso unificado para profissionais da Estratégia Saúde da Família; portanto hoje enfrenta problemas quanto ao baixo salário dos cirurgiões-dentistas e à precarização do vínculo empregatício.

Juazeiro do Norte foi o município que apresentou o maior índice de cárie dentária aos 12 anos, segundo os dados disponíveis. Porém, esse dado se refere ao ano de 2004; esse indicador pode ter sofrido alteração nos últimos anos, até pelos investimentos e expansão da atenção odontológica pública e privada. Vale observar que, dentre os três municípios pesquisados, Juazeiro do Norte é o único que não possui água de abastecimento público fluoretada.

Fortaleza apresentou uma inserção tardia das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a menor taxa de cirurgiões-dentistas que atendem o SUS. Tem uma baixa abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal, porém por ser um município de grande porte populacional é mais difícil conseguir cobrir toda a população. Outro ponto que merece atenção é a maior proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais, visto que o município conta com cinco CEO e é referência tanto em nível micro quanto em nível macrorregional para estes procedimentos.

Dentre os três municípios estudados, Fortaleza apresenta a maior taxa total de cirurgiões-dentistas. Porém, por ser a capital, o município mais populoso e economicamente dinâmico do estado, também apresenta um setor privado mais proeminente, que parece estar absorvendo a maior parte desses profissionais. O município apresentou a maior proporção da população beneficiária de planos privados de assistência exclusivamente odontológica e a maior concentração de operadoras de planos privados odontológicos em comparação aos outros dois. Além disso, tem o menor índice de cárie dentária dentre os municípios analisados, que pode estar também associada à fluoretação das águas de abastecimento público desde 1983 (interrompida em 1986 e retomada em 1989) (Bleicher e Frota, 2006), bem como a melhores condições socioeconômicas e de acesso a serviços em geral. A forte presença do setor privado odontológico também pode ter contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde bucal do município nas camadas socialmente mais favorecidas, que têm acesso a serviços privados mediante pagamento por desembolso direto⁵¹.

⁵¹ Não se teve acesso aos dados socioeconômicos por regiões no município de Fortaleza.

A Tabela 8 sintetiza e compara alguns indicadores relevantes para a caracterização da atenção à saúde bucal nos três municípios.

Tabela 8: Tabela-síntese dos principais dados da Política de Saúde Bucal dos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza. 2013.

	Sobral	Juazeiro do Norte	Fortaleza
CPO-D aos 12 anos	1,81 ⁵²	3,94 ⁵³	1,44 ⁵⁴
Município com fluoretação das águas de abastecimento pública	Sim	Não	Sim
Número de Equipes de Saúde Bucal em maio de 2013.	34	34	219
Abrangência Populacional Estimada das Equipes de Saúde Bucal em maio de 2013.	60,7%	45,9%	30,2%
Taxa de cirurgião-dentista que atende o SUS por 10.000 habitantes em maio de 2013.	2,4	1,9	1,0
Taxa total de cirurgião-dentista por 10.000 habitantes em maio de 2013.	6,6	7,7	15,5
Taxa de auxiliar de saúde bucal por 10.000 habitantes em maio de 2013.	2,4	1,7	6,8
Número de CEO implantados	2	2	5
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (2007)	9,7	9,4	31
Proporção da população beneficiária de planos privados de assistência exclusivamente odontológica (2012)	2,6%	3,1%	20,7%

Fonte: Elaboração da autora.

Em relação ao financiamento per capita da saúde bucal, que corresponde aos recursos federais repassados para custear as equipes de saúde bucal e os CEO, observa-se que, de 2002 a 2012, houve um crescimento progressivo desses recursos no Brasil, no Ceará e nos municípios da pesquisa. Apenas em Sobral registrou-se uma redução a partir do ano de 2010; ainda assim, o valor per capita de recursos federais nesse município foi superior ao dos demais municípios analisados no último ano da série (2012). Vale ressaltar que apesar de, nesse período, as transferências federais terem aumentado, ainda podem se consideradas relativamente baixas em termos *per capita*,

⁵² SB Ceará, 2004.

⁵³ SB Ceará, 2004.

⁵⁴ SB Brasil, 2010.

havendo necessidade de uma contrapartida do próprio município. Outro ponto que merece destaque é que os valores *per capita* repassados para os municípios estudados nesta pesquisa foram no período semelhantes ao valor *per capita* nacional, porém menores que o *per capita* estadual nos últimos três anos. Uma hipótese para o aumento mais expressivo das transferências federais *per capita* para o conjunto do estado do Ceará nos últimos anos – em relação aos três municípios estudados – é a inauguração e aumento da produção de um expressivo número de CEO regionais geridos pelo estado, localizados em diferentes municípios.

Tabela 9 - Evolução dos recursos federais per capita destinados às Equipes de Saúde Bucal e Centros de Especialidades Odontológicas. Brasil, Estado do Ceará e municípios de Sobral, Juazeiro e Fortaleza. 2002 a 2012.

	Recursos federais para ESF e CEO (R\$ per capita)										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sobral	1,74	2,23	4,63	4,64	4,10	5,56	5,61	5,55	4,59	4,39	4,98
Juazeiro	0,77	0,70	1,42	1,98	2,70	2,71	3,14	3,69	3,78	3,85	4,05
Fortaleza	0	0	0	0,26	1,19	1,81	1,41	1,77	2,46	3,39	4,04
Ceará	0,76	0,16	2,03	2,86	3,93	4,29	4,56	5,28	5,90	5,46	7,02
Brasil	0,33	0,52	1,13	1,77	2,27	2,49	2,83	3,30	3,63	3,87	4,29

Fonte: Dados de financiamento das equipes de saúde bucal e dos CEO retirados da sala de apoio à gestão estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage>. Acesso: 12/01/2014. Dados da população retirada do sítio do datasus, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptce.def>. Acesso: 12/01/2014.

No que se refere aos condicionantes da Política de Saúde Bucal, o quadro 20 sistematiza os principais fatores que influenciaram a política de saúde bucal nos municípios, considerando a dimensão histórico-estrutural, político-institucional e político-conjuntural.

Sobral apresentou condições mais favoráveis para a conformação e o desenvolvimento da política pública de saúde bucal no período recente, considerando os três principais grupos de condicionantes. O município é um polo macrorregional com economia relevante, com população bastante dependente do sistema público de saúde; foi pioneiro na adoção de estratégias de prevenção e assistência na área de saúde bucal; apresentou uma gestão municipal atuante na saúde bucal, com boa articulação e adesão às estratégias nacionais da política; e atores comprometidos e com certa estabilidade na condução da política de saúde e, mais especificamente, na saúde bucal.

Juazeiro do Norte apresentou condições histórico-estruturais relativamente favoráveis – dada a importância econômica do município associada ao peso do sistema público na saúde –, porém condicionantes institucionais e conjunturais em geral pouco

favoráveis, devido à persistência do modelo escolar em algumas escolas municipais e à pequena influência dos atores na política de saúde bucal.

Já Fortaleza apresentou uma situação ambígua quanto aos condicionantes histórico-estruturais. Por um lado, dispõe de um leque amplo de serviços públicos; por outro, constitui uma metrópole marcada pela forte presença e dinamismo do setor privado na saúde, inclusive na área odontológica, o que impõe tensões ao fortalecimento da política pública. Já os condicionantes político-institucionais e político-conjunturais foram favoráveis à expansão da política pública de saúde bucal.

O Quadro 17 detalha os condicionantes da política nos três municípios.

Quadro 17: Condicionantes da Política de Saúde Bucal em Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza a partir dos anos 2000 até 2012.

	Sobral	Juazeiro do Norte	Fortaleza
Histórico-Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - Município de médio porte, 4º economia do estado, alto PIB, polo da macro e microrregião de saúde, amplo sistema de saúde público e na área odontológica possui um estabelecimento que é referência de serviços especializados para os 24 municípios da microrregião de saúde, além do Curso de Odontologia da UFC, campus de Sobral; - Planos privados de assistência odontológica com menor peso, porém presença de cirurgiões-dentistas atuando em serviços privados, em clínicas e consultório privado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Município de médio porte, 5º economia do estado, alto PIB, polo da macro e microrregião de saúde, amplo sistema de saúde público e na área odontológica possui um estabelecimento que é referência de serviços especializados para os 6 municípios da microrregião de saúde; - Planos privados de assistência odontológica com menor peso, porém presença de cirurgiões-dentistas atuando em serviços privados, em clínicas e consultório privado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Município de grande porte, 1º economia do estado, alto PIB, polo da macro e microrregião de saúde, amplo sistema de saúde público e privado na área odontológica possui um estabelecimento odontológico que é referência de serviços especializados para os 21 municípios da microrregião de saúde; - Forte presença de planos privados de assistência odontológica e de cirurgiões-dentistas atuando no setor privado.
Influência predominante	Favorável	Favorável	Pouco Favorável
Político-Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Importante papel da gestão municipal na coordenação da política de saúde bucal através de iniciativas próprias e exitosas e articulação com a esfera nacional; - Precoce inserção de cirurgião-dentista na Estratégia Saúde da Família, marco histórico do lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal e um dos primeiros municípios cearenses a fluoretar as águas de abastecimento público ainda nos anos 70; - Investimento financeiro federal representado por repasses intergovernamentais 	<ul style="list-style-type: none"> - A trajetória histórica da saúde bucal no município sofreu forte influência do modelo escolar, que persiste até hoje e, após o lançamento das diretrizes nacionais, o município incorporou o modelo proposto com a implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e dos CEO. Além disso, o município também possui um serviço odontológico que reforça o modelo assistencial anterior; - Incentivo financeiro federal representado pelos repasses intergovernamentais para a saúde bucal que foram sempre 	<ul style="list-style-type: none"> - A trajetória histórica da saúde bucal no município sofreu influência da prestação de serviços odontológicos estaduais, quando em seguida houve um momento de investimento nos serviços básicos e especializados municipais apesar da tardia inserção das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. A área da saúde bucal conquistou seu espaço na política de saúde municipal devido a influências política de atores e com recursos financeiros sempre crescentes a partir de 2008.

	para a saúde bucal.	crescentes de 2002 a 2012.	
Influência predominante	Favorável	Pouco Favorável	Favorável
Político-Conjunturais	<ul style="list-style-type: none"> - Alinhamento com as diretrizes nacionais de saúde bucal; - Coalizões político-partidárias favoráveis das gestões municipal do PSB com a gestão nacional do PT; - Perfil e estabilidade dos atores políticos: presença de atores com forte influência política tanto na gestão da política local quanto no cenário nacional, além de serem sanitaristas, militantes da reforma sanitária; atores com estabilidade dentro da política local. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alinhamento parcial com as diretrizes nacionais da Política de Saúde Bucal, pois ainda persiste o modelo de odontologia escolar, além das ações itinerantes em saúde bucal reforçando o modelo assistencial anterior; - Coalizões político-partidária contrárias dos dois últimos governos municipais o que dificultou a continuidade de alguns projetos da saúde bucal; - Perfil e estabilidade dos atores políticos: apenas dois coordenadores de saúde bucal com perfil sanitarista e com foco na saúde bucal; destaque para uma coordenadora do CEO irmã do prefeito e para a influência religiosa da igreja; atores com pouca estabilidade dentro da política local visto que houve um momento de rotatividade dos dirigentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alinhamento com as diretrizes nacionais da Política de Saúde Bucal. - Coalizões político-partidárias favoráveis do governo municipal com o governo federal (A gestão municipal de 2005 a 2012 foi do PT mesmo partido do governo nacional); - Perfil e estabilidade dos atores políticos: presença de atores com forte influência política tanto na gestão da política local quanto no cenário nacional, além de serem sanitaristas, militantes da reforma sanitária; atores com estabilidade na política local.
Influência predominante	Favorável	Pouco favorável	Favorável

Fonte: Elaboração da autora.

No que diz respeito à institucionalidade da Política de Saúde Bucal, pôde-se observar que, para os três municípios, a maioria das variáveis do “Contexto da Política de Saúde Bucal” sinalizam uma institucionalidade avançada ou intermediária. A “Trajetória da Política” nos três municípios favoreceu uma institucionalidade intermediária, pois todos apresentaram fatores que em algum momento interferiram negativamente no percurso histórico da política de saúde bucal local. Em Juazeiro do Norte a variável “Agenda Política e Atores” pesou a favor de uma institucionalidade intermediária, pois a Política de Saúde Bucal não ocupou um lugar de destaque na agenda governamental e, também, não contou com atores com muita influência política no cenário local.

Nos três municípios, a maioria das variáveis relativas à “Configuração do sistema de atenção à saúde bucal” favoreceu uma institucionalidade intermediária pois, apesar dos crescentes recursos financeiros para a área da saúde bucal na atenção especializada, houve oscilações nos recursos da atenção básica em Sobral e Fortaleza, bem como, os três municípios apresentaram dificuldades quanto à infraestrutura dos

serviços públicos odontológicos. O município de Fortaleza apresentou um quadro desfavorável em relação à variável “Configuração Público-Privada do Sistema de Saúde”, devido à grande expansão do setor privado odontológico, à presença de operadoras de planos privados exclusivamente odontológicos e à alta presença de cirurgiões-dentistas atuante em consultórios particulares, o que põem em risco a institucionalidade da política de saúde bucal municipal.

Nesta comparação, Sobral ganhou destaque quando se adiantou no investimento na área da saúde bucal inserindo cirurgiões-dentistas precocemente na Estratégia Saúde da Família, destacando-se na precoce fluoretação das águas de abastecimento público, além disso, foi escolhido como marco histórico para o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal. Os acontecimentos progressos influenciaram e, ainda hoje, podem influenciar o caminho tomado pela política de saúde bucal municipal, bem como, pode favorecer sua institucionalidade.

A trajetória da política de saúde bucal de Juazeiro do Norte foi fortemente influenciada pelo modelo de odontologia escolar ocorrido antes dos anos 2000, pois atualmente, apesar do município ter aderido às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, ainda persistem alguns serviços odontológicos escolares no município.

A trajetória histórica da política de saúde bucal de Fortaleza se confundiu com a trajetória dos serviços estaduais de saúde bucal ofertados no município, visto que existiam poucos serviços odontológicos municipais. Ainda hoje o município conta com a parceria de serviços estaduais que nos dias atuais são ofertados pelos CEO estaduais.

Em 2000, Sobral se encontrava no momento de crescimento da sua Política de Saúde Bucal, enquanto Juazeiro do Norte e Fortaleza ainda estavam numa fase inicial de estruturação. Sobral apresentou uma implantação precoce, já em Juazeiro do Norte esta implantação foi concomitante com a nacional, enquanto Fortaleza foi o último dos três municípios a aderir às diretrizes e estratégias da atual Política Nacional de Saúde bucal. Apesar de momentos iniciais distintos, esta política avançou rapidamente em Fortaleza principalmente nos anos de 2005 a 2008 (momento de crescimento), certamente por ser a capital do estado, ter mais recursos financeiros que os outros dois, ser referência para serviços especializados em saúde bucal inclusive em nível terciário e pela presença de atores com forte influência política em âmbito local.

No que tange às relações intergovernamentais, nos três municípios consta a participação estadual na prestação de serviços odontológicos, contudo em Fortaleza essa prestação se deu historicamente antes do que nos outros dois municípios, visto que o

município possui três CEO estaduais, enquanto em Sobral e em Juazeiro do Norte só consta um estabelecimento com participação estadual, sob consórcio público.

No que diz respeito à agenda e aos atores, Sobral e Fortaleza apresentaram semelhanças quanto à política de saúde bucal ter ocupado um lugar de destaque na agenda governamental e com a presença de atores com forte influência política tanto no cenário local quanto nacional. É importante destacar que os dois municípios tiveram um mesmo Secretário de Saúde, porém em períodos diferentes. Juazeiro do Norte não apresentou atores muito influentes, assim como sua política de saúde bucal não ocupou lugar de destaque na agenda governamental.

Quanto às condições de sustentação da política, representada pelos recursos financeiros, físicos e humanos, Juazeiro do Norte se destacou pelo financiamento sempre crescente para a saúde bucal na atenção básica, os três municípios apresentam gargalos quanto à infraestrutura dos serviços públicos odontológicos e quanto a questões relacionadas a recursos humanos, com poucos cirurgiões-dentistas inseridos no SUS.

Em síntese, após a análise dos fatores que influenciaram a institucionalidade pôde-se observar que a política de saúde bucal dos três municípios alcançou uma institucionalidade intermediária.

O Quadro 18 detalha as categorias/variáveis da institucionalidade da política nos três municípios.

Quadro 18: Quadro-Resumo da Institucionalidade da Política de Saúde Bucal de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza, 2013.

Eixo/Contexto: Contexto da Política de Saúde Bucal			
Categoria/Variáveis	Sobral	Juazeiro do Norte	Fortaleza
Trajatória da Política: Tempo de implantação, grau de continuidade e expansão pública.	<ul style="list-style-type: none"> - Antes dos anos 2000: predomínio da odontologia escolar no serviço público. - Política de saúde bucal antiga com experiências prévias tais como a inserção precoce de cirurgiões-dentistas na Estratégia Saúde da Família em 1998, pioneiro no Estado na fluoretação das águas de abastecimento público; 1º CEO inaugurado da Política Nacional de Saúde Bucal. - Política abrangente e universal. - Apresentou um período de interrupção, com a mudança de governo municipal em 2005, com a ligeira redução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal e com oscilações no financiamento para a área da saúde bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes dos anos 2000: serviços públicos odontológicos voltados para escolares e para atendimento à demanda espontânea. - Política de saúde bucal recente: implantação da Política de Saúde Bucal no mesmo período do lançamento das diretrizes nacionais. - Política abrangente, universal, sem interrupções bruscas da política de saúde bucal local com crescente aumento da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal e do financiamento para a área da saúde bucal. - Atualmente ainda persiste o modelo de odontologia escolar em cinco escolas municipais. - Adesão ao concurso público unificado para profissionais da Estratégia Saúde da Família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antes dos anos 2000: serviços públicos odontológicos organizados pela Secretaria de Saúde Estadual e serviços públicos municipais - Implantação tardia da Política de Saúde bucal, com a inserção das primeiras equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em 2005. - Política abrangente, universal, criação de lei de Carreira para Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal da Família no SUS de Fortaleza que asseguram a continuidade da política. - Adesão ao concurso público unificado para profissionais da Estratégia Saúde da Família. - Apresentou um período de interrupção da política de saúde bucal com oscilações no financiamento para a área (redução entre 2007-2008) e com redução na abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal.
Tipo	Intermediária	Intermediária	Intermediária
Relações Intergovernamentais: Atribuições e sinergia das três esferas de governo.	<ul style="list-style-type: none"> - Indução das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal pela esfera nacional através das transferências financeiras intergovernamentais federais para a saúde bucal e de portarias atreladas a estes recursos; - Esfera estadual: prestação de serviços odontológicos especializados através da participação no financiamento tripartite do CEO regional. - Houve sinergia entre as três esferas com indução das diretrizes nacionais e com a 	<ul style="list-style-type: none"> - Indução das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal pela esfera nacional através das transferências financeiras intergovernamentais federais para a saúde bucal e de portarias atreladas a estes recursos; - Esfera estadual: prestação de serviços odontológicos especializados através da participação no financiamento tripartite do CEO regional. - Houve sinergia entre as três esferas com indução das diretrizes nacionais e com a prestação de 	<ul style="list-style-type: none"> - Indução das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal pela esfera nacional através das transferências financeiras intergovernamentais federais para a saúde bucal e de portarias; - Esfera estadual: prestação de serviços odontológicos especializados através dos três CEO estaduais localizados no município. - Houve sinergia entre as três esferas com indução das diretrizes nacionais e com a prestação de serviços especializados pela

	prestação de serviços especializados pela esfera estadual.	serviços especializados pela esfera estadual.	esfera estadual.
Tipo	Avançada	Avançada	Avançada
Agenda Política e Atores: Lugar ocupado pela política de saúde bucal na agenda governamental, comprometimento e estabilidade dos atores.	<ul style="list-style-type: none"> - A política de saúde bucal ocupou um lugar de destaque na política de saúde municipal. - Presença de atores com forte influência política na gestão local e no cenário nacional, sanitaristas e militantes do SUS e com certa estabilidade dentro da gestão municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2001 a saúde bucal entra na agenda da política de saúde municipal, não ocupa um lugar de destaque, porém é vista como importante pela gestão municipal. - Presença de atores comprometidos com a política de saúde bucal sem forte influência política e com estabilidade parcial, visto que, na última gestão municipal houve um período de rotatividade dos coordenadores de saúde bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em 2005, a política de saúde bucal municipal ocupou um lugar de destaque na agenda governamental com a criação de cargos comissionados para a saúde bucal e da Lei de Carreira para Dentista da Família no SUS de Fortaleza. - Política de Saúde Bucal discutida no Fórum de Saúde Bucal Coletiva e no Conselho Municipal de Saúde. - Presença de atores com forte influência política na gestão local e no cenário nacional, sanitaristas e militantes do SUS e com certa estabilidade dentro da gestão municipal.
Tipo	Avançada	Intermediária	Avançada
Eixo/Contexto: Configuração do sistema de atenção à saúde bucal			
Categoria/Variáveis	Sobral	Juazeiro do Norte	Fortaleza
Condições de sustentação da política pública: Recursos financeiros, físicos e humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Oscilações nos recursos financeiros da saúde bucal na atenção básica. - Crescentes recursos financeiros da saúde bucal na atenção especializada. - Centros de Saúde da Família com pouca infraestrutura física para o funcionamento das equipes de saúde bucal, alguns funcionando em casas alugadas. - O CEO municipal apresenta infraestrutura física razoável, pois apesar dos equipamentos não serem novos se apresentam em bom estado de conservação; - O CEO regional apresenta excelente infraestrutura com equipamentos odontológicos modernos. - Cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal terceirizados com vínculo empregatício 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescentes recursos financeiros tanto para a saúde bucal na atenção básica quanto na atenção especializada. - Infraestrutura de alguns postos de saúde e equipamentos odontológicos da atenção básica precários; - CEO municipal com infraestrutura precária com equipamentos odontológicos antigos. - O CEO regional apresenta excelente infraestrutura com equipamentos odontológicos modernos. - Os cirurgiões-dentistas da atenção básica são concursados; - Baixo salário dos cirurgiões-dentistas do CEO municipal. - As auxiliares de saúde bucal são terceirizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oscilações nos recursos financeiros da saúde bucal na atenção básica. - Crescentes recursos financeiros da saúde bucal na atenção especializada. - Reestruturação da rede de assistência odontológica pública com substituição dos equipamentos odontológicos antigos e reforma dos Centros de Saúde da Família. - Os CEO municipais apresentam excelente infraestrutura com equipamentos odontológicos novos; - Os CEO estaduais também apresentam boa infraestrutura e equipamentos odontológicos em bom estado de conservação. - Os cirurgiões-dentistas da atenção básica são concursados; os do CEO municipais foram remanejados da atenção básica;

	precário e com baixos salários.		- As auxiliares de saúde bucal são terceirizadas.
Tipo	Intermediária	Intermediária	Intermediária
Configuração Público-Privada do Sistema de Saúde: Peso da oferta e relações entre público e privado.	- Crescimento razoável da oferta de serviços privados odontológicos e de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos; presença de cirurgiões-dentistas atuando em consultórios particulares; terceirização de serviços de prótese dentária.	- Crescimento razoável da oferta de serviços privados odontológicos e de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos; presença de cirurgiões-dentistas atuando em consultórios particulares; terceirização de serviços de prótese dentária, de radiografias panorâmicas e de cirurgias buco-maxilo-faciais.	- Grande expansão do setor privado odontológico e de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos; presença de cirurgiões-dentistas atuando em consultórios particulares; presença de operadoras de planos privados exclusivamente odontológico; terceirização de serviços de prótese dentária.
Tipo	Intermediária	Intermediária	Incipiente
Institucionalidade: Síntese	Intermediária	Intermediária	Intermediária

7. Considerações Finais.

Até recentemente, as políticas públicas na área de saúde bucal no Brasil eram caracterizadas por estratégias fragmentadas e fragilidades no que concerne à capacidade de melhorar a situação de saúde da população.

Nos catorze primeiros anos de implantação do SUS, em que pesem avanços pontuais - particularmente o início das equipes de Saúde Bucal em 2000 - a área não teve destaque na política nacional de saúde. O lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 marca uma inflexão da trajetória da saúde bucal no país, dada a prioridade conferida a essa política, seu desenho universal e abrangente e a ênfase na expansão e fortalecimento da provisão pública.

A Política Nacional de Saúde Bucal, atualmente em vigor, reafirma os princípios doutrinários e organizativos do SUS e representa o compromisso do Estado na promoção do direito à saúde bucal, sendo coerente com uma concepção avançada de proteção social. Ela procura romper com um modelo de atenção historicamente e construído ineficaz e socialmente injusto, para construir um modelo baseado na prevenção, recuperação e reabilitação da saúde bucal, bem como busca superar a imensa dívida social na área, por meio da ênfase na saúde bucal como direito social universal.

Devido a essa recente prioridade do Estado em investir na política de saúde bucal, as mudanças e avanços alcançados ainda tem que ser mais bem avaliados. Houve melhoras expressivas nos indicadores de saúde bucal no país nas últimas décadas, mas tais resultados podem ter sido influenciados por diferentes fatores.

Em face da implementação descentralizada da política no contexto federativo brasileiro, é fundamental a realização de estudos de caso para a compreensão das possibilidades e dificuldades de fortalecimento de uma política pública na área de saúde bucal no país. Esse estudo visou contribuir para esse debate, ao analisar a política de saúde bucal no estado do Ceará, mais especificamente nos municípios de Sobral, Juazeiro do Norte e Fortaleza.

O estado do Ceará teve um papel importante nesta pesquisa, pois por ser um estado de vanguarda em experiência exitosas na área da saúde e da saúde bucal, contribuiu sobremaneira para a implantação e o fortalecimento da política de saúde bucal nos municípios. O Ceará estruturou uma Política de Saúde Bucal antes mesmo do lançamento das diretrizes nacionais, com investimentos anteriores em serviços públicos

odontológicos; no período estudado, foi planejador, financiador e prestador direto de serviços, além de atuar como indutor da política de saúde bucal junto aos municípios do estado, incluindo os três municípios pesquisados.

Ainda que os municípios apresentem características distintas, no período recente eles sofreram algumas influências semelhantes, relacionadas, por exemplo, à indução federal e à atuação estadual na política de saúde bucal. Em relação à configuração do sistema de atenção à saúde bucal, os três municípios apresentaram uma boa organização da rede de atenção à saúde bucal, tanto na atenção básica quanto na especializada.

A trajetória histórica da política de saúde bucal dos municípios pesquisados de certa forma acompanhou os caminhos das políticas nacionais. Antes dos anos 2000, foi marcada por ações e serviços odontológicos assistenciais curativos, pontuais e mais direcionados para grupos específicos como os escolares.

A partir dos anos 2000, apresentou influências das mudanças nas orientações nacionais relativas à saúde bucal. Particularmente as diretrizes lançadas pela Política Nacional de Saúde Bucal de 2004 foram indutoras para a implantação da política de saúde bucal nos três municípios pesquisados. Estes implantaram equipes de saúde bucal, centros de especialidades odontológicas e laboratórios de prótese dentária que são dispositivos defendidos pela política nacional.

De forma associada ao poder normativo, outros autores já ressaltaram a importância dos incentivos financeiros federais para a indução da implantação de políticas específicas no âmbito de estados e municípios (Machado, 2007; Baptista, 2007). Por outro lado, Marques e Mendes (2003) ressaltam que o repasse financeiro transferido pelo governo federal não é suficiente para cobrir as despesas com saúde, fazendo com que os municípios se tornem responsáveis por essas despesas e financiem em parte as políticas incentivadas pelo Governo Federal.

Kornis, Maia e Fortuna (2011) afirmam que o fator de indução para os municípios aderirem à Política Nacional de Saúde Bucal são os recursos federais destinados à implantação das diretrizes da política, porém somente estes recursos não são capazes de contemplar as demandas de saúde bucal da população, havendo a necessidade da contrapartida dos municípios.

Um estudo de caso mostrou que, no período de 1998 a 2007, a grande maioria dos municípios do Rio de Janeiro, apesar dos incentivos financeiros lançados pelo Ministério da Saúde para induzir a adesão às diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, apresentaram um processo inconcluso na reorganização da atenção à saúde bucal

e necessitam de uma ação conjunta mais efetiva das esferas federal, estadual e municipal para promover a melhoria das condições de saúde bucal da população. (Maia, 2008)

As questões relativas à relação entre indução nacional e políticas locais, incluindo a participação no financiamento, também foram referidas nessa pesquisa. Vários entrevistados reconheceram a influência da política nacional e a importância dos recursos federais; alguns ressaltaram também a participação do estado e necessidade de participação financeira dos municípios, reconhecendo dificuldades locais para a sustentabilidade da política.

Porém, nos três municípios analisados nesta pesquisa observaram-se diferenças na política relacionadas a: iniciativas prévias próprias de cada município; momento e ritmo de adesão às propostas nacionais; forma de relação e de atuação da esfera estadual; poder, comprometimento e estabilidade dos atores condutores dessa política; e o lugar por ela ocupado na agenda governamental local. Isso implicou em maiores ou menores incentivos para a área da saúde bucal e teve repercussões para a institucionalidade desta política em cada um dos municípios.

Além disso, observou-se que a implementação da política de saúde bucal nos municípios apresentou variações ao longo do tempo. A adesão às diretrizes nacionais, por exemplo, não ocorreu no mesmo momento e ritmo, tendo sido influenciada por decisões de atores locais. Além disso, houve momentos em que a área da saúde bucal foi mais priorizada ou relegada a um segundo plano na política municipal, como exemplificado pelas situações de expansão acelerada ou de redução da abrangência populacional estimada das equipes de saúde bucal. Essas variações temporais ocorreram nos três municípios, embora em momentos e por motivos distintos, a depender do contexto político local. No entanto, não se observou em nenhum dos três casos uma situação de alta instabilidade, o que fala a favor do alcance de certa institucionalidade da política nos municípios estudados.

Assim como nesta pesquisa, o estudo de Serra (1998) também evidenciou momentos diferenciados de implantação da política de saúde bucal nos municípios de Niterói, Campinas e Curitiba.

Já na pesquisa de Chaves e Silva (2007) foram observados diferentes padrões de implantação das ações de saúde bucal (intermediária e incipiente) em dois municípios baianos. Esta implantação sofreu influências do governo municipal, da gestão da saúde

na organização da atenção em saúde bucal e do financiamento para organizar os serviços de saúde bucal.

Soares e Paim (2011) reforçam que o apoio do poder local é imprescindível no momento da implementação da política de saúde bucal dos municípios.

Em que pesem as diferenças registradas, a análise dos três casos analisados na presente pesquisa sugeriu que a Política de Saúde Bucal alcançou resultados institucionais relativamente semelhantes nos três municípios no período estudado (2000 a 2012). Isso pode ter em parte relação com semelhanças estruturais que justificaram a própria escolha dos casos: são três municípios polos macrorregionais de um mesmo estado da federação. Mas também se relaciona ao fato de que nos três municípios a política de saúde bucal no período recente foi muito ancorada nas diretrizes nacionais e bastante influenciada pela atuação da esfera estadual, que tem sido expressiva no apoio aos municípios, promoção de estratégias de regionalização e na prestação de serviços especializados. Ou seja, as relações intergovernamentais na política foram um elemento relevante na explicação das semelhanças, ao menos em termos de resultados institucionais.

Um ponto de diferença foi o peso da participação da iniciativa privada na prestação de serviços odontológicos que foi mais expressiva em Fortaleza, por ser a capital do estado e ter a maior taxa total de cirurgiões-dentistas, sendo que, provavelmente, grande parte deve estar trabalhando no setor privado, em consultórios particulares ou serviços ligados a planos odontológicos privados. . Neste aspecto, pode-se observar que Fortaleza apresentou um maior peso do setor privado presente no município e maior número de beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos.

Nota-se que a participação do setor privado odontológico no Brasil e nos municípios pesquisados tem crescido nos últimos anos, para atender a parte da população que pode pagar por estes serviços. Por outro lado, ainda existe uma grande parte de pessoas que não tem acesso aos serviços públicos odontológicos.

Vieira (2012) observou que historicamente a atuação governamental no Brasil é residual, com serviços públicos de saúde bucal focalizados para os pobres, o que favoreceu o crescimento dos planos privados de assistência odontológica para a população inserida no mercado formal de trabalho.

No que diz respeito às despesas de consumo das famílias com saúde, no Brasil este gasto aumentou de 7% do orçamento familiar, no período de 2002 e 2003, para

7,2%, em 2008 e 2009. A maior parte destes gastos está relacionada a gastos com remédios (48,6%) e com planos de saúde (29,8%), incluindo planos odontológicos. Já os gastos diretos com consulta e tratamento dentário corresponderam a 0,3% do total das despesas das famílias brasileiras nos anos de 2008 e 2009. No Nordeste e no Ceará esta despesa com assistência à saúde foi de 5,5 % e 5,6%, respectivamente, do total das despesas de consumo das famílias. Nesta região as famílias gastaram R\$ 3,12 com consulta e tratamento dentário nestes mesmos anos (IBGE, 2010).

Portanto, é importante chamar a atenção para dois pontos de reflexão: primeiro, nem todas as melhorias nos indicadores de saúde bucal se devem unicamente aos serviços públicos e, em segundo lugar, a expansão da oferta privada e dos planos privados odontológicos acessíveis somente para parte da população com capacidade de pagamento pode reiterar as desigualdades no acesso aos serviços, mesmo no contexto da expansão da atenção odontológica pública.

Em que pese a expansão nacional da oferta pública de serviços de saúde bucal no território nacional nos anos 2000 - também observada no conjunto do estado do Ceará e nos municípios estudados - e alguns resultados positivos em termos institucionais e sanitários, cabe ressaltar dois aspectos que impõem desafios à consolidação da política de saúde bucal nos modelos propostos. Um deles é a persistência de desigualdades nos indicadores de saúde e de oferta de serviços entre grupos sociais e regiões do país. O outro é o fato que, paralelamente à expansão de serviços públicos na área, ocorreu também uma expressiva expansão de serviços privados no país, incluindo planos privados de saúde odontológicos. Os serviços de saúde bucal públicos e privados se apresentam desigualmente distribuídos no território nacional.

Além do peso do setor privado na atenção odontológica, outros desafios para o fortalecimento da política pública de saúde bucal que foram reiterados pelo presente estudo são: a garantia de financiamento adequado para a expansão e sustentabilidade dos serviços; a disponibilidade e distribuição mais equânime de profissionais capacitados, com situação trabalhista estável, salários adequados e boas condições de trabalho; a existência de equipamentos e insumos odontológicos adequados; a expansão de serviços especializados ainda em número insuficiente (por exemplo, laboratórios de próteses dentárias); a organização das referências entre atenção básica e especializada; o equilíbrio e articulação entre políticas de prevenção (por exemplo, fluoretação das águas) e atenção clínica.

Num estudo semelhante realizado por Soares e Paim (2011), os principais obstáculos identificados para a consolidação da Política de Saúde Bucal em Salvador no período de 2004 a 2007 foram: a inespecificidade do projeto de governo para a área da saúde bucal; os problemas com recursos humanos (as diversas formas de contratação, baixos salários, ausência de planos de cargos, carreiras e salários, desmotivação e descompromisso dos cirurgiões-dentistas); a falta de autonomia financeira e de gerência dos recursos financeiros da saúde por parte da Secretaria Municipal de Saúde e por fim, o baixo peso político que a saúde e seus projetos representaram para a prefeitura da cidade.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Uma primeira diz respeito às dificuldades de caracterizar a trajetória histórica prévia da política de saúde nos três municípios, por escassez de estudos prévios e de documentos que favoreçam a reconstrução dessa memória. Uma segunda dificuldade se relacionou ao fato de a pesquisa de campo ter sido realizada entre os meses de junho, julho e agosto de 2012, um período próximo às eleições municipais; isso gerou resistência de alguns entrevistados em responder a algumas perguntas e a disponibilizar informações e dados para a pesquisa. Outra limitação, referente às entrevistas realizadas, diz respeito às falhas de memória dos entrevistados, que em alguns momentos não tinham certeza do período em que os fatos tinham acontecido.

Uma limitação séria diz respeito aos problemas na disponibilidade e na qualidade dos dados necessários para a caracterização da política e da atenção à saúde bucal. Os dados primários eventualmente disponibilizados pelos municípios estavam desagregados, com ausência de alguns meses e eram predominantemente do ano anterior. A opção de uso de dados secundários, disponíveis nos sites institucionais e sistemas de informações oficiais do SUS, esbarrou em problemas de confiabilidade e de descontinuidade, particularmente no que se refere às informações sobre produção e aos indicadores de monitoramento da política. Nos últimos anos, houve diversas mudanças nas propostas e nos sistemas de informações que geram indicadores de monitoramento da saúde bucal (por exemplo, mudanças nos indicadores dos pactos de atenção básica e de gestão). Isso levou à interrupção da consolidação de determinados indicadores, com interrupção de séries históricas e subsequente prejuízo para a avaliação da política.

Este estudo não se propôs a exaurir todas as possibilidades de análise sobre a política de saúde bucal dos três municípios, cabendo ainda o desenvolvimento de estudos futuros de avaliação da política e da atenção em saúde bucal. Essa agenda de

pesquisa pode englobar avaliações mais detalhadas sobre as estratégias da política nacional de saúde bucal (equipes de saúde bucal, os centros de especialidades odontológicas, os laboratórios regionais de prótese dentária, as unidades odontológicas móveis, a fluoretação das águas de abastecimento público), sobre as relações público-privadas na área da saúde bucal, sobre a gestão do trabalho, qualidade e resultados da atenção, entre outras questões.

Em síntese, a configuração recente de uma Política Nacional de Saúde Bucal abrangente e sua expansão no território nacional, bem como o favorecimento de mudanças institucionais - que foram observadas nos três municípios pesquisados-, podem representar avanços em termos da proteção social em saúde. No entanto, persistem desafios a serem enfrentados para assegurar e consolidar a saúde bucal como direito de cidadania no Brasil. Um desses desafios é fortalecer a institucionalidade da política pública de saúde bucal nas várias dimensões exploradas, visando evitar que, em contextos adversos, ocorram retrocessos no que concerne ao direito à atenção em saúde bucal no país.

8. Referências.

Almeida, MHT. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. BIB, São Paulo. 2001; n° 51: 13-34.

Andrade, LOM, Barreto, ICHC; Goya, N *et al.* Organização da atenção básica e estratégia saúde da família em Sobral-Ceará-Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In: Suassuna, A; Fernandes, J; Seclen-Palacin, A (editores) Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.

Arretche, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva. 2004; 18(2): 17-26.

Arretche, MTS. Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Revan. Rio de Janeiro, 2000.

Baptista, TWF. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):615-626.

Bardin, L. Análise de Discurso. Portugal: Edições 70, 2009. 281p.

Bartole, MCS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal. [Dissertação]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006, p.129.

Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004b.

Bleicher, L; Frota, FHS. Fluoretação da água: uma questão de política pública – O caso do Estado do Ceará. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 71-78.

Brasil, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1986. Brasília, DF, 1986.

Brasil. Constituição Federal. Artigos 196 e 199. Brasília, DF, 1988a.

Brasil, Ministério da Saúde. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 1998b.

Brasil, Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1993. Brasília, DF, 1993.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1886. Brasília, DF, 1997.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1.444. Brasília, DF, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 95, de 26 de janeiro de 2001. Normas Operacionais de Assistência da Saúde. Brasília, DF, 2001.

Brasil, Ministério da Saúde. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003a.

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 673. Brasília, DF, 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003- Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 68p.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde bucal. Brasília, DF, 2004b.

Brasil, Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2004. Brasília, DF, 2004c.

Brasil, Ministério da Saúde. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. Relatório Final. Brasília, DF, 2011.

Bobbio, N. Política. In: Bobbio, N.; Mateucci, N.; Pasquino, G. Dicionário de Política. Brasília: Editora da UNB, 11 ed. v. 1, 1998.

Ceará. SB Ceará. Relatório das Condições de Saúde Bucal do Estado do Ceará, 2004.

Ceará. Plano Diretor de Regionalização: Reorganização das Ações e Serviços de Saúde. Ceará, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_2006_ce.pdf, acesso em: janeiro de 2013.

Cerveira, JGV. Políticas de saúde bucal implantadas no Rio Grande do Sul pela Secretaria Estadual de Saúde entre 1964 e 1994: percepção dos gestores. [Dissertação]: Universidade Luterana do Brasil, 2003.

Chagas, RA; Nuto, SAS.; Andrade, LOM. Política Municipal de Saúde Bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza (CE). Divulgação em Saúde para Debate. 2008; abril; n. 42: 35-50.

Chaves, SCV; Silva, LMV. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(5):1119-1131.

Chaves, M. Odontologia Social. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.

Costa, JFR; Chagas, LD; Silvestre, RM (org). A política nacional de saúde bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

Elazar, DJ. Introduction- using federalism today. International Political Science Review. 1996; 4(17): 349-351.

Ely, HC; Carvalho, DQ; Santos, M. Políticas de Saúde Bucal. Texto preliminar para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em:<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simple/CARVALHO,%20Danusa%20Queiroz%20e/1010>, acessado em: 12/02/2011.

Faleiros, VP. O que é política social. São Paulo: Editora Brasiliense; 2006, 168 págs.

Fleury, S; Ouverney, AM. Políticas de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, LVC et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-64.

Fortaleza, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Célula da Atenção Básica. Normas técnicas: ações coletivas em saúde bucal / Secretaria Municipal de Saúde. Célula da Atenção Básica. – Fortaleza: SMS, 2005.

Fortaleza, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2005. Mimeo. 3390. Fortaleza: SMS, 2006.

Fortaleza, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde, Relatório de Gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007, 332 pág.

Fortaleza, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes da Política Municipal de Saúde Bucal 2010-2013. Fortaleza: 2009, 8 pág.

Fortaleza, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Saúde Fortaleza. Levantamento Epidemiológico das condições de Saúde Bucal da população de Fortaleza, Ceará. Volume 16, número especial, 2010a.

Fortaleza, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010-2013: uma construção coletiva. Fortaleza: SMS, 2010b, 380 pág.

Garcia, DV. A construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação. [Dissertação]. Instituto de Medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006. p.104

Hall, PA; Taylor, RCR. As Três Versões do Neoinstitucionalismo. Lua Nova. 2003; 58:193-223.

Hall, PA. Politics as a process structured in space and time. 2010.

Ham, C; Hill, M. The policy process in the modern capitalist state. Harvester Wheatsheaf, 2ª edição, 1993. 210p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008, 2009: Despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: 2010, 222 p.

Juazeiro do Norte. Diário Oficial do Município. Lei nº 3601 de 17 de Novembro de 2009, Plano Plurianual 2010-2013. Caderno I do dia 30 de Novembro de 2009, Ano XXII, nº 2672.

Junqueira, SR; Pannuti, CM; Rode, SM. Oral Health in Brazil – Part I: Public Oral Health Policies. Braz Oral Res. 2008; 22:8-17.

Kornis, GEM; Maia, LS; Fortuna, RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [1]: 197-215, 2011.

Lima, L.D.; Machado, C.V.; Gerassi, C.D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.111-137 . Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

Machado, CV. O Modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23:2113-2126.

Machado, CV. O Modelo de Intervenção do Estado na Saúde: notas sobre a atuação federal. In: Machado, CV; Baptista, TWF; Lima, LD. *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.117-145.

Machado, CV; Lima, LD. Perspectivas históricas na análise de políticas de saúde. In: Baptista, TWF; Machado, CV e Azevedo, CS (org.). *Política, Planejamento e Gestão em Saúde: Abordagens e métodos [no prelo]*.

Machado, CV; Lima, LD e Baptista, TWF. Configuração institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: Matta, GC e Pontes, ALM. *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007.

Machado, CV; Oliveira, RGde; Pereira, AMM et al. O papel das Comissões Intergestores Bipartite na regionalização em saúde. In: Vianna, ALD´A; Lima, LDdeL (org.) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011, p. 117-196.

Mahoney, J and Rueschemeyer, D. Comparative historical analysis. In: Mahoney, J and Rueschemeyer, D. *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge University Press; 2003, 3-38.

Maia, LS. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. [Dissertação]. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008. p. 213.

Maranhão, L. Resenha histórica. In: Universidade do Ceará. Faculdade de Farmácia e Odontologia. *Anais*. Tomo I. Fortaleza: Imprensa Universitária, 1963, disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/facfarodontce.htm#historico>, acesso em: maio, 2013.

Marques, EC. Notas críticas à literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. BIB, Rio de Janeiro. 1997; 1º semestre, n. 43:67-102.

Marques, RM; Mendes, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*. 8(2): 403-415, 2003.

Martins, P; Chagas, MI O; Texeira, EH. Avaliação do teor de flúor na água de abastecimento público de Sobral-Ce. *Revista Sanare*. 2005 jan/jun; ano VI, nº 1.

Moysés, SJ e Goes, PSA. A formulação de políticas públicas de saúde bucal. In: Goes, PSA e Moysés, S J. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.15-32.

Narvai, PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113 p.

Narvai, PC; Frazão, P. *Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. 2008a.

Narvai, PC; Frazão, P. Histórico de implementação da ESF no Brasil e a contribuição da saúde bucal. In: Moysés, ST; Léo, K; Moysés, SJ (editores). *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008b. 1-20.

Narvai, PC; Frazão, P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: Pereira, AC et al. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Editora Napoleão, 2009. pág. 18-34.

Noro, LRA. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, CE. IN: Moysés, ST, Kriger, L, Moysés, SJ. *Saúde Bucal das Famílias*. São Paulo: Artes Médicas; 2008, 142-153.

Paim, JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol, MZAF. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 587-603.

Pierson, P. *Politics in time: history institutions and social analysis*. 2004.

Porto, J; Menezes, JDV. Roteiro histórico da Odontologia no Ceará no século XX. Academia Cearense de Odontologia/Editora Impreco, Fortaleza, 2004.

Pucca Júnior, GA. A Política Nacional de Saúde bucal como demanda social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(1): 243-246.

Roncalli, AG. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil . In: Antunes, JLF; Peres, MAA (editores). *Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, v. 1.

Roncalli, ÂG; Côrtes, MIS e Peres, KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012; 28(S58-S68).

Serra, CG. A Saúde Bucal como Política de Saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. [Dissertação]. Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 1998, 132 p.

Soares, CLM; Paim, JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(5):966-974.

Sobral, Ceará. Secretaria da Saúde e Ação Social Plano Municipal de Saúde 2009-2013. Sobral: 2009a, p. 72

Sobral, Ceará. Secretaria da Saúde e Ação Social. Coordenação de Saúde Bucal. 2009b.

Skocpol, T. Why I am na Historical Institutionalists. *Polity*. 1995; 28: 103-106.

Souza, C. Estado do Campo da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2003; fev, 18, nº 51: 15-20.

Souza, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006; ano 8, nº 16 jul/dez: 20-45.

Souza, C. O estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: Hochman, G; Arretche, M e Marques, E. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1º Ed. 2007.

Souza, C. Federalismo. In: Martins, CB e Lessa, R. Horizontes das Ciências Sociais no Brasil. São Paulo: ANPOCS, 2010. 402p.

Tendler, J. Bom governo nos trópicos: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan, Brasília, DF: ENAP, 1998, 288 p.

Teixeira, EH; Tajra, FS; Mendes Júnior, FIR (org.) Guia de ações e serviços em saúde bucal do município de Sobral/CE. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2009b, 73 p.

Teixeira, SMF. Política Social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. Cadernos de Saúde Pública. 1985; dez; v.1, nº 4.

Thelen, K; Steinmo, S; e Longstreth, F. Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge University Press, 1992, 257p.

Viacava, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. Radis Comunicação em Saúde. 2010; agosto; nº 96: 12-19.

Viana, ALD´A; Baptista, TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: 2008.

Vianna, ALD´A; Levcovitz, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: Vianna, ALD; Elias, PE; Ibañez, N. Proteção social, dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005, p. 15-57.

Vianna, ALD´A; Lima, LDdeL. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartite. In: Vianna, ALD´A; Lima, LDdeL (org.) Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011, p. 11-24.

Viana, ALD´A e Machado, CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. 2008; 18[4]: 645-684.

Vieira, C. Políticas governamentais e planos privados de assistência odontológica no Brasil. [Tese]. ENSP/FIOCRUZ; 2012, 201 págs.

Zanetti, CHG. Que sorriso é estes? In: Dias, AA e col. *Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas*. São Paulo: Santos; 2007. p. 343-358.

Weichert, MA. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: Santos, L (org.). *Direito da Saúde no Brasil*. Campinas, SP: editora saberes; 2010. p. 101-142.

Yin, RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto alegre: Kookman; 2010, 248p.

9. APÊNDICES



Apêndice A

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Projeto de Tese: Política Nacional e Contexto Local: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará

Roteiro semi-estruturado de entrevista (Coordenador Estadual de Saúde Bucal)

Data da entrevista: ___/___/___ Local da entrevista: _____

Nome:

Cargo ocupado/ função: Coordenador de Saúde Bucal do Ceará

Tempo de ocupação do cargo/ função:

Trajетória profissional relevante anterior ao cargo (UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

1. Como se deu historicamente a estruturação da política de saúde bucal no estado?
2. Na sua visão, quais as principais mudanças ao longo da trajetória da política de saúde bucal? Quais foram os principais fatores que explicam essas mudanças?
3. Na sua opinião, qual a prioridade da política de saúde bucal na agenda do governo do Estado? E na agenda da SES?
4. Quais são as estratégias prioritárias adotadas no âmbito da política de saúde bucal pelo estado?
5. Como essa política se relaciona com as demais áreas e políticas estaduais de saúde?
6. Qual tem sido o papel da esfera estadual para a concretização desta política junto aos municípios (financeiro, fiscalização, apoio)? Como tem sido a relação da SES com os municípios no que se refere a essa política?
7. Como se dá a relação da SES com o Ministério da Saúde no que se refere a essa política?
8. Quais são os principais atores envolvidos na formulação e na implementação dessa política? (interna e externamente ao estado – ex: gestores de outras esferas, profissionais de saúde, movimentos sociais)? Que atores a apóiam ou não a apóiam?
9. Como se articula o CEO com outras unidades de saúde do município (USF, CEO, hospitais, outras unidades especializadas, outros CEO?)
10. Como se articulam os CEO com esfera administrativa estadual com os CEO com esfera administrativa e gestão municipal?
11. Como se dá a organização do fluxo de pacientes entre os CEO? E destes com os demais serviços da rede?
12. Como você vê a atuação do setor privado na atenção à saúde bucal no estado? Há prestadores privados de serviços odontológicos contratados pela SES?

13. Como se relaciona o setor público com o setor privado? (contratação, serviços terceirizados específicos, encaminhamentos)

14. Quais foram/tem sido os maiores avanços dessa política no estado no período?

15. Quais foram/ tem sido as maiores lacunas e dificuldades das políticas nessa área no período? Perguntar sobre dados disponíveis sobre a evolução da política.

Considerações finais do entrevistado.



Apêndice B

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Projeto de Tese: Política Nacional e Contexto Local: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará

Roteiro semi-estruturado de entrevista (Coordenador(a) Municipal de saúde bucal)

Data da entrevista: ___/___/___ Local da entrevista: _____

Nome:

Cargo ocupado/função: Coordenado(a) de Saúde Bucal do Município de _____

Tempo de ocupação do cargo/ função:

Trajетória profissional relevante anterior ao cargo (UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

1. Como se deu historicamente a estruturação da política de saúde bucal no município?
2. Na sua visão, quais foram as principais mudanças na política de saúde bucal municipal? Quais foram os principais fatores que explicam essas mudanças?
3. Na sua opinião, qual a prioridade dessa política na agenda do governo municipal; da SMS e do estado?
4. Quais são as estratégias prioritárias adotadas pelo município no âmbito da política de saúde bucal?
5. Como essa política se relaciona com as demais áreas e políticas de saúde do município?
6. Quais são os principais atores envolvidos na formulação e implementação dessa política? (interna e externamente ao município– ex: gestores de outras esferas, profissionais de saúde, movimentos sociais)? Que atores a apóiam ou que não apóiam?
7. Como se organizam os serviços de saúde bucal no município?
8. Como se dá a referência e a contra-referência entre a atenção básica e a especializada na saúde bucal?
9. Qual tem sido o papel do CEO na atenção à saúde bucal?
10. Como se articula o CEO com outras unidades de saúde do município (USF, CEO, hospitais, outras unidades especializadas, outros CEO?)
11. Como se organiza a marcação de consultas especializadas nos CEO?
12. Quais são os pontos positivos e fragilidades da atuação do CEO no município?
13. Como você vê a atuação do setor privado na atenção à saúde bucal no município? Há prestadores privados de serviços odontológicos contratados pela SMS?
14. Como se relaciona o setor público com o setor privado? (contratação, serviços terceirizados específicos, encaminhamentos)
15. Quais foram/tem sido os maiores avanços, lacunas e dificuldades das políticas de saúde bucal no período? Perguntar sobre dados disponíveis sobre a evolução da política e organização dos serviços.

Considerações finais do entrevistado.



Apêndice C

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Projeto de Tese: Política Nacional e Contexto Local: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará

Roteiro semi-estruturado de entrevista (Diretores do Centro de Especialidades Odontológicas)

Data da entrevista: ___/___/___ Local da entrevista: _____

Nome:

Cargo ocupado/ função:

Tempo de ocupação do cargo/ função:

Trajетória profissional relevante anterior ao cargo (UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES):

1. Como você vê o papel do CEO nessa política? Como tem sido a atuação do CEO na prática?
2. Como você vê a infraestrutura deste CEO? (em relação ao espaço físico dos consultórios odontológicos, ventilação, temperatura da sala onde ficam os consultórios odontológicos, iluminação, ruídos, expurgo, sala de espera dos pacientes – ambiência do CEO)
3. Como você vê as condições de funcionamento deste CEO? (em relação aos recursos humanos, condições dos equipos odontológicos, e das outras tecnologias como por exemplo amalgador, fotopolimerizador, aparelho de raio X, etc e os instrumentais como espelho, pinça, explorador e etc)
4. Como você vê as condições deste CEO em relação aos insumos (resinas, amálgama de prata, película de raio X, hidróxido de cálcio, alginato e etc)? (em relação a quantidade e a qualidade dos materiais)
5. Como se articula o CEO com outras unidades de saúde do município (USF, CEO, hospitais, outras unidades especializadas, outros CEO?)
6. Como se dá a referência e a contra-referência entre a atenção básica (equipes de saúde bucal) e os CEO?
7. Como se organiza a marcação de consultas especializadas nos CEO?
8. Como se dá a organização do fluxo de pacientes entre os CEO? E destes com os demais serviços da rede?
9. Que tipos de ações o CEO desenvolve satisfatoriamente e quais não consegue desenvolver? Por que?
10. Quais foram/tem sido os maiores avanços, lacunas e dificuldades do CEO?
11. Como têm funcionado os LRPD?
12. Como tem sido a articulação dos protesistas (cirurgiões-dentista especializados em prótese dentária) com os profissionais do LRPD?
13. Os LRPD têm conseguido atender as demandas de próteses dentárias deste CEO?
14. Existe articulação com o setor privado para a oferta de serviços odontológicos especializados? Como se dá essa articulação?

Perguntar sobre dados disponíveis sobre o funcionamento, dados de produção, cumprimento de metas.

Considerações finais do entrevistado.



Apêndice D

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Projeto de Tese: Política Nacional e Contexto Local: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará

Roteiro semi-estruturado de entrevista

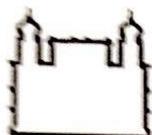
(Membro do CRO/CE e membro do plano de saúde odontológico)

1. Como se deu historicamente a estruturação da política de saúde bucal no município?
2. Na sua visão, quais foram as principais mudanças na política de saúde bucal municipal? Quais foram os principais fatores que explicam essas mudanças?
3. Na sua opinião, qual a prioridade dessa política na agenda do governo municipal; da SMS e do estado?
4. Quais são as estratégias prioritárias adotadas pelo município no âmbito da política de saúde bucal?
5. Como essa política se relaciona com as demais áreas e políticas de saúde do município?
6. Como você vê a atuação do setor privado na atenção à saúde bucal no município? Há prestadores privados de serviços odontológicos contratados pela SMS?
7. Como se relaciona o setor público com o setor privado? (contratação, serviços terceirizados específicos, encaminhamentos)
8. Quais foram/tem sido os maiores avanços, lacunas e dificuldades das políticas de saúde bucal no período?

Perguntar sobre dados disponíveis sobre a evolução da política e organização dos serviços.

Considerações finais do entrevistado.

Apêndice E



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 13 de março de 2012.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 223/11
CAAE: 0240.0.031.000-11

Título do Projeto: “Política Nacional e contextos locais: a atenção à saúde bucal em municípios do Estado do Ceará”

Classificação no Fluxograma: III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Liza Barreto Vieira

Orientadores: Cristiani Vieira Machado e Carla Lourenço Tavares de Andrade

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP FIOCRUZ

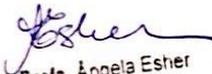
Data de recebimento no CEP-ENSP: 02 / 09 / 2011

Data de apreciação: 14 / 09 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: **Aprovado.**

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esther
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP



Apêndice F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Dirigentes da política e dos CEO)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de doutorado em desenvolvimento na Ensp/Fiocruz: **“Política Nacional e Contextos Locais: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará.”**

Você foi selecionado por sua atuação como dirigente da área de saúde bucal. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Ensp/Fiocruz.

O objetivo geral deste estudo é analisar a política e a organização da atenção à Saúde Bucal, bem como um dos seus dispositivos, o Centro de Especialidades Odontológicas, por meio da realização de estudos de caso em três municípios do nordeste brasileiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista falando da trajetória e da organização da saúde bucal na área de sua abrangência e sobre sua experiência com o CEO.

Sua participação pode contribuir para a análise da trajetória da saúde bucal e ajudar a identificar os pontos relevantes para a melhoria na atenção à saúde bucal.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/ função que ocupam na rede. Contudo, há risco de identificação indireta devido a função ocupada. Após o término do estudo, as informações ficarão guardadas com a pesquisadora, armazenadas de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Liza Barreto Vieira
Doutoranda em Saúde Pública
Ensp/Fiocruz

Cristiani Vieira Machado
Orientadora e Pesquisadora do
Daps/Ensp/Fiocruz

Endereço e telefone do Pesquisador Principal:

Liza Barreto Vieira: Rua Monsenhor Bruno, nº 900, apto 502, Meireles, Fortaleza/Ce-CEP: 60.115-100. Tel. – (85) 8851-4161 (85) 3082-3139.

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, andar térreo – Manguinhos - Rio de Janeiro, RJ- CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

Sujeito da pesquisa



Apêndice G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Membro do CRO e membro do plano de saúde)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de doutorado em desenvolvimento na Ensp/Fiocruz: **“Política Nacional e Contextos Locais: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará.”**

Você foi selecionado por sua atuação como membro/profissional da área de saúde bucal. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Ensp/Fiocruz.

O objetivo geral deste estudo é analisar a política e a organização da atenção à Saúde Bucal, bem como um dos seus dispositivos, o Centro de Especialidades Odontológicas, por meio da realização de estudos de caso em três municípios do nordeste brasileiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista relacionada a sua experiência de atuação.

Sua participação pode contribuir para a análise da organização da saúde bucal no município e ajudar a identificar os pontos relevantes para a melhoria na atenção à saúde bucal.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/ função que ocupam na rede. Contudo, há risco de identificação indireta devido a função ocupada. Após o término do estudo, as informações ficarão guardadas com a pesquisadora, armazenadas de forma segura e protegidas contra revelação não autorizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Liza Barreto Vieira
Doutoranda em Saúde Pública
Ensp/Fiocruz

Cristiani Vieira Machado
Orientadora e Pesquisadora do
Daps/Ensp/Fiocruz

Endereço e telefone do Pesquisador Principal:

Liza Barreto Vieira: Rua Monsenhor Bruno, nº 900, apto 502, Meireles, Fortaleza/Ce-CEP: 60.115-100. Tel. – (85) 8851-4161 (85) 3082-3139.

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, andar térreo – Manguinhos - Rio de Janeiro, RJ- CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2012.

Sujeito da pesquisa



Apêndice H

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Projeto de Tese: Política Nacional e Contexto Local: A Atenção à Saúde Bucal em Municípios do Estado do Ceará

Principais Portarias Ministeriais relativas à saúde bucal no período de 1974 a 2012.

Ano	Portaria	Assunto	Detalhamento
1974	Nº 6050 (24/maio)	- Portaria de Fluoretação	Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimentos quando existir estação de tratamento.
1975	Nº 76872 (22/dez)	- Portaria de Fluoretação	Regulamenta a lei nº 6.050/1974 que dispõe sobre fluoretação da água em sistemas públicos de abastecimento.
1975	Nº 635 (26/dez)	- Portaria de Fluoretação	Aprova as normas e padrões sobre a fluoretação da água dos sistemas públicos de abastecimento, destinada ao consumo humano.
1989	Nº 22 (20/dez)	- Portaria de Fluoretação	Assegurar qualidade e eficácia a produtos dentífricos e enxaguatórios bucais comercializados no país.
1990	Nº 36 (19/jan)	- Portaria de Fluoretação	Aprova normas e o padrão de potabilidade da água destinada ao consumo humano.
2000 (1 port)	Nº 1.444 (28/dez)	- ESB - Incentivos Financeiros	Portaria de incentivos financeiros: ESB Modalidade I (R\$ 13.000,00) e ESB modalidade II (R\$ 16.000,00), incentivo adicional de R\$ 5.000,00 por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos.
2001 (1 port)	Nº 267 (6/março)	- ESB	Regulamentação da Portaria nº 1.444/2000; inclusão das ações de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família; ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção e recuperação da saúde bucal.
2003 (2port)	Nº 396	-Incentivos Financeiros	Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família.
	Nº 673/GM (3/junho)	- ESB - Incentivos Financeiros	Atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito da estratégia saúde da família; poderão ser implantadas quantas ESB a critério do gestor, desde que não ultrapassem o número de equipes de saúde da família. Modalidade I (R\$ 15.600,00) e modalidade II (R\$ 19.200,00), incentivo adicional de R\$ 5.000,00 por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos. Cessa os efeitos financeiros da portaria nº 1.444/2000.
2004 (6 port)	Nº 74/GM (20/jan)	- ESB - Incentivos Financeiros - Prótese Dentária	Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de SB no âmbito do PSF; inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. ESB Modalidade I (R\$ 20.400,00 dividido em 12 parcelas mensais) e ESB modalidade II (R\$ 26.400,00 dividido em 12 parcelas mensais), incentivo adicional de R\$ 6.000,00 por equipe implantada para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos; fornecimento de um equipo odontológico completo para ESB modalidade II; pagamento de R\$ 1.000,00 em parcela única para compra de material para a fase clínica de confecção de próteses.
	Nº 518 (25/mar)	-Portaria de Fluoretação	Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras

			providências.
	Nº 1570 (29/julho)	-CEO -LRPD	Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de CEO e LRPD
	Nº 1571 (29/julho)	-CEO - Incentivos Financeiros	Estabelece o financiamento dos CEO, tipo I (R\$ 79.200,00) e tipo II (R\$ 105.600,00), incentivo financeiro de implantação para o CEO tipo I de R\$ 40.000,00 e tipo II R\$ 50.000,00.
	Nº 1572 (29/julho)	-LRPD - Prótese Dentária	Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em laboratórios regionais de prótese dentária, podendo cobrar no total 242 procedimentos/mês, os valores unitários das próteses são de R\$ 30,00, cobrados por APAC e financiados pelo FAEC.
	Nº 562 (30/set)	-CEO -LRPD	Define alterações na tabela dos sistemas de informações (SCNES, SIA e SIH/SUS) e identifica no SCNES, o serviço de odontologia com as suas respectivas classificações, e inclui no Subsistema de Autorização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo – APAC/SIA, a operacionalização dos procedimentos realizados nos LRPD.
2005 (4 port)	Nº 283 (10/mar)	-CEO	Antecipa o incentivo financeiro para o CEO em fase de implantação, considerando a necessidade de apoiar, no tempo adequado, municípios e estados e o Distrito Federal nessa fase de implantação.
	Nº 1063 (4/julho)	-CEO -LRPD	Define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEO, inclusive CEO tipo III, e LRPD; revoga-se a portaria nº 1.570/2004.
	Nº 1069 (4/julho)	-CEO - Incentivo Financeiro	Institui o financiamento do CEO, tipo I (R\$ 79.200,00), tipo II (R\$ 105.600,00) e tipo III (R\$ 184.800,00). Incentivo financeiro de implantação para o CEO tipo I de R\$ 40.000,00, tipo II R\$ 50.000,00 e tipo III R\$ 80.000,00. Revoga-se a portaria nº 1.571/2004.
	Nº 411 (9/agosto)	-LRPD - Prótese Dentária	Estabelecer que os LRPD deverão ter uma produção mínima/mês de 48 próteses totais e máxima de 242 e produção mínima de 40 próteses parcial removível.
2006 (7 port)	Nº 95 (14/fev)	- Sistema de Informação em Saúde - Indicadores de Saúde Bucal	Revisão e atualização da tabela de procedimentos do SIA/SUS, aprimorar os mecanismos de controle quanto ao registro referentes à assistência odontológica prestada no âmbito do SUS, aprimorar os indicadores de saúde bucal no Pacto de Atenção Básica, excluir da tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos coletivos (pacientes/mês), alterar a descrição do procedimento de 1º consulta odontológica, incluir na tabela de procedimentos do SIA/SUS os procedimentos: ação coletiva de escovação dental supervisionada, ação coletiva de bochecho fluorado, ação coletiva de aplicação tópica de flúor-gel e ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.
	Nº 493 (10/mar)	- Indicadores de Saúde Bucal	Aprova a relação de indicadores da atenção básica – 2006, incluindo os indicadores de saúde bucal.
	Nº 599 (23/mar)	- CEO -LRPD	Define a implantação de CEO e LRPD e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Define CEO tipo III.
	Nº 600 (23/mar)	- CEO -Incentivo financeiro	Institui o financiamento dos CEO, tipo I (R\$ 79.200,00), tipo II (R\$ 105.600,00) e tipo III (R\$ 184.800,00). Incentivo financeiro de implantação para o CEO tipo I de R\$ 40.000,00, tipo II R\$ 50.000,00 e tipo III R\$ 80.000,00. Revoga-se a portaria nº 1571/2004.

	Nº 698 (30/mar)	-Incentivo financeiro	Cria os blocos de financiamento. O Piso de Atenção Básica Variável destinado ao custeio de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica, dentre elas a saúde bucal.
	Nº 750 (10/out)	- ESB	Estabelecimento de normas de cadastramento das equipes da estratégia saúde da família, nos tipos: equipes de Saúde da Família (ESF), equipes de saúde da família com saúde bucal (ESFSB) e equipes de agentes comunitários de saúde (ACS) no cadastro nacional de estabelecimento de saúde (CNES).
	Nº 939 (21/dez)	- Vigilância em Saúde Bucal	Instituir o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal – CTA-VSB
2007 (2 port)	Nº 321 (8/fev)	- Prótese Dentária	Institui a tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais – OPM do SUS
	Nº 1541 (27/jun)	- Prótese Dentária	Prorroga a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS.
2008 (3 port)	Nº 2489 (21/out)	- ESB -Incentivo Financeiro	Incentivo financeiro das ESB modalidade I (R\$ 1.900,00) a cada mês e modalidade II (R\$ 2.450,00) a cada mês. Fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes às ESB implantadas em municípios que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido.
	Nº 3066 (23/dez)	- ESB -Incentivo Financeiro	Incentivo financeiro das ESB modalidade I (R\$ 2.000,00) a cada mês e modalidade II (R\$ 2.600,00) a cada mês. Fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes às ESB implantadas em municípios que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido.
	Nº 2867 (27/nov)	- LRPD	Estabelece recursos a serem transferidos do fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC) para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta complexidade e redefine o rol de procedimentos da tabela de procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS financiado pelo FAEC.
2009 (14 port)	Nº 154 (15/maio)	- ESB	Institui normas de cadastramentos das equipes da estratégia saúde da família nos tipos: equipe de saúde da família, equipe de saúde da família com saúde bucal, equipes de agentes comunitários no CNES.
	Nº 334 (7/out)	- UOM	Altera o § 2º do artigo 1º da portaria SAS/MS nº 750 de 10 de outubro de 2006.
	Nº 2371 (7/out)	-UOM	Institui no âmbito da política nacional de atenção básica, o componente móvel da atenção à saúde bucal – Unidade Odontológica Móvel (UOM).
	Nº 2372 (7/out)	- ESB	Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família.
	Nº 2373 (7/out)	- LRPD	Altera a portaria GM nº 599/2006 e dispõe sobre a implantação de LRPD.
	Nº 2374 (7/out)	- LRPD	Altera os valores dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS realizados pelos LRPD, segundo critérios estabelecidos pela PNSB.
	Nº 302 (17/fev)	- ESB	Estabelece que profissionais de saúde bucal da estratégia saúde da família poderão ser incorporados as equipes de agentes comunitários de saúde.

	Nº 334 (7/out)	-UOM (Unidade Odontológica Móvel)	Altera o § 2º do artigo 1º da portaria SAS/MS nº 750/2006.
	Nº 2371 (7/out)	-UOM	Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o componente móvel da atenção à saúde bucal – UOM.
	Nº 2372 (7/out)	- ESB	Cria o plano de fornecimentos de equipamentos odontológicos para as ESB na estratégia saúde da família.
	Nº 2373 (7/out)	-CEO -LRPD	Altera a redação da portaria nº 599/2006. O gestor poderá credenciar quantos CEO e LRPD forem necessários para atendimento à demanda da população, limitada à disponibilidade financeira do Ministério da Saúde.
	Nº 2374 (7/out)	- Prótese Dentária	Altera os valores do pagamento de próteses dentárias em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD no valor de R\$ 30,00 para R\$ 60,00 para prótese total; de R\$ 40,00 para R\$ 60,00 para prótese parcial removível; e R\$ 60,00 para Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/Adesivas (por elemento). Agora o financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) e o Município/Estado passa a receber mensalmente de acordo com sua produção, sendo os valores repassados: - Até 50 próteses/mês: R\$ 3.000,00 mensais - Entre 51 e 150 próteses/mês: R\$ 9.000,00 mensais - Acima de 151 próteses/ mês: R\$ 12.000,00 mensais
	Nº 2375 (7/out)	-LRPD - Prótese dentária	Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária.
	Nº 2376 (7/out)	-CEO -Incentivo Financeiro	Define os recursos financeiros destinados ao custeio dos CEO.
2010 (6 port)	Nº 205 (20/maio)	-LRPD	Excluir da tabela de habilitações do SCNES a habilitação de LRPD.
	Nº 870 (19/abril)	-Incentivo Financeiro - LRPD	Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, considerando a necessidade de potencializar a implementação de LRPD, visando ampliar o acesso às ações de reabilitação em saúde bucal.
	Nº 1032 (5/maio)	- Prótese dentária	Inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.
	Nº 2071 (23/julho)	-Incentivo Financeiro - LRPD	Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios, considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para auxiliar na implementação e funcionamento dos LRPD, visando o acesso integral as ações de saúde bucal.
	Nº 2898 (21/set)	-CEO	Atualiza o anexo da portaria nº 600/2006 sobre o monitoramento da produção através da análise de uma produção mínima mensal a ser realizadas nos CEO.
	Nº 3840 (7/dez)	-Monitoramento e avaliação da Saúde Bucal no Pacto Pela Saúde	Inclui a saúde bucal no monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011

2011 (5 port)	Nº 211 (13/maio)	- LRPD	Altera os valores dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, OPM do SUS realizados pelos LRPD.
	Nº 1599 (9/jul)	- Incentivo financeiro - ESB	Define valores de financiamento do piso de atenção básica variável para as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e aos agentes comunitários de saúde, instituídos pela política nacional de atenção básica. ESB modalidade I: R\$ 2.100,00 a cada equipes por mês; ESB modalidade II: R\$ 2.800,00 a cada equipe por mês
	Nº 576 (19/set)	- ESB	Estabelece novas regras para carga horária semanal dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgião-dentista; e normas para o cadastramento, no SCNES, das equipes de atenção básica que farão parte do PMAQ.
	Nº 1464 (24/jun)	- CEO	Altera o anexo da portaria nº 600, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos CEO. Para os CEOs Tipo 1: 80 Procedimentos Básicos por mês, no total 60 Procedimentos de Periodontia por mês, 35 Procedimentos de Endodontia por mês, 80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês Para os CEOs Tipo 2: 110 Procedimentos Básicos por mês, 90 Procedimentos de Periodontia por mês, 60 Procedimentos de Endodontia por mês, 90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês; Para os CEOs Tipo 3: 190 Procedimentos Básicos por mês, 150 Procedimentos de Periodontia por mês, 95 Procedimentos de Endodontia por mês, 170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês,
	Nº 2488 (21/out)	- ESB	Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde.
2012 (9 port)	Nº 27 (13/jan)	- LRPD	Inclui na tabela de serviços/classificação do SCNES, no serviço de código 157, serviço de laboratório de prótese dentária, classificação – LRPD, o grupo 002 e CBO dentro da família de CBO 2232.
	Nº 474 (22/maio)	- LRPD	Atualiza a tabela de regras contratuais do SCNES – LRPD.
	Nº 366 (05/mar)	- incentivo financeiro para equipamentos odontológicos	Define os recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos destinados aos municípios que implantaram equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família.
	Nº 500 (29/maio)	- UOM	Estabelece normas para o cadastramento das UOM no sistema de cadastro de estabelecimentos de saúde (SCNES).
	Nº 978 (16/maio)	- incentivo financeiro	Define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e aos núcleos de apoio à saúde da família, instituídos pela política nacional de atenção básica.
	Nº 975 (14/set)	- CEO	Inclui na tabela de incentivos redes no SCNES os incentivos: CEO-I Rede de cuidado à pessoa com deficiência; CEO-II Rede de cuidado à pessoa com deficiência; CEO-III Rede de cuidado à pessoa com deficiência.
	Nº 1127 (8/out)	- LRPD	Altera a regra contratual 71.16 da tabela de regras contratuais do SCNES.
	Nº 1341 (13/jun)	- CEO - Incentivos Financeiros	Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos CEO e dá outras providências. Valores de implantação: CEO Tipo 1: R\$ 60.000,00 para cada;

			<p>CEO Tipo 2: R\$ 75.000,00 para cada; CEO Tipo 3: R\$ 120.000,00 para cada. Valor do incentivo financeiro de custeio mensal: CEO Tipo I: R\$ 8.250,00 para cada; CEO Tipo II: R\$ 11.000,00 para cada; CEO Tipo III: R\$ 19.250,00 para cada Valor adicional do incentivo de custeio mensal dos CEO aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: CEO Tipo I: R\$ 1.650,00 para cada; CEO Tipo II: R\$ 2.200,00 para cada; CEO Tipo III: R\$ 3.850,00 para cada;</p>
	Nº 1825 (24/agos)	- Prótese Dentária	<p>Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária: Prótese Total Mandibular e Maxilar: R\$ 150,00 (cada uma) Prótese Parcial Removível Mandibular e Maxilar (cada uma) Próteses Coronárias/Intrarradiculares Fixas/ Adesiva por elemento: R\$ 150,00</p>

Fonte: Disponível em: www.saude.gov.br/bucal e do sítio Saúde Legis.