



Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva



---

# A Saúde Bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco

---

RECIFE  
2006

SHIRLEY FLORÊNCIO DA SILVA

**A Saúde Bucal dentro da Estratégia Saúde da  
Família no Estado de Pernambuco**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em saúde pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

**Orientador: Petrônio Jose de Lima Martelli**

RECIFE

2006

**SHIRLEY FLORÊNCIO DA SILVA**

**A Saúde Bucal dentro da Estratégia Saúde da  
Família no Estado de Pernambuco**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em saúde pública do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: \_\_\_\_\_

Ms. Petrônio José de Lima Martelli  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Debatedor: \_\_\_\_\_

Dr. André de Albuquerque Coimbra  
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco  
Unidade de Avaliação e Acompanhamento das Ações de Saúde Bucal

*A todos que amo, em especial meus pais Zeferino e Raquel.*

## AGRADECIMENTOS

---

A Deus pela minha existência, pelo Seu Amor incondicional e por me sustentar nos momentos difíceis;

Aos meus pais, Zeferino e Raquel, pelo amor e incentivo, sempre presentes durante toda a minha trajetória;

Aos meus irmãos, Sheyla e Junior obrigada pela força;

A Gustavo, que com serenidade esteve ao meu lado em todos os momentos e por vezes foi privado do meu carinho;

Aos todos os meus amigos, por depositar em mim confiança, que de perto ou distante, me ensinaram o sentido da amizade;

Ao meu orientador Professor Petrônio José da Lima Martelli, meu sincero agradecimento, pela orientação competente, paciência, confiança e pelo vínculo criado a mim na realização deste trabalho;

Aos amigos queridos: Alessandro, Ana, Andréa, Cláudia, Manu, Líbia, Renata (residentes 2004/2006) e Fábio (que seguiu outros caminhos), pela agradável convivência, pelo companheirismo e pelos diversos momentos de reflexão;

À Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, pela instituição de um Programa de Formação em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, pelo oferecimento do programa de formação na modalidade residência multiprofissional.

Ao todos da equipe da Unidade de Avaliação e Acompanhamento das Ações de Saúde Bucal (UAAASB/SES-PE), pela constante colaboração, em especial a Dr. André Coimbra pelo acolhimento e atenção dispensados durante o estágio concentrado, a Kátia Soares e Teresa Muzzi pela amizade e valorosa contribuição na realização deste trabalho;

Ao Professor Domicio Sá, que contribuiu com os dados quantitativos;

Aos todos os funcionários do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, por uma convivência enriquecedora.

## RESUMO

Esta monografia aborda sobre as ações de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, verificando seu desenvolvimento no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005. Observaram-se os aspectos quanto à expansão do número de equipes, à incorporação de recursos financeiros para a atenção básica em saúde bucal, à elevação no quantitativo dos procedimentos, ao aumento da cobertura odontológica na ESF; e se há correlação na garantia do oferecimento da referência e contra-referência. Foi feito um estudo descritivo, exploratório, com enfoque retrospectivo e abordagem quantitativa, para verificar as características adquiridas pela saúde bucal dentro da ESF. Os 185 municípios do estado constituíram o universo e a amostra comportou todos os municípios inseridos na Saúde da Família contemplados com saúde bucal. Os resultados mostraram que a evolução das ESB foi de 204,22%, enquanto que o percentuais de evolução procedimentos odontológicos básicos foi de 19,19%. A evolução do incentivo repassado à saúde bucal foi 389, 50% no período analisado. Têm-se 14CEOs implantados e 10 habilitados, houve um crescimento de 49,72% nos procedimentos especializados; estando a referência localizada somente em alguns municípios e o financiamento do setor ser pouco representativo.

Palavras - chaves: Saúde Bucal; Programa de Saúde da Família; Atenção Básica.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1-	Investimentos financeiros em saúde bucal, Brasil, 2002 – 2005	22
Gráfico 2-	Proporção entre ESF e ESB, Brasil 2002 – 2005	34
Gráfico 3-	Evolução dos tipos de modalidade de ESB, Pernambuco 2002 – 2005	54
Gráfico 4-	Evolução das ESF e ESB, Pernambuco 2002 – 2005	56
Gráfico 5-	Evolução da cobertura de ESB, Pernambuco 2002 – 2005	56
Gráfico 6-	Evolução do número de procedimentos preventivos e curativos, Pernambuco 2002 – 2005	67
Figura 1-	Mapa da divisão por Mesorregião do Estado de Pernambuco	44
Figura 2-	Mapa da divisão por macrorregional de assistência á saúde para alta complexidade, Pernambuco, 2002	45
Figura 3-	Mapa da divisão por microrregional de assistência á saúde, Pernambuco, 2002	45

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Número de equipes, número e percentual de municípios com equipe de saúde da família e equipes de saúde bucal, Brasil, 2002 – 2005	33
Quadro 2-	Número de equipes, número e percentual de municípios com equipe de saúde da família e equipes de saúde bucal, Nordeste, 2002 -2005	35
Quadro 3-	Estados da Região Nordeste em ordem decrescente de número de municípios com equipes de saúde da família, 2002	36
Quadro 4-	Estados da Região Nordeste em ordem decrescente de número de municípios com ESF, 2005	37
Quadro 5-	Distribuição dos municípios por mesorregião, 2005	43
Quadro 6-	Resumo da definição e categorização das principais variáveis estudadas	51
Quadro 7-	Evolução do número de ESF / ESB, número e percentual de municípios, Pernambuco 2002 - 2005	53
Quadro 8-	Transferências para Atenção Básica e Incentivo a saúde bucal por ano de competência, Pernambuco, 2002-2005	62
Quadro 9-	Evolução percentual do incentivo repassado à saúde bucal por ano de competência, 2002 - 2005	62
Quadro 10-	Transferências de recursos para média e alta complexidade (MAC) e atenção básica (AB), Pernambuco 2002 – 2005	64
Quadro 11-	Evolução e crescimento percentual da quantidade apresentada de procedimentos odontológicos, Pernambuco 2002 - 2005	66
Quadro 12-	Evolução e crescimento percentual da quantidade apresentada de procedimentos preventivos e curativos em odontologia, Pernambuco 2002 - 2005	66

Quadro 13-	Evolução em percentual da quantidade apresentada de procedimentos odontológicos básicos e equipes de saúde bucal, Pernambuco, 2002 - 2005	68
Quadro 14-	Municípios habilitados para implantação do CEO, Pernambuco, 2005	71
Quadro 15-	Evolução e crescimento em percentual da quantidade apresentada de procedimentos odontológicos especializados, Pernambuco 2002 – 2005	72
Quadro 16-	Transferências de recursos para o CEO, Pernambuco, 2004 – 2005	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características da população residente, Pernambuco, 2000	42
Tabela 2-	Equipes de saúde bucal implantadas segundo modalidades, Pernambuco, 2002 – 2005	54
Tabela 3-	Proporção de municípios com ESB em relação aos municípios com ESF, Pernambuco 2002 – 2005	58
Tabela 4-	Proporção de ESB em relação à ESF, Pernambuco 2002 – 2005	58
Tabela 5-	Distribuição do número de ESB por Gerências Regionais de Saúde (GERES), Pernambuco, 2005	59
Tabela 6-	Número e Tipos de Centros de Especialidades Odontológicas segundo mês/ano de aprovação e mês/ano do 1º repasse, Pernambuco, 2005	70

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEO – CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS  
COSAC – COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE  
ESB - EQUIPE DE SAÚDE BUCAL  
ESF - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
FAE – FRAÇÃO ASSISTENCIAL ESPECIALIZADA  
FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
GERES - GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE  
GM – GABINETE MINISTERIAL  
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA  
MAC - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE  
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE  
NOAS – NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
NOB – NORMA OPERACIONAL BÁSICA  
SIASUS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
PACS - PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
PNAD – PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAS DOMICILIARES  
PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS  
OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2 MARCO TEÓRICO</b>	13
2.1 Aspectos da implantação do Programa de Saúde da Família.	13
2.2 Aspectos sobre o financiamento de atenção básica	19
2.3 Aspectos sobre os investimentos financeiros em saúde bucal pelo SUS	21
2.4 Histórico das práticas odontológicas no Brasil	24
2.5 A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família	29
2.6 Aspectos sobre a referência e a contra-referência da atenção básica em saúde bucal	36
2.7 Caracterização da área de estudo	41
<b>3 OBJETIVOS</b>	46
3.1 Objetivo Geral	46
3.2 Objetivos Específicos	46
<b>4 METODOLOGIA</b>	47
4.1 Desenho do Estudo	47
4.2 Universo e Amostra	47
4.3 Coleta dos dados	47
4.4 Elenco de Variáveis	48
4.4.1 <i>Procedimentos odontológicos</i>	48
4.4.2 <i>Anos de Referência</i>	49
4.4.3 <i>Local (regiões e municípios de Pernambuco)</i>	49
4.4.4 <i>Recursos Financeiros</i>	49
4.5 Período do estudo	50
4.6 Análise dos dados	50
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	52
5.1 O perfil da implantação da equipe de saúde bucal em Pernambuco, 2002 a 2005	52
5.2 Os investimentos de atenção básica em saúde bucal para Pernambuco, 2002 a 2005	61

<b>5.3 A produção da atenção básica em saúde bucal no estado de Pernambuco</b>	<b>65</b>
<b>5.4 O perfil da estruturação do subsistema de referência/contrarreferência para saúde bucal em Pernambuco</b>	<b>69</b>
<b>6 CONCLUSÕES</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>

## 1- INTRODUÇÃO

---

A saúde, no país, adquiriu visibilidade com a *Constituição Federal de 1988*, na qual institui a saúde como um direito de todos e um dever do estado; e operada por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, onde os gestores desse sistema ao nível federal, estadual e municipal vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando a Atenção Básica.

Nessa perspectiva de construção de políticas públicas de saúde que possam garantir a integralidade do atendimento, sem o qual uma política de saúde não pode ser pensada; todas as ações relativas à atenção básica vem se concentrando no processo de expansão da estratégia Programa de Saúde da Família (PSF), incentivada pelo Ministério da Saúde (MARQUES; MENDES, 2001, p.3).

Estudar o percurso realizado pela Saúde Bucal na atenção primária é importante no sentido de entender a forma em que a Odontologia inseriu-se estruturalmente, no processo de produção do modelo de atenção à saúde atual. Esta organização e definição da prática da saúde bucal necessitam de uma reflexão teórica de organização da mesma.

Pode-se afirmar que a saúde bucal no Brasil acumulou saberes e práticas que vão desde sua inserção nas Caixas de Aposentadoria, passando pelo Sistema Unificado de Saúde e Descentralizado de Saúde (SUDS) e finalmente chegando ao Sistema Único de Saúde - SUS (CÓRDON, 1999, p. 19).

Apresenta-se, assim, a evolução da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco, como agente ativo das intervenções produzidas pela equipe de saúde da família, no que tange as questões de sua implantação para promover, proteger e recuperar a saúde.

## 2.0 MARCO TEÓRICO

---

### 2.1 Aspectos da implantação do Programa de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido, no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994. Foi uma proposta concebida dentro da vigência do SUS, teve como seu antecedente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, onde já se trabalhava à família como unidade de ação programática. Os bons resultados do PACS, particularmente, na redução dos índices de mortalidade infantil, levaram a busca da ampliação e maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família (RONCALLI, 2003, p. 43).

A criação do PACS, pelo Ministério da Saúde, foi uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de atenção à saúde, tendo como objetivo central estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil. Seu êxito foi tamanho que impulsionou a formulação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, ano definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Família, isto refletiu a valorização da intervenção no nível familiar, como forma de integração e dinamização das diversas políticas de saúde (GATTÁS, 2003, p.17).

De acordo com Vianna e Dal Poz (1998 apud Martelli, 2001, p. 51) começa a se expandir pelo país a partir de 1995, a criação de equipes do PSF, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), visando reverter o modelo assistencial que vinha se operando dentro do SUS. Originado em 1991 com o PACS, o PSF começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo.

Segundo Andrade (2001, p. 69), o MS institucionalizou as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, com destaque para o Ceará; onde esses agentes foram considerados peças importantes para a organização da atenção básica nos municípios.

A atenção básica no Brasil foi ofertada à população inicialmente através dos centros de saúde por meio da presença de profissionais para a clínica médica, ginecologia, pediatria, enfermagem e odontologia, havendo também a presença, por vezes, de outros profissionais como psicólogos e assistentes sociais. Mas no início da década de noventa surgiram novos paradigmas que se prestavam a ofertar para a população a atenção básica à saúde como exemplo temos o PACS e o PSF (ARAÚJO, 2005, p.10).

Inicialmente o PSF ficou sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a criação da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (COSAC). Em 1995, o programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e no ano seguinte já estava em vigor o sistema de financiamento a partir da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS (RONCALLI, 2003, p. 44).

Segundo o mesmo autor, com a implementação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB) em 1996, no início de 1998, foram criados, além do pagamento per capita, os incentivos para o PACS e PSF. Tais incentivos fazem parte da fração variável do Piso da Atenção Básica (PAB), correspondentes a R\$ 2.200,00 por ACS/ano e de R\$ 28.800,00 a 54.000,00 por PSF/ano, de acordo com a faixa de cobertura populacional.

O PSF contabilizou, em dezembro de 2005, 24.564 equipes e uma população coberta de 86.659.800 pessoas (44,4 %). Podendo, também, ser melhor denominado de estratégia Saúde da Família, vêm mostrando sua efetividade como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde, procurando atuar de forma ampla e integralizada.

Nesse aspecto, Teixeira (2004, p. 1) citou:

o indivíduo e a família são identificados não apenas como usuários do serviço de saúde, mas como sujeitos participativos para a consolidação do conceito de saúde como caráter coletivo e de qualidade de vida.

Andrade (2001, p. 69) afirmou que o PSF produziu um consenso quanto a um projeto de mudança do modelo de saúde hegemônico, que nenhum outro projeto, na história do SUS, conseguiu. Contribuiu ainda para o acirramento das discussões sobre a necessidade de uma nova lógica de financiamento que não fosse por procedimentos. Assim o PSF foi estratégico

para nortear as mudanças propostas pela NOB/96, como a criação do Piso da Atenção Básica – PAB.

O SUS pode ser considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral à saúde e totalmente gratuita para a totalidade da população, inclusive portadores de doenças crônicas como câncer e também aos portadores do HIV. O MS investe recursos da ordem de 35 bilhões por ano, para o custeio dos atendimentos ambulatoriais de alta e média complexidade; além do financiamento da atenção básica.

A lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulou as ações e serviços de saúde, estabeleceu os princípios do SUS que norteiam e sustentam a Equipe de Saúde da Família: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; igualdade da assistência à saúde; equidade na distribuição de recursos; resolutividade dos serviços (BRASIL, 1990).

Complementando os princípios do SUS, as diretrizes reafirmam o direito à saúde, pautado na constituição federal como garantia da cidadania. A participação da comunidade; a descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera do governo; a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde tornam o sistema mais eficaz em relação ao atendimento, planejamento de ações e aplicação de recursos.

De acordo com o documento oficial do MS, no qual estão explicitados os princípios do PSF, a estratégia de Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: a universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Propõe-se, portanto a reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientação para a cura das doenças e para o hospital. A base operacional deste novo sistema é a unidade de saúde da Família (USF), que tem como princípios (BRASIL, 2000a):

1- CARÁTER SUBSTITUTIVO: não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

2- INTEGRALIDADE E HIERARQUIZAÇÃO: a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

3- TERRITORIALIDADE E ADSCRIÇÃO DA CLIENTELA: A USF trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita (vinculada) a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

4- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: cada equipe de saúde da família é composta, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas. Outros profissionais - a exemplo de dentistas, foram incorporados às equipes; assistentes sociais e psicólogos – podem formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A USF pode atuar com uma ou mais equipes dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade.

Não se pode dizer que o modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos contemple as diretrizes acima referidas. Ao contrário: volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas (TRAD; BASTOS, 1998, p. 432).

Cientes de que o Saúde da Família fortaleceu-se como ação organizadora da Atenção Básica de Saúde e como “porta de entrada” do SUS

em muitos municípios, profissionais e pesquisadores da área defendiam que o “P” de programa deveria ser trocado por “E” de estratégia. Afinal, a palavra programa pressupõe algo que tem início, meio e fim (MACHADO, 2004, p. 10).

O PSF tem demonstrado potencial para provocar um importante movimento de reordenação do modelo vigente de atenção à saúde. De acordo com Negri (2000) durante décadas, no Brasil, não se deu necessária prioridade à assistência básica de saúde da população.

O autor disse ainda que:

o resultado dessa política equivocada é a realidade que ainda vivemos: pessoas portadoras de doenças que poderiam ter sido evitadas formando filas desumanas diante dos hospitais, onde nem sempre encontram o atendimento necessário. A outra consequência perversa desse modelo é que ele pressiona o governo a gastar mais e mais dinheiro com o tratamento de doenças que se multiplicam devido à falta de prevenção, em detrimento da promoção da saúde, gerando um círculo vicioso.

A Estratégia Saúde da Família apresentou-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. As bases dessa estratégia destacam que *ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua* (BRASIL, 2005a).

Muitas são as experiências municipais que fazem a Saúde da Família ser hoje uma das principais estratégias utilizadas para a construção do modelo de atenção integral à saúde, afirmando, assim, sua força estruturante no processo de desenvolvimento do SUS e de seus princípios e diretrizes (SAÚDE..., 2004).

De acordo com a Norma Operacional Básica Nº 01 de 1996 -NOB/96- a responsabilidade municipal, no que tange a construção e gestão dos sistemas de saúde, aumentou com o avanço no processo de descentralização

propiciado pelo MS, que habilitou os municípios brasileiros em alguma forma de gestão estabelecida por esta norma operacional. Tal fato, acrescido do estímulo à implantação da ESF, permitiu melhoria considerável do acesso da população às ações de atenção básica à saúde (ANDRADE, 2001, p. 60).

Até a publicação da NOB 96, todos os instrumentos legais que normatizam a constituição dos SUS definem o modelo de atenção à saúde apenas como princípios gerais, que se confundem com os do próprio sistema.

Para Viana e outros (2002 apud GATTÁS, 2003, p. 18), na NOB 91 e NOB 93 não se podia identificar a definição de um modelo de atenção; só na NOB 96 aparece a definição de uma proposta de mudança de modelo para o sistema, sendo esta baseada no PSF e no PACS, como estratégias para a sua reestruturação.

O PSF é uma estratégia para a reorganização da atenção básica, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltada para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Portanto, pretende o MS reorientar o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo uma nova dinâmica para a consolidação do SUS. (SOUZA et al., 2001, p. 9)

A porta de entrada da assistência básica se dá através do PACS e PSF. As Unidades de Saúde da Família (USF) se subdividem, algumas vezes, em equipes e são compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e podem também ter o acréscimo de dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene dental, assim como de outros profissionais.

A base fundamental da universalidade é a introdução do conceito de adscrição de clientela, em que a equipe multiprofissional do PSF tem a responsabilidade com a saúde de 750 famílias em média, delimitada geograficamente. Esta equipe de saúde deverá conhecer os problemas sociais, econômicos e o perfil epidemiológico da população adscrita (BRASIL, 2000a).

A ESF caracteriza-se como primeiro contato da população com o serviço de saúde municipal, onde deve ser garantida a resolutividade referente à sua complexidade tecnológica, assegurando-se referência e contra-referência com os diferentes níveis do SUS; com o intuito de “reverter” a lógica do modelo vigente. (VERAS; RODRIGUES; CARVALHO, 2000, p. 28).

Segundo pesquisa de Saldanha (2003, p. 3), a implantação do PSF em Juíz de Fora (MG) em 94/95 pretendeu “inverter” o modelo assistencial vigente, dessa forma após sete anos da implantação, avaliou-se que houve ganhos, principalmente, nos indicadores de saúde. O PSF, nesta localidade, teve como prerrogativa trabalhar com vigilância à saúde, o que impôs mudanças não apenas na racionalidade dos modelos e na lógica de funcionamento dos serviços como em determinados aspectos do quadro da saúde.

Para Giovanella, Escorel e Mendonça (2003, p. 280)

a constituição da USF como porta de entrada (*gatekeeper*) do sistema de saúde, tem como primeiro requisito que a mesma seja acessível à população adscrita, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, temporais, administrativas e culturais.

A proposta de ampliação da Atenção Básica trazida pelas Normas Organizacionais de Assistência à Saúde (NOAS/01) busca definir inequivocamente as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver. São elas: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle da Diabetes Melittus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde da Mulher (BRASIL, 2001b).

## **2.2 Aspectos sobre o financiamento de atenção básica**

O período pós -1995 foi marcado pela expansão da Atenção Básica, essa expansão foi incentivada, em primeiro lugar, pelo MS e posteriormente, pelas secretarias estaduais. Ao mesmo tempo em que isso ocorria, houve avanço no processo de municipalização e no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da Atenção Básica (MENDES; MARQUES, 2004, p. 74).

Considerando que essa expansão é norteada pela organização da lógica assistencial do SUS, os recursos financeiros transferidos na forma de incentivos, através do Piso da Atenção Básica variável (PAB), destinados a

Atenção Básica por meio das transferências federais a municipais, enfatiza o crescimento de recursos para a estratégia Saúde da Família.

Segundo a NOB/96, que estimula o processo de descentralização e municipalização da saúde, quando os municípios se habilitam na condição de gestão *Plena da Atenção Básica* ou *Plena do Sistema Municipal de Saúde*, tornam-se responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, assim o PSF pode ser implantado (ANDRADE, 2001, p. 71).

Com a NOB/96, a participação dos recursos federais apresentou mudança qualitativa. De um lado, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências *per capita* aos municípios. De outro lado, focalizou a Atenção Básica como prioridade, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências. (MENDES; MARQUES, 2004, p.73)

Autores como Marques e Mendes (2002, p. 166) afirmaram de forma contundente que:

a NOB/96 inibiu a autonomia municipal, causando um “engessamento” dos recursos destinados a Atenção Básica (PAB fixo ou variável) pela esfera federal, a qual condicionou aos municípios, a implementação da política de financiamento da saúde à adoção de programas não definidos localmente<sup>1</sup>.

Os mesmos autores também consideraram que a ênfase na Atenção Básica através da atenção à saúde antecipada por incentivos “*carimbados*”, coloca em risco o preceito da integralidade.

Na esteira do MS, estados como Mato Grosso do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Amapá, Tocantins, Paraná, Espírito Santo, Mato Grosso, Sergipe e Ceará passaram a incentivar a implantação do PSF, uma vez que este constitui a “porta de entrada” para o SUS, ou seja, uma estratégia para fortalecer a atenção básica. Os estados citados proporcionaram aos seus municípios incentivos financeiros para a implantação do PSF baseados em critérios estabelecidos pela Portaria N° 1.434/04: municípios rurais, municípios com baixo IDH, municípios com assentamentos e municípios com populações

---

<sup>1</sup> É bom lembrar que o PAB, quando concebido em 1996, era de R\$12,00 hab./ano; dois anos depois de implantado, esse valor foi reduzido para R\$ 10,00 hab./ano. Somente em 2003, o valor atingiu a ordem de R\$ 12,00 hab./ano. Atualmente, o valor mínimo per capita do Piso de Atenção Básica - PAB, fração fixa (PAB fixo) corresponde a R\$ 13,00 hab./ ano (Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006).

quilombolas, além do repasse atrelado à expansão da cobertura populacional através do aumento do número de ESF.

### **2.3 Aspectos sobre os investimentos financeiros em saúde bucal pelo SUS**

Dentro da Atenção Básica, destaca-se o Programa de Saúde da Família como um dos componentes do PAB variável, que contribuiu para uma lógica de financiamento que não fosse por procedimentos, garantindo incentivos para “programas” que na ótica do MS promovem mudança do modelo assistencial.

O financiamento da saúde bucal no SUS - a nível federal - o repasse de recursos aos estados e municípios para financiar as ações de saúde bucal está inserido no Piso da Atenção Básica (PAB), definido pela NOB/96, o que representou o principal avanço no processo de descentralização do SUS ocorrido nos últimos anos (SOUZA et al, 2001, p. 10).

De acordo com a Portaria GM/MS N.º 1444 de 28 de dezembro de 2000 do MS, ficou estabelecido o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF; criado o incentivo de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal, além de definir que a equipe de saúde bucal trabalharia voltada para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial. (BRASIL, 2000b)

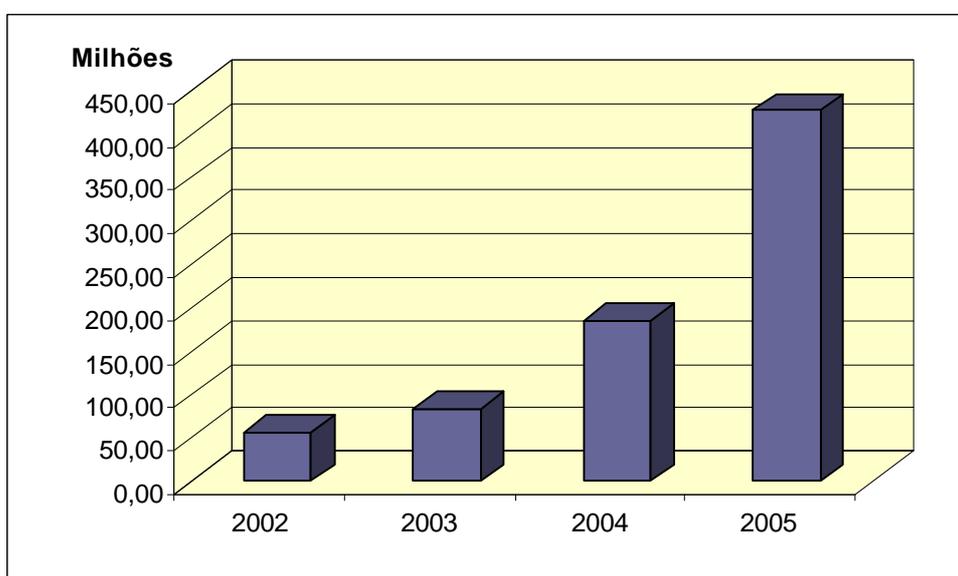
Conforme apontaram Barros e Bertoldi (2002 apud PAULETO, PEREIRA; CYRINO, 2004, p. 123), dados da PNAD, em 1998, revelaram que a saúde bucal, no Brasil, tem recebido uma parcela escassa de recursos em relação ao total de investimentos do SUS.

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém com uma parcela proporcionalmente pequena: em 98, revelou a PNAD apenas 5,24% dos investimentos em saúde

se destinaram aos procedimentos odontológicos (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004, p. 125).

Os estímulos propostos pelo atual governo no início do seu mandato acenam para a expansão da Saúde Bucal na ESF, quanto às ações de saúde bucal, o atual governo planejou ao concluir seu mandato um investimento de R\$ 1,3 bilhão. Para efeito de comparação, em 2002 (último ano do governo Fernando Henrique Cardoso), o orçamento para saúde bucal foi de R\$ 56,5 milhões.

Com relação aos investimentos na área de saúde bucal, em 2002 foram gastos R\$ 56 milhões. Em 2003, foram investidos mais 46%, passando a R\$ 84 milhões. Em 2004, o investimento foi de R\$ 184 milhões (gráfico 1).



**Gráfico 1 - Investimentos financeiros em saúde bucal, Brasil, 2002 - 2005.**

Para 2005, foram mobilizados R\$ 427 milhões para investimentos em saúde bucal, e a previsão é que, em 2006, sejam investidos R\$ 545 milhões, o que corresponde a aproximadamente dez vezes o valor investido em 2002 (BRASIL, 2006a).

Conforme a Portaria N.º1.444/00 do MS determinou-se o incentivo para a reorganização da atenção a saúde bucal prestada a população brasileira frente aos alarmantes resultados obtidos pela PNAD/IBGE (BRASIL, 2000b):

Os municípios que se qualificarem as ações de saúde bucal receberão incentivo financeiro anual por equipe implantada, de acordo com a composição e com seguintes valores:

- Modalidade I – Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.000,00 (treze mil reais);
- Modalidade II – Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental - R\$ 16.000,00 (dezesesseis mil reais).

A partir da Portaria Nº 673/GM de 30 de junho de 2003, o MS passou a financiar as ESB na proporção de 1:1 com relação à ESF, com cada ESB passando a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Houve um reajuste no incentivo anual de custeio das ESB para:

- Modalidade I para R\$ 15.600,00;
- Modalidade II para R\$ 19.200,00; cessando os efeitos da Portaria Nº 1.444/00. Além disso, os incentivos de R\$ 5 mil para compra de equipamentos odontológicos e instrumentais; ainda o adicional de R\$ 1 mil para o compra de materiais clínicos de prótese dentária.

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) aumentou o valor dos incentivos repassados para as equipes de saúde bucal da ESF, através da Portaria Nº 74/GM de 20 de janeiro de 2004, foram efetuados novos reajustes dos incentivos, passando para:

- ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 (reajuste de 59,6%);
- ESB Modalidade II a receber R\$ 26.400,00 por ano para custeio (aumento de 65%).

Além desse reajuste, a referida portaria ainda concede um equipo odontológico completo para as equipes habilitadas na modalidade II e define uma correção no incentivo adicional para R\$ 6.000,00, destinado à compra de equipamentos e materiais clínicos permanentes; e R\$ 1 mil para o compra de materiais clínicos de prótese dentária (BRASIL, 2004c).

Em 14 julho de 2004, foi editada a Portaria GM/MS Nº1.434, esta ressaltando o princípio da equidade, aumentou o incentivo de saúde da família e saúde bucal em 50% privilegiando municípios com maiores dificuldades como

municípios com IDH igual ou menor a 0, 7; municípios com população de até 50 mil habitantes (estados da Amazônia Legal) e 30 mil habitantes (demais estados da federação); municípios com populações quilombolas ou assentamentos, a fim de melhorar o acesso aos serviços de saúde, diminuir as desigualdades regionais e aumentar a cobertura da estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2004d)

Os investimentos em saúde bucal foram reajustados a fim de proporcionar resolutividade das ações básicas, buscando a integralidade da assistência e visando então a ampliação do acesso coletivo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a consequente melhoria de seus indicadores.

## **2.4 Histórico das práticas odontológicas no Brasil**

O Sistema de Saúde brasileiro sofreu profundas transformações nas últimas décadas até chegar à atual configuração jurídico-legal do SUS. Havia até então uma distinção clara de atribuições entre vários órgãos destacando-se a Previdência Social responsável pela assistência médico-odontológica individual e o Ministério da Saúde com responsabilidade pelas ações de saúde pública. A crítica a este sistema residia na distinção clara existente entre assistência médico-odontológica individual e as ações de saúde pública, ou seja, na dicotomia entre prevenção e cura expressando-se num paralelismo institucional com a consequente descoordenação do setor (PERES, 1995, p. 4).

A expansão dos serviços de saúde e dos serviços odontológicos, em particular, está, entre outros motivos, ligada às lutas sociais dos trabalhadores pela afirmação da cidadania, às dificuldades crescentes do acesso aos consultórios privados e ao cenário sócio-político da população do pós-guerra. O surgimento, então, da modalidade estatal de produção de serviços odontológicos, por livre demanda, nas instituições de saúde pública e posteriormente, nas CAPs, na década de 20, e nos IAPs, nos anos 30, foram consequência e tiveram o seu ponto de inflexão a partir da fusão dos IAPs em 1967. O notável crescimento da assistência odontológica deveu-se, principalmente aos inúmeros credenciamentos e convênios para a compra de serviços de terceiros, em detrimento da expansão dos serviços próprios (NARVAI, 1994, p. 80).

Para Martelli (2001, p. 60) a oferta de serviços odontológicos, historicamente, refere características ao modelo médico-assistencial privatista como: demanda espontânea, procedimentos de alívio imediato da dor e/ou de cunho mutilador. O paciente não é via de regra incorporado para cuidados promovedores de sua saúde bucal, não há integração com outros setores da saúde.

Peres (1995, p. 4) afirmou que:

as ações de odontologia realizadas pelo Estado iniciaram-se no final do século passado e foram dirigidas a populações confinadas, como os integrantes da antiga Força Pública de São Paulo, presidiários, internados em instituições psiquiátricas e escolares da rede oficial de ensino. A concepção higienista hegemônica na área de saúde de então, lançou mão de campanhas como estratégia de ação e até mesmo de coerção, através do aparato repressivo do estado. Esta política que buscava garantir a produção e comercialização dos produtos economicamente mais importantes para a exportação, como o café, adquire características distintas de acordo com as regiões do país e o produto economicamente de maior importância, sobretudo àqueles destinados à exportação. Por conta destas características, na área de odontologia, tais ações não chegaram se configurar como política de âmbito nacional.

Em 1952 aconteceu a primeira experiência estatal no setor, desenvolvida pelo Serviço Especial de saúde Pública (SESP) com os programas de odontologia sanitária localizados em alguns estados das regiões Sudeste, Nordeste e Norte (SERRA, 1998, p. 11).

Nos anos 70 surge o que se denominou odontologia simplificada, fundamentada na crítica à odontologia científica. Narvaí (1994, p. 54) adotou o conceito de Mendes e Marcos (1985) para a odontologia simplificada, sendo esta:

uma prática profissional que permita, através da padronização, da diminuição dos passos e elementos e da eliminação do supérfluo, tornar mais simples e barata a odontologia, sem alterar a qualidade dos trabalhos realizados. E que, ao tornar-se mais produtiva, torna mais viável os programas de extensão de cobertura.

Seguindo o mesmo rumo da medicina comunitária, a odontologia comunitária não passou de um “*sonho bonito*” segundo Narvaí (1994, p. 59):

a rigor, a expressão odontologia comunitária não tem sentido uma vez que a odontologia é sempre comunitária, sempre social (...). Espera-se da comunidade uma relação com a odontologia em que não se cumpra apenas o papel de quem “recebe o serviço”, passivamente (...). Admitindo-se que assegurar assistência à saúde constitui dever do estado moderno, conclui-se que a odontologia será tanto mais comunitária quanto maior for a participação popular.”

O mesmo autor ainda afirmou:

os termos assistência odontológica e atenção à saúde bucal são completamente distintos. O primeiro refere-se ao conjunto de procedimentos clínicos-cirúrgicos dirigidos a consumidores individuais, doentes ou não; já o segundo é constituído por um conjunto de ações que incluem a assistência odontológica individual, porém não se esgota nela, busca atingir o coletivo com ações que atuem concomitantemente sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal e tenha o objetivo de manter a saúde bucal.

A maioria das ações coletivas, no campo da saúde bucal, era descontínua e esporádica, até a década de 70, sendo executada na semana dos bons dentes ou algo parecido. Ações, essas que apresentavam mais características de campanha do que de programa (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004, p.122).

O *Movimento Sanitário Odontológico*, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, juntamente com todos os demais trabalhadores da área da saúde, lutou pela mudança do modelo de atenção à saúde, pela sua democratização, objetivando, também, através dela, a democratização da sociedade brasileira. Esta, visivelmente insatisfeita com o modelo de prática odontológica, no início da década de 80, mobilizou os profissionais da saúde e os dentistas em particular (SERRA, 1998, p. 15).

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (I CNSB), realizada como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, caracterizou a situação da saúde bucal no país como caótica, ineficiente e ineficaz, sendo então discutida nesta a situação da odontologia no SUS e o financiamento do setor, baseada nos princípios que mais tarde configurariam o SUS e seus aspectos jurídico-legais. Entretanto, a I CNSB não sensibilizou o governo com suas conclusões, que intencionou implantar uma política de saúde bucal centralizada e sem a participação social (Programa Nacional de Controle de cárie com selantes e flúor – INAMPS/1987) (PERES, 1995, p. 9).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em março de 1986 contou com a participação de diversos setores da sociedade, com destaque para valiosa participação de usuários; é considerada um marco histórico para as reformas que foram e estão sendo processadas no setor, nas duas últimas décadas.

O relatório da 8ª CNS conseguiu tornar hegemônica a idéia de um sistema de saúde público e sob o controle do estado, sendo tomado por base pelos constituintes para a elaboração do seguimento da saúde da Constituição

Nacional de 1988. Com a *Constituição Cidadã*, o sistema de proteção social brasileiro foi redefinido; e no capítulo II (*Da criação da seguridade social*) foram estabelecidas as responsabilidades do estado e da sociedade nas áreas de previdência, assistência e saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Na área da saúde, a grande conquista foi à universalização do direito e a igualdade de acesso às ações e serviços de saúde. A saúde passa a ser “*um direito de todos e dever do Estado*”. Assim, foi criado o SUS, tendo como princípios fundamentais a consolidação do sistema a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes organizativas a descentralização com comando único em cada nível de governo, a regionalização, a hierarquização e o controle popular.

Para regulamentar os dispositivos constitucionais foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei Nº 8.080 em 19 de setembro de 1990, que reafirmou os princípios do SUS, as atribuições de cada esfera do governo, a participação complementar da iniciativa privada e as fontes de financiamento do sistema. Entretanto, diversas proposições aprovadas pelo Congresso foram vetadas pelo Poder Executivo; e devido às pressões populares da sociedade civil foi aprovada a Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990; esta trouxe de volta determinadas questões anteriormente vetadas, procurando redefinir sobre a participação popular, a organização dos Conselhos de Saúde e a transferências de recursos (BRASIL, 1990).

No relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1986, temos que:

a saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e dever do estado em sua manutenção.

Segundo Teixeira (2004, p. 2) ocorreu em Brasília, no ano de 1993, a II Conferência Nacional de Saúde Bucal (II CNSB), representando um dos mais importantes fóruns de discussão da saúde bucal no país, com relevante participação dos usuários (388 delegados) e demais entidades do governo,

profissionais de saúde e prestadores de serviço (404 delegados). Como conclusões das discussões dessa conferência, permitiram-se a aprovação de diretrizes e estratégias para a saúde bucal no país, levando-se em conta a saúde bucal como direito de cidadania.

Buscando oportunizar a ampliação da participação da população na análise da formulação e da execução da Política Nacional de Saúde Bucal, foi realizada, em 2004, a III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Esta representou a deflagração de um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas entre a sociedade civil e os movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2006a).

Para Capistrano Filho (2000, p. 8) “[...] a incorporação das ações de saúde bucal no PSF, em 2000, foi um passo importante no sentido da observância de um dos princípios dos SUS – o da integralidade das ações em saúde [...]”.

Ocorreu também uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio. Agora o centro de atenção passou a ser a família, deixando de lado os limites físicos que eram a justificativa para a não efetivação do acesso.

A introdução do SUS, que consubstancia a proposta da Reforma Sanitária, trouxe para a saúde bucal um grande desafio, pois vem provocando a reformulação da sua prática para responder aos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Ainda considerando-se a saúde bucal como um dos componentes da saúde em sua expressão mais ampla –enquanto qualidade de vida- adquire maior importância a busca de mecanismos que ampliem as suas ações, e viabilizem a melhoria do quadro epidemiológico no Brasil. (SOUZA et al., 2001, p. 8)

Resgatando o princípio da política de saúde bucal, autores como Pauleto; Pereira e Cyrino (2004, p. 123) referiram que no passado, procurando dar uma resposta concreta à situação; a Divisão Nacional de Saúde Bucal (órgão da secretaria nacional) e a coordenação de supervisão e auditoria de

odontologia do INAMPS elaboraram em 1989, a Política de Saúde Bucal. As prioridades dessa política foram definidas segundo os grupos populacionais, tipos de serviços, danos, recursos humanos, modalidades de organização e financiamento do setor.

O fato da odontologia não estar presente desde o início do PSF, possivelmente, acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados; assim como, pode ter determinado formas variadas no processo de implantação das ESB (BALDANI et al., 2005, p. 1027).

## **2.5 A inserção da saúde bucal na estratégia Saúde da Família**

Cordón (1997, p. 558) afirmou que a construção de um modelo de saúde caracterizado pela universalidade, equidade e a integralidade da atenção em saúde, cujos atores, formados com orientação ecológica e utilizando o método científico para conhecer estruturalmente as características epidemiológicas em que se dão os processos de saúde-doença bucal, considerando os espaços sociais e seus respectivos movimentos para a ênfase coletiva; combinado a um adequado diagnóstico bucal e um alto nível de habilidades, pode promover uma qualidade de saúde geral através da saúde bucal.

A inclusão da Saúde Bucal no PSF criou a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da Atenção Básica oferecida pelo SUS e representou a mais importante iniciativa de assistência pública; expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (ZANETTI, 2000).

Segundo Martelli (2001, p. 75)

percebe-se que a inclusão de tão vastos contingentes populacionais excluídos de qualquer forma de assistência odontológica não se dará pelo caminho da contemplação no mercado, portanto atento a como, o plano político-institucional, caracteriza o atual contexto brasileiro. Entende-se como oportuno e necessário abordar iniciativas públicas includentes, como se apregoa ser a incorporação da saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), dando visibilidade a instituição de uma ótica programática, que supere experiências anteriores centradas via de regra na assistência odontológica curativa, que se mostraram ineficazes do ponto de vista epidemiológico, e não inclusivas de tão vasto contingente populacional à margem de qualquer procedimento, mesmo que seja em livre demanda, para mutilação e/ou alívio da dor.

Quanto à incorporação das equipes de saúde bucal à ESF, mesmo não estando previsto nas suas diretrizes a participação da odontologia, vários municípios acrescentaram-na e de diversas maneiras, desde 1995 que municípios brasileiros como Curitiba (RONCALLI et al, 1999, p. 13) e o Distrito Federal (ZANETTI, 2000) e no caso de Pernambuco desde 1998, com Camaragibe, (MARTELLI, 2001, p. 83), que vem se agregando à ESF a equipe de saúde bucal, com iniciativas que vão desde o treinamento dos agentes comunitários de saúde no sentido de incluírem instruções relativas à saúde bucal em suas atividades, até a inclusão do CD e seu pessoal auxiliar na equipe da ESF.

A participação da saúde bucal nas atividades do PSF tem sido proposta desde sua criação e foi iniciada pioneiramente no município de Curitiba-PR. A partir daí, vários municípios têm tentado viabilizar formas de inclusão de ações de saúde bucal nos PSFs, tendo em vista que não é prevista nas diretrizes do programa, a participação da odontologia (RONCALLI et al., 1999, p. 13).

Em 1999, com funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde no município de Camaragibe-PE e a realização através da participação popular da III Conferência Municipal de Saúde, consolidou-se uma proposta de mudança do modelo assistencial a nível local. Através de modificações ocorridas na atenção integral à saúde (da família), o município foi um dos pioneiros a implantação do projeto piloto de dentista no saúde da família; com o objetivo de adotar um modelo resolutivo com vistas a promover impacto sobre a saúde da população. (CAMARAGIBE, 1999)

Para Souza et al (2001, p. 9) em alguns municípios a atenção á saúde bucal no PSF tornou-se “a porta de entrada” do sistema, mas sem a devida organização.

O MS só veio a efetivar e incentivar financeiramente a constituição da equipe de saúde bucal no seio da ESF, no final do ano 2000, e a repassar os primeiros incentivos em meados de 2001, ou seja, tanto programaticamente ou como agente financiador o MS ficou a reboque de municípios que tiveram maior agilidade elaborativa e de auto-custeamento (MARTELLI, 2001, p.52).

Assim, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo-se a atenção integral aos indivíduos e às famílias, a ESB passou a fazer parte da estratégia Saúde da Família. Sua regulamentação ocorreu por meio da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios. As normas e as diretrizes para este fim, por sua vez, foram regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001.

Para a normatização do ingresso da ESB na estratégia Saúde da Família, o MS, elencou os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal, incluindo-as no conjunto de atividades desenvolvidas na ESF, respeitando os seus princípios organizativos e operacionais, estimulando desta forma a reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.

Objetivos específicos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, consoante ao preconizado pelo ESF;
- Assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários a ESF, por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas, de acordo com os princípios da ESF (BRASIL, 2001a).

Quanto à operacionalização o MS, também vem a definir as características que espera ver consolidadas com a implantação da ESB na ESF:

I – Caráter substitutivo das práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);

II – Adscrição da população sob responsabilidade da UBS;

III – Integralidade da assistência prestada à população adscrita;

IV- Articulação da referência e contra-referência aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde;

V - Definição da família como núcleo central de abordagem;

VI - Humanização do atendimento;

VII - Abordagem multiprofissional;

VIII - Estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social;

IX - Educação permanente dos profissionais;

X - Acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas (BRASIL, 2001a).

A jornada de trabalho da equipe deverá ser de 40 horas semanais, ficando cada equipe de saúde bucal responsável por aproximadamente 6.900 habitantes, numa relação de uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2001a).

A proporção 2 ESF:1ESB representava um fator limitante ao processo de implantação das ESB e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais.

Em meados de 2003, editou-se a Portaria GM/MS N.º 673 em 03 de julho de 2003, que equipara a presença de uma equipe de saúde bucal para uma equipe de saúde da família (BRASIL, 2003).

No período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005, foram implantadas no Brasil 7.866 novas equipes, totalizando 24.564 ESF em atuação pelo país, com um aumento da cobertura populacional de 54,9 milhões de habitantes em dezembro de 2002 para 78,6 milhões em dezembro de 2005.

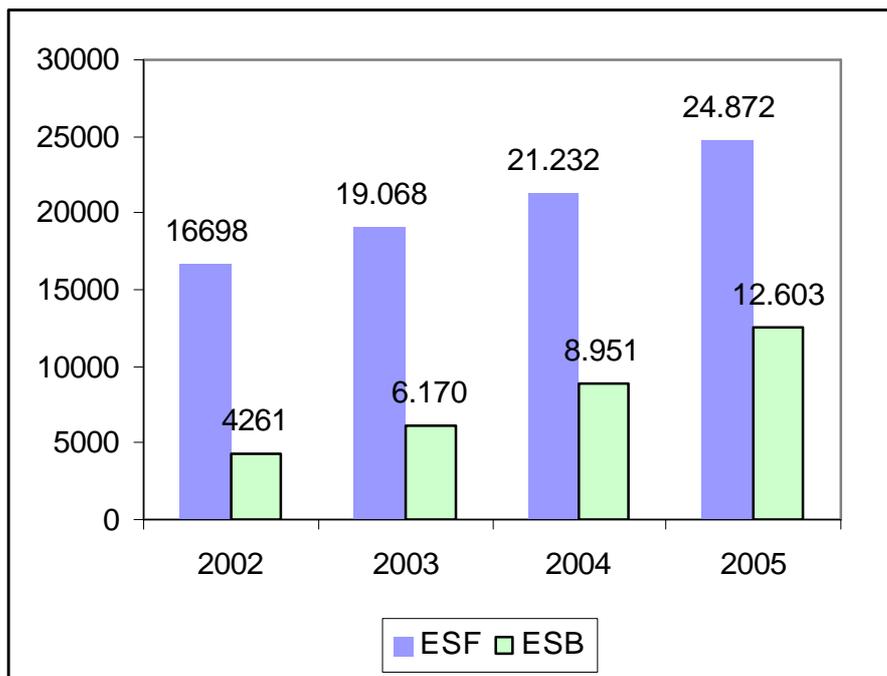
De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.342 novas ESB na estratégia de Saúde da Família, chegando a um total de 12.603 ESB, um aumento de mais de 195% na ESB e de 47,1% nas ESF, estas atuando em 3.897 municípios e 4.986 municípios respectivamente (quadro 1).

Ano	Nº ESF	Nº ESB	Municípios c/ ESF		Municípios c/ ESB	
			Nº	%	Nº	%
2002	16.698	4.261	4.161	74,8	2.302	41,4
2003	19.068	6.170	4.488	80,7	2.787	50,1
2004	21.232	8.951	4.664	83,9	3.184	57,3
2005	24.564	12.603	4.986	89,6	3.897	70

**Quadro 1 - Número de equipes, número e percentual de municípios com equipe de saúde da família e equipes de saúde bucal, Brasil, 2002- 2005**

Fonte: área técnica de saúde bucal/SAS/MS

Em dezembro de 2002, que coincide com o encerramento do 2º governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, o Brasil se apresentava com 4.261 ESB, conforme o gráfico abaixo:



**Gráfico 2 - Proporção entre ESF e ESB, Brasil, 2002-2005**

Fonte: área técnica de saúde bucal/SAS/MS

Tal contingente de equipes significou uma cobertura em saúde bucal no país de 29.400,900 milhões de habitantes ou 16,83%, considerando uma equipe responsável por 6.900 habitantes e a população estimada para 2002 em 174.632.960 milhões de habitantes.

Na região Nordeste (NE), houve também um crescimento de 53,49% para as ESF e de 207,03% para as ESB. Esta expansão no número de ESF aconteceu também nos municípios da região, que em 2002 era de 78,6% e passou para 96,5% em 2005; e de 57,2% (ESB) em 2002 para 87% em 2005 (Quadro 2).

Ano	NºESF	NºESB	Municípios c/ ESF		Municípios c/ ESB	
			Nº	%	Nº	%
2002	6.699	2.134	1.408	78,6	1.025	57,2
2003	7.641	3.054	1.505	84,0	1.163	64,9
2004	8.515	4.539	1.581	88,2	1.278	71,3
2005	10.282	6.552	1.731	96,5	1.560	87,0

**Quadro 2 - Número de equipes, número e percentual de municípios com equipe de saúde da família e equipes de saúde bucal, Nordeste, 2002- 2005**

Fonte: área técnica de saúde bucal/SAS/MS

Encontramos também o percentual de expansão nos municípios de região NE com relação à ESF e ESB, que foram classificados em ordem decrescente do número de municípios com ESF. Verificamos que na maioria dos municípios, o crescimento da ESB não acompanhou o crescimento da ESF, sendo o estado do Paraíba o que obteve a maior proporção no ano de 2002 e o estado de Pernambuco a menor no mesmo período (Quadro 3).

NE	Nº municípios c/ ESF	%	Nº Municípios c/ ESB	%	Nº ESF	Nº ESB	Proporção ESB / ESF (%)
PI	217	97,7	201	90,5	704	279	39,63
PB	210	94,2	185	83	777	318	40,93
BA	190	45,6	98	23,5	862	206	23,90
CE	175	95,1	158	85,9	1.217	409	33,61
PE	172	93	72	35,1	1.158	237	20,47
RN	141	84,4	117	70,1	451	131	29,05
MA	135	62,2	72	33,2	549	138	25,14
AL	99	97,1	84	82,4	594	225	37,88
SE	69	92	45	60	387	131	33,85

**Quadro 3 - Estados da Região Nordeste em ordem decrescente de número de municípios com Equipes de Saúde da Família, 2002.**

Fonte: área técnica de saúde bucal/SAS/MS

A Bahia liderou em 2005 com o maior número de municípios com ESF (370) e ESB (277) dentre os estados do NE, o mesmo ocorrendo com o número de ESF que foi de 1.888 e ESB de 942 (Quadro 4).

No quadro que segue, o estado da Paraíba apresenta-se no ano de 2005 com o maior percentual da proporção ESB/ESF, enquanto que Pernambuco apresentou o menor percentual de proporção ESB/ESF no mesmo ano.

NE	Nº municípios c/ ESF	%	Nº Municípios c/ ESB	%	Nº ESF	Nº ESB	Proporção ESB / ESF (%)
BA	370	88,7	277	66,4	1.888	942	49,89
PB	223	100	217	97,3	1.144	977	85,40
PI	221	99,1	221	99,1	980	735	75,00
MA	213	98,2	190	87,9	1.427	874	61,25
CE	183	99,5	182	98,7	1.320	920	69,70
PE	182	98,4	146	78,9	1.547	721	46,61
RN	166	99,4	165	98,8	805	684	84,97
AL	101	99	98	96,1	685	432	63,07
SE	72	96	64	85,3	486	267	54,94

**Quadro 4 - Estados da Região Nordeste em ordem decrescente de número de municípios com Equipes de Saúde da Família, 2005.**

Fonte: área técnica de saúde bucal/SAS/MS

## **2.6 Aspectos sobre a referência e a contra-referência da atenção básica em saúde bucal**

Além da preocupação com a incorporação de contingentes populacionais à margem de qualquer tipo de assistência odontológica ou da tendência histórica da exclusivização assistencial de determinados grupos populacionais, também é premente conhecer a situação da assistência à saúde na média complexidade, a fim de garantir a referência e contra-referência.

Scatena e Tanaka (1998 apud OLIVEIRA, 2002, p. 19) concordaram com a necessidade de integração das práticas de saúde, mas alertam que a mesma não terá êxito se a atenção primária estiver dissociada dos outros níveis de complexidade, como a assistência hospitalar e os centros de apoio e diagnóstico.

A assistência odontológica em serviços públicos no Brasil tem-se restringido quase que exclusivamente aos serviços básicos – ainda assim, com grande demanda reprimida por procedimentos básicos. É evidente a baixa

capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária e Terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2004b).

Com as NOAS/01, se garantiu o acesso aos serviços de referência na média e alta complexidade, sendo necessário que cada município tenha uma atenção básica de qualidade e resolutive. Quando isso não acontece há uma sobrecarga insustentável das referências, inviabilizando o acesso dos que realmente necessitam (BRASIL, 2001b).

Durante o ano de 2003, ocorreram mudanças no MS que dinamizaram a relação com os Estados e municípios. Essas transformações foram importantes para os usuários dos SUS, uma vez que permitiram a implantação de projetos e medidas que aumentou e melhorou o acesso da população à rede pública de saúde. Em 2004, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) incorporou à sua estrutura o Departamento de Atenção Básica, permitindo uma maior possibilidade de integração com o nível secundário e terciário (SOLLA, 2004, p. 7).

A NOB/96 foi taxativa quanto à composição dos sistemas municipais de saúde e seus níveis diferentes de complexidade, sendo comuns estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atender usuários encaminhados por outros. As negociações das referências devem ser efetivadas, exclusivamente, entre os gestores municipais.

Para explicar sobre o montante correspondente, que financia os procedimentos de média complexidade e outros da categoria; a FAE (Fração Assistencial Especializada), tetos e pisos são definidos como base na PPI (Programação Pactuada Integrada), negociados nas CIB (Comissão Intergestora Bipartite) e na CIT (Comissão Intergestora Tripartite), formalizados e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde (ANDRADE, 1996, p. 80).

A Média Complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2006b).

Da série de mudanças ocorridas na atenção especializada, destacamos, em 2004, com o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, a criação do Centro de Especialidade Odontológica (CEO) oferecendo serviços de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico bucal e atendimentos a portadores de necessidades especiais. Manfredini (2004, p. 52) sintetizou que a atenção secundária, antes monopolizada pelo mercado privado, passou a ter um sensível incremento na rede pública, com a criação do CEO.

Os procedimentos realizados nos CEO são uma continuidade do trabalho realizado pela rede básica de saúde; e no caso dos municípios que estão na estratégia, pelas equipes de saúde bucal. Assim sendo, todos os profissionais da atenção básica executam o primeiro atendimento ao paciente e, caso necessitem de encaminhamento, estes vão ao CEO classificado em dois tipos, de acordo com o definido pela Portaria MS Nº 1.571 de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004a):

- CEO Tipo I: com três cadeiras odontológicas. Cada CEO Tipo I recebe R\$ 40.000,00 para implantação e R\$ 6.600,00 mensais para custeio.
- CEO Tipo II: com quatro ou mais cadeiras odontológicas. Cada CEO Tipo II recebe R\$ 50.000,00 para implantação e R\$ 8.800,00 mensais para custeio.

De acordo com a Portaria N.º 1.063/GM de 04 de julho de 2005, que revoga a Portaria N.º 1.570/04 GM e define critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento de CEO; e a Portaria N.º 1.069/GM, que revogou a Portaria N.º 1.571/04, portaria esta que instituiu o financiamento dos mesmos, segue-se:

a) para o CEO tipo I, ou seja, com 03 cadeiras odontológicas, são destinados mensalmente R\$ 6,6mil para custeio, além de R\$ 40 mil em parcela única, correspondentes a custos com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos.

b) para o CEO tipo II, com 04 ou mais cadeiras odontológicas, os valores mensais são de R\$ 8,8 mil para custeio e R\$ 50mil em parcela única, correspondentes a custos com reformas, ampliação do espaço físico e aquisição de equipamentos.

c) para o CEO tipo III, que devem possuir no mínimo 07 cadeiras odontológicas, o recurso de implantação é de R\$ 80mil reais e recurso de custeio no valor de R\$ 15,4 mil.

Com a mudança de Ministro de Estado da Saúde, tal portaria não foi publicada. Somente em março de 2006, contempla o CEO tipo III com recurso de custeio no valor de R\$ 15.400,00 e implantação no valor de R\$ 80.000,00; não cabendo suplementação para as adequações (Portaria N° 599/ GM e N° 600/ GM 23 de março de 2006).

A implantação das ESF, estando capacitadas para atender às demandas de suas áreas adscritas, foi uma estratégia para reorganização da Atenção Básica, garantia de referência e contra-referência dos casos que ultrapassem seu nível de ação (suporte de exames complementares – laboratório, imagem Raio-X, Ultra-som, reabilitação, entre outras); assumindo o acompanhamento de todos os casos em sua área de abrangência.

Com a expansão do conceito de atenção básica e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção, funcionando por meio de parceria entre estados, municípios e o governo federal (repasse de uma parte dos recursos pelo MS e outra parcela dos Estados e municípios).

## 2.7 Caracterização da área de estudo

O estado de Pernambuco está localizado no centro – leste da região nordeste do Brasil e possui 185 municípios, distribuídos numa área de 98.485 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 6,4% da região Nordeste. Os relevos existentes são representados por planícies litorâneas, planaltos centrais além de depressões a Oeste e a Leste. As principais bacias hidrográficas são os rios Capibaribe, São Francisco, Ipojuca, Una, Pajeú e Jaboatão. A vegetação característica é composta por mangues (Litoral), Floresta Tropical (Zona da Mata), Caatinga (Agreste e Sertão). Na região litorânea o clima é o tropical atlântico, enquanto que no sertão e no agreste, o clima apresentado é o semi – árido.

Pernambuco possuía em 2000 uma população total de 7.918.344 habitantes, que resultou em uma densidade demográfica de 80,37 hab/Km<sup>2</sup> (Tabela 1), do total de habitantes, 6.058.249 são residentes em área urbana e 1.860.095 na zona rural. Atualmente, segundo estimativas do IBGE a população do estado é de 8.161.828 milhões de pessoas, e uma densidade demográfica de 82,87 hab/Km<sup>2</sup>. Esta população se distribui de forma heretogênea, com maior concentração na região litoral-mata, conformando um novo padrão de urbanização que se caracteriza por aglomerados populacionais nos municípios de grande e médio porte.

Observam-se um quadro sanitário caracterizado pela queda gradual e progressiva da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e pela ascensão das doenças crônicas degenerativas, em especial as enfermidades cardiovasculares. Isto vem aumentando significativamente a esperança de vida ao nascer, que associada à redução da taxa de fecundidade vem aumentando a expectativa de vida das pessoas com maior envelhecimento da população. As principais causas de óbito são respectivamente, as doenças do aparelho circulatório, mortes violentas e as neoplasias, superando as doenças infecciosas e parasitárias do passado.

No estado de Pernambuco, a coexistência de velhos e novos problemas de saúde pública; registram-se doenças, agravos e óbitos relacionados às precárias condições sanitárias e elevadas taxas de morbimortalidade por doenças crônicas-degenerativas e por violência (FALHO NETO, 1997).

Tabela 1 - Características da população residente, Pernambuco, 2000.

Discriminação		Pernambuco
<b>População residente</b>		7.918.344
<b>Sexo</b>	Masculino	3.826.657
	Feminino	4.091.687
<b>Situação do domicílio</b>	Urbana	6.058.249
	Rural	1.860.095
<b>Densidade demográfica (hab./Km<sup>2</sup>)</b>		80,30
<b>Razão de sexo</b>		93,52

Fonte: IBGE – Censo demográfico 2000.

Os municípios do estado de Pernambuco estão agrupados em regiões geográficas que se assemelham em suas características fisiográficas, econômicas e climáticas (Quadro 5 e Figura 1).

As cidades mais populosas do estado são Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru e Petrolina. Dentre as quais se destaca o Recife por ser a capital do estado.

As atividades econômicas de Pernambuco são voltadas para produção de produtos agrícolas (mandioca, feijão, cana-de-açúcar e milho) e àquelas voltadas para indústria como transformação de minerais não metálicos, confecções, mobiliários e curtume. Os setores de ponta são os pólos médico, gesso, de informática e pólo turístico (PERNAMBUCO, 2005).

MESORREGIAO	MUNICIPIOS
<b>RMR</b>	Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Abreu e Lima, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Recife, São Lourenço da Mata, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Araçoiaba e Fernando de Noronha.
<b>Zona da Mata</b>	Água Preta, Aliança, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Buenos Aires, Camutanga, Carpina, Catende, Chã de Alegria, Chã Grande, Condado, Cortes, Escada, Ferreiros, Gameleira, Glória do Goitá, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa do Carro, Lagoa de Itaenga, Macaparena, Maraiial, Nazaré da Mata, Palmares, Paudalho, Pombos, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhém, Tamandaré, Timbaúba, Tracunhaém, Vicência, Vitória de Santo Antão e Xexéu.
<b>Agreste</b>	Agrestina, Águas Belas, Alagoinha, Altinho, Angelim, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerras, Bom Conselho, Bom Jardim, Bonito, Brejão, Brejo da Madre de Deus, Buíque, Cachoeirinha, Caetés, Calçados, Camocim de São Félix, Canhotinho, Capoeiras, Caruaru, Casinhas, Correntes, Cumaru, Cupira, Feira Nova, Frei Miguelinho, Garanhuns, Gravatá, Iati, Ibirajuba, Itaíba, Jataúba, João Alfredo, Jucati, Jupí, Jurema, Lagoa do Ouro, Lagoa dos Gatos, Lajedo, Limoeiro, Machados, Orobó, Palmerina, Painelas, Paranatama, Passira, Pedra, Pesqueira, Sairé, Salgadinho, Saloá, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento Una, São Caitano, São João, São Vicente Ferrer, Surubim, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Terezinha, Toritama, Tupanatinga, Venturosa, Vertente do Lério e Vertentes
<b>Sertão Pernambucano</b>	Afogados da Ingazeira, Araripina, Arcoverde, Betânia, Bodocó, Brejinho, Calumbí, Caranaíba, Cedro, Custódia, Exu, Flores, Granito, Ibimirim, Igaraci, Inajá, Ingazeira, Ipubí, Itapetim, Manari, Mirandiba, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Quixaba, Salgueiro, Santa Cruz, Santa Cruz da Baixa Verde, Santa Filomena, Santa Terezinha, São José do Belmonte, São José do Egito, Serra Talhada, Serrita, Sertânia, Solidão, Tabira, Trindade, Triunfo, Tuparetama e Verdejante.
<b>Sertão de São Francisco</b>	Afrânio, Belém de São Francisco, Cabrobó, Carnaubeira da Penha, Dormentes, Floresta, Itacuruba, Jatobá, Lagoa Grande, Orocó, Petrolândia, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista, Tacaratu e Terra Nova.

**Quadro 5 - Distribuição dos municípios por mesorregião, Pernambuco, 2005.**

Fonte: PERNAMBUCO, 2005; IBGE, 2004.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) tece o seguinte diagnóstico para os três níveis de atenção do Estado de Pernambuco:

→ À rede assistencial, apesar de possuir uma das maiores redes públicas do país, tem uma distribuição heterogênea de serviços de saúde, que estão mais concentrados na Região Metropolitana do Recife, contribuindo assim para uma maior dificuldade no acesso da população ao sistema.

→ A rede básica é ainda ineficiente, os hospitais municipais e regionais são pouco resolutivos e agregam pouca tecnologia. Existe uma

superposição de oferta de alguns serviços e deficiência quantitativa e qualitativa de profissionais em algumas regiões do estado.

→ A organização da atenção básica centrada na estratégia da Saúde da Família e de Agentes Comunitários contava em dezembro de 2002 com 1.158 equipes do PSF e 11.586 ACS. Contudo as supervisões realizadas ao longo desses três anos demonstram uma dificuldade das equipes em cumprir os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde.

→ A rede ambulatorial é composta por unidades de saúde, na sua maioria com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento da média complexidade nas sedes das Regionais de Saúde, e a média complexidade em saúde bucal nas regionais e em alguns municípios (figura 3).

→ Das dez regionais de saúde, três oferecem serviços de Alta Complexidade, são elas Recife, Caruaru e Petrolina (figura 2).



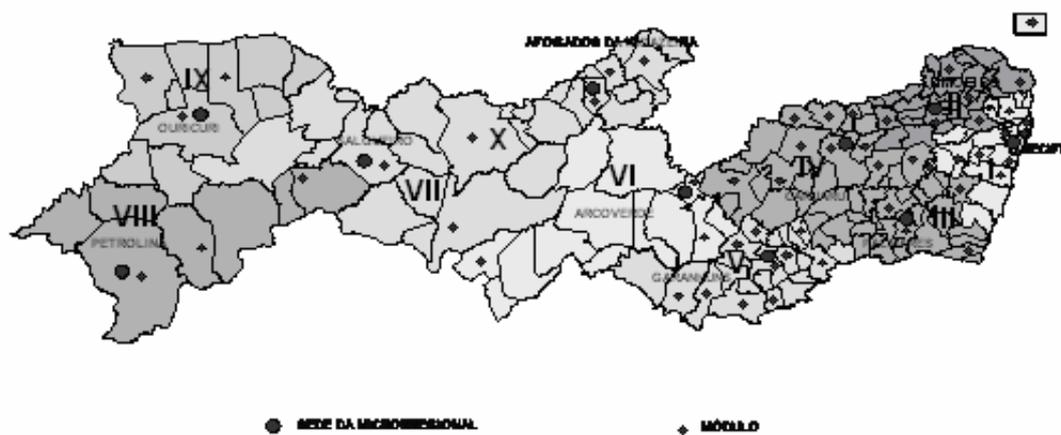
**Figura 1 - Mapa da divisão por Mesorregião do Estado de Pernambuco.**

Fonte: [www.pernambuco.gov.br](http://www.pernambuco.gov.br)



**Figura 2 - Mapa da divisão por macrorregional de assistência à saúde para alta complexidade, Pernambuco, 2002.**

Fonte: SES/PE.



**Figura 3 - Mapa da divisão por microrregional de assistência à saúde, Pernambuco, 2002.**

Fonte: SES/PE.

### 3 OBJETIVOS

---

#### 3.1 Objetivo Geral

Analisar as ações de saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família (ESF) verificando seu desenvolvimento no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005 no Estado de Pernambuco.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- 1) Verificar se houve expansão das equipes no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005.
- 2) Verificar se houve aumento de recursos para a atenção básica em saúde bucal, por parte do MS para o Estado de PE, com a introdução da saúde bucal na ESF.
- 3) Verificar se no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005 houve aumento dos procedimentos da atenção básica em saúde bucal no Estado de Pernambuco.
- 4) Correlacionar se houve expansão na estrutura para oferecimento de procedimentos de média, e/ou do número de procedimentos, garantindo uma estrutura de referência e contra-referência no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005 no Estado de Pernambuco.

## **4- METODOLOGIA**

---

### **4.1 Desenho do Estudo**

O estudo realizado foi descritivo de caso exploratório e enfoque retrospectivo sobre a saúde bucal dentro da Estratégia de Saúde da Família, tendo sido adotada uma abordagem quantitativa, para verificar as características que tal estratégia vem adquirindo com a sua efetiva implantação; conforme detalhado nos objetivos.

Segundo os meios empregados foi do tipo documental, estudo que se realiza em documentos guardados em órgãos públicos e privados de qualquer natureza (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 72).

### **4.2 Universo e Amostra**

O universo do estudo constituiu os 185 municípios de Pernambuco, sendo representado por uma amostra, visando representatividade estadual, com todos os municípios, das diferentes regiões do estado, inseridos na Estratégia de Saúde da Família, que comportaram equipes de saúde bucal implantadas.

### **4.3 Coleta dos dados**

Todas as informações referentes ao número de municípios com ESF/ESB implantadas, número de ESF/ESB e cobertura populacional foram obtidas a partir dos relatórios repassados mensalmente pelo MS, disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), através da Unidade de Avaliação e Acompanhamento das Ações de Saúde Bucal (UAAASB); como também pelo relatório de competências anuais do

Departamento de Atenção Básica/SAS/MS disponível publicamente no site do MS ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)).

Sobre os recursos financeiros repassados pelo MS para atenção básica em saúde bucal foi analisado o relatório anual dos gastos com Atenção Básica/SAS/MS.

Os dados sobre os procedimentos odontológicos realizados no estado foram obtidos pelo Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), banco de dados nacional alimentado pelo SUS. Tais dados são consolidados e disponibilizados pelo DATASUS, pois este oferece à sociedade em geral e, particularmente, aos gestores, gerentes, trabalhadores e usuários do SUS, em conformidade com as normas do MS, instrumentos para a operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção ambulatorial, assim como para a geração de informações relativas à rede ambulatorial e à produção ambulatorial do SUS.

Com relação à rede de referência e contra-referência, os dados obtidos seguiram o mesmo padrão dos dados sobre atenção básica em saúde bucal. (via fonte secundária na UAAASB/SES-PE, relatório de competências anuais da média complexidade/SAS/MS).

#### **4.4 Elenco de Variáveis**

O evento estudado foi a saúde bucal dentro da estratégia Saúde da Família através da expansão do número de ESF/ESB, do aumento dos recursos para saúde bucal, do aumento no número de procedimentos básicos e especializados em saúde bucal e expansão da rede de referência/contra-referência (Quadro 6).

##### **4.4.1 Procedimentos odontológicos**

Escolheu-se para analisar os procedimentos odontológicos registrados no SIA/SUS como “quantidade apresentada”. Esse modo de registro

(quantidade apresentada) contém todos os procedimentos informados ao sistema, independente do teto estipulado para as unidades de saúde, facilitando a análise.

Optou-se por classificar tais procedimentos de acordo com o nível de complexidade tecnológica exigida em dois grupos: odontologia básica (preventiva e curativa) e odontologia especializada.

A composição dos grupos de procedimentos de atenção básica e especializados e os respectivos códigos de registros no SIA/SUS encontram-se descritos no quadro 6. Estes grupos de procedimentos foram formados em consonância com a NOB 01/96, que subdivide a assistência odontológica em atenção básica e especializada (média complexidade) de acordo com a NOAS 01/01, além das portarias específicas do MS.

#### **4.4.2 Anos de Referência**

Os dados foram referentes aos anos de competência 2002, 2003, 2004 e 2005.

#### **4.4.3 Local (Regiões e Municípios de Pernambuco)**

Esta variável representa o lugar de realização dos procedimentos (ocorrência), com o objetivo de evidenciar as desigualdades de assistência em saúde bucal, através da distribuição espacial dos procedimentos odontológicos básicos e especializados.

#### **4.4.4 Recursos Financeiros**

Esta variável representa os gastos com saúde bucal no período estudado (milhões R\$), objetivando demonstrar o quanto o financiamento para atenção básica em saúde bucal, promoveu avanço no processo de descentralização.

#### 4.5 Período do estudo

O período de abrangência do estudo foi de dezembro de 2002 até dezembro de 2005.

Variável	Definição	Categorização
1.0) Ano de competência	1.1) Ano que o procedimento é apresentado e registrado no SIASUS.	1.2) 2002, 2003, 2004 e 2005.
2.0) lugar	2.1) Local de realização do procedimento odontológico.	2.2) Estado de Pernambuco.
3.0) Procedimento odontológico	3.1) Ações e/ou atividades registradas no SIASUS com códigos específicos, classificados em grupos segundo a necessidade e utilização de recursos e tecnologias.	
3.0a) Odontologia básica	3.1a) Grupo de atenção básica (PAB) que requer pouca tecnologia.	3.2a) Grupo 03 -Preventivos (0301101-0302208), Curativos (0303101-0304107)
3.0b) Odontologia especializada	3.1b) Grupo de atenção especializada (média complexidade)	3.2b) Grupo 10 (1001101-1010202)
4.0) Recursos Financeiros	4.1) Incentivo à saúde bucal	4.2) Valores em R\$

**Quadro 6-Resumo da definição e categorização das principais variáveis estudadas.**

#### 4.6 Análise dos Dados

Para o método de análise dos dados referentes ao número de municípios com ESF/ESB implantadas, número de ESF/ESB, cobertura

populacional foram construídos tabelas, gráficos baseando-se na distribuição das ESF/ESB.

No tocante a análise dos procedimentos odontológicos da atenção básica e da média complexidade, os mesmos foram via dados secundários já agregados e obtidos do SIA/SUS. Tais dados foram explorados e tabulados pelo programa Tabwin 3.2, sendo este um facilitador para o setor de saúde na construção e aplicação de índices e indicadores da produção dos serviços, no planejamento e avaliação de ações para estados e municípios.

Utilizou-se o tabwin para a edição de arquivos com tabelas de definições de variáveis (.def) e de conversão de códigos (.cnv). Após o processo de tabulação, os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas no Excel (Windows), sendo os resultados apresentados de forma resumida através de percentagens e proporções.

## 5- RESULTADOS e DISCUSSÃO

---

A saúde bucal na ESF evolui de um programa isolado para uma estratégia, ou melhor, dizer, uma política de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade dessa trajetória tanto a nível local como nacional. No entanto, contradições tanto ideológicas quanto operacionais ainda são presentes. Para analisar a saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família verificando seu desenvolvimento no Estado de Pernambuco de 2002 a 2005, realizou-se uma comparação entre a expansão do número de ESB e número de ESF. Em seguida, procedeu-se a análise do repasse de recursos para atenção básica e do incentivo para saúde bucal por ano de competência. Também para conhecer algumas características do modelo de atenção em saúde bucal em Pernambuco, comparou-se a produção odontológica (procedimentos preventivos, curativos e especializados) com a expansão da ESB/ ESF e o subsistema de referência e contra-referência.

### 5.1 O perfil da implantação da equipe de saúde bucal em Pernambuco, 2002 a 2005

No final de 2002, Pernambuco ocupou a 5ª posição na região NE, em número de municípios com ESF (172) e a 8ª em número de municípios com ESB (72); situando-se atrás de estados como AL (99 com ESF e 84 municípios com ESB) e RN (141 com ESF e 117 municípios com ESB). Quanto ao número de ESF e ESB no final de 2002, Pernambuco contabilizou 1.158 e 237 respectivamente, ocupando o 2º lugar na região em número de ESF e o 4º lugar em ESB (Quadro 3), mas apresentou a pior relação ESB/ESF (20,47%). Ainda comparando com AL que possuía 544 ESF e 225 ESB; e RN com 451 ESF e 131 ESB.

Pernambuco, por sua vez, ocupou no final de 2005, a 6ª posição dentre os estados do NE em número de municípios com ESF. Quanto ao número de municípios com ESB, Pernambuco mostrou uma expansão

passando para 146 municípios. Também, aponta-se Pernambuco ocupando a 2ª posição em crescimento do número de ESF e a 6ª em número de ESB no final de 2005 na região NE (Quadro 4).

Pernambuco, em dezembro de 2005, também apresentou a menor proporção ESB/ESF (46,61%) dentre todos os estados do Nordeste, mesmo apresentando quase 100% dos municípios com ESF e quase 80% para os municípios com ESB no final do ano de em 2005 (Quadro 4).

A situação no Estado de Pernambuco para dezembro de 2005 foi a seguinte: 182 municípios com 1.547 ESF implantadas; 146 municípios com 721 ESB implantadas (Quadro 7).

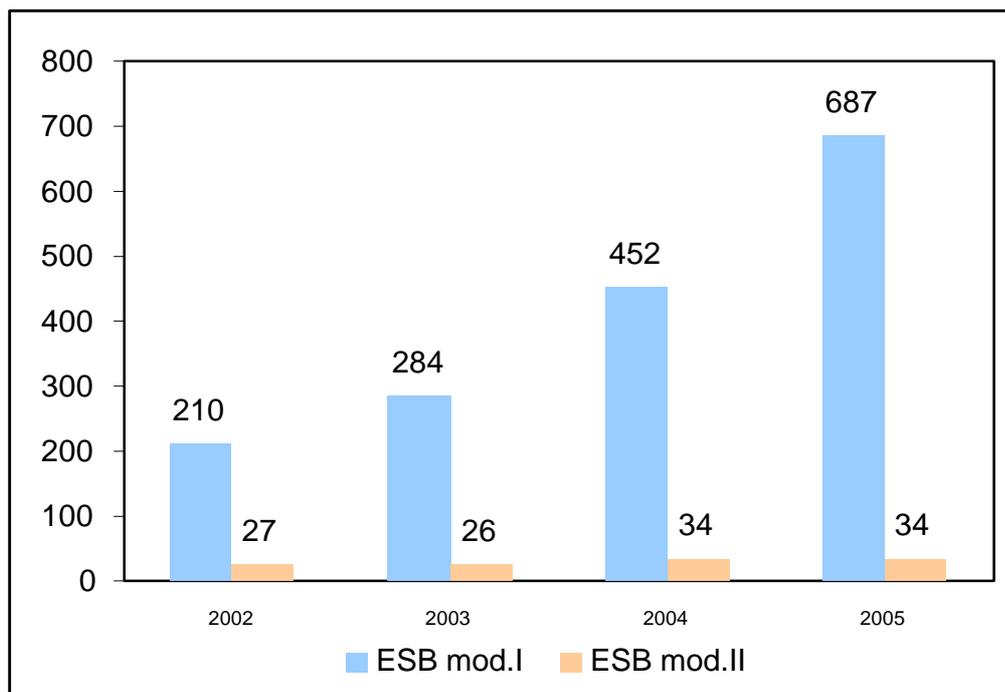
Ano	NºESF	NºESB	Municípios c/ ESF		Municípios c/ ESB	
			Nº	%	Nº	%
2002	1.158	237	172	93,0	72	35,1
2003	1.263	310	175	94,6	97	45,9
2004	1.397	486	178	96,2	114	56,2
2005	1.547	721	182	98,4	146	78,9

**Quadro 7-Evolução do número de ESF/ ESB, número e percentual de municípios, Pernambuco, 2002 – 2005**

Fonte: SAS/MS, UAAASB/SES-PE

Para os tipos de modalidade que classificam as ESB implantadas temos no estado ao final de 2005: 687 tipo I e 34 do tipo II (Gráfico 3).

Podemos observar que a expansão da ESB tipo I se deu mais intensamente que a tipo II. A ESB tipo I teve um crescimento de 327,14%; enquanto que a tipo II de 125,92%. No total, o estado apresentou um percentual de 204,22% para o aumento das ESB (Tabela 2).



**Gráfico 3 - Evolução dos tipos de modalidade de ESB, Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: SAS/MS, UAAASB/SES-PE

**Tabela 2 - Equipes de Saúde Bucal implantadas segundo modalidades, Pernambuco, 2002 - 2005**

Ano	ESB Modalidade I Implantadas		ESB Modalidade II Implantadas		total	
	N	%	N	%	N	%
2002	210	—	27	—	237	—
2003	284	35,24	26	-3,7	310	30,8
2004	452	59,16	34	30,8	486	56,8
2005	687	52	34	0	721	48,35
2002-----2005	—	327,14	—	125,92	—	204,22

Fonte: SAS/MS, UAAASB/SES-PE

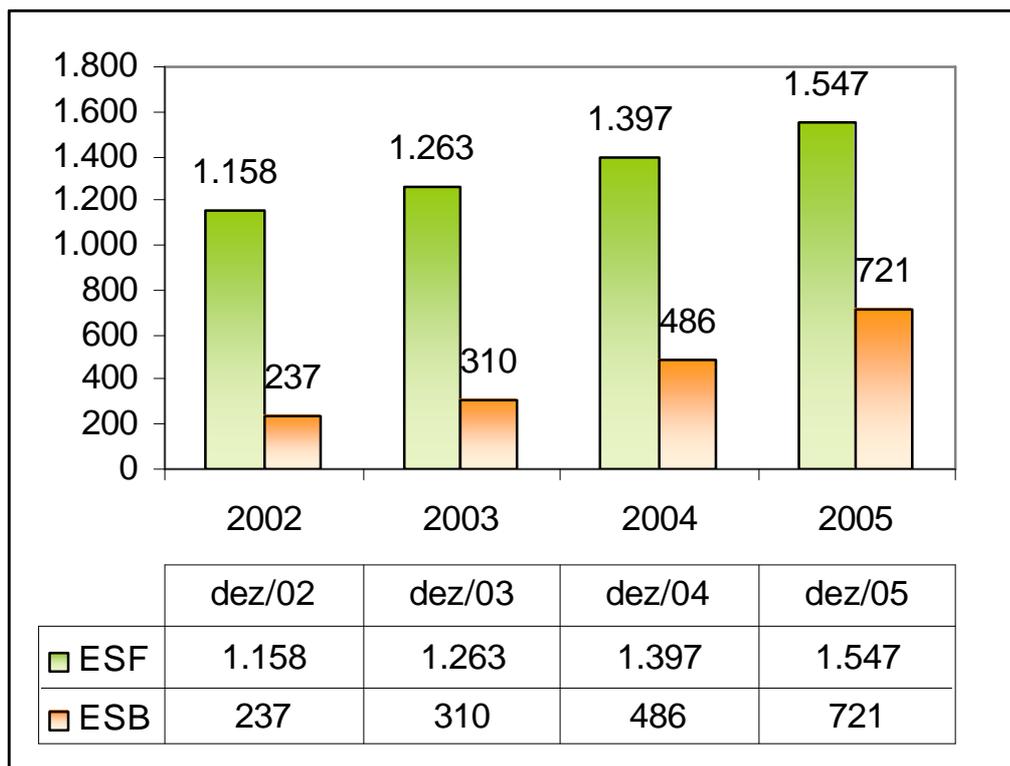
Ao analisarmos a expansão e implantação da Saúde Bucal dentro da ESF de dezembro de 2002 até dezembro de 2005 em Pernambuco, verificamos um favorável crescimento no número de ESB, bem como de ESF. Podemos também analisar que em 2002, já existiam 1.158 ESF para 237 ESB (Gráfico 4).

Em dezembro de 2002, existiam 72 municípios em todo estado com 237 ESB implantadas, enquanto que 172 possuíam ESF. Esses valores representavam uma cobertura populacional de 20,2% da ESB, com uma população de 8.084.722 milhões de habitantes (seguindo-se a portaria Nº 1.444/00).

Inicialmente a ESB era referência para duas ESF, então cada ESB cobria, em média, 6.900 pessoas. Por conseguinte, o percentual de cobertura para ESB era superestimado. A proporção de 2 ESF:1 ESB representava um fator limitante ao processo de implantação das ESB e impunha aos profissionais um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais.

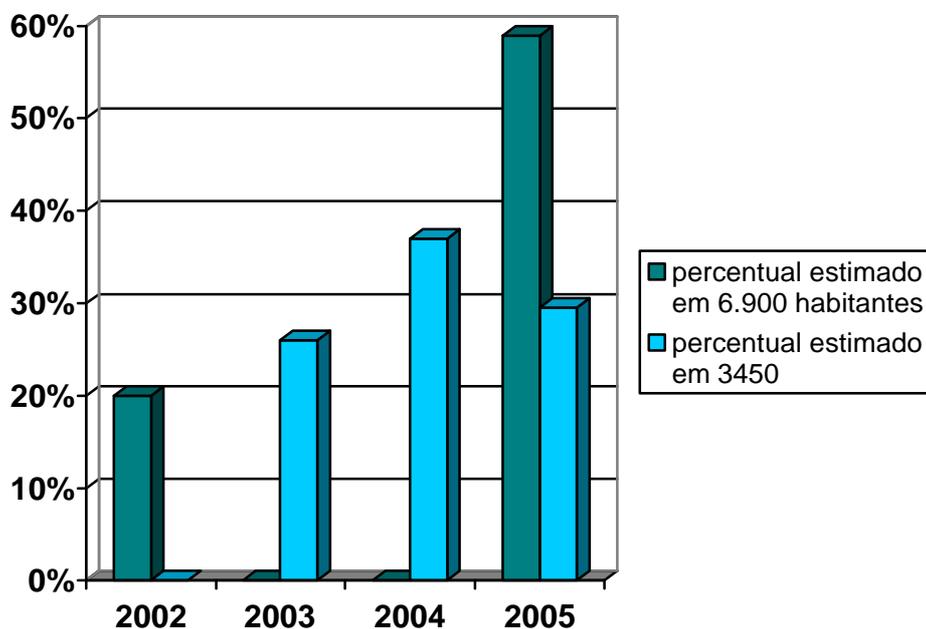
Em 2003, com a Portaria GM nº 673/03, MS passou a financiar a ESB na proporção de 1 ESF:1 ESB. Assim, cada ESB passou a cobrir, em média, 3.450 pessoas nos municípios com proporção de 1:1. Desse modo, ocorre que o cálculo da porcentagem de cobertura da ESB torna-se mais fidedigno.

Levando-se em conta a dificuldade de estimar a cobertura da ESB no estado, devido ao fato da proporção de ESF/ESB não corresponder exatamente ao proposto pelas portarias citadas, e sendo a delimitação atual baseada na Portaria GM nº 673/03 (atendimento de 3.450 habitantes); preferimos utilizar neste trabalho a cobertura de ESB em 29,56% (população estimada em 8.413.601 habitantes para dezembro de 2005 segundo datasus). Por fim, salientamos que ao se basear na delimitação inicial de 6.900 habitantes com a mesma população, tal percentual de cobertura da ESB fica superestimado (59%). Não podemos comparar as coberturas ao final de 2002, de 2003, de 2004 com a mesma ao final de 2005, pois em 2002 o cálculo era baseado na antiga portaria.



**Gráfico 4 - Evolução das ESF e ESB, Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: UAAASB/SES-PE



**Gráfico 5 - Evolução da Cobertura de ESB, Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: UAAASB/SES-PE

Pode-se verificar que com a mudança de governo federal e, por conseguinte do Ministro da Saúde tal programa não sofreu solução de continuidade tendo inclusive se expandido (237 equipes implantadas para 721).

Analisando os números apresentados anteriormente, verificamos que apesar da Portaria nº 673 GM de 03 de junho de 2003, ainda não existe equiparação entre o número de ESB com ESF em Pernambuco.

O que ocorre também no estado é a defasagem na formação dos recursos humanos de nível médio na área de saúde bucal, especificamente os técnicos em higiene dental (THD).

Esforços para melhorar os níveis de saúde bucal no estado devem perseguir duas estratégias: a incrementação de medidas preventivas coletivas e a incorporação de pessoal auxiliar odontológico, especialmente o THD, nas ESB. Corroborando com Frazão (1998) quanto à incorporação de pessoal auxiliar, medida imprescindível para aumentar a cobertura odontológica a nível coletivo e individual. Pois, não se pode admitir que o CD trabalhe no SUS de maneira tradicional (consultório particular), isso trará para o SUS uma resposta insuficiente e incapaz principalmente para a maioria da população que tem no nível primário da assistência, sua única possibilidade de acesso.

Um outro aspecto que se pode analisar é a respeito da distribuição desigual e inequívoca de profissionais de saúde em todo estado, além da heterogeneidade entre os diversos municípios; variando desde a localização geográfica até a constituição das equipes.

A Tabela que segue nos mostra que em dezembro de 2002, a proporção de municípios com ESB/ ESF era de 41,86%; em dezembro de 2005 esse percentual subiu para 80,22%. Essa tabela aponta a tendência de todo município que tenha ESF vir a ter ESB, ou seja, a meta será trabalhar na proporção de 1:1 como estabelecido na Portaria nº 673 GM/03, a qual equiparou 1ESF para 1ESB e contribuiu para o aumento de número de ESB na Estratégia de Saúde da Família (Tabela 3).

**Tabela 3 - Proporção de municípios com ESB em relação aos municípios com ESF, Pernambuco, 2002 - 2005**

Ano	Municípios c/ ESB Implantadas	Municípios c/ ESF Implantadas	Proporção de municípios c/ ESB/ESF (%)
2002	72	172	41,86
2003	97	175	55,43
2004	114	178	64,05
2005	146	182	80,22

Fonte: SAS/MS, UAAASB/SES-PE.

Verificamos que apesar da expansão no número de ESF e ESB, a proporção ESB/ESF implantadas em Pernambuco ainda não conseguiu alcançar a 50% (tabela 4).

**Tabela 4 - Proporção de ESB em relação à ESF, Pernambuco, 2002 - 2005**

Ano	Número de ESB Implantadas	Número de ESF Implantadas	Proporção ESB/ESF (%)
2002	237	1.158	20,47
2003	310	1.263	24,54
2004	486	1.397	34,7
2005	721	1.547	46,61

Fonte: SAS/MS, UAAASB/SES-PE.

**Tabela 5 - Distribuição do número de ESB por GERES, Pernambuco, 2005**

GERES	Nº MUNICÍPIOS/GERES	ESB MODALIDADE I (implantadas)	ESB MODALIDADE II (implantadas)
I *	19	183	32
II	31	99	-
III	22	62	-
IV	32	104	-
V	21	55	-
VI	14	52	-
VII	11	22	-
VIII	7	29	-
IX	11	38	-
X	17	34	2
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>687</b>	<b>34</b>

\*A I GERES tem Recife como sede (capital do estado).

Fonte: UAAASB/SES-PE

A Tabela acima faz referência à distribuição das ESB implantadas nos municípios que compõem as 10 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Tendo em vista o estágio de implantação das ESB, podemos observar que existe uma distribuição desigual das equipes, sendo que as GERES que compõem os municípios mais interioranos apresentam um número de ESB diminuído.

Os resultados anunciados, 721 ESB implantadas em 146 municípios de Pernambuco, contrapõem o princípio da descentralização (Tabela 5), revelando que a interiorização das ESF / ESB não acompanhou tal crescimento.

A tabela 5 também nos revela outro dado já mencionado que é o número de ESB de acordo com a modalidade (I e II), em que a maior quantidade está concentrada na I GERES. Das 34 ESB tipo II, 32 ESB situam-se na I GERES e apenas 02 na X GERES.

Embora tenha sido rotulado de programa, o PSF, possui especificidades que fogem à concepção usual dos demais programas do MS, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. O PSF possibilita a integração; promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados; desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da

saúde e reorienta o modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS.

Concordando com Roncalli (2003), que ao fazer estudo após 12 anos do SUS, afirmou que a expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas promoveu mudanças no modelo vigente.

Marques e Mendes (2002) contradisseram o exposto acima, argumentando que mesmo o PSF tendo como potencial os mecanismos de promoção da saúde e prevenção de doenças, no entanto sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido o mesmo sucesso; ou mesmo que o PSF não tem garantido, de forma sistemática, o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade da saúde, nem a universalização da cobertura.

Em outro momento Roncalli (2003) corroborou com os autores acima expondo a dificuldade de persistência do modelo anterior; a superposição da oferta de algumas ações, insuficiência de outras e pouca integração entre os serviços.

É preciso pensar dentro da realidade local, no que tange a identificação e organização da atenção em saúde bucal, por parte dos gestores municipais, para dar sustentação às políticas propostas; objetivando modificações na situação de saúde bucal da comunidade, para que estes não venham a fracassar.

Ainda comentando sobre a descentralização, as transferências progressivas de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios, embora houvesse dificuldade pela imprecisão e pouca clareza na definição dos papéis do gestor estadual causando riscos de fragmentação do sistema.

Estudos no Paraná demonstraram que os municípios paranaenses que implantaram atenção à saúde bucal no PSF até o primeiro semestre de 2002, corresponderam a 278 ESF e 105 ESB, sendo 66 modalidade I e 39 modalidades II. Identificou-se também o padrão de maior adesão por parte dos de pequeno porte demográfico. Com relação à cobertura, a média da população coberta por equipe correspondia ao mínimo estipulado pela Portaria nº 1.444/00 do MS.

Tais dados do Paraná apresentam sintonia com as afirmações de Baldani et al (2005) sobre o início da implantação da ESB na estratégia Saúde da Família, aonde obteve maior adesão dos municípios de pequeno porte, contrapondo o que se verifica no ano de 2000, onde a ESB na ESF passou a ter maior adesão dos municípios de médio e grande porte.

Concordamos com Medina e Aquino (2002), quando explanaram, que para o PSF, em municípios pequenos, altas coberturas populacionais (e conseqüentemente maior incentivo financeiro por equipe) podem ser obtidas com instalação de pequeno número de equipes, significando para muitos deles, expansão de serviços básicos. Pernambuco apresentou-se da mesma maneira, com expansão das ESB e ESF e da cobertura; conseqüentemente da expansão dos serviços básicos.

O mesmo autor também afirmou que há dificuldade de escapar do modelo de atenção tradicional, em decorrência da formação profissional tecnicista e hospitalocêntrica, pois o CD e o ACD estão basicamente envolvidos em atividades clínicas não tendo tempo de atuar com a família, como o próprio nome diz, deixando de ser PSF.

As mudanças culturais constituem os maiores obstáculos a serem vencidos, principalmente no que se refere à Odontologia. No entanto, é necessário que tais mudanças se façam em ritmo mais acelerado, pois a saúde bucal não pode se atrasar mais ainda, no processo de transformação do modelo de atenção em saúde prestado à população brasileira.

## **5.2 Os investimentos de atenção básica em saúde bucal para Pernambuco, 2002 a 2005**

Em um estado onde os municípios são caracterizados por apresentarem alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de gerar receitas próprias, os recursos federais cumprem um papel fundamental na busca da equidade dos gastos do Programa de Saúde da Família. Confirmando a assertiva de Marques e Mendes (2005) que poucos estados brasileiros têm destinado recursos aos seus municípios para a instalação do PSF.

Competência	Incentivo à Saúde Bucal (R\$)	Atenção Básica (total) (R\$)	%
2002	3.364.916,46	229.033.783,64	1,5
2003	4.549.849,86	248.234.348,53	1,8
2004	10.060.650,00	300.322.729,08	3,3
2005	16.471.300,00	334.597.316,76	4,9

**Quadro 8 - Transferências para Atenção Básica e Incentivo a saúde bucal por ano de competência, Pernambuco, 2002- 2005**

Fonte: www.datasus.gov.br

Pernambuco apresenta a 2ª maior rede hospitalar do país (a 1ª é o estado do Rio de Janeiro) e destina seus recursos para alta complexidade e medicamentos excepcionais, bem como investe nos seus municípios com baixo IDH (informação verbal)<sup>2</sup>.

Com relação aos recursos para atenção básica em saúde bucal por parte do MS para Pernambuco, o quadro 8 aponta sobre os dados das transferências efetuadas por ano de competência, havendo um aumento para a saúde bucal no período de 2002 a 2005.

Competência	Incentivo a Saúde Bucal (R\$)	Evolução (%)
2002	3.364.916,46	-
2003	4.549.849,86	<b>35,21</b>
2004	10.060.650,00	<b>121,12</b>
2005	16.471.300,00	<b>63,72</b>
2002-----2005	-	<b>389,50</b>

**Quadro 9 - Evolução percentual do incentivo repassado a saúde bucal por ano de competência, Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: www.datasus.gov.br

<sup>2</sup> Fala do examinador Dr. André Coimbra após apresentação da monografia, justificando os investimentos em saúde para Pernambuco. Por se tratar de uma informação importante foi acrescentada ao texto após sugestão do mesmo e revisão da autora.

Ao final de 2002, o percentual de recursos despendidos para saúde bucal com relação ao total dos recursos destinados para a atenção básica correspondia a aproximadamente 1,5%. Foi registrado em 2005, um percentual de 4,9%, houve um aumento de três vezes em relação à proporção da atenção básica em 2002. Em relação a valores fixos, o aumento do incentivo foi de quase cinco vezes de 2002 para 2005.

Examinando o quadro 9, temos a constatação de que o repasse de incentivos a saúde bucal evoluiu no período analisado em quase 390%.

A partir da efetivação e do incentivo financeiro da ESB no PSF ao final de 2000, o acesso da população as ações de saúde bucal ampliou-se, as práticas foram orientadas consoante o preconizado pela Estratégia de Saúde da Família e o financiamento da SB; bem como o envolvimento de gestores (estaduais e municipais) contribui para a real implementação do programa.

A promulgação do SUS desencadeou no estado um processo rápido e marcante de descentralização, com maior autonomia técnica e financeira decorrente do repasse da totalidade dos recursos para alguns municípios.

Há uma percepção de que o financiamento da atenção básica em saúde bucal contribuiu para a diluição da cultura do clientelismo, encerrando contradições importantes como “assistência à saúde para pobres” ou catalisador de mudanças na qualidade dos serviços, ou ainda um apelo para obtenção de recursos financeiros, confirmando estudos anteriores como o de Conill (2002).

Estamos de comum acordo com Marques e Mendes (2002); Baldani et al. (2005) que a implantação do PSF aumentou os recursos do MS alocados a atenção básica, transferidos mediante o piso de atenção básica (PAB) variável, o qual passou a incorporar diferentes incentivos que premiam os municípios que desenvolveram os programas sugeridos.

Concordamos ainda com estes autores quanto ao financiamento do programa (estratégia), quando os mesmos o apontam como problemático e instável, principalmente no ponto de vista dos municípios, uma vez que o volume de recursos de origem municipal passível a ser destinado ao programa é muito variável e geralmente escasso. Fato que não ocorre com os incentivos federais destinados à saúde bucal (valor anual pago por equipe é de R\$ 20.400,00 para modalidade I e R\$ 26.400,00 para modalidade II, segundo

Portaria nº 673/03 que atualiza o incentivo às ações de saúde bucal no âmbito do PSF, parte integrante do PAB), que são fixos e programados.

Dando ênfase ao financiamento, Conill (2002) em estudos com coordenadores estaduais e secretários municipais de saúde de Santa Catarina, revelou que uma das principais limitações para operacionalização do PSF seria decorrente da falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores. Enfocando a NOB 96, as transferências federais per capita para os municípios foram, a cada ano, mais interessantes e contribuíram para mudanças no perfil da AB.

Competência	AB (R\$)	MAC (R\$)
2002	<b>229.033.783,64</b>	138.759.792,23
2003	<b>248.234.348,53</b>	149.468.298,51
2004	<b>300.322.729,08</b>	370.411.523,28
2005	<b>334.597.316,76</b>	589.489.440,97

**Quadro 10 - Transferências de recursos para média e alta complexidade (MAC) e Atenção Básica (AB), Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Constatamos no quadro 10 que as transferências federais efetuadas para MAC e AB aumentaram no período estudado. A partir de 2004, é possível comparar que as transferências efetuadas para MAC tiveram valores superiores às efetuadas para AB. Mesmo assim, podem-se confirmar as declarações de Senna (2002) sobre o estímulo financeiro do MS para implantação do PSF, que desde 1998 (segundo a parcela variável do PAB); tem efetivamente contribuído para a expansão do programa em todo o país.

Sobre o exposto acima, indicamos que um grande desafio do programa diz respeito à sua capacidade de integração com o restante do sistema de saúde, de forma a redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, como pretendido por seus formuladores.

Fica aqui a preocupação de que a Estratégia de Saúde da Família possa se constituir em um mecanismo de focalização, dentro da universalização de direitos promovida pelo SUS, trazendo outro grande desafio de compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais, mostrando que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres ou uma cesta básica para o setor como apregoa o Banco Mundial.

### **5.3 A produção da atenção básica em saúde bucal no estado de Pernambuco**

Para se analisar a implantação da SB em PE, buscamos também outras informações, quanto à expansão das ESB no estado, que pudessem ajudar no diagnóstico da situação da ESB no saúde da família. Remetemos tal análise ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), onde se encontram computados todos os dados, que se podem tirar informações a respeito da produção de procedimentos odontológicos no período estudado. O quadro que se segue mostra a produção odontológica das ações básicas (procedimentos preventivos e curativos) e ações especializadas registradas pelo SIA/SUS nos anos de 2002 a 2005.

Analisando o quadro abaixo, vemos que houve uma evolução na quantidade apresentada de procedimentos de odontologia entre os anos de 2002 a 2005. Em percentual, este crescimento foi de 20%. Salienta-se que o quantitativo de procedimentos apresentados pelo SIA/SUS, ainda não é o real, pois existe subnotificação no sistema, que gera inconsistências nos registros do banco. Incluímos também os procedimentos especializados nesse total, para termos inicialmente uma visão geral da situação no estado. Os mesmos serão melhor explicados posteriormente, por estarem estritamente relacionados à referência e contra-referência em saúde bucal.

Ano	Quantidade apresentada de procedimentos de odontologia	Crescimento em percentual (%)
2002	5.911.059	—
2003	6.967.627	17,87
2004	6.443.177	-7,52
2005	7.093.493	10,09
2002-----2005	—	20,00

**Quadro 11 - Evolução e crescimento percentual da quantidade apresentada de procedimentos odontológicos, Pernambuco, 2002 – 2005**

Fonte: SIA/SUS/PE

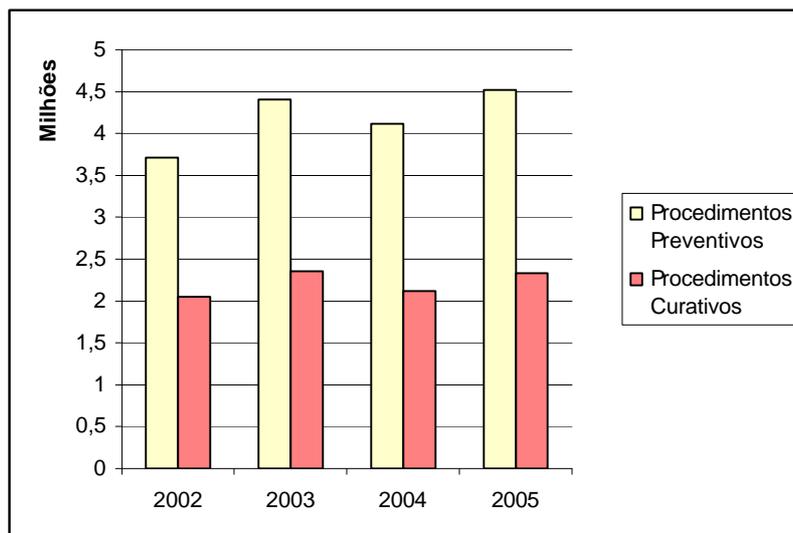
No Quadro 12 estão discriminadas as quantidades apresentadas de procedimentos básicos em odontologia (preventivos e curativos) verificadas nos anos de 2002 a 2005.

Ano	Procedimentos básicos	Procedimentos preventivos	Procedimentos curativos
2002	5.754.693	3.716.171	2.038.792
2003	6.774.368	4.410.374	2.263.994
2004	6.245.297	4.124.298	2.120.999
2005	6.859.781	4.523.231	2.336.550

**Quadro 12 - Evolução da quantidade apresentada dos procedimentos preventivos e curativos em odontologia, Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: SIA/SUS/PE

Ao contrário do que foi afirmado pelos autores Trad e Bastos (1998), Zanetti (2000) e Martelli (2001) sobre o período anterior à inclusão da saúde bucal no PSF, partimos do pressuposto embasado nos dados acima, de que ocorreu uma mudança na práxis da atenção básica em odontologia; onde antes eram evidenciados os procedimentos curativos da vasta demanda espontânea, passou-se a ofertar maior número de procedimentos preventivos.



**Gráfico 6 - Evolução do número de procedimentos preventivos e curativos, Pernambuco, 2002 - 2005**

Os dados anteriormente mencionados são contraditórios aos estudos de Oliveira (2002) sobre o modelo de atenção em saúde bucal apresentado pelos municípios de Pernambuco no ano de 2001, como predominantemente curativo. A autora concluiu que 57% dos municípios produziram uma assistência básica composta em mais de 50% por procedimentos curativos.

Corroborando com Oliveira (2002) e Baldani et al. (2005) em pesquisa realizada com dentistas, que ao serem questionados sobre os tipos de procedimentos executados pela equipe, alegaram que a falta de ações preventivas e de promoção de saúde se dá pela precariedade sócio-econômica da população que necessita de inúmeros tratamentos, e os profissionais sentem a necessidade de adequar a oferta dos serviços a realidade local para melhoria do acesso.

Confrontando com tal assertiva, talvez em alguns municípios do estado, isto não venha a contribuir com uma mudança operacional no acesso a assistência odontológica e na atenção em saúde bucal, pois a incorporação das ações de saúde bucal no PSF confirma o princípio da integralidade das ações, passando de um modelo centrado no alívio da dor, para um modelo baseado em ações de promoção e recuperação da saúde bucal, bem como de prevenção de doenças.

Ano	P. O. B.	Evolução da quantidade apresentada de P.O.B. %	ESB	%
2002	5.754.963	—	237	—
2003	6.774.363	17,71	310	30,8
2004	6.245.297	-0,78	486	56,8
2005	6.859.781	9,83	721	48,35
2002-----2005		19,19		204,22

P.O.B.= procedimentos odontológicos básicos

**Quadro 13 - Evolução em percentual da quantidade apresentada de procedimentos odontológicos básicos e equipes de saúde bucal, Pernambuco, 2002 – 2005**

Fonte: SIA/SUS/PE

No Quadro 13, observamos a evolução dos procedimentos odontológicos básicos de 2002 a 2005, o percentual de crescimento foi de 19,19%. A grosso modo, observamos que o percentual de crescimento dos procedimentos ano a ano foi positivo (19,19%), porém esse percentual não acompanhou proporcionalmente o percentual de evolução das ESB no estado (204,2%).

Não conseguimos averiguar nem identificar os motivos pelos quais no ano de 2003, houve um percentual negativo no quantitativo de procedimentos odontológicos básicos registrados no banco do SIA/SUS. Resgatamos que ainda há resistência em notificar as informações, o que compromete o registro dos dados, ocasionando a subnotificação como já foi dito anteriormente.

Uma primeira avaliação sobre o PSF apontou para o impacto positivo do programa em áreas com grande déficit de serviços básicos de saúde, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país (Senna, 2002). Todavia, um dos grandes desafios do programa se refere ao seu impacto nas grandes regiões metropolitanas, onde, ao menos em tese, há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde e onde se concentra um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana e ao mesmo tempo extremamente heterogênea.

Vale ressaltar também que a ESB da saúde da família deve trabalhar na perspectiva da vigilância em saúde bucal, pois o mesmo não faz imposição de troca do modelo de atenção á saúde vigente do ponto de vista assistencial,

porém no que diz respeito aos aspectos do quadro sanitário da população, tais aspectos deverão ser modificados.

Em conformidade com a opinião de Rosa e Labate (2005), na qual o cirurgião dentista da equipe não pode continuar trabalhando de forma isolada, tanto na sua atuação quanto no seu saber, ele deve fazer parte da estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação mais próxima para prestar assistência integral e resolutiva a toda população, intervindo de forma apropriada.

#### **5.4 O perfil da estruturação do subsistema de referência/contra-referência para saúde bucal em Pernambuco**

Os serviços públicos de assistência odontológica no Brasil restringem-se, com algumas exceções, aos serviços básicos. O que se observa é a baixa capacidade de ofertar os serviços de média e alta complexidade, fato este que compromete o estabelecimento adequado dos sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal.

Pernambuco não se apresenta de forma diferente ao restante do país. A expansão da atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, a expansão estrutural da atenção básica, nem o crescimento da oferta de serviços e procedimentos. Fato este que pode comprometer os avanços no princípio da integralidade corroborando com estudos de Conill (2002).

Apesar da garantia do acesso aos serviços de referência na média e alta complexidade, dado pela NOAS /01, nem todos os municípios do estado tem a atenção básica qualificada e resolutiva; ocorrendo assim uma sobrecarga insustentável dos serviços de referências, em especial os CEOs, inviabilizando o acesso aos necessitados.

A partir de 2004 surge oficialmente a Política de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), que tem como uma de suas metas a implementação do CEO e do LRPD. Com a criação do CEO, os serviços de referência, antes monopolizados pelo setor privado, passaram a ter um sensível incremento na rede pública. Além de a população estar mais atenta ao serviço especializado oferecido, o profissional da atenção primária à saúde não se sente mais um bombeiro a apagar incêndios, ganha a credibilidade da população e aumenta os vínculos; conforme discutido por Baldani et al. (2005).

Sobre o tema, estudos de Pedrosa e Teles (2005) apontaram que não somente o CD, mas também médicos e enfermeiras do programa relataram que a maior dificuldade é o subsistema de referência e contra-referência. A visualização desses profissionais sobre os limites de sua atuação decorre de questões presentes no contexto de implantação, como: a desorganização do subsistema de atenção de média e alta complexidade que dificultam a organização da demanda, a resolução esperada e, conseqüentemente, à credibilidade. Reafirmando os achados dos autores Connil (2002); Baldani et al. (2005), que trabalharam o assunto, existindo unanimidade na opinião que a referência por serviços especializados e para apoio diagnóstico constitui um nó crítico.

**Tabela 6 - Número e Tipos de Centro de Especialidades Odontológicas segundo mês/ano de aprovação e mês/ano do 1º repasse, Pernambuco, 2005**

MUNICÍPIO	Nº	TIPO	Mês/Ano Aprovação	Mês/Ano 1º repasse	Valor R\$
Brejo da Madre de Deus	1	1	Maio/05	Ago/05	40.000
Camaragibe	1	1	Dez/05	Mar/06	40.000
		2	Out/04	Dez/04	50.000
Caruaru	2	2	Set/05	Dez/05	50.000
		1	1	Jun/05	Set/05
Condado	1	1	Jun/2005	Set/05	40.000
Recife	4	2	Out/2004	Dez/04	200.000
Garanhuns	1	2	Jun/2005	Set/05	50.000
Palmares	1	1	Set/05	Dez/05	40.000
Pedra	1	2	s/ registro	s/registro	
Pesqueira	1	1	Set/05	Dez/05	40.000
Xexéu	1	1	Jun/05	Set/05	40.000
<b>Total</b>	<b>15</b>				

Podemos visualizar na Tabela 6 que a rede de referência para média complexidade, requer expansão. Dos CEOs implantados e que estão recebendo o incentivo, Pesqueira é o mais distante da Região Metropolitana do Recife. Dos CEOs habilitados, além de estarem concentrados nos municípios da Região Metropolitana do Recife, Zona da Mata, Agreste e apenas 02 no Sertão (Arcoverde e Pedra), não atendem nem as 10 GERES, que se dirá as Microrregiões do estado.

Jaboatão dos Guararapes
Goiânia
Vicência
Cabo de Santo Agostinho
Paulista
Vitória de Santo Antão
Olinda
<b>Arcoverde*</b>
Petrolina
<b>Pedra*</b>

**Quadro 14 - Municípios habilitados para implantação do CEO, Pernambuco, 2005 \***

\*município c/ CEO funcionando, mas sem registro de repasse federal no datasus.

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

No Quadro 14, visualizamos os 10 municípios habilitados para implantação do CEO, observamos o detalhe que dentre os 10, 2 municípios (Arcoverde e Pedra) não possuem registro de repasse financeiro pelo MS até dezembro de 2005. Os mesmos apresentam o CEO em atividade (efetivo funcionamento do serviço), ou seja, o próprio município levou em consideração sua governabilidade e arcou com o custeio.

Analisando a implantação da referência, Baldani et al (2005) no Paraná, observou que para os encaminhamentos dos casos de maior complexidade, cerca de 75 % dos municípios enviam os usuários para centros de referência nos próprios municípios, ou em municípios próximos e maiores. Em 9,5% dos municípios não há referência, porém são solucionados pelas próprias equipes. Outros 9,5% não são resolvidos e nem encaminhados e o

restante procura serviços particulares. Ocorrem problemas no referenciamento das especialidades, aonde a maior complexidade significa acesso limitado.

Ano	Evolução da quantidade apresentada	Crescimento percentual dos procedimentos especializados (%)
2002	156.096	—
2003	193.259	23,81
2004*	197.880	2,39
2005	233.712	18,11
2002 -----2005	—	49,72

\*ano de implantação do CEO

**Quadro 15 - Evolução e crescimento em percentual da quantidade apresentada de procedimentos odontológicos especializados, Pernambuco, 2002 - 2005**

Fonte: SIA/SUS

Quanto à evolução da quantidade de procedimentos especializados, o Quadro 15 revela os valores retirados do relatório de produção ambulatorial do SIA/SUS, referente ao período analisado. Podemos averiguar que o crescimento das ações especializadas em odontologia foi de 49,27% no período de dezembro de 2002 a dezembro de 2005.

Com relação à assistência especializada, Oliveira (2002) estudou sobre a produção odontológica *per capita* em Pernambuco, e encontrou o valor de 0,02 procedimentos especializado/ano. Tal resultado está abaixo do limite inferior do parâmetro de cobertura adotado pelo MS (este varia de 0,04 - 0,06 procedimento/ano). Correlacionando com o número de procedimentos desde 2002 até 2005, podemos confirmar que estes ainda são bastante inferiores e refletem a extrema desigualdade na distribuição da assistência odontológica no estado.

Cabe aqui uma consideração importante, a existência de diferentes níveis de atenção no interior do SUS decorre da racionalização do trabalho com vistas a potencializar os recursos disponíveis. De fato, Cosenza e Tosta (2004) definiram que não são necessários certos equipamentos ou certos especialistas em todos os lugares. Mas todas as pessoas de todos os lugares

devem ter acesso a certos equipamentos e a certos especialistas sempre que precisarem deles.

Assim, para que se possa assegurar acesso das pessoas aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, através dos quais usuários são encaminhados (referência) de uma Unidade de Saúde para outra, em geral de níveis de atenção diferentes.

Quanto ao financiamento da MAC, verificamos que o Quadro 16 apresenta os valores relativos às transferências efetuadas para o CEO em Pernambuco a partir de 2004 (Portaria N° 1.571/GM). Observamos que tais valores representam percentuais mínimos relacionados aos valores totais repassados para MAC.

Somos da mesma opinião dos autores Marques; Mendes (2002) quando afirmaram que tendo em vista a escassez de recursos, a ênfase na AB não pode descuidar os demais níveis de atenção á saúde. O sucateamento de rede existente de média e alta complexidade, impedindo sua ampliação por falta de financiamento, impedirá que a população não coberta pelo SUS tenha acesso aos cuidados integrais, contrapondo princípios instituídos e ocasionando a busca, no setor privado, dos serviços de média a alta complexidade.

Competência	Programa especialidades odontológicas	Incentivo p/ implantação CEO	TOTAL	%	TOTAL (MAC)
2004	132.000,00	250.000,00	382.000,00	0,1	370.411.523,28
2005	710.600,00	520.000,00	1.230.600,00	0,21	592.061.898,10

**Quadro 16 - Transferências de recursos para o CEO, Pernambuco, 2004 – 2005**

Fonte: SIA/SUS

A partir da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), a implementação da oferta dos serviços odontológicos de nível secundário utilizados como referência para as ESB na atenção básica, possibilitou o encaminhamento para determinadas especialidades. Tendo em vista alcançar

os princípios de integralidade e resolutividade da assistência à saúde para os diferentes níveis de complexidade.

O financiamento desse setor (incentivo adicional ao CEO) converge para proporcionar o atendimento apropriado ao usuário encaminhado e efetivar por parte dos gestores municipais a referência, apesar de numericamente ainda ser pouco representativo, como se demonstra no quadro acima, que os valores para 2004 e 2005 não chegam a 1%.

Embora não seja o foco desse estudo, vale salientar também que além desse incentivo, alguns municípios que não contam com CEO, também realizam procedimentos especializados, vindo a receber por sua produtividade através da FAE, como estabelecido pela NOB/96, que criou vários tetos financeiros permitindo maior transparência no repasse dos recursos para ações especializadas.

## CONCLUSÕES

---

Verificamos que houve uma expansão no número de ESB de 204,22% entre dezembro de 2002 e dezembro de 2005.

Podemos concluir que o crescimento da ESB tipo I (327,14%) em relação a tipo II (125,92%) ocorreu ativamente pela carência de profissional de nível médio (THD) na ESB. Fazendo-se necessária a formação de THD em todos os municípios, principalmente no interior do estado, associada à falta de estrutura física para alocar a modalidade II e recursos financeiros.

Os esforços do governo federal, para consolidar a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), maximizaram os incentivos repassados à saúde bucal em torno de 390%.

Podemos afirmar que os procedimentos preventivos prevaleceram neste período, que existe uma incompatibilidade entre a expansão do número de ESB (204,22%) e o percentual de evolução dos procedimentos odontológicos básicos realizados (19,19%); o que nos remete a acreditar que na prática, os serviços existentes de assistência odontológica para atenção básica foram transformados em ESB.

Pode-se apreciar que a referência de média complexidade (CEO) apresentou-se com 14 CEOs implantados e 10 CEOs habilitados.

Houve um crescimento de 49,72% nos procedimentos especializados; levando-nos a concluir que o número de procedimentos especializados ainda é insuficiente, além disso, a referência está localizada somente em alguns municípios do estado e o financiamento do setor ser pouco representativo.

Foi possível compreender que a Estratégia Saúde da Família, de fato, evolui de um programa isolado para uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na rede pública, havendo concordância quanto à visibilidade de sua trajetória e efeitos positivos na integralidade.

Por meio dos resultados deste estudo, pode-se observar que os principais problemas e dificuldades vivenciados pela ESB não são exclusivos dos municípios Pernambucanos. Não se pretende esgotar o assunto, mas sim apontar caminhos que possam contribuir para a consolidação da saúde bucal

na estratégia Saúde da Família, principalmente através de estímulos para que novos trabalhos sejam desenvolvidos com este tema.

## REFERÊNCIAS

ANDRADRE, L. O. M. *SUS passo a passo: gestão e financiamento*. São Paulo: HUCITEC; Sobral: UVA, 2001.

ARAÚJO, A. R. C. *O Programa de Saúde da Família e a atenção a saúde da mulher: análise da sistematização das ações básicas de saúde para as equipes de saúde da família do DS III, Recife*. 2005. 46f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, jul./ago, 2005.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso dos serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 707-717, 2002.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 18.055, 20 de set. 1990.

BRASIL. Secretaria de Assistência a Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. In: \_\_\_\_\_. *Cadernos de atenção básica: Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2000a.

BRASIL. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 601, p. 85, 28 dez. 2000b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 67, 6 mar. 2001a. Seção1.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Normas Operacionais de Assistência à Saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 20, p 23, 26 jan. 2001b.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 673, de 3 de junho de 2003. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, n.106, p. 44, 03 jun. 2003. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 178, p. 42, 29 jul. 2004a. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004b.

BRASIL. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria074\\_20\\_01\\_04.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria074_20_01_04.pdf)>. Acesso em: 15 de out. 2004c.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Portarias/PT2004/portaria1434.htm>>. Acesso em: 10 de maio 2004d.

BRASIL. Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília, DF, 2005a

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política nacional de saúde bucal: registros de uma conquista histórica*. Brasília-DF: Organização Panamericana da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. *Média complexidade*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23570&janela=2](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/visualizar_texto.cfm?idtxt=23570&janela=2)> Acesso em: 14 mar. 2006b.

CAMARAGIBE. Secretaria Municipal de Saúde. O Programa Saúde da Família projeto-piloto “o dentista da família”. *Saúde & Cidadania em Debate*, Rio de Janeiro, p. 102-105, ago. 1999. Número inaugural.

CAPISTRANO FILHO, D. O cirurgião dentista no PSF. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 8, jul./dez. 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. *Relatório final...* Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1986.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

CORDÓN, J. A. Sobre a construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 557-563, jul./set. 1997.

CÓRDON, J. A. Sobre a construção histórica do conceito de odontologia em saúde coletiva. *Ação Coletiva, Brasília*, v. 1, n. 1, p. 7-25, jan./mar., 1999.

COSENZA, L. F., TOSTA, R. B. *Avaliação da capacitação de recursos humanos da rede de referência do DF para o atendimento à população indígena*. 2004. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) - Associação Brasileira de Odontologia, Brasília, DF, 2004.

FALHO NETO, G. H. Os desafios do SUS em Pernambuco. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 17, p. 54-57, mar. 1997.

FRAZÃO, P. Tecnologias em saúde bucal coletiva. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org.) *Ciências Sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Ed. Unesp, 1998. parte 2, p. 159-175.

GATTÁS, G. R. I. C. *Análise do Programa de Saúde da Família a partir dos usuários da USF Vila União no Recife*. 2003. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

MACHADO, K. Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS. *Radis: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 10 - 11, jul. 2004.

MANFREDINI, M. PSF: promovendo saúde bucal. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 50-54, 2004. Edição especial.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.163 - 171, 2002.

\_\_\_\_\_. *O SUS e a atenção básica: a busca de um novo desenho?* 2001. Disponível em: <[www.opas.org.br/serviços/temas\\_documento](http://www.opas.org.br/serviços/temas_documento)>. Acesso em: 26 out. 2005.

MARTELLI, P. J. L. M. *Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 135-151.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. De olho no financiamento da atenção básica e no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 7-85, 2004. Edição especial.

NARVAÍ, P. C. *Odontologia e saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

NEGRI, B. *Assistência Básica de Saúde: menos doença, mais vida*. 2000. Disponível em: <[www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm](http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm)>. Acesso em: 26 fev. 2004.

OLIVEIRA, L. M. A. *Saúde Bucal em Pernambuco: acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001*. 2002. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2002.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PEDROSA, J. I. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PERES, M. A. A. *A saúde bucal em um sistema local de saúde: estudo de caso município de Ipatinga-MG, Brasil. 1989-1994*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. *Pernambuco*. Recife, 2000. Disponível em: <<http://www.municipios.pe.gov.br/municipio/pernambuco.asp>>. Acesso em: 17 fev. 2005.

RONCALLI, A, G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do SUS. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 2, p. 28-49.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 1, p.8-14, jan./mar. 1999.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 13, n. 6, p.1027-1034, nov./dez., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 14/03/06.

SALDANHA, C. R. M. *Avaliação do PSF em Juiz de Fora*. 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5325.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2005.

SAÚDE da Família: uma caminha de 10 anos em prol do SUS. *Revista do CONASEMS*, Brasília, DF, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=1279&codPagina=1146>>. Acesso em: 24 jan. 2004.

SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, supl., p. 203-211, 2002.

SERRA, C. G. *A Saúde bucal como política de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -. Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SOLLA, J. Organizando o SUS a partir do PSF. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, p. 7-8, 2004. Edição Especial.

SOUZA, D. S. et al. A inserção da saúde bucal no PSF. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Florianópolis, v. 2, n. 2, p.13-29, jul./dez. 2001.

TEIXEIRA, A. H. *Saúde bucal na estratégia saúde da família: conhecendo a atuação das equipes no município de Sobral - CE no período de 2001 a 2003*. 2004. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Sobral, 2004.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TRAD, L.A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do PSF: uma proposta de avaliação. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

VERAS, C. L. M.; RODRIGUES, R. M.; CARVALHO, A. L. B. O Saúde da família na Paraíba: do processo de implantação aos resultados. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 20, p. 27-34, dez. 2000.

ZANETTI, C. H.G. *Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica*. Brasília, 2000. Disponível em:<  
[www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo\\_amplo/psf\\_caminho.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm)>. Acesso em: 04 out. 2005.