

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

JOSÉ EUDES DE LORENA SOBRINHO

DAS BOCAS FAMINTAS ÀS SORRIDENTES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL

RECIFE

2014

JOSÉ EUDES DE LORENA SOBRINHO

DAS BOCAS FAMINTAS ÀS SORRIDENTES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

Co-orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L868b Lorena Sobrinho, José Eudes de.
Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da política nacional de saúde bucal do Brasil / José Eudes de Lorena Sobrinho. - Recife: [s.n.], 2014.
225 p. : ilus.; 30 cm.

Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, Petrônio José de Lima Martelli.

1. Políticas públicas de saúde. 2. Saúde bucal. 3. Formulação de projetos. 4. Pobreza. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. II. Martelli, Petrônio José de Lima. III. Título.

CDU 616.314

JOSÉ EUDES DE LORENA SOBRINHO

DAS BOCAS FAMINTAS ÀS SORRIDENTES: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em 03/12/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Prof^a Dr^a Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/Fiocruz

Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Departamento de Clínica e Odontologia Social/UFPB

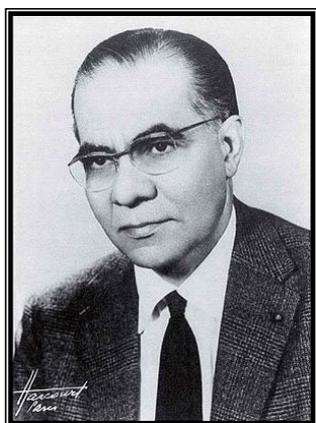
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Departamento de Odontologia – Centro de Ciências da Saúde/UFPE

Ao Espírito Santo, incessante Luz Divina que me alimenta.

À Suélem, amor que nutre minha existência.

Aos que tem fome de comida, de justiça e de acesso à saúde bucal.

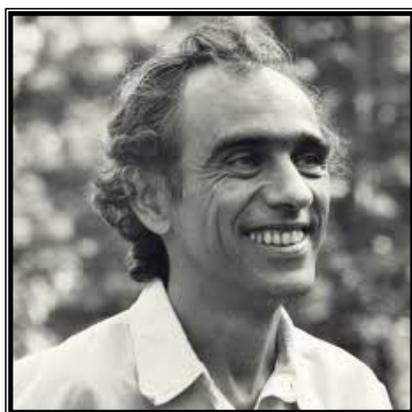
Uma singela homenagem a três combatentes da fome no Brasil:



Josué de Castro (1908-1973), médico, nutrólogo, professor, geógrafo, cientista social, político, escritor e ativista brasileiro. Autor de obras como “Geografia da Fome”, “Geopolítica da Fome”, “Sete Palmos de Terra e um Caixão”, “Homens e Caranguejos”.



Dom Hélder Câmara (1909-1999), arcebispo católico de Olinda e Recife. Um dos fundadores da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e grande defensor dos direitos humanos. Pregava uma Igreja simples, voltada para os pobres e a não-violência. Foi o único brasileiro indicado quatro vezes para o Prêmio Nobel da Paz.



Herbert de Sousa, Betinho (1935-1997), sociólogo e ativista dos direitos humanos brasileiro. Concebeu e dedicou-se ao projeto Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida.

AGRADECIMENTOS

Uma tese de doutorado é o produto de um processo contínuo de aprendizado, vivências e experiências acumuladas durante uma trajetória de vida; e não apenas o resultado de um período de tempo dedicado às atividades acadêmicas. Nas entrelinhas e entrepáginas deste texto estão embutidas as complexas tramas da existência, onde tive a grata oportunidade de conviver com pessoas que colaboraram com o que hoje sou e às quais desejo agradecer:

Aos meus pais por serem os portadores do dom da vida a mim concedido, pela formação pessoal e valores construídos, pelos desafios que superaram para me verem onde estou. Gratidão e amor são os sentimentos que ocupam a minha mente ao lembrar de vocês!

Aos meus irmãos, exemplos de homens e profissionais da saúde bucal, pelo incentivo constante e apoio em todas as horas. Sempre que as coisas foram difíceis lá estavam vocês!

À Suélem, minha esposa, pela cumplicidade, pela partilha dos mesmos ideais e sonhos, pela compreensão, pela dedicação que me tens, pelo amor que nos une e pelo caminho que percorremos em nossas vidas pessoais e profissionais. Orgulho-me de ser teu marido! Eternamente te amarei!

À Vovó Ude (in memorian): ter morado em sua casa nos seus últimos anos de existência me fez ver a vida com outros olhos. Cada instante ao seu lado era uma aula de sabedoria, cujas lições quero exercitar e repassar aos demais. Conto com a sua bênção!

Ao meu padrinho Papito (in memorian): ter convivido ao seu lado na infância me fez reconhecer os verdadeiros valores do amor ao próximo, me incentivou ao gosto pelas políticas públicas de saúde, onde exercias sua função como cirurgião-dentista.

Às pessoas com as quais convivi nos espaços de gestão pública da saúde (Secretarias Municipais de Saúde de Chã de Alegria, Vitória de Santo Antão, Glória do Goitá; Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Ministério da Saúde): com vocês “aprendi fazendo”, tivemos embates ideológicos e construímos saberes que nunca serão esquecidos. A luta por um sistema de saúde com qualidade e acesso para todos persiste!

Aos colegas que partilham da vida acadêmica, em especial aos professores Renato Cabral (cada encontro contigo é um brinde ao saber), Eduardo Henriques (pela amizade edificada e pelo compartilhamento dos ideais) e Leógenes Santiago (pelo apoio, incentivo e compreensão).

Aos meus alunos: conviver com vocês é o que me estimula a aprender continuamente, pois há uma esperança de que tenhamos uma saúde bucal que incorporará os avanços tecnológicos-científicos à compreensão da vida humana.

A todos os que fazem a Faculdade ASCES. Orgulho-me de ter sido aluno desta instituição, onde hoje atuo como professor. O seu compromisso com a qualidade de ensino me dá energia positiva ao pensar o futuro!

Ao meu orientador, Prof. Zé Luiz, pelo referencial que se tornou por sua competência no campo do saber da saúde coletiva, em especial na análise de políticas públicas.

Ao professor, co-orientador e amigo Petrônio Martelli, pelo incentivo conferido no seguimento da saúde bucal coletiva desde a graduação. Sua militância, trajetória política e acadêmica são diferenciais que tenho a satisfação de desfrutar. Continuamos na parceria!

Aos membros da banca de qualificação e defesa, pelas contribuições conferidas.

Aos entrevistados nesta pesquisa: pelo aceite, disponibilidade e valiosas informações repassadas para a construção desta Tese. Instigaram-me a prosseguir no caminho da saúde bucal coletiva.

Aos demais incentivadores desta etapa alcançada.

“Não é suficiente descobrir uma fonte de águas cristalinas; convém, ademais, canalizar as águas em benefício dos homens sedentos. O hoje *kairológico* tem que ser vivido dentro do hoje *cronológico*. A sociedade é complexa e os mecanismos de seu funcionamento não estão à vista; entre o olhar do analista sobre a realidade e a realidade mesma se interpõem as ideologias (discurso que disfarça e mascara) os prejuízos sociais e as ideias comuns que servem de veículo à interpretação dada pelas classes dominantes”

(Leonardo Boff em *A fé na periferia do mundo*, 1978).

LORENA SOBRINHO, José Eudes de. **Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil e sua interface com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social entre 1995 e 2013. Foram coletados dados em bases públicas, por meio de revisão documental e bibliográfica e entrevistas semiestruturadas. O Programa Microsoft Excel for Mac[®] 2011 em Versão 14.2.0 foi utilizado para formatar tabelas, quadros e gráficos. Aplicou-se o método de análise de políticas de saúde preconizado por Walt, Gilson e Araújo. Identificou-se diminuição da desigualdade de renda e pobreza e aumento da renda média mensal. O ano de 2004 foi favorável à entrada da saúde bucal na agenda de prioridades, sendo fácil a tomada de decisão pela implantação, após formulação ampla e participativa do seu conteúdo. Houve aumento da cobertura populacional e do escopo das ações e serviços de saúde bucal nos diversos níveis de complexidade, com foco em populações excluídas como índios, moradores de zona rural, de áreas quilombolas, fluviais e ribeirinhas, e em pacientes com necessidades especiais. Foram criados 816 Centros de Especialidades Odontológicas e 1.465 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Apesar das boas proporções de cirurgiões-dentistas por habitantes, ainda há uma concentração destes profissionais no Sul e Sudeste. Vazios assistenciais persistem no Norte e se elucida uma necessidade de estruturar os serviços em uma rede integrada. Com o incremento no financiamento do setor houve melhoria na cobertura dos serviços. Porém, os municípios continuam sendo os principais responsáveis pelo custeio, o que precisa ser revisto na lógica de pacto federativo. Também cresceu o setor suplementar da saúde bucal, sobretudo com o surgimento de uma nova classe econômica. Como impactos na situação de saúde se destacam a redução do número de dentes perdidos e do CPO-D em todas as faixas etárias. Desigualdades regionais continuam marcantes.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Saúde Bucal. Formulação de projetos. Pobreza.

LORENA SOBRINHO, José Eudes de. **Of hungry mouths to smiling: a Brazilian Oral Health National Policy Analysis.** Thesis (Health Public Doctorate) - Aggeu Magalhães Researchs Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2014.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the National Oral Health Policy of Brazil and its interface with government initiatives to combat poverty, misery and social exclusion between 1995 and 2013. Data was collected in public databases, through documentary and literature review and semi-structured interviews. Microsoft Excel Program for Mac 2011 on version 14.2.0 was used to format spreadsheet, charts and graphs. It was applied the health policy analysis method advocated by Walt, Gilson and Araújo. It was identified a decrease in income inequality and poverty and increase the average monthly income. The year 2004 was favorable to the entry of oral health in priority schedule, being easy the decision making for the implementation, after its extensive and participatory formulation. There was an increase in population coverage and scope of actions and oral health services at different complexity levels, focusing on excluded populations as indians, rural areas residents, the quilombolas (closed particular group of native inhabitants), river and riparian areas, and patients with special needs. 816 Dental Specialty Centers and 1.465 Prosthodontics Regional Laboratories were created. Despite the good proportions of dentists per population, there is a concentration of these professionals in the South and Southeast. Welfare gaps persist in the North and elucidates a need of setting services in an integrated network. With the increase in financing the sector, there was an improvement on service coverage. However, the counties are still primarily responsible for funding, fact that needs to be revised in the logic of the federal pact. Also increased the supplementary sector oral health, especially with the emergence of a new economic class. As impacts on health conditions stand to reduce the number of missing teeth and DMFT in all age groups. Regional inequalities continue striking.

Key-words: Health public policy. Oral health. Project formulation. Poverty.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Ciclo das Políticas Públicas	34
Figura 2	Modelos dos fluxos múltiplos	38
Figura 3	Os três momentos da avaliação	39
Figura 4	Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead	46
Figura 5	Modelo de determinação social de Diderichsen <i>et al</i>	47
Figura 6	Modelo de determinação social de Mackenbach <i>et al</i>	48
Figura 7	Modelo de determinação social de Brunner, Marmot e Wilkinson	49
Figura 8	Índice CPOD-D e grau de prevalência na população brasileira, idade 12 anos, Brasil, 1986, 2003 e 2010	52
Gráfico 1	Visão de longo prazo da desigualdade (Gini)	55
Figura 9	Fases de execução do PMAQ-CEO	62
Gráfico 2	Produto Interno Bruto do Brasil (1995-2013)	84
Gráfico 3	Produto Interno Bruto do Brasil <i>per capita</i> (1995-2013)	86
Gráfico 4	Índice de Gini no Brasil (1995-2012)	86
Gráfico 5	Evolução da pobreza no Brasil (1992-2012)	88
Gráfico 6	Renda média <i>per capita</i> no Brasil (1995-2011)	89
Gráfico 7	Indicador de bem-estar social no Brasil (1995-2011)	89
Figura 10	Identificação do problema e formação da agenda	91
Figura 11	Vertentes da assistência odontológica no Brasil	91
Figura 12	Marcos históricos da implementação da PNSB no Governo Lula	105
Figura 13	Marcos históricos da implementação da PNSB no Governo Dilma	106
Quadro 1	Pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal	109
Quadro 2	Atores envolvidos na Política Nacional de Saúde Bucal	111
Quadro 3	Ciclos de desenvolvimento da APS	123
Gráfico 8	Número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas (2002-2013)	126
Quadro 4	Indicadores de saúde bucal (2003-2011)	132
Gráfico 9	Número de CEO implantados no Brasil (2004-2013)	134
Gráfico 10	Número de municípios com CEO implantados no Brasil (2004-2013)	134
Figura 14	Mapa do número de CEO implantados nos municípios brasileiros	

	(2013)	136
Gráfico 11	Número de LRPD implantados no Brasil (2010-2013)	137
Figura 15	Arranjos piramidais e poliárquicos nos sistemas de atenção à saúde	147
Quadro 5	Fundamentos das redes de atenção à saúde	147
Figura 16	Proposta de estrutura da rede de serviços de saúde bucal pelo Ministério da Saúde	149
Figura 17	Rede temática de saúde bucal	151
Quadro 6	Portarias e valores dos recursos para financeiros da saúde bucal na atenção básica no período de 2000 a 2013	167
Quadro 7	Portarias e valores dos recursos para financiamentos dos CEO	170
Quadro 8	Portarias e valores dos recursos para financiamentos dos LRPD	171
Quadro 9	Tipos de sistemas de saúde e suas características	183
Quadro 10	Modalidades de saúde suplementar e suas características	187
Quadro 11	Diferenças entre as assistências odontológicas e médicas	189
Figura 18	Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por unidades da federação (Brasil – dezembro/2013)	194
Gráfico 12	Índice CPO-D em todas as faixas etárias pesquisadas (2003-2010)	202
Gráfico 13	Média do CPO-D aos 12 anos de idade (2003-2010)	204
Gráfico 14	Média CPO-D aos 12 anos por regiões geográficas 2003-2010	204
Gráfico 15	Necessidade de prótese dentária entre 15 e 19 anos (2003-2010)	215

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estimativa do número de equipes de saúde bucal com respectivos percentuais de cobertura e população coberta no Brasil (2002-2013)	126
Tabela 2	Quantitativo de Equipes de Saúde Bucal por modalidade (2002-2013)	127
Tabela 3	Número de ESB implantadas, população coberta e percentuais de cobertura por regiões geográficas do Brasil (2013)	128
Tabela 4	Distribuição dos CEO por regiões geográficas brasileiras e proporção de habitantes por CEO (2013)	135
Tabela 5	Distribuição dos LRPD por regiões geográficas brasileiras e proporção de habitantes por LRPD (2013)	137
Tabela 6	Número de cirurgiões-dentistas e proporção por habitantes (2014)	143
Tabela 7	Número de cirurgiões-dentistas e proporção por habitantes de acordo com as unidades da federação (2014)	144
Tabela 8	Faculdades de Odontologia por unidade da federação e região	145
Tabela 9	Valores PAB Variável de Saúde Bucal (2002-2013)	169
Tabela 10	Valores Média e Alta Complexidade em Saúde Bucal (2004-2013)	172
Tabela 11	Valores no Bloco Investimento em Saúde Bucal (2010-2013)	173
Tabela 12	Despesas de saúde total, pública e privada (2000, 2010 e 2012)	176
Tabela 13	Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2013)	191
Tabela 14	Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil – dezembro/2013)	192
Tabela 15	Receita de contraprestações das Tabela 1operadoras (em reais) (Brasil - 2003-2013)	193
Tabela 16	Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2003-2013)	195
Tabela 17	Proporção de indivíduos com ceo-d e CPO-D igual a zero (2003 e 2010)	202
Tabela 18	Comparativo das médias ceo-d e CPO-D com seus componentes	

	(2003 e 2010)	203
Tabela 19	Comparativo do CPO-D aos 12 anos de idade com seus componentes por regiões do Brasil (2003 e 2010)	205
Tabela 20	Necessidade de Tratamento de Cárie Dentária por faixa etária e região (2003 e 2010)	206
Tabela 21	Condição periodontal por faixa etária e região geográfica (2003 e 2010)	208
Tabela 22	Oclusão dentária por faixa etária e região geográfica (2003 e 2010)	209
Tabela 23	Uso de prótese dentária por faixa etária (2003 e 2010)	210
Tabela 24	Uso de prótese dentária na faixa etária 35 aos 44 anos por região (2003 e 2010)	212
Tabela 25	Percentuais de indivíduos com e sem fluorose por regiões (2003-2010)	213

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APCD	Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CGSAB	Coordenação Geral de Saúde Bucal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e de Direitos de Natureza Financeira
CPO-D	Cariados, Perdidos e Obturados Dentes
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAI	Dental Aesthetic Index
DATASUS	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
ECEO	Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ENATESPO	Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico

ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
FEF	Fundos de Estabilização Fiscal
FENTAS	Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIO	Federação Interestadual de Odontologistas
FNO	Federação Nacional dos Odontologistas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNDEF	Fundo de Desenvolvimento da Educação Fundamental
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MBRO	Movimento Brasileiro da Renovação Odontológica
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBSM	Plano Brasil Sem Miséria
PFL	Partido da Frente Liberal
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIP	Perda de Inserção Periodontal

PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPB	Partido Pacifista Brasileiro
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SB BRASIL	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Brasil
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UOM	Unidades Odontológicas Móveis

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	21
1 INTRODUÇÃO	22
REFERÊNCIAS	27
CAPÍTULO 2	28
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral	29
2.2 Objetivos específicos	29
CAPÍTULO 3	30
3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	31
3.1 Políticas Públicas	31
3.2 Análise de Políticas Públicas	32
3.3 Ciclo das políticas públicas	34
<i>3.3.1 1ª Fase: identificação do problema</i>	35
<i>3.3.2 2ª Fase: formação da agenda</i>	35
<i>3.3.3 3ª Fase: formulação de alternativas</i>	37
<i>3.3.4 4ª Fase: tomada de decisão</i>	37
<i>3.3.5 5ª Fase: implementação</i>	38
<i>3.3.6 6ª Fase: avaliação da política pública</i>	39
<i>3.3.7 7ª Fase: extinção da política pública</i>	40
3.4 “Desigualdades sociais em saúde”: entre conceitos e aplicações	41
3.5 Em busca dos modelos explicativos de saúde-doença	43
3.6 Os modelos de determinação social	45
<i>3.6.1 Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead</i>	45
<i>3.6.2 Modelo de determinação social de Diderichsen et al</i>	47
<i>3.6.3 Modelo de determinação social de Mackenbach et al</i>	48
<i>3.6.4 Modelo de determinação social de Brunner, Marmot e Wilkinson</i>	48
3.7 As problemáticas metodológicas dos Modelos de Determinação Social	49
3.8 A (desigualdade da) saúde começa pela boca	50
3.9 O desafio político de enfrentar as desigualdades sociais em saúde	53
3.10 A conformação da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil	56
<i>3.10.1 Período de 1995 a 2002</i>	56

3.10.2 Período de 2003 a 2013	58
REFERÊNCIAS	63
CAPÍTULO 4	69
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	70
4.1 Tipo de estudo	70
4.2 Período e objeto de estudo	70
4.3 Coleta, Processamento e Análise dos Dados Qualitativos	70
<i>4.3.1 Entrevistas Semiestruturadas</i>	<i>71</i>
<i>4.3.2 Análise Documental</i>	<i>73</i>
4.4 Coleta, Processamento e Análise de Dados Quantitativos	74
4.5 Método de análise de políticas de saúde	75
4.6 Considerações éticas	76
REFERÊNCIAS	77
CAPÍTULO 5	78
5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO CICLO DA POLÍTICA	79
5.1 Introdução	79
5.2 O contexto político, econômico e social do Brasil	80
5.3 O Processo da Política	90
<i>5.3.1 Identificação do problema e Formação da Agenda</i>	<i>90</i>
<i>5.3.2 Formulação das alternativas e Tomada de Decisão</i>	<i>98</i>
<i>5.3.3 Implementação da política</i>	<i>103</i>
<i>5.3.4 Avaliação da política</i>	<i>107</i>
5.4 Conteúdo da Política	108
5.5 Atores	110
5.6 Conclusão	114
REFERÊNCIAS	115
CAPÍTULO 6	120
6 AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	121
6.1 Introdução	121
6.2 Ações e serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde	122
6.3 Ações e serviços de saúde bucal na Atenção Secundária à Saúde	133
6.4 Ações e serviços de saúde bucal na Atenção Terciária à Saúde	138
6.5 Modelos de atenção em saúde bucal	140

6.6 Distribuição dos cirurgiões-dentistas no Brasil	142
6.7 Rede de atenção em saúde bucal: uma perspectiva em construção	146
6.8 Ações intersetoriais	152
6.9 Conclusão	154
REFERÊNCIAS	156
CAPÍTULO 7	162
7 FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL – TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS	163
7.1 Introdução	163
7.2 Instrumentos para a descentralização do SUS e sua relação com o financiamento da saúde bucal	164
7.3 Financiamento da Saúde Bucal na Atenção Básica	166
7.4 Financiamento da Saúde Bucal na Média e Alta Complexidade	170
7.5 O desafio do financiamento em saúde bucal à luz do pacto federativo	173
7.6 Conclusão	177
REFERÊNCIAS	178
CAPÍTULO 8	182
8 SAÚDE BUCAL NO SETOR SUPLEMENTAR	183
8.1 Introdução	183
8.2 Ineficiência do setor público, ascensão do mercado de saúde suplementar e sua relação com os avanços econômicos do Brasil	185
8.3 Modalidades de saúde suplementar e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	187
8.4 Assistência Odontológica <i>versus</i> Assistência Médica no Setor Suplementar	189
8.5 Planos Odontológicos: cobertura e resultados no Brasil	191
8.6 Conclusões	196
REFERÊNCIAS	197
CAPÍTULO 9	199
9 IMPACTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA SITUAÇÃO DE SAÚDE	200
9.1 Introdução	200
9.2 Cárie dentária	201

9.3 Condição Periodontal	207
9.4 Oclusão Dentária	209
9.5 Uso e necessidade de prótese dentária	210
9.6 Fluorose Dentária	212
9.7 Uso de serviços odontológicos	213
9.8 Conclusão	214
REFERÊNCIAS	217
CAPÍTULO 10	218
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	219
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	224
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	225

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a conquista de um direito social há muito requerido pela população e pelos militantes do Movimento da Reforma Sanitária – o direito à saúde (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

O processo de implementação deste Sistema prossegue até os tempos atuais e deve ainda passar por alterações significativas dadas as novas necessidades de saúde que surgem em razão da transição recorrente dos perfis epidemiológicos e de outros motivos que podem ser compreendidos à luz de uma análise do contexto político, econômico e social (MENDES, 2011).

Dentro deste escopo, foram sendo formuladas políticas, projetos e programas sanitários que atendessem às demandas levantadas pela sociedade e que causassem impactos na situação de saúde, seja com a erradicação e controle de doenças ou com o aumento da oferta de ações e serviços de saúde (BARATA, 2012).

A saúde bucal foi uma das áreas que passou a ocupar espaço estratégico no Governo Federal a partir do ano de 2003, apesar dos movimentos políticos em prol de sua garantia como direito universal remontarem à década de 50. Também já era por demais conhecida a situação de saúde bucal da população brasileira que apresentava um predomínio de cárie dentária não tratada, doenças periodontais em estado avançado e a ausência parcial ou total de elementos dentários (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Mesmo com uma convergência de problemas instalados e movimentos políticos em construção, a saúde bucal nunca havia se constituído uma prioridade de governo. Portanto, cabe compreender quais foram os elementos que levaram à abertura de uma janela de oportunidades para a entrada deste segmento da área da saúde como pauta do Estado e assim ser formulada, implantada e implementada uma política pública.

O desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil (PNSB) pode ser compreendido através da análise do macro-contexto político, econômico e social do país, associando-o ao processo do ciclo da política, que é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2013).

Estas fases correspondem à identificação do problema; à formação da agenda; à formulação de alternativas; à tomada de decisão; à implementação; à avaliação e à extinção.

Além disto, cabe ressaltar a importância de se conhecer o conteúdo da PNSB e os atores envolvidos em seu processo (SECCHI, 2013).

Fora do âmbito da saúde, outras políticas foram sendo formuladas, implantadas e implementadas pelo Governo Federal nas áreas da macropolítica, da macroeconomia e do desenvolvimento social, sobretudo com medidas de transferência direta de renda, a exemplo dos Programas Fome Zero e Bolsa Família. Tais estratégias se pautaram no combate à pobreza, à miséria e à exclusão social, visando reduzir os amplos níveis de desigualdades sociais do país (RODRIGUES, 2009).

Estas iniciativas trouxeram desdobramentos também na situação sanitária, tomando por base o conceito ampliado de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que sugere uma superação da concepção biologicista linear de simples causa-efeito e aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença (BUSS; PELEGRINI-FILHO, 2007).

Como exemplos deste impacto estão as mudanças nos perfis epidemiológicos, com expressiva redução das doenças infecciosas e parasitárias e das condições de desnutrição, além do aumento do acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

O próprio panorama da saúde bucal também foi afetado positivamente, havendo uma redução do indicador CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) em todas as faixas etárias nos últimos anos, devido às mudanças nos níveis econômicos e educacionais da população e ao aumento da oferta de serviços odontológicos pelo poder público (GUIOTOKU, 2012).

Corroborar-se aqui com o conceito complexo de ‘saúde bucal’ que não reduz o termo à ‘saúde dos dentes’ ou a consideração sobre algumas enfermidades: ela é parte da saúde geral, essencial para o bem-estar das pessoas possibilitando falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar, deglutir e gritar, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais. Também se concorda com o entendimento de que o panorama epidemiológico de saúde bucal do país é causador de exclusão social e está mais concentrado nas camadas sociais economicamente vulneráveis (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Considerando as premissas apresentadas, surge a pergunta-conduta desta pesquisa: há sinergia entre os movimentos em prol da construção da Política Nacional de Saúde Bucal e aqueles relativos à diminuição da pobreza, miséria e exclusão social no Brasil?

A partir do exposto, define-se o tema desta pesquisa, demonstrando a área de interesse ou assunto a ser investigado: a análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil e sua interface com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social no período compreendido entre os anos de 1995 e 2013.

A construção desta tese intitulada “Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil” se constitui como um dos requisitos exigidos pelo Curso de Doutorado em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Para melhor introduzir o leitor no universo deste estudo, o seu objeto será apresentado por meio da fragmentação do título escolhido e, logo após, através da junção das partes em separado para se construir o todo.

‘Das bocas famintas...’ é o trecho da oração que faz referência (I) à alarmante situação de saúde bucal da população brasileira, com indicadores que revelavam a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e a mutilação dentária como prática do modelo de atenção à saúde, (II) às péssimas condições sócio-econômicas vividas por boa parte da população de um país possuidor de uma das maiores economias e más-distribuições de renda do mundo e (III) à fome em suas dimensões reais (de alimento) e metafóricas (fome de inclusão social, fome de acesso aos serviços de saúde, fome pela saúde bucal).

‘... às (bocas) sorridentes’ é o fragmento que faz alusão (I) à nova situação de saúde bucal dos brasileiros que agora podem sorrir por terem melhor acesso às ações e serviços de saúde bucal, (II) à formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal intitulada “Brasil Sorridente e (III) às melhorias da situação social e econômica do país, com maior inclusão social e redução da miséria e pobreza.

Por fim, ‘uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil’ faz menção (I) ao campo do saber da análise de políticas públicas, sobre o qual se sedimentou a pesquisa desenvolvida e (II) ao objeto que se pretendeu estudar: a Política Nacional de Saúde Bucal.

É hora de reunir: o título confere a ideia de percurso, de caminho (o que se denomina de ciclo da política pública) e sugere uma associação entre as ‘condições de fome, miséria, pobreza, exclusão social’ e a ‘saúde bucal’.

Diversas razões podem ser mencionadas para justificar a escolha da Política Nacional de Saúde Bucal como objeto de estudo. Cabe aqui ressaltar uma delas, que se refere à

formação pessoal do autor como cirurgião-dentista e a sua inserção na área do saber denominada saúde bucal coletiva, com experiência na gestão de serviços e sistemas, na rede assistencial e como docente em instituições de ensino superior.

Outra motivação é referente a uma necessidade de analisar o histórico desta política, identificando os atores envolvidos, o seu processo de formulação, implantação e implementação e o seu conteúdo à luz do contexto social, econômico e político do país, permitindo uma compreensão em profundidade. Fato que se concretiza quando da sua análise em ampla perspectiva e com múltiplas dimensões.

Pressupôs-se, para o início deste estudo, de que existia uma interface entre a Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social no período compreendido entre os anos de 1995 e 2013.

O formato de livro foi a escolha para a sua apresentação, o qual conta com os seguintes capítulos:

- a) Capítulos 1 e 2- Introdução e objetivos: que insere o leitor no objeto de estudo escolhido, deixando clara a proposição da pesquisa;
- b) Capítulo 3 – Marco teórico conceitual: resgata os conteúdos sobre os quais se edifica este trabalho, ou seja, as políticas públicas, a análise de políticas, o ciclo das políticas, as desigualdades sociais e saúde, os modelos explicativos de saúde-doença, os modelos de determinação social com suas problemáticas metodológicas, as desigualdades sociais e sua relação com a saúde bucal, o desafio político de enfrentar as desigualdades sociais em saúde, e a conformação da Política Nacional de Saúde Bucal no período de 1995 a 2013;
- c) Capítulo 4 – Procedimentos Metodológicos: permite uma compreensão dos métodos utilizados para o desenvolvimento da pesquisa, com foco na coleta, processamento e análise dos dados qualitativos e quantitativos;
- d) Capítulos 5 a 9 que apresentam os resultados e discussões da pesquisa, respectivamente intitulados A Política Nacional de Saúde Bucal no Ciclo da Política; Ações e Serviços de Saúde Bucal no Brasil: tendências e perspectivas; Financiamento da Saúde Bucal no Brasil; Saúde Bucal no Setor Suplementar; e os Impactos da Política Nacional de Saúde Bucal na Situação de Saúde.
- e) Capítulo 10 apresenta as considerações finais desta pesquisa.

É consensual na literatura a importância de proceder as análises de políticas públicas, considerando a emergência deste campo do saber dentro das Ciências Políticas e Sociais, bem como a relevância do conhecimento produzido para subsidiar avaliações e reformulações das políticas, dentro do seu ciclo.

Em se tratando do caso brasileiro, estudos desta linha ganham mais relevância, pois a construção do Estado tem passado por modificações gradativas, com significativas repercussões nas instituições governamentais e, conseqüentemente, no processo político, seja na fase de definição de problemas, construção da agenda, formulação, implementação e avaliação das políticas setoriais, com maior envolvimento de uma multiplicidade de atores sociais.

Torna-se necessária, portanto, uma análise compreensiva, com amplitude e profundidade, de toda a Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, a fim de colocá-la em situação de destaque junto às demais políticas deste setor implementadas em outros países.

A justificativa de ordem acadêmica se sustenta em vários argumentos: de caracterização do nível de conhecimento e da produção acumulada na temática, indicando aí suas lacunas; do potencial para ampliar o conhecimento disponível; de promessa de avanço metodológico; e da importância social do problema.

Constituíram-se como outras justificativas para esta pesquisa:

- a) a ausência de uma análise robusta da Política Nacional de Saúde Bucal;
- b) o interesse manifestado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em analisar a própria política por ela desenvolvida ao longo do tempo;
- c) a necessidade de demonstrar a relação direta do desenvolvimento da PNSB associada a outras prioridades de governo, tais como as políticas de inclusão social;
- d) e a dimensão social conseqüente à análise conduzida, na medida em que os resultados estarão à disposição de uma gama de atores envolvidos no processo de formulação de políticas sociais.

REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. Desigualdade Sociais e Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. Editora Hucitec: São Paulo, 2012.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (Org.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde; 2006.

GUIOTOKU, S.K. *et al.* Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, p. 136-141, 2012.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

RODRIGUES, M.M.A. **Políticas redistributivas & direitos civis e sociais no brasil: o dilema de construir a democracia num ambiente de desigualdade**. Disponível em: <<http://www.undp-povertycentre.org/publications/mds/42P.pdf>>. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage, 2013.

CAPÍTULO 2

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil e sua interface com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social no período compreendido entre os anos de 1995 e 2013.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os atores envolvidos e o processo de formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil;
- b) Relacionar o conteúdo da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil à luz do contexto econômico, político, social e sanitário do país;
- c) Descrever o número de estabelecimentos públicos de saúde com serviços odontológicos em todo o território nacional e os respectivos percentuais de cobertura populacional nos diversos níveis de complexidade, associando-os ao mapa de pobreza e miséria do país;
- d) Quantificar os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde aos Estados e Municípios nas modalidades de investimento e custeio das ações e serviços de saúde bucal nos diversos níveis de complexidade;
- e) Estimar os percentuais de cobertura de planos odontológicos via saúde suplementar por regiões geográficas, bem como o número de beneficiários e sua relação com o mapa de pobreza e miséria do país;
- f) Demonstrar os impactos da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil na situação de saúde bucal da população e sua relação com o mapa de pobreza e miséria do país.

CAPÍTULO 3

3 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 Políticas Públicas

Para facilitar o entendimento sobre o processo de elaboração da política pública, o instrumental de análise de política diferencia três dimensões da palavra política: “*polity*” se referindo às instituições políticas e ao sistema político; “*politics*” como uma dimensão do processo político. E a terceira dimensão é a material, a “*policy*”, que se refere às políticas públicas em si (SERAFIM; DIAS, 2012).

O termo ‘política’ (*politics*) faz menção ao uso de procedimentos que tem por objetivo alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados às decisões públicas e, em geral, expressam relações de poder e que visam influenciar o comportamento das pessoas (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Serafim e Dias (2012) compreendem a política pública como uma ação ou conjunto de ações por meio das quais o Estado interfere na realidade, geralmente com o objetivo de atacar algum problema. Significando a atividade do governo de desenvolver políticas públicas, o termo ‘policy’ é utilizado para expressar a formulação de propostas, a tomada de decisões e a implementação das políticas por organizações públicas, tendo como foco temas que afetam a coletividade, mobilizando interesses e conflitos (GOTTEMS *et al.*, 2013).

É possível sustentar que as políticas públicas são resultantes da atividade política e compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação dos recursos públicos (RUA, 2009).

No entanto, as políticas públicas envolvem mais do que uma decisão e requerem ações selecionadas de forma estratégica para implementá-las. Quando se realiza uma escolha dentro de um conjunto de possíveis alternativas, está-se diante da decisão política, que deve ser adequada com os fins pretendidos diante dos meios disponíveis, e depende também da hierarquia das preferências dos atores envolvidos (RUA, 2009).

Embora possam incidir sobre a esfera privada, as políticas públicas são decisões tomadas por atores, com base no poder imperativo do Estado, mesmo que entidades privadas participem de sua formulação ou compartilhem sua implementação (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Atores políticos são aqueles cujos interesses poderão ser afetados, positiva ou

negativamente, pelo rumo tomado por uma determinada política pública. Podem ser indivíduos, grupos ou organizações. São específicos e possuem características diferenciadas (COHN, 2008).

Os atores públicos são aqueles que se distinguem por exercer funções públicas e por mobilizar os recursos associados a estas funções. Há duas categorias: os políticos e os burocratas. Políticos são aqueles atores cuja posição resulta de mandatos eletivos, enquanto burocratas devem a sua posição à ocupação de postos de trabalho que requerem conhecimento especializado e que se situam em um sistema de cargos públicos (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Desenvolver uma política pública, exige, portanto, articular as variáveis do triângulo de governo proposto por Matus: o projeto de governo, entendido como a proposta de meios e objetivos que compromete uma mudança para a situação esperada; a capacidade de governo, que expressa a perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta, e a governabilidade do sistema, que sintetiza o grau de dificuldade da proposta e do caminho que deve percorrer-se, verificável pelo grau de aceitação ou rechaço do projeto e a capacidade dos atores sociais para respaldar suas motivações favoráveis, adversas ou indiferentes (VIANA; BAPTISTA, 2008).

3.2 Análise de Políticas Públicas

Considerada como uma ação multidisciplinar que visa interpretar as causas e consequências da ação do Estado, esta linha de pesquisa passou a ser utilizada com maior frequência e aceitabilidade pelos próprios governos a partir da década de setenta, embora as ciências sociais já tivessem interesse neste campo há algum tempo (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Algumas razões sustentam este argumento: a complexidade cada vez maior dos problemas ocasionou dificuldades para os formuladores de políticas e estes passaram a buscar auxílio na construção de soluções; e a atenção de pesquisadores em questões relacionadas às políticas públicas na busca da construção e aplicação de conhecimentos à resolução de problemas concretos do setor público (COHN, 2008).

Gradualmente, afirma Parsons (2007), a evolução dos estudos de Análise de Política e a possibilidade da utilização de seus resultados no aprimoramento de políticas públicas contribuíram para a aproximação da cultura acadêmica e da administração pública.

Roth Deubel (2006) entende a análise de políticas como a ciência do Estado em ação ou, mais precisamente, como uma metodologia de investigação social aplicada à análise da atividade concreta das autoridades públicas.

Uma definição correntemente aceita sugere que a Análise de Política tem como objeto os problemas com que se defrontam os formuladores de política (policy makers) e como objetivo auxiliar o seu equacionamento (ROTH DEUBEL, 2006).

A análise de políticas públicas implica o estudo do governo em ação e/ou do conjunto de ações que este realiza, ou não, para alcançar objetivos em relação a um problema ou conflito social (GOTTEMS *et al.*, 2013). Gestores e pesquisadores tem se debruçado sobre as políticas públicas para compreender a relação Estado-Sociedade (SERAFIM; DIAS, 2012).

Os estudos de Análise de Política podem ser agrupados em duas grandes categorias: “analysis of policy” e “analysis for policy”. A primeira, mais descritiva, tem como objetivo produzir conhecimentos sobre o processo de elaboração política. A segunda, de caráter prescritivo, busca auxiliar os formuladores de política, agregando conhecimento ao processo de elaboração de políticas, envolvendo-se diretamente na tomada de decisões (HAM; HILL, 1993; PARSONS, 2007).

Na realidade, a Análise de Política pode ter por objetivo tanto melhorar o entendimento acerca da política e do processo político, como apresentar propostas para o aperfeiçoamento das políticas públicas (GOTTEMS *et al.*, 2013).

Serafim e Dias (2012) afirmam que, ao focar no comportamento dos atores sociais e no processo de formulação da agenda e da política, a análise de políticas busca entender o porquê e para quem aquela política foi elaborada, e não só olhar o conteúdo em si.

O analista atenta para elementos de natureza sutil. Sua preocupação central é com o processo de construção da política, sobretudo com a definição da agenda. Enfatiza aspectos como os valores e os interesses dos atores que participam do jogo político, a interação entre eles, a arquitetura de poder e tomada de decisões, conflitos e negociações (DAGNINO; DIAS, 2008).

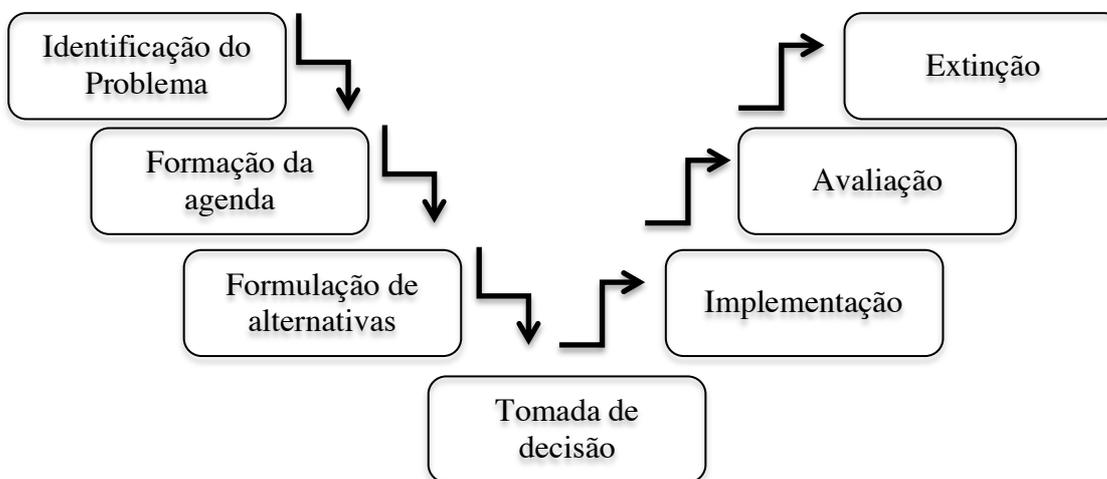
3.3 Ciclo das Políticas Públicas (Policy Cycle)

O processo de elaboração das políticas públicas ocorre em um ambiente tenso com alta densidade política, marcado por relações de poder entre atores da sociedade e do Estado, e dentro das próprias estruturas de poderes estatais e sociais (RUA, 2009).

A utilização de modelos teóricos para dar conta deste emaranhado complexo é uma exigência para os estudiosos em análise das políticas públicas (RUA, 2009). Um dos modelos amplamente empregados é denominado “ciclo das políticas públicas” e corresponde a um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (HOWLET; RAMSEH; PERL, 2009).

Diversas versões foram desenvolvidas para a sua visualização. Neste trabalho, optou-se pelo modelo composto por sete fases principais denominadas de identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção, sugerido por Secchi (2013) e que pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 – Ciclo das Políticas Públicas



Fonte: Secchi (2013).

Organizadas logicamente na perspectiva acadêmica, elas se apresentam misturadas e alternadas na vida prática. Isto porque não há pontos de início e finalização de uma política pública e as fronteiras entre as fases não são nítidas, sendo o seu processo incerto (GOTTEMS *et al.*, 2013). Ao que Rua (2009) afirma não ser um percurso linear.

A grande utilidade deste ciclo é a organização das ideias, transformando a

complexidade de uma política pública em algo mais simplificado que auxilie políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial teórico (VIANA; BAPTISTA, 2008), entender corretamente o processo político e auxiliar na reflexão sobre como e mediante quais instrumentos as políticas poderão ser aperfeiçoadas (PÈREZ; SEISDEDOS, 2006).

3.3.1 1ª Fase: Identificação do Problema

Problema é uma discrepância entre a situação real e a ideal possível (RUA, 2009). Um problema público pode aparecer rapidamente como em um caso de catástrofe natural que afete a vida das pessoas ou ir ganhando importância aos poucos, como a questão do trânsito nas grandes cidades. Em algumas situações pode não receber suficiente atenção porque a coletividade aprendeu a conviver com ele (SECCHI, 2013).

A identificação do problema público envolve a percepção do problema, pois uma determinada circunstância passa a ser insatisfatória quando afeta a percepção de muitos atores sociais relevantes; a definição do problema, onde se definem os elementos causadores e a sua essência; e a avaliação da possibilidade de resolução (PERÈZ; SEISDEDOS, 2006).

Alguns outros fatores estão ligados à decisão sobre o reconhecimento de um problema: crises ou escândalos; emotividade e impacto emocional; magnitude da população afetada; pressão dos grupos de interesse; meios de comunicação; momento do ciclo político; tradição e cultura, ou valores sociais (PERÈZ; SEISDEDOS, 2006).

Quando algum ator político identifica e tem interesse na resolução de um problema, passa-se a lutar para a sua entrada na agenda, ou seja, na lista de prioridades de atuação do governo (SECCHI, 2013).

3.3.2 2ª Fase: Formação da agenda

Um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes é definido como agenda e pode se configurar como um programa de governo, um planejamento orçamentário ou uma lista de assuntos importantes (SECCHI, 2013).

A agenda é, justamente, o instrumento que reflete a priorização de temas e problemas a serem trabalhados por um governo e exige deste a dedicação de energias e atenções. É o espaço disputado entre os diversos atores que fazem parte do jogo político, pois querem incluir questões de seu interesse (ROTH DEUBEL, 2006).

São estes conflitos que viabilizam a blindagem da agenda por parte dos atores dominantes, não permitindo que as demandas e os projetos dos demais sejam incorporados a ela (SERAFIM; DIAS, 2012).

Do ponto de vista teórico, existem três tipos de agenda: a política, onde os problemas ou temas são vistos como merecedores de intervenções públicas; a formal (ou institucional) que elenca os temas que o poder público já decidiu enfrentar; e a agenda da mídia, na qual se encontram conteúdos recebedores de atenção dos meios de comunicação (SECCHI, 2013).

Três condições, ao menos, são necessárias para um problema entrar na agenda política: atenção – diferentes atores sociais devem entender a situação como merecedora de intervenção; resolubilidade – significa a necessidade e factibilidade do problema; e competência – um chamado à responsabilidade pública (SECCHI, 2013).

A formação da agenda é fortemente afetada pelos atores políticos e pelos processos de evidenciação dos temas. Os atores que afetam a formação da agenda podem ser classificados de acordo com as posições institucionais em governamentais e não governamentais; e segundo o grau de exposição pública em visíveis e invisíveis (PERÈZ; SEISDEDOS, 2006).

Os atores invisíveis tem mais influência na especificação das alternativas para solução dos problemas do que na inclusão e exclusão de questões na agenda governamental (RUA, 2009).

Rua (2009) aponta outros fatores que influenciam a formação da agenda:

- a) a evidenciação de temas: pode se dar pelo reconhecimento da existência de problemas a partir de eventos momentâneos, da forma de manifestação das demandas (crises) e de indicadores, estatísticas, pesquisas e outras fontes;
- b) a proposição de políticas: é afetada pela ação dos atores visíveis, dos atores invisíveis e das comunidades políticas;
- c) o fluxo da política: envolve o clima ou sentimento nacional com relação aos governos e aos temas, as forças políticas organizadas e a disputa interpartidária e eleitoral.

As demandas apresentadas ao governo para inserção na agenda são classificadas como novas, recorrentes e reprimidas. As “novas” correspondem a problemas pressionadores do subsistema político. As “recorrentes” expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos trazidos sempre à tona no debate político; enquanto as “reprimidas” correspondem a situações geradoras de incômodo e insatisfação em grupos de pessoas por um tempo razoável, mas ainda não sendo prioridade (RUA, 2009).

Quando não se consegue encontrar soluções para os problemas identificados, pode ocorrer o que se denomina “sobrecarga de demandas”. Neste caso, uma crise pode se instalar e ameaçar a estabilidade do subsistema político ou até mesmo à ruptura institucional (RUA, 2009).

3.3.3 3ª Fase: *Formulação de alternativas*

Uma vez introduzido o problema na agenda política, devem ser formulados objetivos e estratégias que garantam a sua solução. O estabelecimento de objetivos é o momento em que políticos, analistas e demais atores envolvidos no processo resumem o que esperam que sejam os resultados da política pública (PARSONS, 2007).

A etapa de construção de alternativas é o momento em que são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações para o alcance dos objetivos propostos. Cada um(a) vai requerer diferentes recursos técnicos, humanos, materiais e financeiros (SECCHI, 2013).

3.3.4 4ª Fase: *Tomada de decisão*

Vista como a etapa sucessora da formulação de alternativas de solução, representa o momento onde os interesses dos atores são equacionados e os objetivos e métodos de enfrentamento de um problema público são apresentados (SECCHI, 2013).

A dinâmica de escolha de alternativas de solução para problemas públicos pode se dar através de problemas que buscam soluções, de comparações sucessivas limitadas e das soluções que buscam problemas (SECCHI, 2013).

Baseado no argumento “problemas nascem primeiro e depois são tomadas as decisões”, o chamado modelo de racionalidade absoluta considera a decisão como uma atividade puramente racional, na qual os custos e benefícios das propostas são calculados pelos atores para encontrar a melhor opção possível (GOTTEMS *et al.*, 2013).

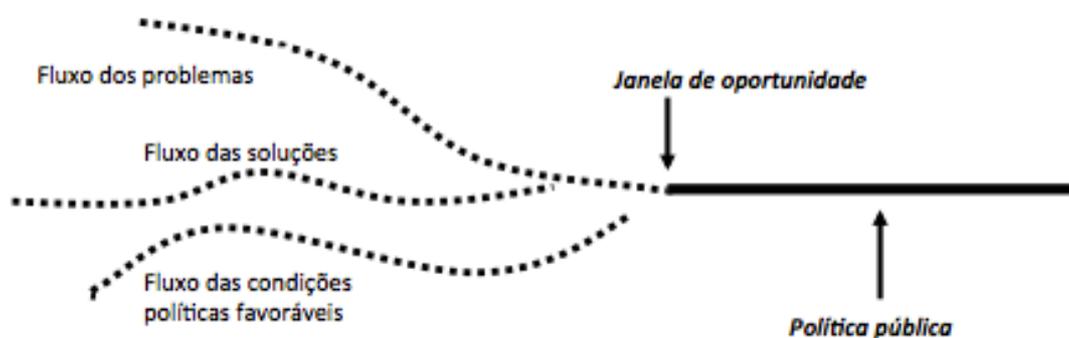
Dentro da perspectiva do mesmo argumento, está o modelo de racionalidade limitada, o qual afirma que os tomadores de decisão sofrem de limitações cognitivas e informativas e como consequência não conseguem entender a complexidade (SECCHI, 2013).

Em contraposição aos modelos racionais está o incremental, o qual comporta três

características: problemas e soluções são definidos, revisados e redefinidos simultaneamente e em vários momentos; a tomada de decisões é um processo de adaptação de soluções já implementadas anteriormente; as decisões são dependentes dos atores envolvidos na elaboração da política (GOTTEMS *et al.*, 2013).

Outro modelo, denominado dos “fluxos múltiplos”, considera que o requisito para o nascimento de uma política pública é a confluência de problemas, soluções e condições políticas favoráveis. A convergência desses fluxos cria uma janela de oportunidade, um momento especial para o lançamento de soluções em situações políticas favoráveis. Isto pode ser melhor visualizado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo dos Fluxos Múltiplos



Fonte: Secchi (2013)

Mondragón (2006) identifica dois momentos relativos ao processo de tomada de decisão. O primeiro é o processo decisório, no qual os atores políticos influenciam a escolha das alternativas e o esqueleto da política pública. O segundo é o processo formal, onde a decisão do primeiro momento se configura em política pública por meio de medidas administrativas necessárias para sua existência.

3.3.5 5ª Fase: Implementação

Definida como um processo de diversos estágios capazes de compreender as decisões para a execução de uma decisão básica previamente definida, compreende o conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos (RUA, 2009).

Secchi (2013) conceitua como a fase na qual as intenções são transformadas em ações e realiza através de dois meios:

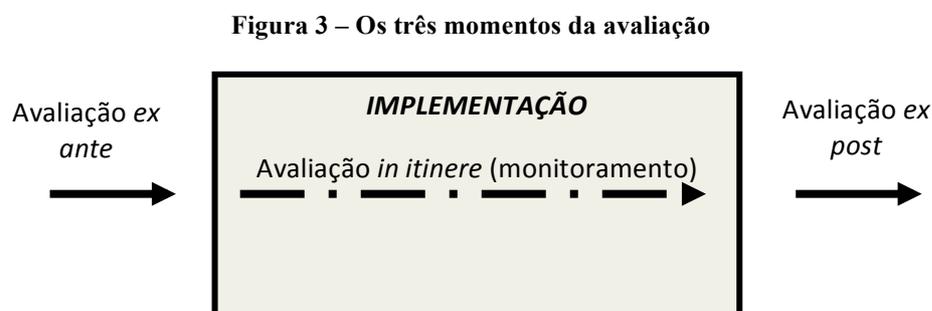
- a) De cima para baixo (top-down) – onde há uma separação clara entre o momento de tomada de decisão e o de implementação, acreditando que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política e que a implementação é esforço administrativo.
- b) De baixo para cima (bottom-up): os implementadores tem maior participação na identificação do problema e na elaboração das alternativas e os tomadores de decisão legitimam as práticas já experimentadas.

3.3.6 6ª Fase: Avaliação da política pública

Corresponde ao processo de julgamentos sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática (MONDRAGÓN, 2006).

Estrutura-se através de duas dimensões: uma técnica, caracterizada por produzir ou coletar dados úteis às decisões relativas a qualquer política, programa ou projeto; e uma valorativa, consistindo no exame dos dados à luz de critérios definidos para a produção de conclusões sobre o valor do objeto estudado (RUA, 2009).

Distingue-se a avaliação *ex ante* (anterior à implementação), a *ex post* (posterior à implementação) e a *in itinere*, também conhecida como avaliação formativa ou monitoramento, que ocorre durante o processo de implementação para fins de ajustes imediatos (DAGNINO; DIAS, 2008). Estas distinções podem ser visualizadas na Figura 3.



Fonte: Secchi (2013)

Secchi (2013) aponta os principais critérios usados para avaliações:

- a) Economicidade: refere-se ao nível de utilização de recursos (*inputs*).
- b) Eficiência econômica: trata-se da relação entre *inputs* e produtividade (*outputs*);
- c) Eficiência administrativa: trata do seguimento de prescrições, ou seja, do nível de conformação da execução a métodos preestabelecidos.
- d) Eficácia: corresponde ao nível de alcance de metas ou objetivos preestabelecidos.
- e) Equidade: trata da homogeneidade de distribuição de benefícios (ou punições) entre os destinatários de uma política pública.

A avaliação da política pública pode levar à sua continuação nos casos em que as adversidade de implementação são pequenas; à reestruturação marginal de aspectos práticos quando as adversidades de implementação existem, mas não são suficientemente graves para comprometer-la. Ou ainda ocasionar a sua extinção, em situações nas quais o problema público foi resolvido, ou quando os problemas de implementação são insuperáveis, ou quando a política pública se torna inútil pelo natural esvaziamento do problema (SOUZA, 2003).

Existem situações nas quais avaliações são difíceis de serem executadas em virtude dos objetivos da política pública não serem claros. Em outras situações, os objetivos são explícitos, mas servem apenas para fins simbólicos (SECCHI, 2013).

Outro grande problema é a multicausalidade. É difícil conseguir fazer uma separação entre efeitos sociais produzidos pela política pública e efeitos sociais produzidos por outras causas (GOTTEMS *et al.*, 2013).

Não obstante as dificuldades, as avaliações também podem produzir informações úteis ao debate político e servem para superar argumentos simplistas e maniqueístas (SECCHI, 2013).

3.37 7ª Fase: Extinção da política pública

O ciclo de uma política também tem um fim quando o problema que originou a política é percebido como resolvido; os programas, as leis ou as ações que ativavam a política pública são percebidos como ineficazes; o problema, embora não resolvido, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas e formais (SECCHI, 2013).

Extinguir uma política pública é uma atividade difícil, pois os beneficiados por ela irão relutar a esta decisão. Como exemplo estão as políticas do tipo redistributivo pois geram

alto grau de conflito entre os grupos financiadores e os beneficiários (SECCHI, 2013).

3.4 “Desigualdades Sociais em Saúde”: entre conceitos e aplicações

A temática “Desigualdades sociais e a saúde” não é nova. Estudos epidemiológicos sempre tentaram evidenciar diferenças entre grupos sociais, como os clássicos de Engels sobre a classe trabalhadora inglesa; sobre as epidemias de cólera em Londres de Snow; sobre os trabalhadores de tecelagem na França de Louis; e sobre as epidemias de tifo nas minas da Silésia de Virchow (CAMPOS, 2012).

Nas três últimas décadas do século XX houve um incremento na produção científica sobre determinantes sociais da saúde nos países da América Latina envolvendo condições de trabalho e estrutura das classes sociais com um predomínio de abordagens teóricas e doutrinárias em detrimento de pesquisas empíricas (CAMPOS, 2012). Destaque para o “Dilema Preventivista” do Sérgio Arouca (1975) e “Saúde e Sociedade” da Maria Cecília Donnangelo (1976).

A partir da revitalização da epidemiologia social nos países do Norte com raízes neo-durkheimianas, o vetor central da produção teórica e empírica sobre a determinação da saúde, doença e cuidado deslocou-se para temas clássicos da pesquisa social em saúde: estresse, pobreza e miséria; exclusão e marginalidade, incorporados à pauta da investigação como efeito das desigualdades sociais (ALMEIDA FILHO, 2009).

Os conceitos de desigualdades sociais podem ser vistos desde a obra “Ética a Nicômaco”, onde Aristóteles põe em pauta preceitos de igualdade vertical e horizontal: “igualdade é tratar desigualmente os desiguais”. Na segunda metade do século XX, o filósofo político John Rawls retoma e atualiza o preceito aristotélico (com forte influência kantiana) considerando a categoria das liberdades básicas como definidora da autonomia individual. Para ele, a justiça na sociedade implica um sistema de prioridades que justificaria sucessivas escolhas por valores, bens e produtos em disputa (GARRAFA; CORDÓN, 2009).

A Teoria da Justiça de Rawls apresenta dois princípios: cada pessoa deve ter direito igual ao mais amplo sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos; desigualdades econômicas e sociais devem ser distribuídas de forma que redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos beneficiados e sejam a consequência de cargos e funções abertos a todos em circunstâncias de

igualdade de oportunidades. Embora bastante influente na saúde, a Teoria de Rawls não a lista como uma liberdade básica e sim enquanto bem material na medida em que depende dos recursos individuais da saúde (NOGUEIRA, 2010).

Amartya Sen, a partir das suas obras “*On Economic Inequality*” (1981), “*Inequality Reexamined*” (1992) e “*On Economic Inequality after a quarter century*” (1997), estrutura a sua “*New Social-Welfare Theory*” como uma alternativa crítica à teoria rawlsiana, considerada a principal base da construção teórica sobre as relações entre desigualdades de renda e saúde.

Sen classifica a desigualdade em *objetiva* – a questão da desigualdade entre dois elementos X e Y implica comparabilidade em escalas cardinais de ordem equivalente; e *normativa* – a questão da justiça distributiva como solução para criar equidade entre desiguais. A autora também define o “bem-estar” como vinculado à padrões de distribuição da riqueza e formaliza o conceito da “equidade” (ALMEIDA FILHO, 2009).

As discussões das desigualdades sociais na saúde tomam fortes dimensões quando, em 1990, Margareth Whitehead elaborou um documento intitulado “*International Journal of Health Services*” que se tornou a principal referência conceitual sobre equidade em saúde na literatura internacional. Para ela, a equidade em saúde seria a justiça no que se refere a situações de saúde, qualidade de vida e sobrevivência. Todas as pessoas tem direito a uma justa possibilidade de realizar seu plano potencial de saúde e ninguém estará em desvantagem para realizar este direito (NOGUEIRA, 2009).

Whitehead definiu “equidade” por referência a dois antônimos: “desigualdade” e “inequidade”. A desigualdade conota as principais diferenças dimensionais, sistemáticas e evitáveis entre os membros de uma população dada. A iniquidade conota diferenças e variações desnecessárias e evitáveis, mas também desleais e injustas. A justiça seria a garantia de igualdade de oportunidades. A “inequidade” seria o sinônimo de injustiça (BREIHL, 2010).

Questiona-se: quais são as fontes de desigualdades, inequidades e iniquidades? Como a opressão e a injustiça operam na promoção e persistência das iniquidades em saúde? Para responder tais indagações, é preciso recorrer aos “recursos sociais”, às “condições de vida”, à “assistência à saúde” e à “situação de saúde” como componentes das desigualdades em saúde (NOGUEIRA, 2009).

Assim, é preciso averiguar a interatividade de cada indivíduo com as características dos

grupos sociais em que ele se insere; as relações econômicas e macrosociais; o próprio indivíduo: biografia, escolhas, atividades, patrimônio material e espiritual; os gradientes sociais; a exposição aos agentes biológicos, químicos ou físicos, desnutrição, desgaste físico, estresse, acesso à educação e aos serviços de saúde.

Tudo isto está presente na obra de Hegel e Marx, que apreendem a organicidade histórica e autoconstitutiva do ser social, abordando o trabalho, as relações sociais e a produção/reprodução material, acreditando que o indivíduo é o ser social, onde seus pensamentos, sentimentos e escolhas são configurações sociais determinadas.

Portanto, as desigualdades em saúde são as diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade (CAMPOS, 2012).

3.5 Em busca dos Modelos Explicativos de Saúde-Doença

Apesar do amplo histórico-conceitual demonstrando na seção anterior em torno da determinação social, a busca pela compreensão do processo saúde-doença vai além e é uma preocupação clara desde os homens primórdios. Nestes, com ênfase para as interpretações mágico-religiosas, pois as doenças e agravos que não pudessem ser entendidos como resultado direto das atividades cotidianas – quedas, cortes e lesões obtidas durante as caçadas – eram explicados pela ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos malignos mobilizados por um inimigo (BATISTELLA, 2007).

Dada a sua hegemonia, o pensamento mágico-religioso marcou o desenvolvimento inicial da prática médica. Nas diferentes culturas, a cura era uma atribuição dos sacerdotes incas; dos xamãs e pajés entre os índios brasileiros; e das benzedeiros e os curandeiros na África (PALMEIRA, 2004).

Processualmente, com o apogeu da civilização grega, foi sendo desenvolvida uma explicação racional para a saúde-doença, marcando um relativo rompimento com a superstição e as práticas mágicas, pois os grandes médicos eram também filósofos e procuravam entender as relações entre o homem e a natureza. Ressalta-se a importância da construção da chamada “medicina hipocrática”, que concebia a doença como um desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bile negra (BALESTRIN; BARROS, 2009).

Com a queda do Império Romano houve a ascensão do regime feudal, estabelecendo-se um domínio da Igreja Católica no período da Idade Média. O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado, limitando qualquer explicação racional que pretendesse aprofundar o conhecimento. Apenas com o declínio do regime feudal e surgimento do movimento renascentista é que se desenvolvem estudos de anatomia, fisiologia e da descrição das doenças com base na observação clínica e epidemiológica (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Mudanças políticas e econômicas passam a redefinir o papel do Estado, o qual passa a se responsabilizar pela administração da saúde pública, ao que se chama de “Medicina Social”. Três tendências foram observadas: a medicina de Estado (Alemanha), a medicina urbana (França) e a Lei dos Pobres (Inglaterra) (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Estudos passaram a ser realizados na lógica da bacteriologia, permitindo a descoberta de microorganismos causadores de doenças e a consequente evolução das vacinas como métodos de prevenção. No entanto, a esta época, a compreensão da doença estava baseada na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença, em uma concepção restrita denominada “unicausalidade” (BALESTRIN; BARROS, 2009).

A força das explicações unicasais se enfraquece após a Segunda Guerra, quando os países industrializados vivenciam uma diminuição da carga das doenças infecciosas e parasitárias e um aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Daí surgem os modelos de multicausalidade (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Dentre os modelos multicausais, o proposto por Leavell e Clarck (1976), chamado “modelo ecológico ou “História Natural da Doença”, ganha relevância. Ele considera a interação dos elementos da ‘tríade ecológica’: o ambiente, o agente e o hospedeiro. A doença seria, portanto, resultante de um desequilíbrio nas auto-regulações existentes no sistema.

Algumas críticas tem demonstrando que tal modelo seria insuficiente na explicação do processo saúde-doença: as análises só estabelecem relações quantitativas entre os fatores causais, não fazendo qualquer distinção hierárquica entre eles (PALMEIRA *et al.*, 2004). De outro, embora se reconheça a existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, estes são subalternizados em detrimento dos aspectos biológicos.

Teóricos passaram, então, a formular um modelo que pudesse articular diferentes dimensões da vida como aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos – o chamado Modelo de Determinação Social (BUSS;

PELLEGRINI-FILHO, 2007).

A noção de ‘causalidade’ é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de ‘determinação’, com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos ‘modos e estilos de vida’, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Não obstante as evidências mostrarem as limitações da concepção biológica da doença e da prática que sustenta, é inegável que esta impulsionou a geração do conhecimento médico durante uma larga etapa. E assim, da mesma forma como a corrente que sustenta que a doença pode ser analisada fecundamente como um processo social, deve comprovar sua colocação e sua utilidade na prática. A primeira tarefa, então, é demonstrar que a doença, efetivamente, tem caráter histórico e social (LAURELL, 1982), ao que Contrandipoulus (1999) concorda afirmando que a saúde se situa entre as ciências da vida e as ciências sociais.

3.6 Os Modelos de Determinação Social

É possível demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais da saúde afetam a vida das pessoas? Na tentativa de responder a esta questão, “modelos” foram desenvolvidos por Dahlgren e Whitehead (1991); Mackenbach *et al.* (1994); Diderichsen *et al.* (1998); Brunner, Marmot e Wilkinson (1999); além de outros autores. Esta subseção tratará de explanar tais modelos dentro de uma problemática metodológica.

3.6.1 Modelo de Determinação Social de Dahlgren e Whitehead

Este modelo inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes, enfatizando as interações: estilos de vida individuais estão envoltos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Figura 4 - Modelo de Determinação Social de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Mendes (2011)

Como se pode ver na Figura 4, os indivíduos estão no centro do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde (MENDES, 2011).

Na primeira camada, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, as práticas sexuais não protegidas e outros (MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

A segunda camada destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações (MENDES, 2011).

Na terceira camada, estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Esses determinantes sociais da saúde são denominados de determinantes intermediários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a; MENDES, 2011).

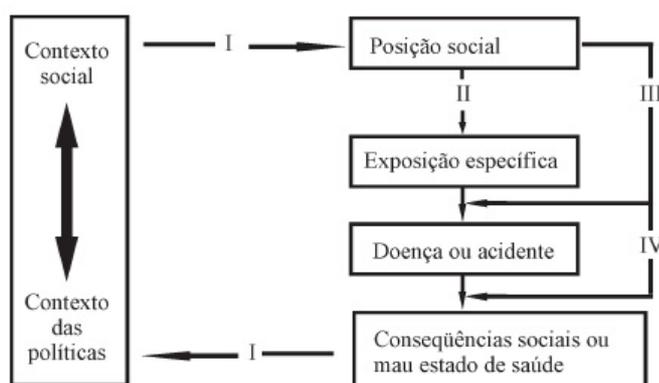
Finalmente, na quarta camada, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (MENDES, 2011).

3.6.2 Modelo de Determinação Social de Diderichsen et al.

Criado em 1998 e adaptado em 2001, este modelo parte do pressuposto de que a posição social das pessoas determina suas “oportunidades de saúde”; e que estas posições são resultados da estratificação social definida pelo contexto social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

A posição social define uma exposição diferente às condições adversas à saúde, promovendo um diferencial de vulnerabilidade assim como das consequências sociais ou do estado de saúde. Este modelo inclui uma discussão de pontos para ações de políticas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Figura 5 – Modelo de Determinação Social de Diderichsen et al.



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2005a)

3.6.3 Modelo de Determinação Social de Mackenbach et al.

Mackenbach se baseia na seleção *versus* causa para enfatizar os mecanismos que geram as desigualdades na saúde. Dois tipos de relação são evidentes: "1" – posição sócio-econômica dos adultos e os efeitos dos problemas em idade adulta e na infância; "2" – fatores do estilo de vida, fatores estruturais /ambientais, fatores psicológicos e relacionados ao stress e suas relações com a posição sócio-econômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Figura 6 – Modelo de Determinação Social de Mackenbach et al.

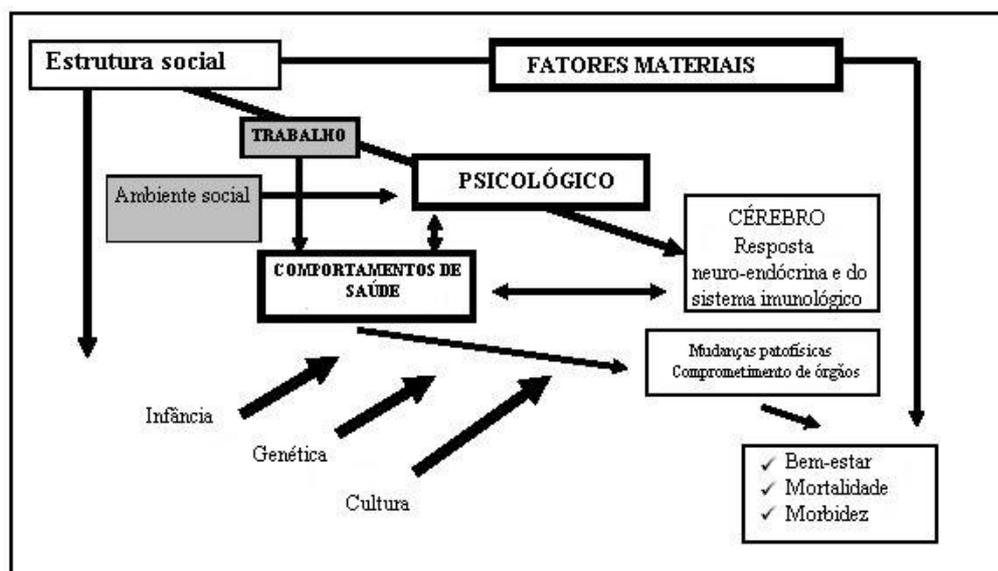


Fonte: Organização Mundial de Saúde (2005a).

3.6.4 Modelo de Determinação Social de Brunner, Marmot e Wilkinson

Como ponto central, o modelo liga o padrão social à saúde e à doença por caminhos materiais, psico-sociais e comportamentais, tendo sido desenvolvido para ligar as perspectivas da saúde clínica (curativa) às da saúde pública (preventiva). Foi utilizado no Relatório Acheson da Grã-Bretanha para demonstrar como as desigualdades sócio-econômicas em resultados de saúde são consequência das diferenças de exposição ao risco ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Figura 7 – Modelo de Determinação Social de Brunner, Marmot e Wilkinson



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2005a)

3.7 As Problemáticas Metodológicas dos Modelos de Determinação Social

Há em comum nos modelos apresentados a tentativa de explicitar como os determinantes sociais agem sobre as pessoas gerando as desigualdades na saúde. Contudo, algumas diferenças entre as propostas são percebidas: I) quanto a relevância dos aspectos biológicos no processo explicativo; II) quanto ao sentido inverso do efeito da saúde sobre a posição sócio-econômica; e III) quanto ao espaço dos serviços e sistemas de saúde.

Tudo isto reflete o fato do conceito de determinantes sociais ter sido introduzido nos debates sobre saúde pública para sublinhar a importância dos fatores não-clínicos sobre a formação da saúde dos indivíduos e das populações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005a).

Para a OMS, um modelo “ideal” para os determinantes sociais de saúde deveria esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram as desigualdades e demonstrar o encadeamento de um determinante ao outro, fornecendo uma análise de prioridades de intervenção, mapeando pontos de ação das políticas (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Considera-se, então, que nenhum dos modelos apresentados cumpre todos os requisitos recomendados, exigindo uma combinação de elementos de várias propostas teóricas

para se alcançar uma estrutura metodológica capaz de obter resultados no desenvolvimento de pesquisas.

3.8 A (desigualdade da) saúde começa pela boca

“A saúde começa pela boca” é uma máxima utilizada pelo meio odontológico para expressar a necessidade de uma atenção especial à saúde bucal por parte dos cidadãos, dos profissionais da saúde e das políticas de Estado. Parte-se deste pressuposto a inferência feita no título da subseção na intenção de afirmar que também as desigualdades da saúde começariam e se expressariam de maneira significativa pelas condições de saúde bucal da população.

A Organização Mundial de Saúde destaca que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de milhões de horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Ademais, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Acredita-se que o Brasil seria o “país dos banguelas”, “o campeão mundial dos desdentados”. Esta é a imagem que transparece a questão da determinação social, fazendo uma revelação tridimensional: por um lado as dificuldades de acesso à assistência odontológica e suas iniquidades; por outro o modelo de atenção/prática odontológica cirúrgico-restaurador fracassado; e ainda a formação do cirurgião-dentista dentro de um modelo biologicista/flexneriano, não adequado para atuar numa perspectiva ampliada do conceito de saúde e doença (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Associações entre a saúde bucal e os determinantes sociais tem sido objeto de estudo de linhas de pesquisa em todo o país e seus resultados trazem à tona algumas constatações.

Em estudo avaliando necessidade de tratamento dentário autopercebida, cárie dentária não tratada, sangramento gengival, bolsa periodontal e dor nos dentes e gengivas entre adolescentes, Bastos *et al.* (2009) identificaram que as estimativas foram mais altas no Norte e no Nordeste, enquanto o Sudeste apresentou, em geral, melhores condições de saúde bucal. Entretanto, com desigualdades por cor/raça, com piores condições afetando sistematicamente pardos ou pretos.

Guiotokutu *et al.* (2012) também encontraram correlações entre desfechos em saúde bucal e indicadores ligados ao perfil de desenvolvimento humano, renda média familiar e desigualdade de renda por estado brasileiro para o grupo de negros.

Moreira, Nations e Alves (2007) revelaram, através de estudo em comunidade de extrema pobreza da cidade de Fortaleza, Ceará, que as precárias condições de vida dificultam priorizar o cuidado em saúde. Embora sofressem da dor dentária, os cidadãos acreditavam que ir ao dentista era percebido com um luxo, não um direito. O difícil acesso ao serviço e restauração de má qualidade, favorecem a extração dentária como mais resolutiva. A deterioração da saúde bucal é lamentada pelos moradores que buscam ajuda de clínicas populares, políticos e curandeiros.

Ainda sobre as condições sócio-econômicas, foi demonstrada correlação significativa entre estas e o índice de cárie dentária nos municípios paranaenses por Baldani, Vasconcelos e Antunes (2004).

Os estados brasileiros em que o valor do PIB foi baixo caracterizaram-se por baixo número de cirurgiões-dentistas, alto analfabetismo acima dos 15 anos de idade e baixa cobertura de atenção básica (LIRA JÚNIOR *et al.*, 2011).

Palmier *et al.* (2012) também encontraram associações entre os fatores socioeconômicos e de organização dos serviços de saúde bucal explicando grande parte da mutilação dentária em uma região do estado das Minas Gerais.

Por fim, tomando como critério os graus de prevalência da cárie dentária da OMS e a faixa etária utilizada para comparação internacional (12 anos), Costa *et al.* (2013) fazem estudo comparativo entre os resultados dos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal realizados nos anos de 1986, 2003 e 2010 e entre as regiões brasileiras, evidenciando fortes desigualdades, conforme pode ser visualizado na Figura 8.

Figura 8– Índice CPO-D (cariados perdidos e obturados/dente) e grau de prevalência na população brasileira, idade 12 anos, Brasil, 1986, 203 e 2010.

Região	1986	2003	2010	Grau de prevalência (OMS)
Norte	7,4	3,1	3,2	Média
Nordeste	6,9	3,2	3,1	Média
Sudeste	5,9	2,3	1,7	Baixa
Sul	6,3	2,3	2,0	Baixa
Centro-oeste	8,5	3,2	3,1	Média
Brasil	6,9	2,8	2,1	Baixa

Fonte: BRASIL, 1988¹⁴; 2004¹⁵; 2010¹⁶.

Fonte: Guiotoku *et al.* (2012).

Fica claro que a implantação, no ano de 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – conseguiu alcançar impactos na situação de saúde bucal da população. Houve avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e aumento na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 2004 e 2008. Entretanto, as iniquidades entre os grupos sociais ainda é expressiva (PERES *et al.*, 2012).

Exemplo disto é a alta prevalência de cárie não tratada, dor bucal, edentulismo e impactos negativos da saúde bucal nos ribeirinhos do estado do Amazonas, especialmente para aqueles que vivem mais distante do centro urbano (PONTES, 2009).

Importa ressaltar que, na análise desenvolvida por Passos *et al.* (2011), a maioria dos estudos trata a questão social como um atributo individual, não se alicerçando a compreensão dos processos desenvolvidos, passando-se ao longo da determinação estrutural e das relações sociais.

O conjunto de desafios a serem enfrentados para produzir socialmente a saúde bucal coletiva implica ir muito além das ações que tradicionalmente se colocam os praticantes da odontologia. Exige desenvolver ações que extrapolam o campo da biologia humana e os limites da clínica e requer, sobretudo, ações sociais e protagonismo político. Impõe que se vá além, muito além, dos limites do céu da boca (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

3.9 O desafio político de enfrentar as desigualdades sociais em saúde

A discussão acerca das desigualdades sociais em saúde direciona a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação: desde macropolíticas saudáveis que atuem na redução da desigualdade e pobreza, na superação das iniquidades, na preservação do meio ambiente e na proposição de educação universal; passando por políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho como serviços essenciais, inclusive saúde, com urgente necessidade de projetos intersetoriais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MENDES, 2011).

Exigem, também, políticas que sejam capazes de estimular redes de suporte social para acúmulo de capital social, promovendo a coesão social: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da ampla participação social; e equipamentos comunitários para interações sociais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MENDES, 2011).

Torna-se imperativa, também, a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais, com reforço à mudança de comportamentos não saudáveis (consumo excessivo de álcool e outras drogas, tabagismo, alimentação inadequada, sexo sem proteção e outros), especialmente por meio da educação em saúde e no campo da Atenção Primária à Saúde (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Os princípios-chave das políticas formuladas devem ser capazes de tratar da *oportunidade na saúde*. Inicialmente, com foco em grupos que tem condições de saúde mais gravemente afetadas, dada a sua vulnerabilidade. Para tanto é preciso envolver a modelagem de projetos de acordo com o contexto sócio-político, observando-se o ponto de vista da comunidade, garantindo a participação desta nas tomadas de decisão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005b).

Evidentemente, isto demanda uma boa governança por parte do Estado, garantindo a adoção dos cinco princípios: legitimidade, visão e direcionamento estratégico, desempenho, responsabilidade, e equidade e justiça nos processos. O setor saúde pode contribuir para o alcance destes pressupostos defendendo a utilização de uma abordagem ligada aos determinantes sociais, monitorando as iniquidades em saúde e o impacto de políticas de ação sobre os determinantes sociais; unindo setores no planejamento e implementação do trabalho; e desenvolvendo capacidade de trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS recomenda três vertentes prioritárias para implementação de ações sobre os determinantes sociais: melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Em se tratando da realidade brasileira, Barros, Henriques e Mendonça (2001) traçaram um panorama do país, classificando-o como desigual, exposto ao desafio histórico de enfrentar uma herança de injustiça social que excluiu parte significativa de sua população do acesso a condições mínimas de dignidade e cidadania. A desigualdade, em particular a desigualdade de renda, é tão parte da história brasileira que adquire fôrum de coisa natural (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009).

Os resultados de suas análises revelaram que, em 1999, cerca de 14% da população brasileira vivia em famílias com renda inferior à linha de indigência e 34% em famílias com renda inferior à linha de pobreza, e que isto se manteve com relativa estabilidade durante duas décadas (80 e 90).

Nesta linha, os referidos autores já propunham que o poder público deveria identificar todos os indivíduos da população pobre e transferir, com focalização perfeita e calibragem precisa entre as famílias, os recursos estritamente necessários para que todos esses indivíduos pobres obtivessem a renda equivalente ao valor da linha de pobreza. A estratégia de redução da pobreza solicita o crescimento da renda *per capita* ou a distribuição mais igualitária da renda.

Lavinas *et al.* (2000), analisando alguns programas compensatórios de segurança alimentar praticados no Brasil, afirmam que programas de transferência *in natura* são inefetivos, pois não atendem nem mesmo à demanda emergencial de reduzir o grau de insegurança alimentar da população de risco. Os autores reafirmam que uma transferência direta na forma de renda monetária à população carente teria maior impacto redistributivo, engendrando também maiores níveis de eficiência econômica.

Anos mais tarde, ainda no Governo Fernando Henrique Cardoso, se iniciam políticas de caráter redistributivo no país, ainda que de forma pontual e fragmentada, através de programas como Bolsa Escola, Vale-Gás e Auxílio-Alimentação. Apenas no Governo Lula, com a fusão de diversos programas sociais é que se estabelece uma política redistributiva mais abrangente sob a denominação de Bolsa Família, atrelada ao Projeto Fome Zero

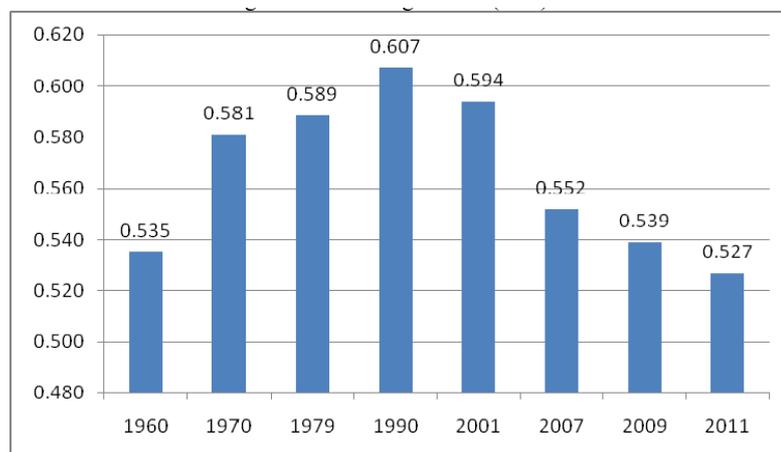
(RODRIGUES, 2009). Com a presidenta Dilma Rousseff é assumido um novo desafio: erradicar a extrema pobreza no país através do Plano Brasil Sem Miséria.

Os resultados de tais políticas foram recentemente apresentados no “Painel Técnico Internacional sobre os Programas de Transferência de Renda Condicionada na América Latina”, onde se afirmou que o Bolsa Família reduziu a pobreza, melhorou o desempenho escolar de crianças e diminuiu a mortalidade infantil (BRASIL, 2013a).

Os resultados de pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) indicam que a vulnerabilidade das famílias brasileiras, no período de 2000 a 2010, recuou em média 20%. Este comportamento, todavia, é heterogêneo entre as dimensões analisadas, seus indicadores, as regiões e estados do país (IPEA, 2013).

Também o Ipea, em recente documento intitulado *A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda* demonstra que a desigualdade de renda no Brasil vem caindo continuamente desde 2001. Entre 2001 e 2011, a renda *per capita* dos 10% mais ricos aumentou 16,6% em termos acumulados, enquanto a renda dos mais pobres cresceu notáveis 91,2% no período. Ou seja, a do décimo mais pobre cresceu 550% mais rápido que a dos 10% mais ricos (IPEA, 2012).

Gráfico 1 – Visão de longo prazo da Desigualdade (Gini)



Fonte: Ipea (2012).

O Gráfico 1 demonstra a visão de longo prazo da desigualdade no Brasil por meio do coeficiente de Gini, o qual mede o grau de desigualdade na distribuição da renda domiciliar *per capita* entre os indivíduos. O valor pode variar de zero, quando não há desigualdade (as rendas de todos os indivíduos têm o mesmo valor), até 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos

é nula).

Como pode ser visualizado, o Brasil atingiu em 2011 seu menor nível de desigualdade de renda desde os registros nacionais iniciados em 1960. Na verdade, a desigualdade no Brasil permanece entre as 15 maiores do mundo, e levaria pelo menos 20 anos no atual ritmo de crescimento para atingir níveis dos Estados Unidos, que não são uma sociedade igualitária. Porém, isso significa que existem consideráveis reservas de crescimento pró-pobre, que só começaram a ser exploradas na década passada (IPEA, 2012).

3.10 A conformação da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil

3.10.1 Período de 1995 a 2002

Nos anos iniciais do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, as políticas de saúde demonstraram uma profunda crise, dada a ênfase conferida aos problemas macroeconômicos do país dentro da lógica conservadora neoliberal (PINTO, 2000). O subfinanciamento do setor saúde também atingiu o componente da saúde bucal, havendo redução dos gastos federais com assistência odontológica ambulatorial entre os anos de 1996 e 1999 (RONCALLI, 2000).

Merece destaque a realização de um levantamento epidemiológico conduzido pela Coordenação de Saúde Bucal, com o apoio da Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) para estimar a prevalência de cárie dentária em crianças de seis a doze anos de idade em escolas públicas e privadas das capitais brasileiras (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999).

Embora relevante, Roncalli (2006) destaca a fragilidade com que a pesquisa epidemiológica foi realizada assim como da própria inserção do setor saúde bucal dentro do SUS.

Apenas 68 milhões de brasileiros tinham acesso à água fluoretada em 1996, com amplas desigualdades regionais (BRASIL, 1996). A experiência de cárie em dentes permanentes de escolares apresentou redução por conta desta fluoretação das águas de abastecimento público e de outras iniciativas como a legislação que exigia a inclusão de fluoretos nos dentifrícios e da própria descentralização ocorrida no sistema de saúde (NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999).

Em 1998, uma média de 18% dos indivíduos entrevistados pela Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Pnad) relatou nunca ter ido a uma consulta odontológica. Sobretudo eram crianças menores de quatro anos, homens e moradores de zona rural. A porcentagem que declarou nunca ter consultado dentista era nove vezes superior entre as pessoas com renda de até um salário mínimo, quando comparadas com as que recebiam mais de vinte salários mínimos (IBGE, 2000).

Com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e consequente regulação da saúde suplementar no país, percebeu-se um crescimento da prestação de serviços odontológicos via planos e seguros de saúde. Em 2002 eram mais de três milhões de brasileiros beneficiários da odontologia de grupo e de cooperativas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2004).

Apesar de, na década de noventa, alguns municípios terem incluído a assistência odontológica no Programa de Saúde da Família, a primeira iniciativa de financiamento federal ocorre em dezembro de 2000, quando foi publicada a Portaria GM nº 1.444/00 (BRASIL, 2000).

Este dispositivo legal criou o incentivo para a implantação de duas modalidades de equipes de saúde bucal (ESB) dentro da Atenção Básica. A modalidade I composta por cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário; e a modalidade II cuja equipe seria formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene dental. Em ambas situações os municípios receberiam um incentivo adicional em parcela única por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde do Brasil (2002) recomendava que a média recomendada de pessoas sob responsabilidade de cada ESB seria de 6.900 pessoas, podendo-se implantar uma ESB para duas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Ao final do ano de 2002 já havia quase quatro mil ESB na Modalidade I implantadas e pouco mais de quatrocentas ESB na Modalidade II, perfazendo uma cobertura populacional de 15,2% (BRASIL, 2002).

Ainda no ano 2000, houve uma iniciativa para desenvolver nova pesquisa nacional de saúde bucal, denominada Projeto SB-Brasil 2000. Desta vez com um método mais bem definido e infra-estrutura logística estruturada.

3.10.2 Período de 2003 a 2013

A possibilidade de estruturação de um projeto que tratasse a saúde bucal como direito de todos só se deu com a eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). A primeira medida de seu governo nesta área técnica foi a conclusão do Projeto SB Brasil, que fora iniciado no ano 2000, mas não concluído no período previsto.

Os resultados confirmaram o declínio de cárie dentária em crianças em idade escolar, mas ainda com persistentes desigualdades entre as regiões. Ainda revelaram um quadro de edentulismo alarmante e o surgimento de outras necessidades como as oclusopatias (RONCALLI, 2006). As metas propostas pela Organização Mundial de Saúde e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 foram atingidas somente na idade de 12 anos (BRASIL, 2004a).

No início no ano de 2004 foram lançadas as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente”, como resultado das discussões com coordenadores estaduais de saúde bucal e das deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b).

É referida a intencionalidade de reorganizar o modelo de atenção à saúde bucal dentro dos níveis de atenção à saúde através das linhas do cuidado para grupos de acordo com os ciclos de vida, de forma a garantir a integralidade (BRASIL, 2004b).

Recomendava, ainda, o uso das informações provenientes da epidemiologia como subsídio para o planejamento, a aferição do impacto das ações por meio de indicadores, a incorporação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica, da definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores, do estabelecimento de uma política de financiamento e da definição da agenda de pesquisa científica (BRASIL, 2004b).

Para a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, propõe-se a implantação e melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas, que ofertariam procedimentos em periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia (BRASIL, 2004b).

Houve um aumento imediato de 20% nos valores do incentivo federal para as ESB, parametrizando uma ESB para cada ESF (BRASIL, 2003). Consequentemente, o número de

ESB passou de 4.261 em 2002 para 8.951 em 2004. Mas o número de procedimentos odontológicos especializados permanecia baixo (MESSERSCHMIDT, 2008) e para modificar este quadro, o Ministério da Saúde cria os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), estabelecendo incentivos financeiros federais (BRASIL, 2004b).

Em comparação ao ano 2000, no qual foram investidos R\$ 56 milhões na saúde bucal por parte do Governo Federal, pode-se identificar um acréscimo de recursos nos primeiros anos do Governo Lula. Entre 2003 e 2006 foram mais de R\$ 1,2 bilhão e em 2007 mais de R\$ 600 milhões (BRASIL, 2008a).

O controle social na área de saúde bucal se reforça quando foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, precedida por etapas municipais e estaduais. Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o documento técnico “Cadernos de Saúde- Saúde Bucal”, com o objetivo de ser uma referência técnica e científica para levar as informações fundamentais à organização das ações de saúde bucal em cada estado, região, município ou distrito (BRASIL, 2008b).

Entre 2005 e agosto de 2008, através de ações conjuntas com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, foram implantados 711 novos sistemas de fluoretação das águas, beneficiando 7,6 milhões de pessoas, em 503 municípios (BRASIL, 2008a).

A Portaria nº 302, de 17/02/2009, trouxe a possibilidade de incorporação de ESB às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), desde que previamente vinculados à ESF e somente a uma Equipe de ACS, e os valores dos incentivos financeiros para as ESB serão transferidos de acordo com a modalidade de implantação e valores vigentes mensais, tendo como base o número de equipes de ACS com profissionais de saúde bucal cadastrados no CNES, na competência anterior ao da competência financeira (BRASIL, 2009a).

Para potencializar a implementação dos LRPD, o Ministério da Saúde publica duas Portarias em 7 de outubro de 2009, a Portaria nº 2374 e a Portaria nº 2375, que tratam respectivamente, da alteração dos valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos LRPD e a definição dos recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária, visando ampliar o acesso às ações de reabilitação em saúde bucal ao acesso integral às ações de saúde bucal (BRASIL, 2009b; 2009c).

Ainda em 2009, o Governo Federal instituiu o componente móvel de atenção à saúde bucal, as chamadas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), definindo recursos para implantação (R\$ 3.500,00) e custeio mensal (R\$ 4.680,00), além da doação dos veículos e equipamentos pelo Ministério da Saúde. Ficava evidente o desejo de expandir a cobertura e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal (BRASIL, 2009d).

Em 2010 o Governo Federal financiou um novo inquérito epidemiológico, com o mesmo formato daquele desenvolvido em 2000 e concluído em 2003. O chamado Projeto SB Brasil 2010 teve por objetivo conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao SUS e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde (BRASIL, 2011a).

Os resultados demonstraram que, para crianças aos 12 anos, o CPO-D caiu 26% (2,8 em 2003 para 2,1 em 2010). Sabe-se que este indicador é padrão para comparação internacional, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente. O Brasil entrou, então, no grupo de países com baixa prevalência de cárie, sendo (BRASIL, 2011a).

Diferenças regionais continuaram marcantes, pois apesar de todas as regiões melhorarem o índice CPO-D aos 12 anos entre 2003 e 2010, na região Norte teve ligeiro aumento. Os valores extremos entre o Norte e o Sudeste mostram uma diferença de quase 90% (BRASIL, 2011a).

Na categoria adolescentes de 15 a 19 anos, identificou-se uma redução de 30% do CPO-D entre 2003 e 2010 (6,1 para 4,2). Também para os adultos de 35 a 44 anos, o indicador caiu 19% passando de 20,1 para 16,3. Quanto aos idosos entre 65 e 74 anos, mais de 3 milhões necessitavam de prótese total (nas duas arcadas dentárias) e outros 4 milhões precisam usar prótese parcial em uma das arcadas. Em crianças aos 5 anos, houve redução de 17% nos dentes decíduos cariados. Porém, 80% desses dentes não foram tratados (BRASIL, 2011a).

Iniciado o ano de 2011, a Portaria nº 122 definiu as diretrizes para a organização e o funcionamento das Equipes de Consultórios na Rua, inserindo o técnico em saúde bucal como uma das categorias profissionais a atuar no serviço (BRASIL, 2011b).

Outra formulação do Ministério da Saúde, em 2011, foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no componente Atenção Básica, que contemplou a adesão das ESB. A partir da adesão, as equipes receberam 20% do recurso total designado pelo Piso da Atenção Básica Variável – Saúde Bucal (PAB Variável SB). Estruturado em quatro fases:

adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização, o Programa pretendeu induzir a mudança dos processo de trabalho para garantir melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2011c).

Em junho de 2011, o Decreto nº 7.492 instituiu o Plano Brasil Sem Miséria (PBSM) com o objetivo de superar a extrema pobreza no país até o final de 2014, incentivando o crescimento com distribuição de renda, reduzindo desigualdades e promovendo inclusão social. A organização do PBSM se deu em três eixos: garantia de renda; acesso a serviços públicos para melhoras as condições de educação, saúde e cidadania; e inclusão produtiva (BRASIL, 2011d).

Dentro do eixo “Acesso aos Serviços”, o PBSM visava expandir com qualidade os serviços públicos ofertados às pessoas em situação de extrema pobreza, com foco na saúde, educação, habitação, assistência social, segurança alimentar, combate ao trabalho infantil, na emissão de documentação, aumento da oferta de luz elétrica e apoio à população em situação de rua (BRASIL, 2011e).

A expansão dos serviços de saúde focavam na Saúde da Família, Rede Cegonha, medicamentos para hipertensão e diabetes, Olhar Brasil, combate ao crack e outras drogas, enfrentamento das doenças perpetuadoras da pobreza e o próprio Brasil Sorridente (BRASIL, 2011e).

A Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012 altera o montante de recursos financeiros para a implantação e custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas, em mais uma tentativa de ampliar o número destes estabelecimentos no país (BRASIL, 2012).

Em setembro de 2012, a Portaria nº 975 inclui os CEO na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, ampliando o custeio mensal em 20% quando fossem ofertados serviços odontológicos especializados para pacientes com necessidades especiais durante quarenta horas semanais (BRASIL, 2012).

Ainda em 2012, as Portarias nº 366 e 978 definiram recursos financeiros para aquisição de equipamentos odontológicos e redefiniram valores de financiamento do PAB Variável – SB para as ESB (BRASIL, 2012).

Um novo ciclo do PMAQ acontece a partir de 2013, garantindo adesão para todas as ESB do país e incluindo os CEO através da Portaria nº 261. As fases do PMAQ-CEO podem ser visualizadas através da Figura 9 (BRASIL, 2013b).

Figura 9 – Fases de execução do PMAQ-CEO



Fonte: Brasil (2013b)

O quadro, ao final de 2013, apontava para 38% da população coberta por mais de 23 mil ESB no país; mais de 900 CEO implantados e mais de 1.400 LRPD em funcionamento, chegando a uma marca de mais 150 mil próteses dentárias confeccionadas para este ano (BRASIL, 2013b).

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Relatório de Gestão 2000-2003: 4 anos da ANS**. Rio de Janeiro: Ministério de Saúde, 2004.
- ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009.
- BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.G.; ANTUNES, J.L.F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de proviso de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-152, jan-fev, 2004.
- BALESTRIN, M.F.; BARROS, S.A.B.M. A relação entre concepção saúde/doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, Guarapuava, v. 1, p. 18-41, jul. 2009. Disponível em: <http://ri.uepg.br:8080/riuepg/bitstream/handle/123456789/653/ARTIGO_RelaçãoConcepçãoProcesso.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- BASTOS, J.L *et al.* Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n.3, p. 313-324, set. 2009.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir**. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/folder_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 16 set. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 673 de 03 de junho de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/47_Portaria_673_de_03_06_2003.pdf>. Acesso em: 08 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.374, de 07 de outubro de 2009**. Brasília, 2009b. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2374-%5B2996-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.375, de 07 de outubro de 2009**. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2375_07_10_2009.html>. Acesso em: 27 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 302, de 17 de fevereiro de 2009**. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0302_17_02_2009.html>. Acesso em: 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html> Acesso em: 19 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Brasília, 2011 c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 04 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 04 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html>. Acesso em: 04 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.371, de 7 de outubro de 2009**. Brasília, 2009d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2371_07_10_2009.html> Acesso em: 09 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família: equipes de saúde bucal**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1720.pdf>> Acesso em: 24 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados Principais**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, 2008b. (Caderno de Atenção Básica nº 17). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf> Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação da fluoretação da água de consumo público**. Brasil, 1996.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família reduz pobreza, melhora desempenho escolar e diminui mortalidade infantil**. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2013/06/bolsa-familia-reduz-pobreza-melhora-desempenho-escolar-de-criancas-e-diminui-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno Brasil sem Miséria**. Brasília, 2011e.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.492, de 02 de junho de 2011**. Brasília, 2011d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BREILH, J. **Las tres “S” de la determinación de la vida y e el triángulo de la política (10 tesis hacia una vision crítica de la determinación social de la vida e la salud)**. Seminário “Rediscutindo a questão da determinação social da saúde”. Salvador: Cebes, 2010.

BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

COHN, A. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 219-246.

CONTANDRIOPOULUS, A.P. La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. **Cuadernos Médicos Sociales**, Santiago, v. 77, p. 19-32, 1999.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (org). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, S.M. *et al.* Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 461-470, 2013.

DAGNINO, R. P.; DIAS, R. B. A política de C&T brasileira: três alternativas de explicação e orientação. **Revista Brasileira de Inovação**, Campinas, v. 2, n. 6, p. 373-403, jul./dez. 2007.

GARRAFA, V; CORDÓN, J. Determinantes sociais da doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, set./dez. 2009.

GOTTEMS, L.B.D. *et al.* O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511-520, 2013.

GUIOTOKU, S.K. *et al.* Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 2, p. 136-141, 2012.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HOWLETT, M; RAMESH, M; PERL, A. **Studying Public Policy. Policy Cycles & Policy Subsystems**. Canadá: Oxford University Press, 2009.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde: pesquisa nacional por amostra de domicílios**, 1998. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>> Acesso em: 01 out. 2014.

IPEA. **A década inclusiva (2001-2011):** desigualdade, pobreza e políticas de renda. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/120925_comunicadodoipea155_v5.pdf> Acesso em: 13 jun. 2014.

IPEA. **Índice de vulnerabilidade das famílias (2000 a 2010):** resultados. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <<http://www.econstor.eu/bitstream/10419/91396/1/74730470X.pdf>> Acesso em: 01 out. 2014.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, n.19, pp. 7-25, jan. 1982.

LAVINAS, L. *et al.* **Combinando compensatório e redistributivo:** o desafio das políticas sociais no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2285/1/TD_748.pdf> Acesso em: 26 set. 2014.

LIRA JÚNIOR, R. *et al.* Indicadores socioeconômicos e desigualdades em Saúde Bucal no Brasil. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 20, n. 52, p. 20-24, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: OPAS, 2011.

MONDRAGÓN, J. O processo de tomada de decisão pública: da formulação da decisão a destinação de recursos. In: SÁNCHEZ, M. P. (Org.). **Análisis de Políticas Públicas.** Granada: Ed. Universidad de Granada, 2006.

MOREIRA, T.P.; NATIONS, M.K.; ALVES, M.S.C.F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1383-1392, jun. 2007.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil:** muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P.; CASTELLANOS, R.A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 25-29, 1999.

NOGUEIRA, R. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, set./dez. 2009.

NOGUEIRA, R.P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde:** aprendendo com experiências anteriores. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-AÇÃO%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SAÚDE.pdf> Acesso em: 01 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde:** documento de discussão. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_

PT.pdf>. Acesso em: 04 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. OMS: Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf>. Acesso em: 04 out. 2014.

PALMEIRA, G. *et al.* Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. (Org.) **Informação e Diagnóstico de Situação**. Rio de Janeiro, 2004.

PALMIER, A.C. *et al.* Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Revista Panamerica Salud Publica**, Washington, v. 32, n.1., 2012.

PARSONS, W. **Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas**. México, D.F.: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales e Miño y Dávila Editores, 2007.

PASSOS, J.S. *et al.* Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, supl.1, p.138-150, jan./jun. 2011.

PERES, K.G. *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3454.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2014.

PÉREZ, N. O.; SEISDEDOS, S. R. Definición de problemas y diseño de la agenda. In: SÀNCHEZ, M. P. (Org.) **Análisis de Políticas Públicas**. Granada: Ed. Universidad de Granada, 2006.

PONTES, F.C.C. **Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no Estado do Amazonas: estudo de caso**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

RODRIGUES, M.M.A. **Políticas redistributivas & direitos civis e sociais no brasil: o dilema de construir a democracia num ambiente de desigualdade**. Internacional policy centre for inclusive growth, Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/42P.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2014.

RONCALLI, A.G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2000.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2006.

ROTH DEUBEL, A.N. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación**. Bogotá: Aurora, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. (Org). **Epidemiologia e saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

RUA, M.G. **Políticas públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, 2009.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage, 2013.

SERAFIM, M.P.; DIAS, R.B. Análise de políticas: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, jan./jun. 2012.

SOUZA, C. Estado do campo da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.

TAMBELLINI, A.T.; SCHÜTZ, G.E. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “determinação social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, set./dez. 2009.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

CAPÍTULO 4

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo observacional e analítico, onde foram coletados e sistematizados os dados úteis ao objeto de estudo proposto, apresentando-os em versão final de Tese de Doutorado e em outras publicações científicas.

Foi utilizada a chamada ‘triangulação de métodos’, a qual agrega abordagens de natureza qualitativa e quantitativa que se complementam e permitem compreender o tema com maior abrangência.

A triangulação não se constitui um método, mas uma estratégia de pesquisa ou, como afirma Minayo (2005, 2011), uma dinâmica de investigação que combina e cruza múltiplos pontos de vista e emprega uma variedade de técnicas de coleta de dados permitindo a visão de vários informantes.

Respostas a questões muito particulares, com um nível de realidade que não consegue ser quantificado, exigem o uso de métodos qualitativos, pois estes trabalham com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, ao que Minayo (2005, 2011) denomina “realidade social”.

4.2 Período e objeto do estudo

O estudo analisou a Política Nacional de Saúde Bucal e sua interface com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social desenvolvidas no período de 1995 a 2013, que corresponde às gestões dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Vana Rousseff (2011-2014).

4.3 Coleta, Processamento e Análise de Dados Qualitativos

Por meio de revisão documental e bibliográfica, foram coletados dados disponíveis em bases de dados de acesso público e universal e, através de entrevistas semiestruturadas com atores estratégicos, buscou-se compreender o processo de formulação, implantação e

implementação da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil no período anteriormente descrito.

4.3.1 Entrevistas Semiestruturadas

Nas ciências sociais, a entrevista tem sido uma das técnicas de coleta de dados mais amplamente utilizadas por permitir a identificação de informações relacionadas aos mais diversos aspectos da vida real, sendo a melhor situação para desenvolver uma estreita relação entre as pessoas. As técnicas de entrevistas variam segundo o contexto no qual estão inseridas; e a forma de conduzi-las dependerá do tipo de informação necessária em função do problema a ser pesquisado (GIL, 2011).

Em termos gerais, Richardson (2011) estabelece três tipos de entrevistas e as denomina de dirigida, não diretiva e guiada. Gil (2011) as define como informais, focalizadas, por pautas e formalizadas.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por entrevistas guiadas ou semiestruturadas (ou ainda, por pautas) pelo fato de combinar perguntas abertas e fechadas, conferindo aos atores entrevistados a possibilidade de discorrer sobre a temática sem ter que se ater unicamente a um questionário. Ela direciona a uma melhor interação do entrevistador com o entrevistado e garante certo grau de uniformidade (GIL, 2011).

Este tipo de entrevista também permite ao entrevistador utilizar um “guia” de temas a ser explorado durante o seu transcurso. Nela as perguntas não estão pré-formuladas, são feitas durante o processo e a ordem dos temas também não está preestabelecida (RICHARDSON, 2011).

Esta técnica é aplicada para descobrir quais aspectos de determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas a ela. O pesquisador deve conhecer previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista. As perguntas dependem do entrevistador, e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador (RICHARDSON, 2011).

A elaboração dos roteiros de entrevistas (Apêndice A) foi de responsabilidade do pesquisador sob supervisão de seu orientador e co-orientador, assim como a condução e transcrição das mesmas.

Foi dada preferência à realização de entrevistas face a face. Contudo, em virtude de dificuldades de deslocamento do entrevistador ou de disponibilidade de agenda por parte do entrevistado, foram utilizados recursos de chamadas de vídeo ou telefone para o desenvolvimento do estudo.

Foram entrevistados 8 (oito) atores estratégicos envolvidos na formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil, sendo 3 (três) profissionais da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, 2 (dois) membros da Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal, 1 (hum) membro do Conselho Nacional de Saúde, representando a Associação Brasileira de Odontologia, 1 (hum) membro do Conselho Federal de Odontologia e 1 (hum) membro do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Com o consentimento dos entrevistados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), foram realizadas as entrevistas. Após, procedeu-se a análise e a interpretação, que dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa não teve a finalidade de contar opiniões ou pessoas. Seu foco foi a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Após a análise ou descrição, buscaram-se os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado (GOMES, 2011).

Três categorias de análise de entrevistas são descritas por Minayo (2011): análise de conteúdo, análise de discurso e a hermenêutica-dialética. Neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009, p. 48):

É um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, destacam-se a categorização, a inferência, a descrição e a interpretação.

Categorizar diz respeito a classificar elementos que constituem um conjunto, por diferenciação e analogia, a partir de vários critérios: semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos (BARDIN, 2011).

Após categorizado, houve necessidade de deduzir de maneira lógica o conteúdo que estava sendo analisado a partir de premissas já aceitas em outros estudos. Portanto, a

inferência é uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação. Esta última é o procedimento em que se procura ir além do material, trabalhando na produção do conhecimento, onde se busca atribuir um grau de significação aos conteúdos (GOMES, 2011).

4.3.2 Análise Documental

Documentos escritos que tratam de acontecimentos importantes na vida social (demográficos, econômicos, educacionais, sanitários, etc) também se constituem fontes importantes da pesquisa social, tanto quanto objetos, elementos iconográficos, documentos fotográficos, cinematográficos, fonográficos, entre outros (RICHARDSON, 2011).

Em termos gerais, a análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados (MARCONI; LAKATOS, 2012).

Para este estudo foram seguidas as fases da análise documental Bardin (2009): pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados.

Na pré-análise, desenvolveu-se a leitura superficial do material permitindo assim um contato inicial para conhecer a estrutura da narrativa, obtendo-se as primeiras orientações e impressões; a escolha dos documentos por exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação (RICHARDSON, 2011).

Após cumpridas as operações mencionadas, procedeu-se à análise propriamente dita, na qual se codificou, categorizou e quantificou a informação, conferindo tratamento aos resultados encontrados (RICHARDSON, 2011).

Foram elencados documentos oficiais publicados pelos órgãos governamentais e pelas entidades de direito privado sem fins lucrativos, dentro do período de estudo anteriormente mencionado, disponíveis em bases de dados de acesso público e universal.

Compreendem materiais provenientes do portal do Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); do Conselho Federal de Odontologia (CFO); da Organização Panamericana de Saúde (OPAS); do Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outros.

As principais vantagens apontadas por Gil (2011) com o uso das fontes documentais está em possibilitar o conhecimento do passado, investigar os processos de mudança social e cultural, menor custo e favorecer a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos.

4.4 Coleta, Processamento e Análise de Dados Quantitativos

Foram consultados os portais do Ministério da Saúde, do Fundo Nacional de Saúde (FNS), da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para se obter os seguintes dados:

- a) Números de estabelecimentos públicos de saúde que ofertam ações e serviços de saúde bucal em todo o território nacional e sua categorização em Atenção Básica, Secundária e Terciária;
- b) Percentuais de cobertura populacional das ações e serviços de saúde bucal na Atenção Básica em todo o território nacional;
- c) Volume de recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde aos Estados e Municípios nas modalidades de investimento e custeio das ações e serviços de saúde bucal nos diversos níveis de complexidade;
- d) Percentuais de beneficiários e taxas de cobertura por planos exclusivamente odontológicos através da Saúde Suplementar no território nacional;
- e) Indicadores epidemiológicos que tratam da situação de saúde bucal da população, disponíveis nos relatórios finais das Pesquisas SB-Brasil, nos anos de 2003 e 2010.

Os dados quantitativos foram processados em Programa Microsoft Excel for Mac® 2011 em Versão 14.2.0 no formato de tabelas, quadros e gráficos; e analisados à luz da teoria que embasou o estudo fazendo relações com os conteúdos das entrevistas semiestruturadas e dos documentos consultados no sentido de atender aos objetivos propostos.

A análise também buscou associar os resultados encontrados com o mapa de pobreza e miséria do país, disponibilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

4.5 Método de análise de políticas de saúde

Após coletados, processados e analisados os dados qualitativos e quantitativos, foi aplicado o método de análise de políticas de saúde preconizados por Walt, Gilson (1994, 2008), Sampaio e Araújo Júnior (2006). As seguintes categorias foram estudadas:

a) Contexto:

- *Macro-contexto político*: influências políticas internacionais, mudanças políticas do período e sua influência no processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil;

- *Macro-contexto econômico*: produção e distribuição/concentração de riquezas, taxa de inflação, PIB *per capita*, níveis de crescimento, posição na economia, entre outros;

- *Macro-Contexto social*: crescimento populacional, aspectos demográficos e epidemiológicos, investimentos em áreas sociais como educação, saneamento, saúde, assistência social, urbanismo e saneamento, entre outros;

- *Micro-contexto das finanças*: o orçamento da saúde, os gastos com Saúde Bucal, os mecanismos instituídos de repasses financeiros, assim como as fontes e o valor dos recursos destinados às práticas;

- *Micro-contexto dos serviços de saúde*: panorama sanitário e epidemiológico da rede de saúde disponível;

b) Conteúdo: analisar o projeto, o programa e os objetivos da Política Nacional de Saúde Bucal;

c) Processo:

- *Identificação dos problemas e construção da agenda*: reconhecer quais problemas foram identificados e quando passaram a integrar a agenda política;

- *Formulação das políticas*: identificar como foi elaborada a política, quais os pontos e o porquê da escolha de alguns objetivos, projetos e metas;

- *Implantação*: analisar o momento em que a política foi posta em prática;

- *Avaliação*: averiguar se os resultados esperados foram alcançados ou não e quais instrumentos são utilizados.

d) Atores:

Individuais e institucionais. Para se caracterizar os atores que participaram do processo político tomou-se como referência a proposta de Araújo (2006), onde se identificam os atores principais da política, a posição de cada ator, se estão de acordo com a política, e qual a postura dos atores.

4.6 Considerações Éticas

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz e aprovada sob o CAAE 31601814.2.0000.5190, Parecer 724.869.

Para garantir o anonimato, os entrevistados foram identificados com letras do alfabeto grego, as quais sofreram variação ao longo da pesquisa, ou seja, o entrevistado não obteve a mesma letra durante toda a pesquisa.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.(org); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- MINAYO, M. C. S. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos .In: MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; RAMOS, E. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- RICHARDSON, R.J *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- SAMPAIO, J.; ARAUJO JUNIOR, J.L. Análise de políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set. 2006.
- WALT, G.; GILSON, L. **Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis**. Oxford: Health Policy and Plannin, 1994.

CAPÍTULO 5

5 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO CICLO DA POLÍTICA

5.1 Introdução

As políticas públicas são compreendidas como ações ou conjuntos de ações por meio das quais o Estado interfere na realidade (SERAFIM; DIAS, 2012). Analisá-las é uma tarefa que envolve o estudo do governo em ação e/ou do conjunto de ações que este realiza, ou não, para alcançar objetivos em relação a um problema ou conflito social (GOTTEMS *et al.*, 2013).

Especificamente este trabalho se propôs a analisar a Política Nacional de Saúde Bucal, compreendendo-a como uma destas ações do Estado Brasileiro para o enfrentamento dos problemas odontológicos da população.

Sendo adotado para esta pesquisa o Método de Análise de Políticas de Walt e Gilson, adaptado por Araújo (SAMPAIO; ARAÚJO JÚNIOR, 2006; WALT, 2008; WALT; GILSON, 1994), este capítulo está organizado nas seguintes seções: CONTEXTO, PROCESSO, CONTEÚDO e ATORES.

O período histórico compreendido entre os anos de 1995 e 2013 foi escolhido para o desenvolvimento desta pesquisa, no qual estão incluídos os governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Vana Rousseff (2011-atual).

Será este o recorte de tempo sobre o qual se fará uma descrição do contexto político, econômico e social do Brasil, compreendendo a importância desta dimensão no método de análise de políticas utilizado neste estudo, o qual se configura como um pano de fundo sob o qual se construiu a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Esta descrição permite identificar as janelas de oportunidades para a formulação e implementação da PNSB ou as justificativas para os entraves ocorridos durante seu percurso.

Em seguida será apresentado o processo da PNSB à luz do ciclo da política proposto por Secchi (2013): identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas, tomada de decisão, implementação e avaliação. Também o conteúdo da PNSB será apresentado em seção específica e, por último, uma síntese dos atores envolvidos durante a sua trajetória histórica.

Poderão ser observados grifos no texto (por meio da formatação em negrito, itálico e sublinhado) quando forem constatadas interfaces entre a PNSB as iniciativas governamentais para combate à fome, pobreza, miséria e exclusão social, uma vez que se constitui como objeto deste estudo.

5.2 O contexto político, econômico e social do Brasil

Deflagrado ainda no governo Itamar Franco quando Fernando Henrique Cardoso (FHC) ocupava o cargo de Ministro da Fazenda, o Plano Real promoveu a estabilização monetária por meio da contenção da inflação crônica que afetava o país desde o início da década de oitenta. O sucesso na política anti-inflacionária fez-se sentir ainda no segundo semestre de 1994, assegurando uma vitória relativamente fácil de FHC já no primeiro turno das eleições presidenciais (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Duas agendas principais marcaram o seu primeiro governo entre os anos de 1995 e 1998: a estabilização monetária e as reformas constitucionais. Prioridade foi dada à preservação do sucesso inicial do Plano Real que implicava a realização de reformas estruturais (BELIEIRO JÚNIOR, 2008).

Em um primeiro momento, três partidos compunham a aliança deste governo: o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), o Partido da Frente Liberal (PFL) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Depois houve a adesão do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e do Partido Pacifista Brasileiro (PPB). Esta coalizão proporcionou ao Executivo uma sustentação parlamentar de quase 75% na Câmara e no Senado. Percentual mais do que suficiente para aprovar a série de emendas constitucionais para que as reformas fossem feitas (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Ao longo do primeiro governo, dezesseis emendas constitucionais foram aprovadas pelo Congresso. As cinco primeiras eram referentes à desregulamentação dos mercados, à desestatização e à abertura econômica. Outras ainda aprovavam a criação dos Fundos de Estabilização Fiscal (FEF), da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e de Direitos de Natureza Financeira (CPMF), e do Fundo de Desenvolvimento da Educação Fundamental (FUNDEF). Nos últimos anos do seu primeiro governo foram aprovadas as emendas que tratavam da reeleição presidencial e das reformas administrativa e previdenciária (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Foi marcante também a privatização de empresas estatais, estabelecendo as bases do que seria um novo modelo da relação Estado-mercado, passando ao setor privado boa parte de um imenso patrimônio acumulado ao longo de algumas décadas. Os recursos oriundos das privatizações poderiam ser utilizados para a amortização da dívida pública – o que acabou não surtindo grandes efeitos por conta da explosão da dívida, decorrente das políticas monetária e cambial adotadas na condução do Plano Real (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Percebeu-se uma recentralização política na União mesmo após uma década de ganho de autonomia dos estados, havendo inclusive uma intervenção do Banco Central diante de bancos estaduais e privados falidos como forma de salvaguardar seus correntistas e o próprio sistema. Fatos que justificam a explosão da dívida interna (BELIEIRO JÚNIOR, 2008).

Apesar da crise econômica instalada no país aparentemente ser uma situação opositora da reeleição de FHC, isto não foi o ocorrido. Na disputa entre o presidente-candidato e o seu principal opositor, Lula, pesaram a cautela e os receios do eleitorado sob o argumento da campanha situacionista de que não se poderia trocar o certo pelo duvidoso (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Esta argumentação mostrou-se eficaz e garantiu a renovação do mandato de FHC já no primeiro turno. No entanto, seu segundo governo (1999 a 2002) não alcançou a retomada do crescimento sustentado do país, em virtude da forte crise cambial e do alto índice de inflação associados às crises externas. A imagem positiva do presidente foi desintegrada e os índices de impopularidade se elevaram (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Neste segundo mandato, foram criados programas de transferência de renda que podem ser entendidos como uma resposta do Governo Federal em face de um padrão de desigualdade de renda no país que se manteve elevado e praticamente inalterado sob as mais diferentes condições econômicas (ROCHA, 2005).

A partir de 2001, as medidas tomadas em relação aos programas Bolsa-Escola e Bolsa-Alimentação demonstram o reconhecimento da necessidade de que o Governo Federal arcasse com a totalidade do ônus financeiro e tomasse a si as responsabilidades de gestão dos programas, em particular no que concerne ao controle da população atendida e ao pagamento dos benefícios (ROCHA, 2005).

A sucessão presidencial pelo mesmo partido, via candidato José Serra (então

ministro da saúde) estava prejudicava em virtude da crise energética e o consequente racionamento instalado no país, das dificuldades em reformar o modelo econômico e do enfraquecimento das bases políticas. Houve dissidência de uma parte dos partidos que compunham a base governamental (COUTO; ABRUCIO, 2003).

Seis candidatos concorrem à vaga de Presidente da República nas Eleições de 2002: José Serra, Luiz Inácio Lula da Silva, Rui Costa Pimenta, José Maria de Almeida, Ciro Gomes e Anthony Garotinho. Lula venceu a disputa no segundo turno com 46,44% dos votos válidos contra José Serra, que obteve 23,19% (BRASIL, 2014a).

A plataforma da campanha presidencial do Presidente Lula estava centrada no combate à fome, sendo o Programa Fome Zero o seu carro chefe (ROCHA, 2005). Caracterizando este contexto os entrevistados afirmam que:

Uma grande população vivia em extrema pobreza, pessoas que não tinham acesso pela baixa quantidade de serviços mesmo e economicamente o país estava tentando se recuperar [...] (entrevistado α , alfa).

O Brasil saía de uma fase neoliberal do ponto de vista econômico. Na lógica da economia, tentando mudar o ideário a partir do estado mínimo. E o Governo Lula, que tem toda uma base social à esquerda, mas que sociologicamente é um governo na melhor expressão da Social Democracia Brasileira [...] faz isto (entrevistado β , beta).

Lançado no final de janeiro de 2003, o Fome Zero incorporou os programas e iniciativas federais preexistentes, dentre eles os programas de transferência de renda do governo FHC. Em outubro de 2003, o Programa Bolsa Família unificou as diversas iniciativas de transferência de renda do Governo Federal (ROCHA, 2005).

Os objetivos do Bolsa Família eram o de reduzir a pobreza e desigualdade de renda, provendo um benefício mínimo para famílias pobres; reduzir a transmissão intergeracional de pobreza, condicionando o recebimento dos benefícios a investimentos em capital humano pelos beneficiários (IPEA, 2012).

O foco do programa são as famílias pobres e extremamente pobres inscritas no Cadastro Único Federal (CadÚnico), segundo uma regra de elegibilidade relacionada à renda familiar per capita. Embora a administração seja feita pelo Ministério de Desenvolvimento Social, várias outras instituições estão envolvidas, como a Caixa Econômica Federal e as prefeituras dos municípios, entre outras, o que denota características de descentralização e intersectorialidade do programa (IPEA, 2012).

No final do primeiro ano do Governo, o Ministério da Fazenda divulgou um documento contundente sobre a reduzida focalização do gasto social federal, defendendo explicitamente a prioridade aos programas de transferência direta de renda (FAGNANI, 2011).

As linhas mestras do regime de política macroeconômica do governo FHC (sistemas de metas de inflação, superávits primários e câmbio flutuante) foram mantidas pelo Governo Lula (TEIXEIRA; PINTO, 2012). O período compreendido entre os anos de 2003 e 2006 foi marcado pela retomada do crescimento econômico (CURADO, 2011).

No âmbito da política fiscal, o governo Lula (2003-2006) manteve a tendência do governo anterior: crescimento sustentável com o ajuste contas públicas, o que significa medidas destinadas à geração de superávits primários suficientes para reduzir a relação dívida/PIB. Tal reducionismo da política fiscal limitou a capacidade do Estado em ampliar os investimentos públicos (TEIXEIRA; PINTO, 2012).

Houve destaque governamental para as políticas de redução da pobreza, o que contribuiu para a redução da desigualdade de renda no país, aferida pelo coeficiente de Gini. Em termos do gasto social federal, as duas áreas que contaram com maior incremento foram a assistência social e a previdência (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

Sete candidatos concorrem à vaga de Presidência da República em 2006: Ana Maria Teixeira Rangel, Cristóvam Buarque, Geraldo Alckmin, Heloísa Helena, José Maria Eymael, Luciano Bivar e Luiz Inácio Lula da Silva. No segundo turno, houve a vitória do Presidente-candidato Lula com 60,82% dos votos válidos contra os 39,17% obtidos por Geraldo Alckmim (BRASIL, 2014b).

No segundo governo Lula (2007-2010), verificou-se uma certa flexibilização da política econômica por meio da adoção de medidas voltadas à ampliação do crédito ao consumidor e ao mutuário, do aumento real no salário mínimo, da adoção de programas de transferência de renda direta, da criação do Programa de Aceleração do Crescimento e da ampliação da atuação do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social para estimular o investimento público e privado e das medidas anticíclicas de combate à crise internacional a partir de 2009 (TEIXEIRA; PINTO, 2012).

Foi dada continuidade à política de transferência direta de renda por meio do Programa Bolsa Família. À frente do Programa de Aceleração do Crescimento estava a então ministra chefe da Casa Civil, Dilma Rousseff. Esta se tornou a candidata à sucessão

presidencial pelo Partido dos Trabalhadores (TEIXEIRA; PINTO, 2012).

As eleições de 2010 contaram com nove candidatos à Presidência da República. No segundo turno concorreram os candidatos José Serra e Dilma Vana Rousseff, sendo esta a eleita com mais de 55 milhões de votos (BRASIL, 2014c).

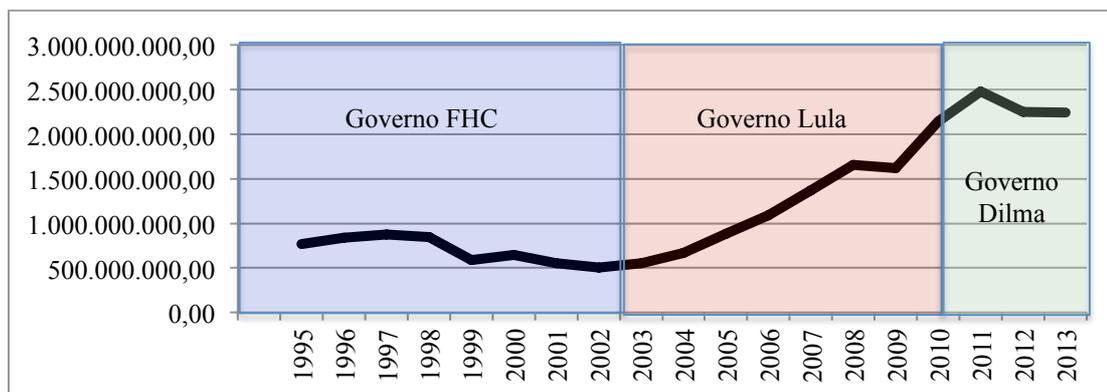
O governo Dilma manteve o regime de política macroeconômica ancorado nas metas de inflação e de superávit fiscal primário e na flutuação da taxa de câmbio. Mudanças importantes foram introduzidas na gestão desse regime, o tornando mais flexível. A obtenção de taxas mais elevadas de crescimento econômico (com destaque para a recuperação da indústria) passou a ocupar uma posição central entre os objetivos dessa política em 2011 e 2012 (CAGNIN *et al.*, 2013).

No campo das políticas sociais, a principal meta do Governo Dilma foi erradicar a extrema pobreza e miséria do país. Para isto foi lançado, ainda em seu primeiro ano de governo, o Plano Brasil sem Miséria com o objetivo de elevar a renda e as condições de bem-estar da população, especificamente os brasileiros cuja renda familiar era de até R\$ 70 por pessoa. O Plano agregou diversas áreas e iniciativas, como transferência de renda, acesso a serviços públicos nas áreas de educação, saúde, assistência social, saneamento, energia elétrica e inclusão produtiva (IPEA, 2012).

É possível analisar o contexto econômico de um país tomando por base o Produto Interno Bruto (PIB), um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de mensurar a atividade econômica e que representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos (IPEA, 2012).

O comportamento do PIB no Brasil entre os anos de 1995 e 2013 pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2- Produto Interno Bruto do Brasil (1995-2013)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados The World Bank Group, 2014.

Observam-se algumas tendências na série histórica apresentada:

- a) Durante o Governo FHC (1995-2002) houve um discreto crescimento do PIB entre os anos de 1995 e 1998, oscilação de declínio em 1999 e retomada do crescimento em 2000, nova tendência de queda entre 2001 e 2002, alcançando neste ano o pior valor da série histórica;
- b) No Governo Lula tendência de crescimento para todos os anos entre 2003 e 2010, com exceção de 2009, onde ocorre declínio;
- c) O primeiro ano do Governo Dilma (2011) apresenta o maior PIB da série histórica, ocorrendo declínio a partir deste ano (2012-2013).

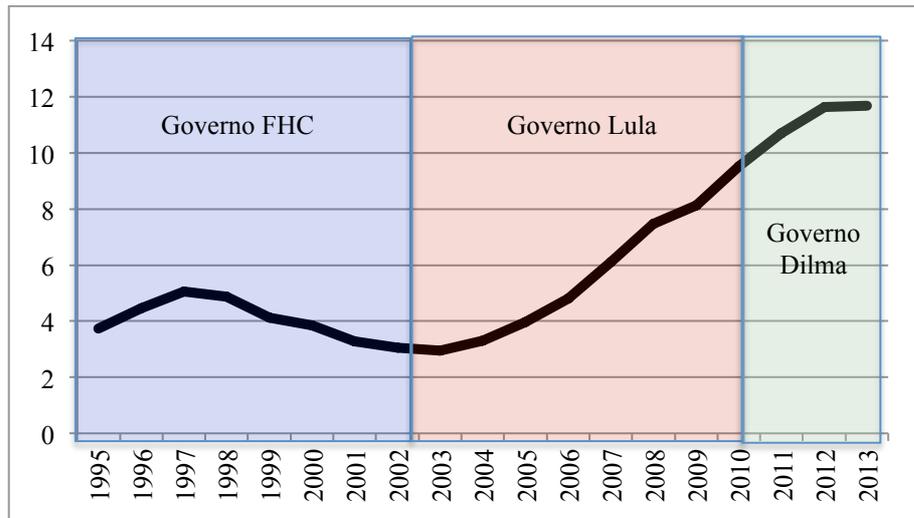
Sobre este contexto econômico do país e as mudanças na política macroeconômica, o relato do entrevistado δ (delta) é contundente:

O país com três dívidas ao FMI, quebrado financeiramente três vezes seguidamente no Governo FHC [...] Isto gerou um baixo salário mínimo com inflação galopante e com processo de privatização em que foram vendidas as nossas principais estatais. Então isto aí tem um enfrentamento, um contraponto, não o tanto que o Brasil precisava à esquerda, mas o quanto a lógica política, a institucionalização, a regra do jogo do Congresso permitiam, pra fazer o país avançar no sentido da Social Democracia.

Fato assegurado também pelo entrevistado ϵ (épsilon):

O Brasil com um PIB muito baixo quando o Governo [Lula] assumiu, com uma dívida externa muito grande.

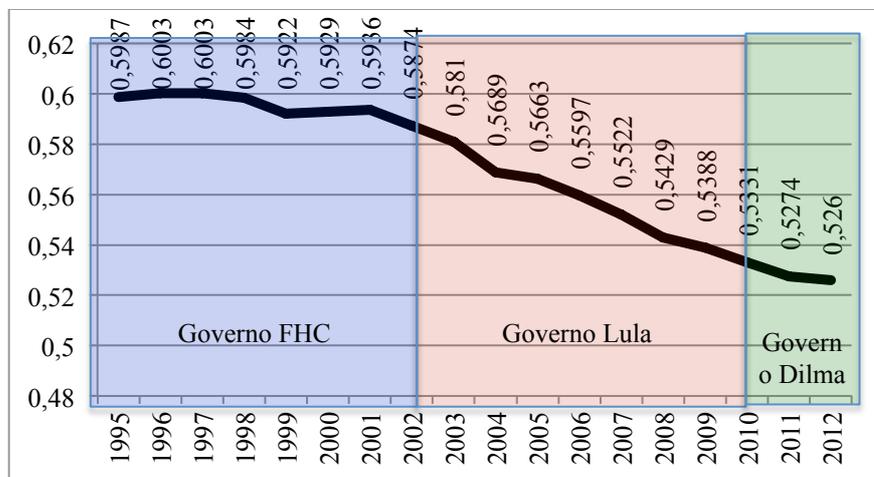
Dividindo-se o valor do PIB pela população do país se obtém o PIB per capita, que é considerado outro indicador de importância nas análises macroeconômicas. No Brasil, este indicador apresentou tendência de crescimento entre os anos de 1995 e 1997, declínio entre 1998 e 2003, sendo este ano o pior da série histórica. Retomada de crescimento é visualizada entre 2004 e 2013, sendo este o melhor ano da série histórica (vide gráfico 3).

Gráfico 3 - Produto Interno Bruto do Brasil per capita (1995-2013)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados The World Bank Group, 2014.

Como o PIB per capita não considera o grau de distribuição da riqueza do país entre seus habitantes, é necessário lançar mão do índice de Gini, que é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Varia de zero a um, onde zero representa a situação de igualdade e um é o extremo oposto (IPEA, 2012).

Os valores do índice de Gini no período de 1995 e 2012 podem ser observados no Gráfico 4 e revelam uma redução considerável na desigualdade de renda, sendo 2012 o ano em que o Brasil apresentou a menor desigualdade de renda de sua história.

Gráfico 4 – Índice de Gini no Brasil (1995-2012)

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do Ipea, 2014.

Um aspecto distintivo do período de recuperação do crescimento no Governo Lula é que ele se dá num contexto de melhora nos indicadores de distribuição da renda e de redução da pobreza (CURADO, 2011).

Na visão do entrevistado ω (ômega) isto aconteceu porquê:

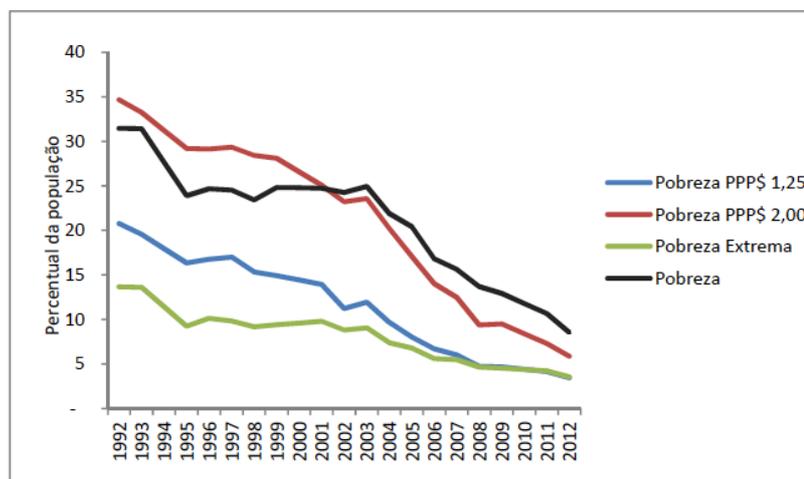
[..] o PT trouxe uma revolução muito grande ao país em termos de crescimento, social principalmente. O pobre nunca foi prioridade neste país, pra nada.

Esta melhoria na distribuição da renda teve um papel importante na ampliação do mercado consumidor brasileiro, pois ocorreu um aumento do consumo das classes C e D. Este efeito foi particularmente importante após a eclosão da crise financeira global em 2008, momento em que a manutenção dos gastos com consumo destas classes evitou uma retração mais profunda na demanda agregada (CURADO, 2011).

Apesar de apresentar em 2012 o seu menor nível de desigualdade de renda desde os registros nacionais iniciados em 1960, a desigualdade no Brasil permanece entre as 15 maiores do mundo, e levaria pelo menos 20 anos no atual ritmo de crescimento para atingir níveis dos Estados Unidos, que não são uma sociedade igualitária. Porém, isso significa que existem consideráveis reservas de crescimento pró-pobre, que só começaram a ser exploradas na década passada (IPEA, 2012).

A evolução da pobreza no Brasil (1992-2013) pode ser visualizada no Gráfico 5, o qual considera quatro linhas de pobreza distintas: US\$ 1,25 e US\$ 2,00 diários, convertidos pela Paridade do Poder de Compra – PPP, referentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; R\$ 70,00 (pobreza extrema) e R\$ 140,00 mensais (pobreza), referentes aos critérios de elegibilidade para acesso a programas federais de transferência de renda, adotados em julho de 2011 (IPEA, 2013).

Gráfico 5 – Evolução da pobreza no Brasil (1992-2012)



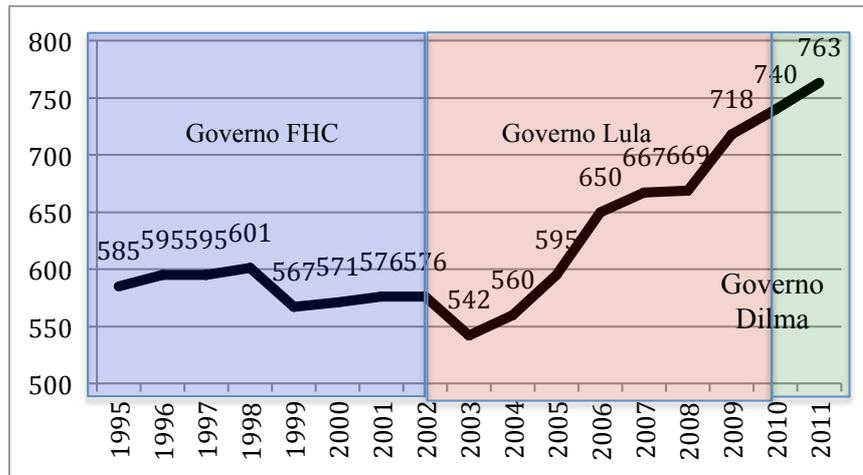
Fonte: Ipea (2013).

Como consequência da manutenção do crescimento com redução da desigualdade, a pobreza manteve um contínua trajetória decrescente, que vem desde o fim da recessão de 2003 independentemente da linha de pobreza e da medida usada (IPEA, 2012).

A inédita redução da desigualdade observada entre os anos de 2002 e 2012 pode ser decomposta pelas diversas fontes de renda captadas pela PNAD e retrabalhadas da seguinte forma: Trabalho (58%), Previdência (19%), Bolsa Família (13%), Benefício de Prestação Continuada (BPC 4%) e Outras Rendas (6%) como aluguéis e juros. Ou seja, a maior parte da queda da desigualdade se deveu ao efeito da expansão trabalhista observada, o que confere sustentabilidade ao processo redistributivo assumido. Sem as políticas redistributivas patrocinadas pelo Estado brasileiro, a desigualdade teria caído 36% menos nesta década (IPEA, 2012).

A renda média mensal per capita apresentou crescimento contínuo a partir de 2003, alcançando o valor de R\$ 763,00 em 2011 (vide gráfico 6).

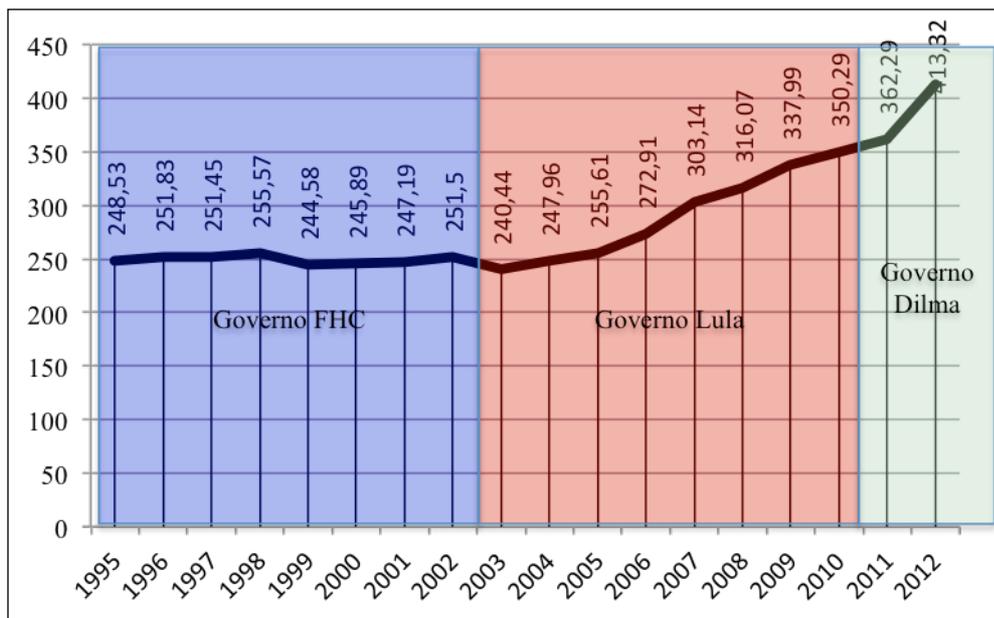
Gráfico 6 – Renda Média per capita no Brasil (1995-2011).



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do Ipea (2013).

Ainda é possível se realizar uma análise utilizando a função de bem-estar social simples proposta por Amartya Sen, a qual multiplica a renda média pela medida de equidade, dada por um menos o índice de Gini (isto é: Média * (1 – Gini)) (IPEA, 2013). Apresenta-se no gráfico 7 a evolução ano a ano da combinação renda e desigualdade, dada por essa medida de bem-estar.

Gráfico 7 – Indicador de Bem-Estar Social no Brasil (1995-2011)



Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir do banco de dados do Ipea (2013).

A renda média de 763 reais mensais por brasileiro em 2011 seria o valor do bem-

estar social segundo a medida simples de Sen, se a equidade fosse plena. Mas na verdade corresponde a 47,3% deste valor, pouco mais de 362 reais, dada a desigualdade atual brasileira ($763 \cdot 1 - 0,5274$) O que se percebe é uma evolução considerável deste valor do bem estar-social no período analisado (IPEA, 2013).

Este valor de bem-estar foi fruto da mudança dos modelos de governo propostos por FHC e Lula/Dilma:

Era um choque! Era um choque de dois modelos de governar, um que apostava na meritocracia individual e na disputa dos indivíduos para sobreviver, ascender socialmente, sendo que o ponto de partida fosse desigual; e um que apostava que esta meritocracia individual não fosse desmerecida, mas o ponto de partida tem que ser amplamente equacionado. Era exatamente este o momento que vivia o país (entrevistado γ , gama).

5.3 O Processo da Política

A análise do processo da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil será apresentada considerando o ciclo da política proposto por Secchi (2013): identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas, tomada de decisão, implementação da política pública e avaliação da política pública.

5.3.1 Identificação do problema e Formação da Agenda

Um problema é a discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível (SECCHI, 2013). Partindo-se deste conceito, é possível afirmar que o grave problema existente no país no campo da saúde bucal coletiva se referia à ausência de uma política pública de saúde bucal, tendo como consequência uma situação alarmante dos indicadores de saúde bucal da população brasileira (MANFREDINI, 2009).

Diversas tentativas foram feitas no sentido de fazer com que este problema entrasse na agenda de prioridades do governo, ou seja, para que se formulasse e implementasse uma política pública de saúde bucal capaz de produzir melhoria na situação de saúde bucal da população brasileira (vide figura 10).

Figura 10 – Identificação do problema e formação da agenda.

PROBLEMA		ENTRADA NA AGENDA
Ausência de uma política pública de saúde bucal com situação alarmante dos indicadores de saúde bucal da população brasileira.		Formulação e implementação de uma política pública de saúde bucal capaz de produzir melhoria na situação de saúde bucal da população brasileira.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

O próprio histórico da assistência odontológica no Brasil construído inicialmente sobre as vertentes da odontologia liberal e da odontologia previdenciária, e mais recentemente ampliada pela odontologia pública e odontologia suplementar, (conforme ilustra a figura 11) ajudam a entender o conflito de forças ideológico-políticas divergentes dos grupos de profissionais e técnicos dos setores (SILVA; SALES-PERES, 2007).

Figura 11 – Vertentes da assistência odontológica no Brasil.



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Destes setores, a ‘Odontologia Liberal’ ou ‘Odontologia de Mercado’ é a forma mais comum por meio da qual se realizam ações e serviços odontológicos, mesmo antes da regulamentação da profissão no Brasil no ano de 1951 (SILVA; SALES-PERES, 2007). De forma crescente nos últimos anos, merece destaque a ‘Odontologia Suplementar’, sobre a qual se encontra um capítulo específico nesta Tese.

Na denominada ‘Odontologia Previdenciária’, durante as décadas de vinte e trinta foram celebrados inúmeros convênios e credenciamentos para a compra de serviços odontológicos de terceiros por parte da estrutura previdenciária das Caixas de Aposentadorias e Pensões e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Os objetivos de tais serviços eram apenas a remoção de focos dentários, revelando uma prática mutiladora, que pouco se preocupava com a dimensão biológica dos dentes e com a reintegração social dos

indivíduos (ZANETTI, 1993).

Apenas em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social formulou diretrizes sobre a assistência odontológica no setor, incluindo cirurgia oral menor, traumatologia bucomaxilofacial, ortodontia para pacientes com defeitos congênitos e tratamento odontopediátrico não-programático para profilaxia da cárie dentária. Dez anos depois, em 1976, foi criada a Coordenadoria de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). As ações de saúde bucal via Previdência perduraram até a extinção do INAMPS (ZANETTI, 1993).

A “Odontologia Pública” é a vertente sobre a qual este trabalho mais se debruçará, tendo em vista que se constitui como seu objeto de estudo.

Já na década de cinquenta, alguns avanços aconteceram no Ministério da Saúde a respeito do setor odontológico: a criação da seção de odontologia no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia. As ações e serviços do SESP se pautavam em duas linhas de ação: a fluoretação das águas de abastecimento público e a implantação de uma rede básica de atendimento odontológico adotando o sistema incremental (ZANETTI, 1993).

Os segmentos interessados na realização das políticas públicas de saúde bucal não ocuparam os postos e os cargos de poder, permanecendo em tais funções as elites que representavam os interesses privados no interior da esfera pública (ZANETTI, 1993).

Na década de setenta, foram lançados dois programas de saúde bucal pelo Ministério da Saúde: o Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal e o projeto de inclusão da Odontologia no Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde e Saneamento (PIASS). Os objetivos eram reduzir a incidência dos problemas de maior prevalência através da adoção de medidas preventivas e expandir atenção odontológica a todas as camadas populacionais em um sistema que favorecesse os grupos de maior carência epidemiológica e social (ZANETTI, 1993).

Foi na segunda metade desta década de setenta que a “luta pela formulação e implementação de uma política pública de saúde bucal” passou a ocupar as agendas dos movimentos sociais de estudantes de Odontologia. Podem ser citadas como circunstâncias que favoreciam este processo:

- a) A ampla discussão de propostas que ocorria para a estruturação de um sistema de saúde público, universal e gratuito pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

- b) A realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata no ano de 1979.
- c) A realização, em outubro de 1979, do I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde com o tema “A questão democrática na área da saúde” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Tais circunstâncias são corroboradas pelo relato do entrevistado λ (lamda):

O processo de construção da PNSB remonta à época do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira quando já havia movimentos em prol da inserção da Odontologia nas discussões. A saúde bucal foi tratada em diversas Conferências Nacionais de Saúde [...]

Em 1986 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Os temas abordados foram: saúde como direito de todos e dever do estado; diagnóstico de saúde bucal no Brasil; reforma sanitária: inserção da Odontologia no Sistema Único de Saúde; financiamento do setor de saúde bucal (PALUDETTO JÚNIOR, 2013).

Neste mesmo ano foi criada a Divisão Nacional de Saúde Bucal no Ministério da Saúde. A ela caberiam, dentre outras coisas, fornecer subsídios para a definição da Política Nacional de Saúde Bucal (MANFREDINI, 2009).

Porém, o Movimento Brasileiro da Renovação Odontológica (MBRO) se posicionou de forma contrária ao modo pelo qual fora criada esta Divisão, sem qualquer diálogo com as entidades de classe e as organizações que militavam pelo setor odontológico. Mesmo com inúmeras limitações estruturais e oposição político-ideológica, a Divisão conseguiu concluir o “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986” (ZANETTI, 1993).

Já na segunda metade dos anos oitenta, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foram desenvolvidas ações de saúde bucal ainda focalizadas para grupos específicos (MANFREDINI, 2009).

Em outubro de 1988 foi firmada a Política Nacional de Saúde Bucal, de forma conjunta com o Ministério da Educação e Cultura e a Previdência Social. Embora tenham sido consultadas instituições como o Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) e a Academia Brasileira de

Odontologia, ainda foi ausente o amplo debate político que necessitava para ter visibilidade e sustentabilidade (ZANETTI, 1993; MANFREDINI, 2009).

Exemplo isto é o fato de não terem participado desta discussão as entidades que estiveram presentes na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, tais como a Central Única dos Trabalhadores, a União Nacional dos Estudantes e a União Nacional dos Estudantes de Odontologia, assim como de não ter havido acordos com o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (ZANETTI, 1993).

Mesmo que esta política tenha se fundamentado nos princípios da universalização, participação da comunidade, hierarquização, regionalização e integração da comunidade, ela continuava a priorizar grupos populacionais em idade escolar (6 a 12 anos). As outras faixas populacionais, por ordem de prioridade seriam: 13 a 19 anos, 2 a 5 anos e, por último, cogitava-se a atenção em saúde bucal aos adultos (PALUDETTO JÚNIOR, 2013).

Durante a década de oitenta, destacam-se alguns fóruns de discussão importantes: os Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia (ECEO), o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) e os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) (MANFREDINI, 2009).

Duante o Governo Collor, o novo diretor da Divisão Nacional de Saúde Bucal, Sérgio de Carvalho Weyne, se dedicou ao Programa Nacional de Controle da Cárie pelo Método de Fluoretação do Sal, sem grandes repercussões. Neste período, a Divisão é rebaixada ao nível de Coordenação e perde força política (MANFREDINI, 2009). Os programas nacionais de saúde bucal lançados foram extintos e nenhum outro documento norteou a política de saúde bucal no âmbito federal (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 1993 foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde se destacou que a efetiva inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde se daria mediante um processo sob controle da sociedade. No governo Itamar Franco (1993-1994) houve expressivo declínio das ações de saúde bucal no Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal (MANFREDINI, 2009).

Como se percebe, durante mais de setenta anos, “a ausência de uma política pública de saúde bucal com situação alarmante dos indicadores de saúde bucal da população brasileira” foi sendo identificada como um problema, mas não ocupou a agenda prioritária dos governos.

A saúde bucal não ocupou espaço mesmo com a institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com caráter substitutivo ao modelo de atenção básica tradicional, orientado pelos princípios de adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (SOUSA, 2007).

Isto porquê a recomendação do Ministério da Saúde era a de que cada Equipe de Saúde da Família deveria ser composta pelos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiro e médico, se responsabilizando por 1.000 famílias ou 4.500 pessoas (BRASIL, 1997).

Werneck (1994) afirma que o setor de saúde bucal nesta época se caracterizava:

Pela atenção predominante aos escolares do 1º grau (através do Sistema Incremental - SI), pelo atendimento das urgências em adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de Recursos Humanos pouco preparados para atuar no Serviço Público e, pela inexistência de integração com os demais setores” (WERNECK, 1994, p. 32).

Novo Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal fora realizado no ano de 1996, tendo como público-alvo crianças entre 6 e 12 anos de idade de escolas públicas e privadas das 26 capitais e do Distrito Federal (VIANA; DAL POZ, 1998). O indicador CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) apresentou média de 0,28 aos 06 anos de idade e 3,06 aos 12 anos (RONCALLI, 2006).

Ainda neste ano se realizou a 10ª Conferência Nacional de Saúde, tendo a saúde bucal sido mencionada em três subtemas: Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, Recursos Humanos para a Saúde e Atenção Integral à Saúde. Neste último, as proposições eram implantar ações de atenção integral em saúde bucal, fluoretação das águas de abastecimento público, descentralizar ações de saúde bucal e equipamentos odontológicos para um atendimento universal, e a discussão ampla nos conselhos de Saúde as necessidades de assessoria técnica em saúde bucal (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Apesar dos avanços percebidos no setor da atenção básica na década de noventa, muito pouco se fez no âmbito específico da saúde bucal. O Governo Federal desconsiderou as propostas das Conferências Nacionais de Saúde Bucal, das Conferências Nacionais de Saúde e dos demais espaços de participação popular, como fruto de uma política neoliberal (PALUDETTO JÚNIOR, 2013). Iniciativas locais de assistência em saúde bucal no Sistema Único de Saúde aconteceram em alguns municípios como São Paulo, Santos, Porto Alegre, Campinas, Belo Horizonte, Curitiba e Sobral (MOYSÉS; KRIEGER; MOYSÉS, 2008).

Com o tema “O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”, ocorreu em dezembro de 2000 a 11ª Conferência Nacional de Saúde. O relatório final elucidou o cenário sócio-econômico do país, destacando que *mais de 50 milhões de pessoas viviam em estado de miséria, fome e desnutrição, devido à péssima distribuição de renda* e aprovou a convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal para o ano de 2001 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001). Percebe-se aqui uma primeira aproximação dos temas “saúde bucal” e “enfrentamento da pobreza, miséria e exclusão social”.

Na análise dos conferencistas, a assistência em saúde bucal era insuficiente, restrita a poucos procedimentos, focalizada em grupos específicos e, diante desta situação, propuseram a implementação de um programa de saúde bucal no SUS (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001). O Governo Federal iniciou neste ano o projeto SB Brasil 2000 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, que apenas seria concluída no Governo Lula.

Ainda em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.444 que estabeleceu o incentivo financeiro para as ações e inserção dos profissionais de saúde bucal no PSF, com a configuração de dois tipos de Equipes de Saúde Bucal (ESB). Porém, uma ESB seria implantada a cada duas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2000).

Nas eleições presidenciais do ano de 2002, o então candidato do Partido dos Trabalhadores apresentou o seu programa de governo da área da saúde denominado “Saúde para a família brasileira”, no qual inseriu a saúde bucal como uma das suas prioridades e expôs as seguintes propostas:

Ampliar a oferta de serviços para a população na faixa etária de 0 a 14 anos; Garantir a fluoretação das águas de abastecimento público e a vigilância dos crêmes dentais e de todos os produtos que contenham flúor; Realizar estudos e pesquisas sobre os problemas de saúde bucal diretamente pelas instituições do SUS ou em parcerias com institutos de pesquisas e universidades; Incentivar a produção no Brasil de equipamentos e insumos odontológicos de qualidade, capazes de atender à demanda interna e ampliar a competição no mercado mundial; Integrar a atenção odontológica aos programas de saúde, particularmente ao Saúde da Família, incluindo dentista e auxiliares na composição destas equipes; Implantar os núcleos regionais de especialidades (reabilitação oral, endodontia, ortodontia preventiva, diagnóstico bucal, entre outros); Executar ações específicas visando a prevenção, detecção precoce e tratamento das neoplasias bucais; e implementar programas de educação em saúde bucal (COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE, 2002, p. 13).

Para um dos entrevistados neste estudo, tais proposições presentes no Programa de Governo do candidato Lula são entendidas como o início da construção do “Brasil Sorridente”:

[...] a construção da Política Nacional de Saúde Bucal se iniciou desde as campanhas quando o Presidente Lula era candidato. Então isto foi se amadurecendo no início do Programa do Governo do Lula (entrevistado γ , gama).

Dentre os motivos que justificam a atenção conferida pelo candidato e, posteriormente, Presidente da República, à questão da saúde bucal, foram citados:

[...] primeiro um grupo de sanitaristas vinculado à saúde bucal que militava em órbita do Partido dos Trabalhadores, do Presidente Lula; e, segundo, de uma demanda pessoal do presidente, mesmo antes de ele ser presidente, por entender que a saúde bucal precisava se construir na área pública. Isto era percebido [...] por duas questões principais: primeiro a origem do presidente: é um representante das necessidades de saúde do povo brasileiro, e a saúde bucal evidentemente era uma delas; segundo pela sua militância no sindicato, porque lá também desaguava na questão dos trabalhadores a necessidade do atendimento a tratamento odontológico (entrevistado ϵ , épsilon).

Após a vitória do candidato Luiz Inácio Lula da Silva, militantes partidários se reuniram em São Paulo no dia 24 de novembro de 2002 para debater as propostas de uma Política Nacional de Saúde Bucal que considerasse os anseios históricos dos movimentos sociais e sanitários. Foi formulado um documento intitulado ***“Fome Zero e Boca cheia de dentes!”***, do qual pode se explicitar mais uma interface entre a “saúde bucal” e as “políticas para enfrentamento da pobreza, miséria e exclusão social” no Brasil:

Preliminarmente, consideramos necessário assinalar que o anúncio do Programa Fome Zero como a primeira manifestação do Presidente Eleito ao povo brasileiro sinaliza, clara e inequivocamente, um conjunto de prioridades para as políticas públicas que, em nosso entendimento, inclui a saúde e, nela, a saúde bucal, uma vez que ***tornar fome zero uma realidade para todos os brasileiros implica assegurar-lhes condições para mastigar bem***. E ter dentes é condição para mastigar bem. Manter dentes saudáveis e, na sua falta, prover dentes aos que deles necessitam constitui, sem dúvida, enorme desafio no conjunto de desafios do Programa Fome Zero. Daí nossa consigna: ***Fome zero, boca cheia de dentes!*** (FOME..., 2002, p.1).

Para o entrevistado σ (sigma), este documento fora de extrema importância, pois:

No início do Governo Lula quando foi lançado o documento “Fome Zero e Boca Cheia (de dentes)!” apontava pro então Humberto Costa, o Lula ainda não tinha tomado posse, logo mais ao futuro ministro Humberto Costa, a necessidade de nós colocarmos em curso uma política de forma orgânica ao Sistema Único de Saúde que contemplasse os diversos níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária).

Para Bartole (2006), abriu-se aí uma janela de oportunidades, no sentido de

convencer a equipe de transição sobre a necessidade de um projeto político na área de saúde bucal dentro da agenda de prioridades do governo (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011). Somam-se ao momento político favorável alguns outros argumentos:

[...] A Política de Atenção Primária já em consolidação, os PSF no Brasil eles tinham uma estrutura ramificada com tradição forte de Atenção Primária em Saúde. Então isto foi em dada medida um facilitador [para a PNSB]. E um outro facilitador era a demanda. Existia de fato uma demanda política, uma demanda societária, que diziam: essas pessoas clamam, essas pessoas precisam ser atendidas de algum jeito (entrevistado π , pi).

Interessante que o SB, o levantamento de saúde bucal que todos nós participamos no ano 2000 me parece, também ele foi importante como um indicador da necessidade do povo brasileiro por uma política de saúde bucal que todos os governos anteriores não priorizaram (entrevistado ϵ , épsilon).

A grande demanda reprimida que se colocava; e uma percepção do Presidente da necessidade de construir a saúde dentro de uma perspectiva de integralidade e vendo a saúde bucal dentro deste contexto (entrevistado δ , delta).

Algumas ações realizadas no primeiro ano do Governo Lula, conforme elucidam Narvai e Frazão (2009), já mostram as tendências que seriam observadas:

- a) Conclusão da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil iniciada no ano 2000;
- b) Convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal;
- c) Definição das linhas de atuação do governo federal para a área;
- d) Área Técnica de Saúde Bucal se tornou novamente Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

Passou-se então ao momento de formulação daquela que viria a ser a nova Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil com a consequente tomada de decisão por sua implementação no país.

5.3.2 Formulação das alternativas e Tomada de Decisão

No ciclo da política, a formulação das alternativas é o momento no qual são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações para o alcance dos objetivos propostos, os quais irão requerer diferentes recursos técnicos, humanos, materiais e financeiros (SECCHI, 2013).

Algumas destas estratégias para a saúde bucal haviam sido mencionadas no

documento intitulado “Saúde para a família brasileira”, programa de governo do então candidato Lula (COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE, 2002) e passaram a ser debatidas durante a elaboração das Diretrizes da nova Política Nacional de Saúde Bucal.

O documento “Fome zero e boca cheia (de dentes)!” apresentou seis nomes como portadores das características necessárias ao cargo de coordenador nacional de saúde bucal, dentre os quais o de Gilberto Alfredo Pucca Júnior, que foi o nomeado para o exercício da função pela Portaria nº 431 de 10 de abril de 2003 (BRASIL, 2003; FOME..., 2002).

Durante o ano de 2003, mesmo antes do lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, algumas ações ocorreram: o reajuste no incentivo financeiro para as Equipes de Saúde Bucal, a equiparação do teto de implantação entre ESB e ESF e a conclusão do SB Brasil 2000 (PALUDETTO JÚNIOR, 2013).

Convocada de forma antecipada, em dezembro de 2003 foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde, tendo a saúde bucal como um dos seus eixos temáticos. Dentre as propostas estavam a ampliação do acesso às ações integrais de saúde bucal em todo o SUS, estendendo-se a todas as faixas etárias, incluindo atendimento básico e especializado (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Isto porquê:

Politicamente quando o Governo Lula assume tem uma questão muito clara de que é preciso uma mudança na parte da saúde bucal. As políticas existentes eram insuficientes pra população, elas não atendiam a população de uma forma geral (entrevistado γ , gama).

Uma Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal foi formalizada por meio de Portaria nº 36 de 14 de janeiro de 2004, sendo composta por Cleber Ronald Inácio dos Santos, Christian Mendez Alcântara, Helenita Corrêa Ely, Idiana Luvison, José Carrijo Brom, Marco Aurélio Peres, Marco Manfredini, Marcos Werneck, Mauro Rubem de Menezes Jonas, Moacir Tavares Martins Filho, Paulo Capel Narvai, Petrônio Martelli e Rosângela Camapum (BRASIL, 2004a).

A Comissão de Assessoramento funcionou durante os dois Governos Lula. Na verdade, o que a Comissão fez foi sintetizar o que era produzido nos eventos, ou seja, nas reuniões, nos eventos de institucionalização da PNSB. Ela sistematizou o que tinha sido acordado nas Conferências de Saúde Bucal e, em dada medida, sistematizou o que era apontado nos ENATESPO, Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos, e também já com os Congressos de Saúde Bucal Coletiva que ocorriam sempre junto ao ENATESPO. Eram fóruns que tratavam de debate e apontavam diretrizes (entrevistado π , pi).

Como fruto das discussões desta Comissão um documento preliminar foi

apresentado e analisado pelas Coordenações Estaduais de Saúde Bucal e após sugestões elaboradas por estas Coordenações, bem como apresentação a todas as entidades odontológicas, o documento recebeu a versão final em dezembro de 2003 (ANDRADE, 2009). Tais meios de elaboração da PNSB permitem afirmar que:

Esta construção ao longo do tempo foi coletiva, porque um conjunto de estudiosos, pesquisadores, trabalhadores, fez com que ela tenha chegado a este estágio atual que a gente tem (entrevistado β , beta).

Em fevereiro de 2004, o próprio Gilberto Pucca apresentou na 139ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde a proposta do Ministério da Saúde das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Durante esta reunião foram apresentadas a situação de saúde bucal da população brasileira com base no SB Brasil 2003, os resultados das ações desenvolvidas no primeiro ano do Governo Lula e as propostas da PNSB. A Conselheira Graciara Matos de Azevedo manifestou o apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO) à proposta, informando que este órgão enviou a Política de Saúde Bucal aos Conselhos Regionais para análise e elaboração de parecer técnico (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Algumas interposições feitas pelos conselheiros durante esta reunião chamam atenção para a associação que faziam entre a saúde bucal e a situação de pobreza, miséria e exclusão social do país:

Conselheira Zilda Arns Neumann cumprimentou a iniciativa do Ministério da Saúde de incluir a saúde bucal na Atenção Básica, o que facilitaria o acesso da população carente aos serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 9).

Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana manifestou-se favorável a Política de Saúde Bucal do Ministério da Saúde que, na sua opinião, aproximava-se da integralidade da assistência, da equidade, do acesso e da universalidade dos serviços. Concluiu sua intervenção destacando a necessidade de acabar com o “constrangimento” da diferença do sorriso social (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 11).

No que diz respeito às populações “excluídas”, Gilberto Alfredo Pucca Júnior, ressaltou a importância de pensar em planejamento de ações de saúde intersetoriais, interministeriais, especificamente, no campo da saúde, reorganizando o acesso e a Atenção Básica à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, p. 12).

Portanto, merece ser destacado o caminho da participação popular como o escolhido para a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal e a importância deste meio para que

houvesse apropriação da sua importância por parte da sociedade civil organizada:

[...] o Brasil Sorridente, antes de ser anunciado, ele foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Então isto conferiu uma legitimidade óbvia. Ele então deixou de ser uma política de técnicos da área da saúde bucal e passou a ser a percepção dos setores da sociedade que estavam organizados (entrevistado λ, lambda).

Após aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, estas diretrizes foram aprovadas em reunião da Comissão Intergestores Tripartite ocorrida também em fevereiro de 2004.

[...] o Brasil Sorridente passou por todas as instâncias da participação popular do ponto de vista oficial e culminando com a aprovação na Comissão Tripartite antes do lançamento. Ele foi construído dentro desta articulação institucional e controle social (entrevistado ω, ômega).

Em 17 março de 2004, na cidade de Sobral, Ceará, foi lançado o Programa Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, numa clara tomada de decisão pela execução da PNSB por parte do Presidente Lula. Alguns trechos de seu discurso revelam as justificativas para o seu posicionamento:

[...] desde a campanha de 1989 eu tive a primeira briga, enquanto candidato, por conta da saúde bucal no Brasil [...] E por que a saúde bucal nunca foi tratada como uma questão de saúde? ***Porque a questão da saúde bucal é uma doença de pobre, não é uma doença de rico.*** Rico começa a tratar o dente ainda quando tem dente-de-leite. Pobre só começa a tratar o dente quando os dentes começam a cair ou a doer demais. Então, por ser uma doença de pobre, o tratamento odontológico nunca foi colocado nos grandes planos de saúde como uma coisa necessária e importante para o nosso país (BRASIL, 2004b, p. 2-3).

O que está sendo feito aqui [...] é uma coisa que vai passar para a História. Levar a sério a saúde bucal do nosso povo porque a boca [...] nunca foi tratada com o menor respeito por todos aqueles que pensam a saúde neste país (BRASIL, 2004b, p. 3).

Na fala do Presidente Lula fica clara a associação entre pobreza/miséria e a péssima situação de saúde bucal, deixando transparecer que a sua tomada de decisão em implementar a PNSB se pauta no compromisso social do seu Governo.

Em consonância com o seu discurso e com as prioridades de governo estabelecidas, o tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida entre os dias 29 de julho e 1º de agosto de 2004, foi ***“Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social”***. O debate ocorreu a partir de quatro eixos temáticos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (FERNANDES, 2011).

Ressalte-se que a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal fora precedida por 2.542 Conferências Municipais ou Regionais de Saúde Bucal, 26 etapas estaduais e uma etapa Distrital (PALUDETTO JÚNIOR, 2013).

Por fim, a saúde bucal foi inserida entre as iniciativas prioritárias elencadas pelo Ministério da Saúde no Plano Plurianual 2004-2007 “Um Pacto pela Saúde no Brasil”, aprovado pela Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004:

AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL - A atenção em saúde bucal no País, pautada no Programa Brasil Sorridente, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á, entre outros: 1 - na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; 2 - na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 3 - na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e 4 - na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção (BRASIL, 2004c, p. 80).

Percebeu-se uma clara tomada de decisão por parte do Presidente Lula e dos demais membros do Poder Executivo para que a PNSB fosse implementada:

[Para] o Governo Lula, a Política do “Brasil Sorridente” foi a menina de ouro dos olhos dele pela necessidade que o Presidente então eleito, o Luiz Inácio Lula da Silva, ele viu na *pobreza da região Nordeste* aqui, principalmente, e isto despertou a atenção [...] para a construção desta política (entrevistado γ , gama).

Quando o Presidente Lula assume é que se começa a colocar em prática a Política, é quando se começa a estruturar, a priorizar (entrevistado β , beta).

Relatos de alguns entrevistados revelam que o apoio conferido pelo Presidente Lula foi a condição necessária para que a Política fosse implementada:

[...] um facilitador grande eu acho que foi o apoio governamental tanto do Presidente [Lula] quanto do Ministro [Humberto Costa], facilitou demais a política caminhar (entrevistado π , pi).

Houve uma intenção de toda a classe política, dos atores do Executivo, para que a coisa funcionasse *principalmente pro mais carente* (entrevistado α , alfa).

[...] eu acho que em primeiro lugar a determinação política. Quer dizer, foi uma vontade política. Não se constrói política pública se você não tiver gestores que encampem esta ideia e isto se transforme, o que a gente chama de determinação política. Você teve isto através do Presidente Lula (entrevistado δ , delta).

Apesar do espaço ocupado pela saúde bucal na agenda do Governo Federal, ocorreram conflitos de interesses entre os formuladores da política, fato que é comum nesta etapa do ciclo da política. Um dos entrevistados justifica o motivo destes conflitos:

[...] Eu tenho a percepção de que na saúde bucal ela tem uma diferença se a gente for comparar com outras políticas, porque *ela é muito vinculada à uma determinada classe social que a gente poderia chamar de “excluídos”* ou àquelas pessoas que tem mais necessidades de demanda de saúde, sendo ela a de saúde bucal ou não, mas ela não é uma percepção da maioria dos gestores do SUS (entrevistado β, beta).

Esta vinculação das demandas pela saúde bucal às classes sociais excluídas é também a justificativa para as disputas de interesses que se apresentaram nos espaços de negociação da PNSB, pois:

[...] ela [a PNSB] não se coloca como uma necessidade da classe média da sociedade e, muito menos, das classes acima economicamente falando. E a gente sabe que a maioria dos gestores não são egressos dessas classes e, que, portanto, não se sentem representantes desta maneira (entrevistado α, alfa).

5.3.3 Implementação da política

Ainda no ciclo da política pública, após as fases de identificação do problema, formação da agenda, formulação das alternativas e tomada de decisão, a implementação é o momento em que se colocam em prática as decisões tomadas (SECCHI, 2013).

Com finalidade didática, o processo de implementação da PNSB pode ser organizado em duas partes: os dois mandatos do Governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) e o Governo Dilma Vana Rousseff (2011- atual).

Algumas tendências são observadas no Governo Lula (vide Figura 12).

- a) No ano de 2003 foi conferida atenção à conclusão do SB Brasil 2000 e revisto o incentivo financeiro para as Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica, com o objetivo de ampliar o acesso da população brasileira a estes serviços frente à alarmante situação de saúde bucal identificada com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2003);
- b) O ano de 2004 foi marcado pela elaboração e aprovação das Diretrizes da PNSB, pela efetivação do controle social no setor via Conferência Nacional de Saúde Bucal e pela estruturação dos serviços especializados de saúde bucal (Centros de

Especialidades Odontológicas - CEO e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD) (BRASIL, 2004d);

- c) Em 2003 se dá atenção ao fortalecimento da saúde bucal na atenção terciária com a permissão para que os cirurgiões-dentistas emitissem as Autorizações para Internação Hospitalar (BRASIL, 2005);
- d) Nova dedicação é conferida à saúde bucal na atenção básica no ano de 2006 quando da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006);
- e) Ações intersetoriais passaram a ser mais incentivadas em 2007 com a criação do Programa de Saúde na Escola, incluindo a saúde bucal (BRASIL, 2007);
- f) O ano de 2008 é marcado pelo foco conferido a populações excluídas, como os residentes em assentamentos da reforma agrária e remanescentes de quilombos (BRASIL, 2008);
- g) A população de zona rural, sobretudo residente em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, mereceu atenção especial no ano de 2009, motivando a criação das Unidades Odontológicas Móveis (BRASIL, 2009);
- h) O último ano do Governo Lula, 2010, é marcado pela realização de uma nova Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) (BRASIL, 2011a).

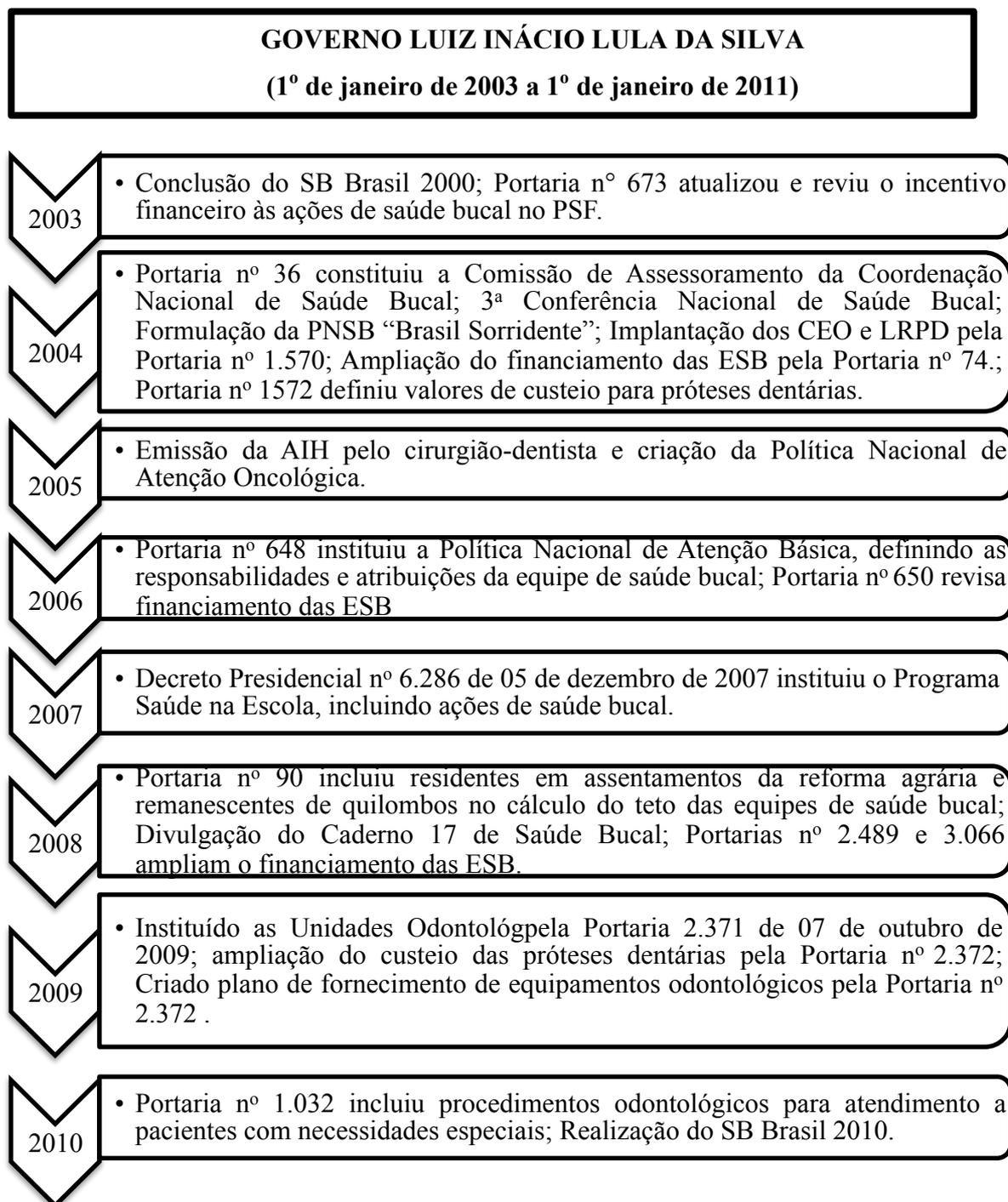
Dando sequência ao processo de implementação da PNSB, o Governo Dilma (2011-atual) ampliou o escopo de atuação da saúde bucal, a incluindo na Política de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011b), nas Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais e nas Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2012). Novas Diretrizes da PNSB também foram formuladas para atender especificamente à população indígena no ano de 2011 (BRASIL, 2011c).

Mantendo o foco de se estruturar uma atenção à saúde voltada para as pessoas que vivem **em situação de pobreza e miséria**, a PNSB foi associada ao ***Plano Brasil Sem Miséria*** (BRASIL, 2011d).

Incentivos financeiros foram ampliados tanto para a saúde bucal na atenção básica quanto especializada, via Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), quanto para a confecção de próteses dentárias e Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2013).

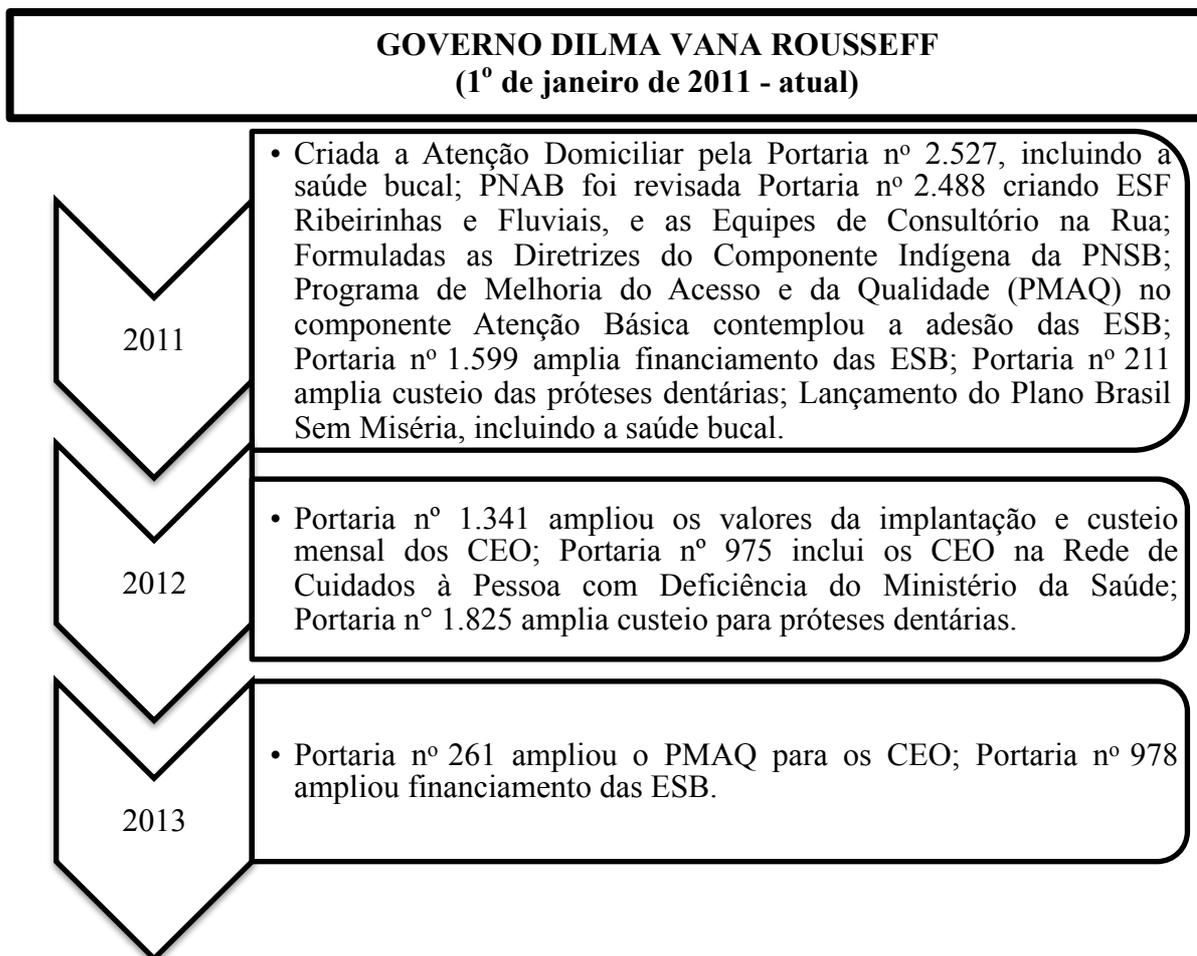
A figura 13 ilustra os marcos históricos da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal nos três primeiros anos do mandato da Presidenta Dilma.

Figura 12 – Marcos históricos da implementação da PNSB no Governo Lula



Fonte: Brasil (2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011b). Elaborado pelo próprio autor.

Figura 13 – Marcos históricos da implementação da PNSB no Governo Dilma



Fonte: Brasil (2012, 2013). Elaborado pelo próprio autor.

Merecem ainda destaque, dentro da implementação da PNSB, a criação de uma rede de Centros Colaboradores (CECOL) credenciados pelo Ministério da Saúde para apoiar ações de vigilância da saúde bucal desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

A constituição da Rede CECOL foi proposta pelo Comitê Técnico Assessor (CTA) de Vigilância em Saúde Bucal, criado por meio da Portaria MS/SAS nº 939, de 21/12/2006. O CTA elaborou o plano de estruturação e implantação do componente de vigilância da saúde bucal da Política Nacional de Saúde Bucal e deu início, no final de 2007, à instalação de oito CECOL em universidades brasileiras (BRASIL, 2010).

Estes CECOL estão localizados na Universidade de São Paulo, Pontifícias Universidades Católicas do Paraná e de Minas Gerais, Fundação Oswaldo Cruz do Rio de

Janeiro e nas Universidades Federais de Goiás, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Santa Catarina (BRASIL, 2010).

Para além das iniciativas do Governo Federal no tocante à PNSB, é preciso que os gestores municipais se apropriem do seu conteúdo para que, de fato, ocorra a sua implementação em todo o território nacional (GÓES; MOYSÉS, 2012). Sobre este ponto, alguns entrevistados foram contundentes em suas falas:

[...] a saúde bucal é muito nova no SUS. A saúde bucal tem 10 anos e o SUS tem 26. Nós ainda temos poucos gestores que sabem gestar a saúde bucal. Muito poucos! (entrevistado α , alfa).

A velocidade da gestão muitas vezes não acompanha a necessidade de implantação e de gestão destes serviços. Então nós temos um grupo de sanitaristas, de gestores, que já são apoderados do SUS, mas que pela saúde bucal ser nova, ainda não se apoderaram da gestão da saúde bucal (entrevistado β , beta).

Há coisas que poderiam ser implantadas no município e não são por problema de gestão. Às vezes não é nem problema de financiamento. Isto se resolve na medida em que a política cresce, em que se invista em qualificação (entrevistado λ , lambda).

5.3.4 Avaliação da política

A avaliação é o último estágio do ciclo da política, no qual se realiza a verificação de como a política está funcionando. Como resultado, uma política pode ser considerada bem sucedida e continuar no seu formato atual, pode ser julgada como necessitando de ajustes ou pode ser extinta, quando do seu insucesso (SECCHI, 2013).

É possível avaliar a PNSB sob duas dimensões: quanto às ações e serviços de saúde bucal e quanto à situação de saúde bucal da população brasileira.

Os resultados alcançados com a PNSB são expressivos na atenção básica, pois em 2013 o país apresentou 38% de cobertura populacional com serviços em quase 90% dos municípios brasileiros. Um crescimento de 543% na série histórica de 2002 a 2013 (BRASIL, 2014d).

Do mesmo modo, também houve um aumento do número de municípios com CEO implantados no Brasil, passando de 60 no ano de 2004 para 816 no ano de 2013, o que corresponde a 14,6% dos municípios brasileiros. Um crescimento de 1.360% no período. Também houve forte expansão dos LRPD passando de 676 no ano de 2010 para 1.465 no ano de 2013. Um crescimento na ordem de 216% (BRASIL, 2014d).

Quanto à situação de saúde bucal da população, um dos resultados mais importantes se refere ao fato de o país assumir a situação de país com baixa prevalência de cárie dentária, em virtude da redução do indicador CPO-D aos 12 anos de idade. Houve redução do CPO-D em todas as faixas etárias estudadas, tendo ocorrido aumento no percentual de indivíduos livres de cárie dentária em crianças, adolescentes e adultos e redução do número de dentes perdidos em crianças, adolescentes, adultos e idosos (BRASIL, 2011a).

Foi identificado acréscimo nos percentuais de uso de prótese dentária inferior e superior em adolescentes e idosos, refletindo a situação de melhoria na cobertura de ações e serviços de reabilitação oral. Redução na necessidade de prótese dentária entre adolescentes foi constatada no período em virtude das ações de saúde bucal desenvolvidas prioritariamente para este público (BRASIL, 2011a).

Os argumentos expostos sustentam a boa avaliação da PNSB, sugerindo sua continuidade ao longo do tempo, com ajustes sendo realizados à medida que novas necessidades de saúde bucal venham a surgir.

5.4 Conteúdo da Política

O conteúdo da Política Nacional de Saúde Bucal pode ser analisado por meio de consulta ao documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil* que tinha por objetivo propor a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito de cuidado como eixo de reorientação do modelo assistencial, enfatizando o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2004d).

Estruturar um modelo pautado nas linhas do cuidado com a criação de fluxos de referência e contra-referência passa por um redirecionamento do processo de trabalho e pela execução de ações intersetoriais (BRASIL, 2004d).

Após a redação dos seus pressupostos, o conteúdo da PNSB é apresentado em seções denominadas: princípios norteadores das ações, processo de trabalho em saúde bucal, ações, ampliação e qualificação da atenção básica, ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária e a estratégia saúde da família (BRASIL, 2004d).

A seguir podem ser visualizados os pressupostos organizados em áreas temáticas:

Quadro 1 – Pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal

ÁREA TEMÁTICA	PRESSUPOSTOS
Atenção Básica	Compromisso com a qualificação da atenção básica.
	Incorporação da Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica.
Rede de Atenção à Saúde	A garantia de uma rede de serviços articulada.
	A busca pela integralidade nas ações de saúde bucal.
Epidemiologia em Saúde Bucal	O uso da epidemiologia para conferir subsídios ao planejamento das ações e serviços de saúde bucal.
	O acompanhamento do impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados.
Vigilância em Saúde Bucal	Avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença.
Educação Permanente	A definição da política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal.
Financiamento em Saúde Bucal	O estabelecimento de uma política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
Pesquisa Científica em Saúde Bucal	A definição de uma agenda de pesquisa científica para investigar os principais problemas relativos à saúde bucal e desenvolver novos produtos e tecnologias.

Fonte: Brasil (2004d). Elaborado pelo próprio autor.

A definição democrática da política de saúde bucal com participação dos usuários, trabalhadores e prestadores é mencionada como um dos princípios norteadores das ações pelas Diretrizes da PNSB. Segundo o documento, todas as ações deverão ser regidas pelos princípios da ética buscando o acesso universal a toda demanda expressa ou reprimida, realizando o acolhimento dos usuários com atos como receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar, produzindo o vínculo. Tudo isto evoca a responsabilidade profissional com os problemas e as demandas dos usuários (BRASIL, 2004d).

Para se alcançar o modelo de atenção proposto na PNSB, as Diretrizes apontam para uma adequação do processo de trabalho, sugerindo a atuação em equipe interdisciplinar e multiprofissional capacitada a desenvolver ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo, a nível local e intersetorial, com boas condições de trabalho (equipamentos, instrumentais, materiais) com parâmetros pactuados pelas coordenações de saúde bucal (BRASIL, 2004d).

Fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor são ações sugeridas no campo da promoção e proteção em saúde bucal. Além disto, ações de recuperação devem ser realizadas com foco em procedimentos conversadores

para se inverter a lógica da mutilação predominante nos serviços públicos. Também devem ser realizadas ações de reabilitação com ênfase na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional (BRASIL, 2004d).

Com o objetivo de se ampliar e qualificar a atenção básica, são propostas ações de prevenção e controle do câncer bucal garantindo a detecção precoce e a continuidade da atenção; de implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento; da inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica como pulpotomias, restauração de dentes com cavidades complexas ou pequenas fraturas dentárias e a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares, bem como tratamento periodontal que não requeira procedimento cirúrgico (BRASIL, 2004d).

A Estratégia Saúde da Família é considerada a principal forma de reorientação do modelo de atenção no nível primário dos cuidados em saúde, onde a saúde bucal deveria se aportar (BRASIL, 2004d).

Ainda são propostas a inclusão da reabilitação protética na atenção básica e a ampliação do acesso por linhas do cuidado e condições de vida: Grupo de 0 a 5 anos, Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos), Grupo de Gestantes, Grupo de adultos e Grupo de idosos (BRASIL, 2004d).

Diante de uma demanda reprimida por ações e serviços odontológicos especializados, a PNSB propõe a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária em saúde bucal, por meio da implantação dos Centros de Referência de Especialidades Odontológicas, posteriormente denominados de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004d).

5.5 Atores

Os atores públicos são aqueles que se caracterizam por cumprir funções públicas e por movimentar os recursos associados. Há duas categorias: os políticos e os burocratas. Políticos são aqueles atores cuja posição deriva de mandatos eletivos, enquanto burocratas devem a sua posição ao ofício de trabalho que requer conhecimento especializado e que se situa em cargos públicos (VIANA; BAPTISTA, 2008). Podem ser indivíduos, grupos ou organizações (COHN, 2008).

Para se caracterizar os atores que participaram do processo político da Política Nacional de Saúde Bucal tomou-se como referência a proposta de Sampaio e Araújo Júnior (2006), onde se identificam os atores principais da política, a posição de cada ator, se estão de acordo com a política, ou seja, a postura dos atores. Serão aqui mencionados os atores citados nos documentos e publicações consultadas no levantamento bibliográfico realizado assim como os que foram mencionados durante as entrevistas desenvolvidas.

Quadro 2 – Atores envolvidos na Política Nacional de Saúde Bucal

(continua)

Atores Principais	Posição	Postura
Luiz Inácio Lula da Silva	Presidente da República 2003-2010	DE ACORDO
Dilma Vana Rousseff	Presidente da República 2011-atual	DE ACORDO
Humberto Costa	Ministro da Saúde 2003-2005	DE ACORDO
Conselho Federal de Odontologia	Entidade de Classe	DE ACORDO
Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde	Órgão Colegiado	DE ACORDO
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde	Órgão Colegiado	DE ACORDO
Conselho Nacional de Saúde	Órgão Colegiado	DE ACORDO
Comissão Intergestores Tripartite	Órgão Colegiado	DE ACORDO
Gilberto Alfredo Pucca Júnior	Coordenador Nacional de Saúde Bucal 2003-atual	DE ACORDO
Participantes dos Encontros Científicos de Estudantes de Odontologia	Estudantes de graduação em Odontologia	DE ACORDO
Participantes do Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica	Estudantes de graduação em Odontologia/ Profissionais da Saúde Bucal	DE ACORDO
Participantes dos Encontros Nacionais de Técnicos do Serviço Público Odontológico	Profissionais e gestores da Saúde Bucal	DE ACORDO

Quadro 2 – Atores envolvidos na Política Nacional de Saúde Bucal

(conclusão)

Atores Principais	Posição	Postura
Afra Suassuna Fernandes, Diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde	Grupo Técnico	DE ACORDO
Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal	Comunidade acadêmica e de gestão	DE ACORDO
Membros da Equipe Técnica da Coordenação Nacional de Saúde Bucal	Grupo Técnico	DE ACORDO
Associação Brasileira de Odontologia	Entidade de Classe	ACORDO/ DESACORDO
Federação Interestadual dos Odontologistas	Entidade de Classe	DE ACORDO
Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas	Entidade de Classe	ACORDO/ DESACORDO
Ministério da Saúde	Órgão do Estado	DE ACORDO

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

A postura dos atores mencionados no Quadro 2 foi definida com base nos depoimentos dos entrevistados e em informações disponíveis na literatura.

Como visto, de maneira geral, estiveram envolvidos na formulação, implantação e implementação da PNSB os profissionais da Odontologia através de suas diversas entidades. Quando questionados quanto ao apoio obtido pelos pares, os entrevistados fizeram os seguintes depoimentos:

A construção do Brasil Sorridente foi feita por atores da nossa categoria [Odontologia]. Agora o apoio foi de todas as entidades da área da saúde. Então, os fonoaudiólogos, os fisioterapeutas, os farmacêuticos, estes são atores principais que nos apoiaram dentro da construção de tudo que foi necessário para a política (entrevistado σ , sigma).

O Conselho Nacional de Saúde, o CONASS e CONASEMS foram importantes figuras. Os gestores locais porque eram os quem colocavam em prática as ações. Até a parceria com o CFO, a ABO. Também estas instituições foram importantes. Pode-se dizer também a FIO. Mas o principal foi o Ministério da Saúde (entrevistado ϵ , épsilon).

Vou começar do Sul pro Nordeste. Vou citar no Rio Grande do Sul, o Djalma Sanzi, a Helenice Corrêa Ely, Idiana Luvison. Samuel Jorge Moysés, no Paraná, Cristiane de Alcântara, Simone Tetu Moysés [...], Marco Aurélio Peres. Vou subir, vou chegar em São Paulo e aqui encontrar um monte, mas vou citar alguns deles: Carlos Botazzo, Paulo Capel, Marco Mafredini, Douglas Schneider, Paulo Frazão. Vou pra Minas Gerais, vamos encontrar Marco Werneck, Badeia Marcos, Renato Simões. Vou pra Goiás: Rosângela Camapum. No Acre, o Cleber Ronald. Aqui no Pernambuco: Petrônio Martelli, Nilcema Figueiredo. No Ceará cito o Sérgio Luz, Sharmenia Nuto. Tem um grupo de pessoas que pode até não ter ajudado diretamente no Governo Lula, mas que faziam parte deste grande movimento nacional que tratavam do tema. Posso falar de Léo Krieger, Jaime Cury. Então algumas pessoas aí que colaboraram e muito, que eram atores deste processo. Jorge Cordón, Wolney Garrafa, que vem dos anos 80 até agora [...] Sim, Ângelo Giuseppe Roncalli aqui no Rio Grande do Norte, enfim, é muita gente (entrevistado γ , gama).

Uma outra contribuição de campo mais individual que tentativa sistematizar as demandas de uma comunidade que nós denominamos de bucaleiros, que militavam pela saúde bucal coletiva, e foi sendo colocado em reuniões sistematizadas junto com o CONASEMS, os coordenadores estaduais de saúde bucal, que passaram mais uma vez à análise e aprovação do ENATESPO e da Conferência (entrevistado δ , delta).

Evidentemente, como em todo processo político, aconteceram disputas de interesses em os atores. Um dos entrevistados resume os conteúdos destes embates sem citar instituições ou nomes:

Eu acho a disputa entre o público e o privado. Esta continua até hoje. Várias instituições defendendo o privado. Enquanto a PNSB foca no público, logicamente (entrevistado ω , ômega).

Outros, dentro desta mesma linha (disputa público e privado), foram mais contundentes, nomeando os atores e seus posicionamentos ideológicos em conflito:

A ABO Nacional nunca entendeu muito bem isto. O CFO foi protagonista numa articulação muito forte pra ver se apoiava, apesar de uma parte do Conselho ter o viés da parte liberal, mas via a política de saúde bucal com muito bons olhos e via como uma boa ação que estava sendo feita (entrevistado γ , gama).

Uma parte da categoria odontológica viu [a PNSB] como uma oportunidade de emprego, muitas vezes querendo negociar dias, quantos dias eu passo no interior, como é que eu faço isto, eu vou trabalhar em qual cidade, eu vou passar quantos dias lá, como é que é isto? Então existia esta dificuldade de compreender os problemas de vínculo (entrevistado ϵ , épsilon).

Eu não posso dizer que uma APCD [Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas], com todo respeito que eu tenho a ela, que ela tenha cunho de ser pró-SUS e que teve um engajamento na proposta pelo país (entrevistado ω , ômega).

Tais circunstâncias revelam que mesmo em uma política de cunho social, desenvolvida pelo setor público, as disputas de interesses são perceptíveis nos discursos dos atores quando do seu envolvimento no processo político.

5.6 Conclusão

Com a realização da análise da PNSB em associação com o ciclo da política proposto por Secchi (2013) é possível identificar que o contexto político do país a partir do ano de 2003 favoreceu a sua formulação e implementação.

Iniciativas governamentais para o combate à fome, miséria, pobreza e exclusão social desenvolvidas a partir de então abriram uma janela de oportunidades aos atores da saúde bucal coletiva para que o problema da alarmante situação de saúde bucal da população e a ausência de uma política pública neste setor entrasse na agenda de prioridades de governo, dada a associação feita entre os dois temas.

A formulação da PNSB se deu de forma de ampla e participativa pela Comissão de Assessoramento à Coordenação Nacional de Saúde Bucal e pelas entidades de classe odontológica (CFO e Conselhos Regionais), garantindo inclusive o controle social por meio das instâncias colegiadas (Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite).

Tomar a decisão pela sua implementação foi uma etapa fácil, em razão das motivações pessoais e políticas do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, firmadas desde a divulgação do seu Programa de Governo no ano de 2002.

O processo de implementação vem se constituindo ao longo do tempo, pautado no fortalecimento da saúde bucal na atenção básica e especializada, com foco na ampliação do acesso com qualidade, destacando-se o incentivo à implantação das Equipes de Saúde Bucal, dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Populações específicas como remanescentes de quilombolas, assentados em áreas de reforma agrária, indígenas, moradores de áreas ribeirinhas e fluviais e de zona rural dos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, além de pacientes com necessidades especiais também foram alvo da PNSB quando do aumento do seu escopo por meio das iniciativas dos Governo Lula e Dilma, demonstrando o aperfeiçoamento desta política ao longo do tempo.

Os resultados de tais intervenções são perceptíveis quando se analisam os dados das Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal demonstrando ter ocorrido melhora considerável nos indicadores; e os dados referentes às ações e serviços de saúde, onde se percebe aumento da cobertura populacional atendida.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F.R. **Relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal**. Goiânia: UFG, 2009.
- BELIEIRO JÚNIOR, J.C.M. Política e economia no governo FHC: a questão dos economistas. **Revista Tópos**, Presidente Prudente, SP, v. 2, n. 1, p. 185-203, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011**. Brasília, 2011d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em: 6 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz_indigena.pdf>. Acesso em: 6 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.371, de 7 de outubro de 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009prt2371_07_10_2009.html>. Acesso em: 6 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011prt2527_27_10_2011_comp.html>. Acesso em: 6 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004**. Brasília, 2004d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/GM-2607.htm>>. Acesso em: 6 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013prt0261_21_02_2013.html>. Acesso em: 04 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 36 de 14 de janeiro de 2004**. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/6458-36.html>>. Acesso em: 06 out. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM->

648.htm>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673, de 3 de junho de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-673.htm>>. Acesso em: 06 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 743, de 20 de dezembro de 2004**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-743.htm>>. Acesso em: 06 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12585-90.html>>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados principais do SB Brasil 2010**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 08 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de lançamento do Programa Nacional de Saúde Bucal em 17 de março de 2004**. Brasília: Secretaria de Imprensa e Divulgação da Presidência da República, 2004b. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/1o-mandato/2004/1o-semester/17-03-2004-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-na-cerimonia-de-lancamento-do-programa-nacional-de-saude-bucal/download>> Acesso em: 22 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Resultados das eleições presidenciais 2002**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores/eleicoes-2002/resultado-da-eleicao-2002>> Acesso em: 21 jul. 2014.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Resultados das eleições presidenciais 2006**. Brasília, 104b. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores/eleicoes-2006/resultado-das-eleicoes-2006>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Resultados das eleições presidenciais 2010**. Brasília, 104b. Disponível em: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-antiores/eleicoes-2006/resultado-das-eleicoes-2010>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

CAGNIN, R.F. et al. A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011-2012). **Revista Novos Estudos**, São Paulo, n. 97, p. 169-185, nov. 2013.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 219-246.

COLIGAÇÃO LULA PRESIDENTE. **Saúde para a família brasileira**. São Paulo: Partido dos Trabalhadores/ Fundação Perseu Abramo, 2002. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/uploads/saudeparaafamiliabrasileira.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2014.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2001, Brasília. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Ata da 139ª Reunião Ordinária do CNS**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata139.doc>> Acesso em: 22 jul. 2014.

COUTO, C. G.; ABRUCIO, F. O segundo governo FHC: coalizões, agendas e instituições. **Revista Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 269-301, nov. 2003.

CURADO, M. Uma avaliação da economia brasileira no Governo Lula. **Economia & Tecnologia**, Curitiba, v. 2011, p. 91-103, 2011.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun. 2011.

FERNANDES, G. F. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FOME zero e boca cheia (de dentes!): Proposta para a Saúde Bucal no Governo Lula dirigida à Equipe de Transição. São Paulo, 2002.

GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.

GOTTEMS, L.B.D. *et al.* O modelo dos múltiplos fluxos de Kingdon na análise de políticas de saúde: aplicabilidades, contribuições e limites. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 511-520, 2013.

IPEA. **Base de dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>> Acesso em: 18 jul. 2014.

IPEA. **Comunicados do IPEA nº 155 – A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda**. Brasília, 2012.

IPEA. **Comunicados do IPEA nº 159 – Duas décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela Pnad/IBGE**. Brasília, 2013.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.A. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 521-532, mar. 2011.

MANFREDINI, M. A. Saúde bucal no Brasil em 2008 e nos 20 anos de Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009.

MOYSÉS, J.; MOYSÉS, S.T. (Org.). **Saúde bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: PEREIRA, A.C. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2009.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Políticas de Saúde Bucal no Brasil**. In: KRIEGER, L. *et al.* **Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

PALUDETTO JÚNIOR, M. **Avaliação de desempenho da política nacional de saúde bucal no período de 2004-2010**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ROCHA, S. Impacto sobre a pobreza dos novos programas federais de transferência de renda. **Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 153-185, jan./abr. 2005.

RONCALLI, A.G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminho compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2006.

SAMPAIO, J.; ARAUJO JUNIOR, J.L. Análise de políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v.6, n.3, p. 335-346, jul. / set., 2006.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. Ed. São Paulo: Cengage, 2013.

SERAFIM, M.P.; DIAS, R.B. Análise de políticas: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, jan./jun. 2012.

SILVA, R.H.A.; SALES-PERES, A. Odontologia: um breve histórico. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 6, n. 1, p. 7-11, jan./mar. 2007.

SOUSA, M.F. **Programa Saúde da Família: Estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

TEXEIRA, R.A.; PINTO, E.C. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e**

Sociedade, Campinas, v. 21, n. 3, p. 909-941, dez. 2012.

THE WORLD BANK GROUP. **World Bank Open Data**: free and open access to data about development in countries around the globe. Washington, 2014. Disponível em: <<http://data.worldbank.org>> Acesso em: 18 jul. 2014.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

WALT, G. et al. **‘Doing’ health policy analysis**: methodological and conceptual reflections and challenges. Oxford: Health Policy and Plannin, 2008.

WALT, G.; GILSON, L. **Reforming the health sector in developing countries**: the central role of policy analysis. Oxford: Health Policy and Plannin, 1994.

WERNECK, M.A.F. **A saúde bucal no SUS**: uma perspectiva de mudança. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio**: o caso das políticas de saúde bucal do Brasil nos anos 80. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

CAPÍTULO 6

6 AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL – TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS

6.1 Introdução

Compreender as tendências e as perspectivas das ações e serviços de saúde bucal no Brasil é um objeto que se insere num escopo de compreensão mais amplo, ao qual se pode denominar de “sistema de atenção à saúde”. Para Mendes (2011), este sistema é o conjunto de atividades cujos objetivos são promover, restaurar e manter a saúde de uma população.

Os sistemas podem ser organizados de modo a prestar atenção às condições agudas e crônicas e se apresentam em duas perspectivas: de fragmentação ou de integração. Os primeiros são fortemente hegemônicos e se organizam por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação com os demais pontos. Diferentemente, os sistemas de integração possuem um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

Neste capítulo serão apresentadas as ações e serviços de saúde bucal desenvolvidas nos diversos níveis de atenção à saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária, com os respectivos números de equipes e estabelecimentos de saúde desta natureza, seus percentuais de cobertura nacionais e regionais.

Outros temas associados serão discutidos, tais como os modelos de atenção que precisam operar na prática para a mudança da situação de saúde bucal da população e o panorama quantitativo de cirurgiões-dentistas no país, nas regiões e nas unidades da federação.

As tendências dos dispositivos legais que buscam a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços odontológicos para populações específicas (indígenas, moradores de rua e de zona rural, ribeirinhos, assentados e quilombolas), tradicionalmente excluídas socialmente e culturalmente, também serão abordados.

Por fim, será apresentada a perspectiva de operacionalização dos serviços de saúde bucal em redes de atenção à saúde, para a garantia da integralidade da atenção.

6.2 Ações e serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS)

A moderna concepção de APS surgiu no Relatório Dawson em 1920, quando foram descritas as funções de cada nível de atenção à saúde e as relações que deveriam existir entre eles. Deste período até meados da década de setenta, vários movimentos levaram à APS: a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948; o movimento feminista; a saúde materno-infantil, entre outros (MENDES, 2012).

Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978 na cidade de Alma-Ata, definiu-se a APS como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979, p.1).

As variações na interpretação da APS se explicam pelo uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva de processo saúde-doença em momento de uma nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde (MENDES, 2012).

Há três interpretações principais: APS seletiva, entendida como um programa destinado a populações pobres; APS como nível primário do sistema de atenção à saúde, ou seja, como porta de entrada do sistema; e APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. Esta última perspectiva coloca a APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado (MENDES, 2002).

O exercício da APS leva em conta a obediência aos seus atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) para o alcance de suas funções (resolubilidade, comunicação e responsabilização) (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a APS tem uma larga história, que foi registrada por Mendes (2002, 2012) em ciclos de desenvolvimento:

Quadro 3 – Ciclos de desenvolvimento da APS

Ciclo	Período	Características
1º	Década de 20	Centros de saúde criados pela Universidade de São Paulo com população adscrita, tendo foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e educação sanitária.
2º	Início dos anos 40	Criação de unidades de APS inspirado no modelo sanitário americano, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Articulavam ações preventivas e curativas com foco em doenças infecciosas.
3º	Metade dos anos 60	Atenção médica para o grupo materno-infantil e para doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. Foi desenvolvido pelas Secretarias Estaduais de Saúde.
4º	Anos 70	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS): expansão da APS no país por meio de um programa de medicina simplificada.
5º	Início dos anos 80	Ações Integradas de Saúde (AIS): levaram para dentro das unidades de APS parte da cultura de atenção médica do INAMPS.
6º	Metade dos anos 80	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS): municipalização das unidades de APS. Experiências focais de modelos de cuidados primários de saúde em várias partes do país.
7º	Década de 90	Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1992 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994.

Fonte: Mendes (2002, 2012).

O sétimo ciclo da APS da na saúde pública brasileira, iniciado na década de noventa e vigente até os dias atuais, é denominado de ciclo da atenção básica à saúde. Considera-se relevante sublinhar que o Brasil não adotou a expressão “Atenção Primária à Saúde”, mas “Atenção Básica à Saúde” (MENDES, 2012).

Neste sétimo ciclo vale a pena destacar alguns marcos legais que subsidiaram a expansão e fortalecimento da APS.

Em primeiro lugar, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, inspirado na experiência exitosa do Programa de Agentes de Saúde do estado do Ceará, que diminuiu drasticamente a mortalidade infantil. Na composição do

PACS estavam inseridos o Enfermeiro e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2009).

Posteriormente, em 1994, foi implantado em 12 municípios, o Programa Saúde da Família (PSF) que teve como base a experiência cubana de médico da família, implantado no município de Niterói (RJ). Nesta configuração, a equipe era composta por médico, enfermeiro e ACS. A principal missão foi de reorientar o modelo de atenção, colocando a família nas agendas das políticas sociais (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Aprovada por meio da Portaria 2.203 de 03 de novembro de 1996, a Norma Operacional Básica (NOB-96) teve por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades de cada ente federativo, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996)

Esta normativa também destacou a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde:

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais (BRASIL, 1996, p. 22935).

Para a operacionalização deste novo modelo, a NOB 96 estabeleceu duas condições de gestão perante as quais os municípios poderiam se habilitar: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996).

Em 18 de dezembro de 1997, a Portaria 1.882 estabeleceu o Piso da Atenção Básica (PAB) como um montante de recursos financeiros destinados ao financiamento da atenção básica à saúde. Composto por uma parte fixa e uma variável que, juntamente com outras modalidades de financiamento, passou a custear a atenção básica no Brasil (BRASIL, 1997a).

A parte variável do PAB destinava-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às

Carências Nutricionais e outros que fossem agregados posteriormente, como é o caso da Saúde Bucal (BRASIL, 1997a).

Neste mesmo ano, a Portaria 1.886 estabeleceu as normas e diretrizes do PACS e do PSF, definindo as responsabilidades de cada nível de governo para a operacionalização dos referidos programas (BRASIL, 1997b).

Em 1998, o Ministério da Saúde divulga o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS por meio da Portaria 3.295 de 13 de novembro de 1998, apresentando a conceituação da atenção básica, as responsabilidades dos municípios, um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados e orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos do PAB (BRASIL, 1998).

É oportuno reiterar que não há sequer menção para a área da saúde bucal nos dispositivos legais até então apresentados. No entanto, alguns municípios a acrescentaram no rol de ações e serviços de atenção básica desde o ano de 1995. É o caso de Curitiba (PR), Distrito Federal (DF) e Camaragibe (PE) (RONCALLI, 2000; ZANETTI, 2000; MARTELLI, 2001).

Neste período, diversas articulações de entidades odontológicas e da sociedade civil ocorreram no intuito de incluir a saúde bucal no PSF (MARTELLI, 2010). Em resposta, o Ministério da Saúde edita a Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a organização da atenção à saúde bucal no PSF (BRASIL, 2000).

Esta portaria fora regulamentada pela Portaria 267 de 06 de março de 2001 que estabeleceu duas modalidades para a inclusão dos profissionais da saúde bucal nas equipes de saúde da família: modalidade I (01 cirurgião-dentista e 01 auxiliar de saúde bucal) e modalidade II (01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnico de higiene dental). Ambas com carga horária semanal de 40 horas, sendo responsáveis em média por 6.900 habitantes, na proporção de uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família (BRASIL, 2001).

Do mesmo modo, foram estabelecidos os mecanismos de repasses de recursos financeiros para a implantação e o custeio mensal destas equipes por meio do PAB variável criado para este fim (BRASIL, 2001). Apesar disto, a efetivação dos repasses tardou em acontecer, fazendo com que os municípios assumissem o auto-custeamento deste serviço (MARTELLI, 2010).

Impulsionado pelo incentivo financeiro, diversos municípios aderiram à proposição

de implantar as equipes de saúde bucal. Em 2002, mais de 4.000 equipes de saúde bucal já estavam implantadas no país, com um número superior a 26 milhões de pessoas cobertas por tais serviços em 2.302 municípios (vide tabela 1 e gráfico 8).

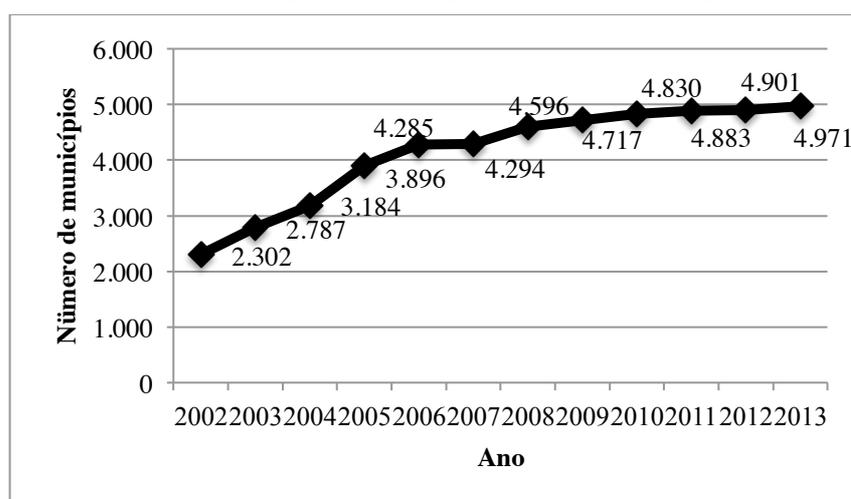
Tabela 1 – Estimativa do número de equipes de saúde bucal com respectivos percentuais de cobertura e população coberta no Brasil (2002-2013)

Ano	Percentual de cobertura	População coberta	Número de equipes
2002	8,3%	14.700.450	4.261
2003	11,9%	21.286.500	6.170
2004	17%	30.880.950	8.951
2005	23,7%	43.476.900	12.602
2006	28%	52.046.700	15.086
2007	28,85%	54.144.300	15.694
2008	32,38%	61.413.450	17.801
2009	34,2%	65.487.900	18.982
2010	36,4%	70.462.800	20.424
2011	37,9%	73.916.250	21.425
2012	38,9%	76.600.350	22.203
2013	40,6%	79.867.500	23.150

Fonte: Brasil (2014) e IBGE (2014)

Nota: considerando a variação do número de habitantes por equipe de saúde bucal preconizado pelos dispositivos legais ao longo da série história, procedeu-se o cálculo da população coberta e percentual de cobertura com base em 3.450 habitantes por equipe de saúde bucal para todo o período, a fim de se padronizar a análise.

Gráfico 8 – Número de municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas (2002-2013)



Fonte: Brasil (2014)

O crescimento do número de equipes de saúde bucal na série histórica de 2002 a 2013 foi de 543%, chegando a 40,6% de cobertura populacional no país com serviços em 4.971 municípios (86% dos municípios brasileiros) no ano de 2013.

A modalidade I é o tipo de Equipe de Saúde Bucal com maior quantitativo no país em todos os anos da série histórica 2002-2013. Em 2013, o quantitativo de equipes na modalidade II correspondia a menos de 10% do total de equipes implantadas no país (vide tabela 2).

Tabela 2 – Quantitativo de Equipes de Saúde Bucal por modalidade (2002-2013)

Ano	Modalidade I	Modalidade II
2002	3.819	442
2003	5.631	539
2004	8.234	717
2005	11.717	886
2006	14.019	1.067
2007	14.563	1.131
2008	16.423	1.384
2009	17.465	1.517
2010	18.731	1.693
2011	19.492	1.933
2012	20.155	2.048
2013	21.016	2.134

Fonte: Brasil (2014)

O baixo quantitativo de ESB na modalidade II, que integra o trabalho do técnico em saúde bucal, pode ser explicado pela tensão quanto à incorporação do pessoal técnico auxiliar na Odontologia, sob argumentos relacionados à baixa qualidade nas ações desenvolvidas, à competitividade do mercado de trabalho entre CD e TSB, e aqueles relacionados à responsabilidade profissional do CD diante do TSB. Ressalta-se que todos estes argumentos são refutáveis diante da importância do trabalho em equipe multiprofissional.

Kitani (2011), ao analisar a percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção do trabalho do Técnico em Saúde Bucal na Equipe de Saúde Bucal, verificou que há reconhecimento da importância do trabalho técnico diante da grande demanda de assistência, mas que não houve experiência durante a formação acadêmica.

Mudanças na formação profissional aliadas à sensibilização dos gestores quanto à melhoria dos resultados de assistência em saúde bucal quando do envolvimento do pessoal

técnico no trabalho em equipe se constituem caminhos a serem percorridos para mudança do cenário encontrado.

Dados sobre o número de habitantes cobertos pelas Equipes de Saúde Bucal, assim como o quantitativo destas e percentuais de cobertura por regiões geográficas do país, podem ser observados na tabela 3.

Tabela 3 – Número de ESB implantadas, população coberta e percentuais de cobertura por regiões geográficas do Brasil (2013)

Região	Número de municípios	Número de habitantes	Número de ESB implantadas	População Coberta	Percentual de Cobertura
Sul	1.191	28.795.762	2.995	9.673.475	35%
Sudeste	1.668	84.465.579	6.058	19.766.561	24%
Centro-Oeste	467	14.993.194	1.862	6.041.312	42%
Norte	450	17.013.560	1.730	5.691.896	35%
Nordeste	1.794	55.794.694	10.505	32.351.421	60%

Fonte: Brasil (2014). Elaborado pelo próprio autor.

Como exposto, as maiores coberturas de saúde bucal na APS estão nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, embora os maiores números de ESB estejam nas regiões Nordeste e Sudeste.

É notável o crescimento ocorrido a partir do ano de 2004. Fato que pode ser explicado pela edição da Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003 que atualizou e reviu o incentivo financeiro às ações de saúde bucal no PSF. Em seu artigo 1º, a Portaria nº 673 fez a seguinte menção:

Poderão ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal forem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerem a lógica de organização da atenção básica (BRASIL, 2003a, p. 44).

Modificada a proporção anterior de uma equipe de saúde bucal a cada duas equipes de saúde família para o critério 1:1 (média de 3.450 pessoas por equipe) e ainda ampliado o

montante de recursos destinado para o seu financiamento, a saúde bucal passa a ocupar um espaço diferente do ocorrido na década anterior dentro da APS (BRASIL, 2003a).

Somam-se aos argumentos para crescimento, a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” no ano de 2004 (BRASIL, 2004) e o consequente e corriqueiro aumento de repasses de recursos financeiros para implantação e custeio das equipes de saúde bucal ocorridas a partir de então (vide quadro 6 – do capítulo 7 - financiamento da saúde bucal).

O fortalecimento da saúde bucal na atenção básica se dá pelo efetivo cumprimento das ações previstas neste nível de atenção à saúde: ações de promoção e proteção (fluoretação das águas, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor), ações de recuperação e de reabilitação. Este rol de ações deve ser realizado considerando a necessidade de se ampliar o acesso, trabalhando com grupos específicos por ciclos e condições de vida (BRASIL, 2004).

Fortalecida a partir de então, a saúde bucal na atenção básica tem suas diretrizes e normas revisadas pela Portaria 648 de 28 de março de 2006 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica. Nela foram definidas as responsabilidades e atribuições dos membros da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006).

No interior do governo Lula, de forte preocupação com o desenvolvimento social, algumas interfaces foram observadas entre as políticas sociais e as ações e serviços de saúde bucal.

Exemplo disto é o Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada (BRASIL, 2007a).

Dentre as ações previstas no PSE está a avaliação e a promoção de saúde bucal. A avaliação de saúde bucal deve ser realizada uma vez ao ano com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal e situações de maior vulnerabilidade, identificando os estudantes com necessidade de cuidados específicos (BRASIL, 2007b).

Como ações de promoção de saúde, podem ser realizadas a escovação dental supervisionada, com o objetivo de orientar e estimular os educandos a incorporar hábitos de higiene bucal, além de disponibilizar flúor na cavidade bucal (BRASIL, 2007b).

Outro exemplo é a Portaria 90 de 17 de janeiro de 2008 que atualizou o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto das equipes de saúde família e das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2008a).

Em 2009, foi instituído o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria 2.371 de 07 de outubro de 2009. Considerando o Programa Territórios da Cidadania, que visava ao desenvolvimento econômico e universalização dos programas básicos de cidadania, integrando políticas públicas para redução das desigualdades sociais (BRASIL, 2009a), Unidades Móveis Odontológicas (UOM) foram entregues pelo Ministério da Saúde aos municípios para garantir ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal das populações rurais, quilombolas, assentadas, em áreas isoladas ou de difícil acesso (BRASIL, 2009b).

Já no Governo Dilma, uma nova modalidade de serviços de saúde bucal na atenção primária à saúde foi criado no campo da Atenção Domiciliar pela Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011¹. Segundo esta lei, a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) deveria ser constituída por três profissionais de saúde nível superior com carga horária semanal de 30 horas eleitos dentre diversas categorias profissionais, sendo uma delas a Odontologia (BRASIL, 2011a).

Ainda no ano de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fora revisada e reeditada pela Portaria 2.488 de 28 de outubro de 2011. Este dispositivo retomou as diretrizes e fundamentos da APS, destacou seu papel nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), definiu as responsabilidades das esferas de governo e estabeleceu exigências quanto à estrutura física necessária para a atuação das Equipes de Atenção Básica bem como o processo de trabalho (BRASIL, 2012a).

Foram enfatizadas as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde bucal nas modalidades I (01 cirurgião-dentista e 01 auxiliar de saúde bucal) e II (01 cirurgião-dentista,

¹ Esta Portaria fora revogada pela Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, garantindo a inclusão do cirurgião-dentista.

01 técnico em saúde bucal e 01 auxiliar de saúde bucal. Ou, ainda, as modalidades I ou II operando em Unidades Móveis Odontológicas (BRASIL, 2012a). Destacam-se como inovações na área da saúde bucal: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Fluviais, que podem agregar profissionais de saúde bucal em sua composição, para o atendimento da população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Matogrossense; e as Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2012a).

Tais Equipes de Consultório na Rua vem atender à uma outra população específica, também vitimada pela exclusão social – a população em situação de rua. Embora já regulamentada pela PNAB 2011, a Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012 definiu as diretrizes e organização das Equipes de Consultório na Rua, incluindo o técnico em saúde bucal como uma dos profissionais de saúde que poderiam atuar em sua composição. Este seria supervisionado por um cirurgião-dentista vinculado a uma Equipe de Saúde da Família ou a outra Equipe de Atenção Básica da área correspondente, ou da Unidade Básica de Saúde mais próxima da área² (BRASIL, 2012b).

Para atender a uma outra população vitimada pela exclusão social, o Ministério da Saúde elaborou as Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, definindo a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal direcionada aos povos indígenas, por meio da execução de ações de controle das doenças bucais, incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como o desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2011b).

Em 2012, em consonância com o Plano Brasil sem Miséria, a Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde criou um mecanismo que possibilitou aos municípios conhecerem qual a porcentagem das famílias pertencentes ao Programa Bolsa Família que possuem o perfil saúde e têm acesso ao serviço público odontológico (BRASIL, 2012c).

Por meio desta ferramenta, o responsável por inserir esta informação, faria o cadastro do município, possibilitando que toda a rede pública de atenção em saúde bucal (atenção primária, Centros de Especialidades Odontológicas, Hospitais) fizesse o registro das pessoas pertencentes ao Programa Bolsa Família que fossem atendidas (BRASIL, 2012c).

O escopo desta ferramenta não era o de se enquadrar como uma das condicionalidades do Programa Bolsa Família, mas sim, oferecer subsídios para formulação

² A Portaria nº 1.029 de 20 de maio de 2014 incluiu o cirurgião-dentista como um dos profissionais de saúde das Equipes de Consultório na Rua em caráter opcional.

de políticas públicas voltadas para a diminuição da desigualdade social através do fortalecimento da vigilância da saúde bucal do município (BRASIL, 2012 c).

No período compreendido entre os anos de 2003 e 2011, alguns indicadores de saúde bucal foram propostos para pactuação no concernente ao Pacto pela Saúde. Eles reforçam a necessidade de se intensificar esforços para fortalecer a saúde bucal na atenção básica (GOÉS; MOYSÉS, 2012) (vide quadro 4).

Quadro 4 – Indicadores de Saúde Bucal (2003-2011)

Ano	Indicadores de saúde bucal
2003 a 2005	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
	Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos
	Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais
2006 a 2009	Cobertura de primeira consulta odontológica programática
	Cobertura da ação coletiva/ escovação dental supervisionada
2010	Sem indicadores
2011	Cobertura da ação coletiva/ escovação dental supervisionada (média: 3%)
	Cobertura da população pelas ESB da ESF (mínimo: 40%)

Fonte: Goés e Moysés (2012). Adaptado pelo autor.

Ao serem analisados os dados de 2007 a 2011 referentes ao indicador cobertura estimada da população pelas ESB da ESF por regiões do país, observou-se que apenas a região Nordeste alcançou a meta prevista, com 59,10% de cobertura. A região Centro-Oeste apresentou 37,86%, a Sul teve 30,85%, o Norte contou com 30,30% e o Sudeste com 19,04 (DATASUS, 2014).

Nenhuma das regiões alcançou a meta de escovação dental supervisionada, embora o Sul e Sudeste tenham apresentado os melhores resultados, com 2,40 e 2,35 respectivamente. O Nordeste teve 2,06, enquanto que Centro-Oeste e Norte obtiveram 1,87 e 1,25 respectivamente (DATASUS, 2014).

Em virtude da expansão da atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de

diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários investimentos que propiciassem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004).

6.3 Ações e serviços de saúde bucal na Atenção Secundária à Saúde

Alguns aspectos diferenciam a assistência prestada pela atenção primária e secundária em saúde bucal: os insumos, os instrumentais e os equipamentos. Mesmo com tais distinções, o que se busca é o atendimento integral (COSTA, 2007).

Em 2002, os serviços especializados correspondiam a 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos no Brasil, revelando baixa oferta de serviços de atenção secundária e terciária. O fato é que a expansão dos serviços nestes níveis de complexidade não acompanhou o crescimento da oferta de serviços básicos (BRASIL, 2004).

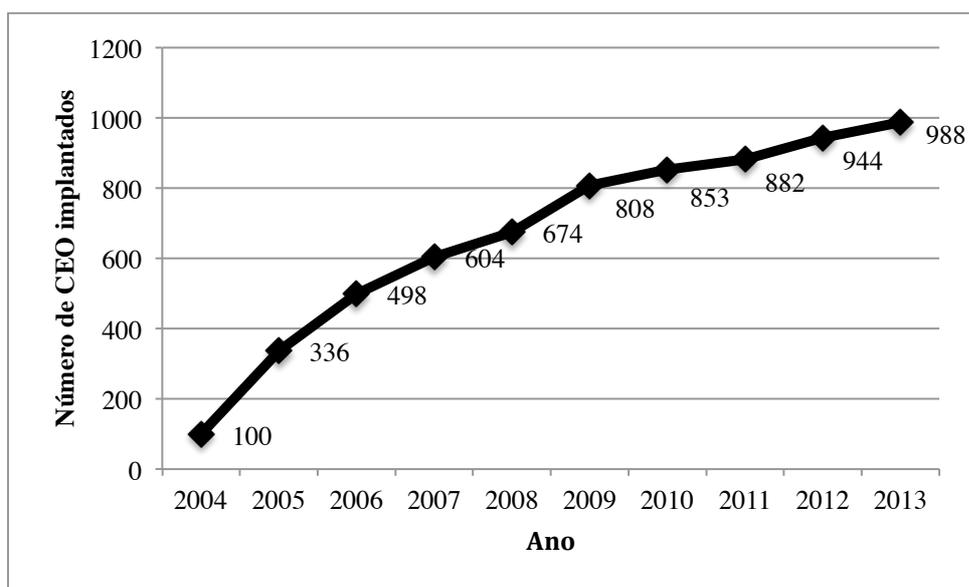
Com o objetivo de melhorar o panorama, foram instituídos os critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pela Portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004. Diversas portarias dispuseram sobre o seu financiamento ao longo deste tempo (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006) (vide quadro 7 do capítulo 7 “financiamento da saúde bucal”).

Os CEO são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como Clínica Especializada/ Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado em odontologia para realizar, no mínimo: diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Estes estabelecimentos podem ser classificados em três tipos, de acordo com o critério físico e estrutural: tipo I (3 cadeiras odontológicas), tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas) e tipo III (mais de 7 cadeiras odontológicas). Devem funcionar por 40 horas semanais, sendo variável o número de profissionais e as metas de produção mensal (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Desde sua criação no ano de 2004 até o ano de 2013, foi crescente o número de implantação destes estabelecimentos (expansão de 900%) conforme pode ser visualizado no gráfico 9.

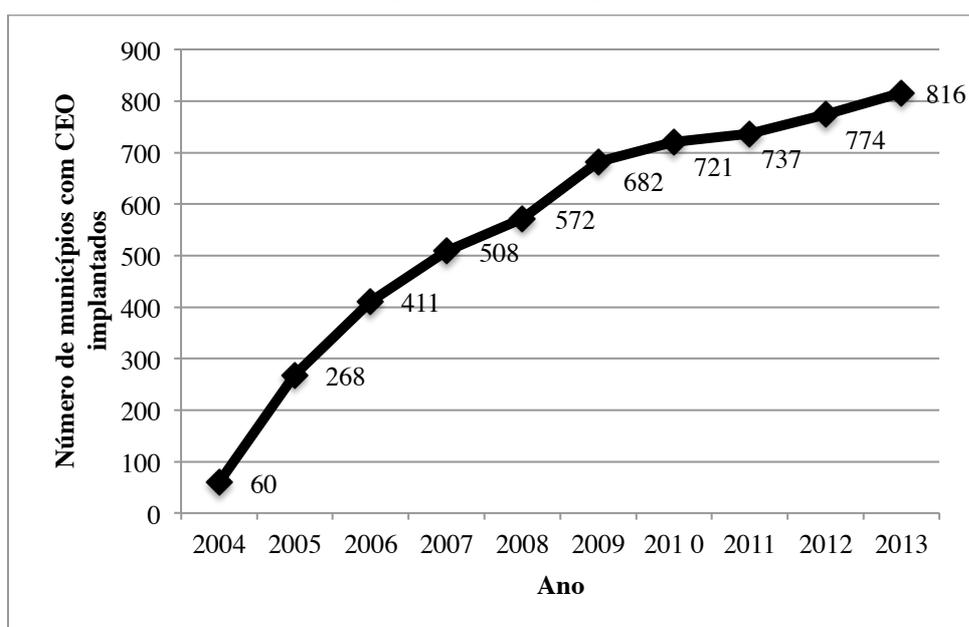
Gráfico 9 – Número de CEO implantados no Brasil (2004-2013)



Fonte: Brasil, 2014

Do mesmo modo, também houve um aumento do número de municípios com CEO implantados no Brasil, passando de 60 no ano de 2004 para 816 no ano de 2013, o que corresponde a 14,6% dos municípios brasileiros. Um crescimento de 1.360% no período (vide gráfico 10).

Gráfico 10 – Número de municípios com CEO implantados no Brasil (2004-2013)



Fonte: Brasil, 2014

Apesar do considerável aumento no período, é oportuno destacar o modo como tais estabelecimentos se distribuem entre as regiões brasileira, sendo a maior oferta na região Nordeste e a menor na região Norte (dados de 2013). Quando se analisa a proporção de habitantes por CEO, a região Nordeste é a que apresenta os melhores resultados, contrapondo os dados da região Norte, onde está a maior número de número de habitantes por CEO do país (dados de 2013) (vide Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos CEO por regiões geográficas brasileiras e proporção de habitantes por CEO (2013)

Região	Número de municípios	Número de habitantes	Número de CEO	Proporção habitante/CEO
Sul	1.191	28.795.762	118	244.031/CEO
Sudeste	1.668	84.465.579	351	240.642/CEO
Centro-Oeste	467	14.993.194	70	214.188/CEO
Norte	450	17.013.560	66	257.781/CEO
Nordeste	1.794	55.794.694	383	145.678/CEO

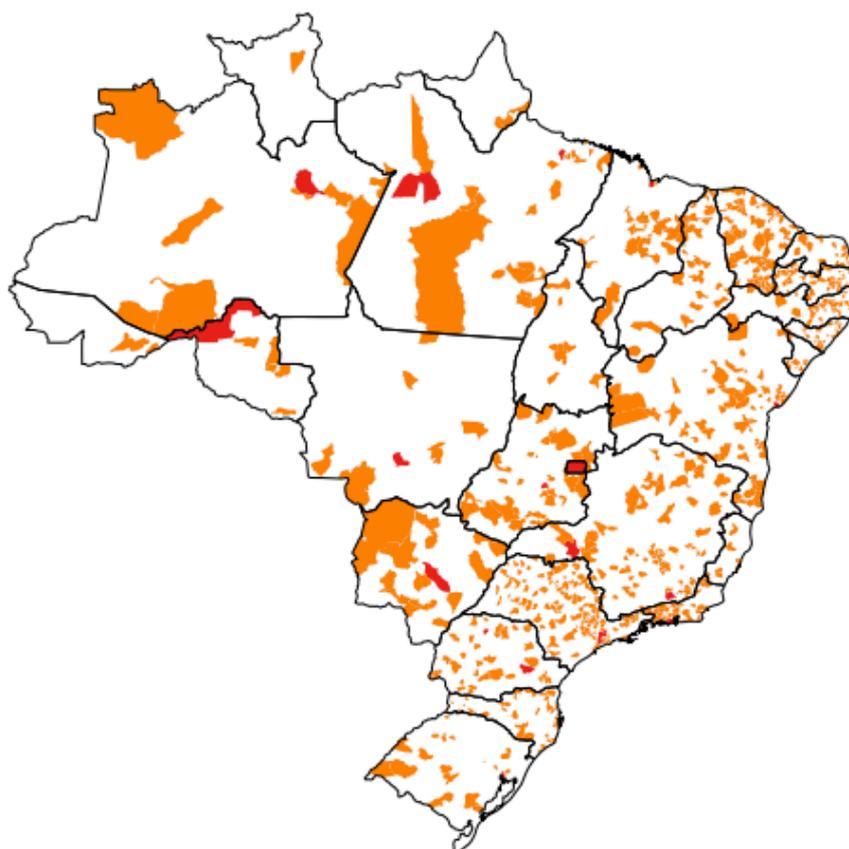
Fonte: Brasil (2014). Elaborado pelo próprio autor.

Estes dados revelam:

- a) que houve maior direcionamento das políticas de saúde bucal para a região Nordeste, por apresentar os piores indicadores de saúde bucal do país (alto número de pacientes edêntulos e alto número de dentes cariados), com vistas à promoção da equidade (BRASIL, 2011c);
- b) que nas regiões Sul e Sudeste há ampla oferta de serviços privados de saúde bucal, fazendo parecer menos importante a implantação de serviços públicos neste setor, uma vez que estão nestas regiões as cidades com maiores PIB nominais do país (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013);
- c) que é preciso intensificar a ampliação da oferta de serviços especializados de saúde bucal em todo o território nacional, pois ainda são altas as proporções entre o número de habitantes e de CEO;
- d) que há dificuldade em implantar serviços em cidades com baixa capacidade de realizar contrapartidas financeiras para garantir o custeio mensal (LORENA SOBRINHO; ESPÍRITO SANTO, 2013).

A figura 14 permite visualizar as áreas de vazios assistenciais em atenção secundária de saúde bucal, fazendo um chamado à tomada de decisões por parte dos formuladores das políticas públicas, a fim de garantir a universalização do acesso, a equidade e a integralidade.

Figura 14 – Mapa do número de CEO implantados nos municípios brasileiros (2013)



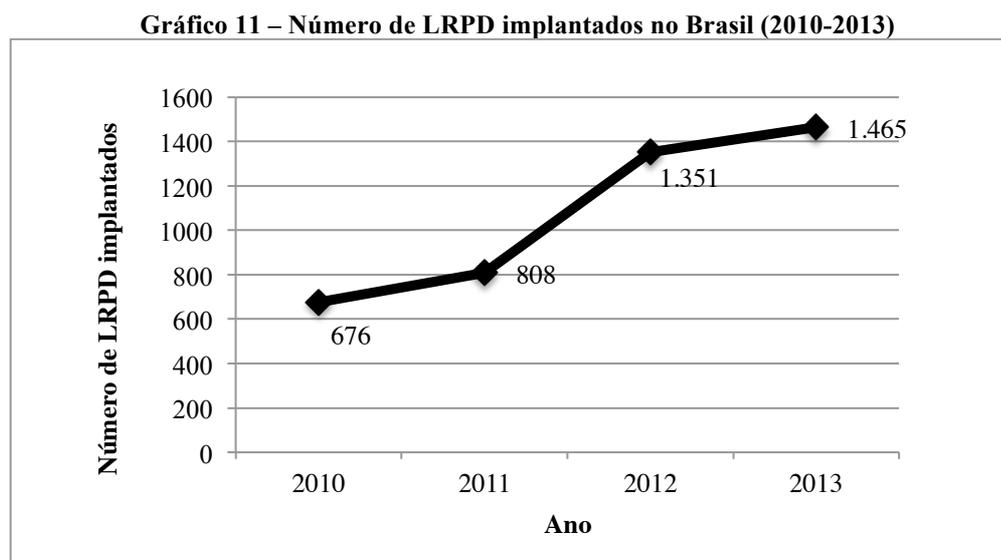
	Entre 1 e 2 CEO implantados
	Mais de 2 CEO implantados

Fonte: Brasil (2014)

Também por meio da Portaria nº 1.570 de 29 de julho de 2004, foram criados os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), estabelecimentos cadastrados no CNES como unidade de saúde de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, sem restrição quanto à natureza jurídica, para realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Os recursos financeiros para a implantação e custeio mensal dos CEO e LRPD bem como os procedimentos relativos podem ser melhor compreendidos através de leitura ao capítulo IV desta tese, que trata sobre o financiamento da saúde bucal.

Do mesmo modo que ocorreu com os CEO, houve forte expansão dos LRPD passando de 676 no ano de 2010 para 1.465 no ano de 2013. Um crescimento na ordem de 216% (vide gráfico 11).



Fonte: Brasil (2014)

O maior número de serviços está na região Nordeste, onde há consequentemente a melhor proporção de habitantes por LRPD do país. O menor número está na região Norte e a pior proporção de habitantes por LRPD do país está na região Sudeste (vide tabela 5).

Tabela 5– Distribuição dos LRPD por regiões geográficas brasileiras e proporção de habitantes por LRPD (2013)

Região	Número de municípios	Número de habitantes	Número de LRPD	Proporção habitante/LRPD
Sul	1.191	28.795.762	205	140.467/LRPD
Sudeste	1.668	84.465.579	489	172.732/LRPD
Centro-Oeste	467	14.993.194	92	162.969/LRPD
Norte	450	17.013.560	61	278.910/LRPD
Nordeste	1.794	55.794.694	618	90.282/LRPD

Fonte: Brasil (2014). Elaborado pelo próprio autor.

Associando o panorama desta oferta de serviços com os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL) de 2010, algumas reflexões podem ser feitas:

- a) O maior número de LRPD na região Nordeste busca atender a uma alta demanda por necessidade de prótese dentária naquela população, pois esta foi observada entre 17% dos adolescentes de 15 a 19 anos, 78,9% dos adultos de 35 a 44 anos e 96% das pessoas entre 65 e 74 anos. O Nordeste foi a segunda região do país com maiores necessidades de prótese dentária (BRASIL, 2011c);
- b) Ainda são precisos esforços para implantação de mais LRPD na região Norte, pois esta foi a região com maior necessidade de prótese dentária do país para todas as faixas etárias pesquisadas: 29% entre adolescentes de 15 a 19 anos, 83,3% entre adultos dos 35 a 44 anos e 97,2% entre pessoas dos 65 a 74 anos (BRASIL, 2011c).

Sabe-se o quanto o edentulismo é reflexo da exclusão social, pois perdas dentárias foram fortemente associadas com indivíduos residentes em zona rural, com as mulheres, com os mais pobres, com os de menor escolaridade e com aqueles de idade mais avançada. Ampliar a cobertura de serviços especializados para reabilitação oral é uma ação que promove equidade e garante a inclusão social (BARBATO *et al.*, 2007).

Fato percebido na fala de um dos entrevistados:

Então, através de prótese, hoje em dia nós temos os CEO, laboratórios de prótese, então estes impactos sociais são marcantes neste governo. Pra mim são marcantes (entrevistado δ , delta).

6.4 Ações e serviços de saúde bucal na Atenção Terciária à Saúde

Pode-se compreender a Alta Complexidade em Odontologia como o conjunto de serviços tanto ambulatoriais quanto hospitalares, contemplando os procedimentos de ortodontia, prótese e cirurgia em pacientes com anomalias craniofaciais e fissuras labiopalatais e implantes dentários (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

A nível hospitalar, o atendimento odontológico tem como prioridade os traumas na região bucomaxilofacial, embora outras situações demandem atuação nestes serviços, como é o caso de atendimentos a pacientes sob anestesia geral ou a pacientes que não apresentem condições de intervenção ambulatorial, ou seja, requiere retaguarda hospitalar (COLUSSI, 2009).

Quanto à inclusão de assistência a portadores de anomalias craniofaciais no SUS, iniciativas foram realizadas no ano de 1993 quando se criaram mecanismos de pagamentos para cirurgias corretivas de fissuras labiopalatais e para implantes osseointegrados. Posteriormente, foi criada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

Sabe-se que a atenção à saúde nesta área apresenta custos elevados. Porém, ainda maiores seriam os custos em termos de morbidade, distúrbios emocionais, estigmatização e exclusão social (MONLLÉO; GIL-DA-SILVA-LOPES, 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde possibilitou a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pelo cirurgião-dentista e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde (BRASIL, 2005), incluindo atenção odontológica no credenciamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A falta de um Sistema de Atenção ao Câncer de Boca resulta em pacientes com diagnóstico em estádios avançados (III e IV), pressupondo a necessidade da universalização do acesso ao diagnóstico precoce e tratamento (BORGES *et al.*, 2008). O tempo decorrente entre a detecção e o início do tratamento do câncer de boca é, em média, de 65,7 dias (COSTA; MIGLIORATI, 2001).

Fica claro que as altas taxas de mortalidade de câncer de boca no Brasil estão associadas à elevada prevalência de fatores de risco, à baixa cobertura assistencial e à dificuldade de acesso a tratamentos especializados (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

No concernente ao atendimento de pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar, a Portaria nº 1.032 de 05 de maio de 2010 incluiu procedimentos odontológicos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS (BRASIL, 2010a).

Fica registrado, portanto, o avanço obtido na assistência de saúde bucal nos seus diversos níveis de atenção à saúde, o que é associado também ao avanço nas condições de pobreza, miséria e exclusão social:

Quando você muda o foco de um governo e diz: vocês vão sair da condição de miséria, e vou usar as riquezas sobrando do país e você somando a isto oferece serviços de odontologia, de saúde bucal, que no imaginário popular era de acesso

exclusivo pra rico. Não só no imaginário, de fato era de acesso a pessoas que tinham posse. Quando você permite, quando você oferece este tipo de direito, ou seja, quando você permite que este direito se aplique às pessoas, isto é fantástico! (entrevistado α , alfa).

Embora tenha ocorrido uma notável expansão dos serviços de saúde bucal na atenção primária e secundária em todo o território nacional, ainda se percebe uma incoerência entre esta cobertura e a situação de saúde bucal da população (BRASIL, 2011b).

Apesar disto, a ampliação dos serviços odontológicos tem uma conotação mais abrangente do que apenas a da “assistência em saúde bucal”. Para um dos entrevistados, este fato gera legitimidade social para a PNSB:

Nós sabemos que a assistência, a intervenção do profissional no paciente de uma forma direta, não resolve os problemas epidemiológicos em relação à saúde, e também em saúde bucal. Porém, a assistência tem um papel estratégico que é conferir legitimidade social para as outras ações. As pessoas percebem que elas tem o direito de serem tratadas, de exigir que os dentistas, as equipes de saúde bucal estejam nas unidades básicas de saúde. De que forma você consegue isto? Na medida em que você consegue capilarizar a assistência, você consegue congrega que este direito aflore (entrevistado σ , sigma).

Alguns argumentos podem ser utilizados para justificar o atual quadro da situação de saúde bucal: (a hegemonia de um modelo de atenção à saúde bucal biologicista, mutilador e excludente; a distribuição desigual do número de cirurgiões-dentistas no território nacional; e a forma de organização do sistema de atenção à saúde, ainda fragmentado e com baixa resolutividade. Estes temas serão abordados nas seções que seguem.

6.5 Modelos de atenção em saúde bucal

‘Modelo de atenção’ é o termo adotado para o sistema lógico que organiza o funcionamento das ações e serviços de saúde. Ele busca articular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e das intervenções sanitárias. É definido em função da visão prevaiente de saúde, da situação de saúde – demográfica, social e epidemiológica (MENDES, 2011).

O Caderno de Atenção Básica nº 17 (BRASIL, 2008b) resgata o histórico dos modelos assistenciais da saúde bucal brasileira e os organiza da seguinte forma:

- a) Odontologia Sanitária e o Sistema Incremental: desenvolvido pelo SESP na década de 50, priorizou atenção aos escolares do sistema público com enfoque curativo-

- reparador. Introduziu algumas medidas preventivas e trabalho a quatro mãos com pessoal auxiliar;
- b) Odontologia Simplificada e Odontologia Integral: promoção e prevenção de saúde bucal com ênfase coletiva e educacional, participação comunitária, incorporação de pessoal auxiliar, simplificação e racionalização da prática odontológica. Foi desenvolvido ao final dos anos 70;
 - c) Programa de Inversão da Atenção: centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio da doença cárie. Contava com ações de controle epidemiológico, uso de tecnologias preventivas moderna, mudança da “cura” para “controle” e ênfase no autocontrole.

Na visão de Narvai e Frazão (2008), o modelo hegemônico é o que se denomina ‘odontologia de mercado’, no qual as condições de saúde bucal resultam da assistência odontológica prestada mediante pagamento pelos serviços realizados. Este modelo produz segmentação das práticas, mercantilização dos serviços e a restrição do acesso.

Proposta pelo Ministério da Saúde, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” tinha como um dos seus objetivos basilares a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, com os seguintes pressupostos:

Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica [...]; Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal [...]; Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento [...]; Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados [...]; Centrar a atuação na Vigilância à Saúde [...]; Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;. Definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal [...]; Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção; Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2004, p. 4-5).

Apesar da normativa, o modelo sugerido ainda não é plenamente incorporado na prática. Estudo desenvolvido por Martelli *et al.* (2008) no qual se analisou o modelo de atenção em saúde bucal em nove municípios do estado de Pernambuco, identificou que a maioria apresenta dificuldades na estruturação da saúde bucal à luz da Estratégia Saúde da Família.

Eu acho que como dificultador tem o problema de gestão. A gente tem uma dificuldade de gestores locais de colocar em prática as ações da PNSB (entrevistado λ , lambda).

Eu vejo que o profissional da saúde, incluindo a Odontologia, entra de ré pra trabalhar, isto é a realidade (entrevistado α , alfa).

Martelli *et al.* (2008) sugerem alguns argumentos para a realidade observada: o perfil do cirurgião-dentista voltado para a clínica, a influência de uma formação flexneriana, a expectativa da comunidade na busca por ações curativas, a falta de entendimento dos fluxos entre os pontos de atenção em saúde bucal e as falhas na formação complementar.

A formação da categoria odontológica nas Universidades, em que pese as tendências de modificação de currículo, mas a formação é um dificultador, pois é formada pra um tipo de atividade que não consegue ser aplicada, mesmo com toda a sua racionalidade técnica e científica, na Atenção Primária à Saúde (entrevistado α , alfa).

A formação da Odontologia ainda é muito voltada para o privado. Os profissionais que saem da graduação tem dificuldade de atuar de acordo com os princípios do SUS, porque trabalhar no Sistema Público de Saúde é um mundo bem diferente pra eles (entrevistado σ , sigma).

O que se pode verificar é que apesar do acréscimo no número de Equipes de Saúde Bucal no país com a consequente expansão da cobertura populacional, boa parte dos profissionais de saúde bucal continuam exercendo uma atividade curativa, baseada no modelo tradicional mutilador/tecnicista e com poucos avanços na prevenção à saúde (PEREIRA *et al.*, 2009).

No entanto, os entrevistados neste estudo destacam mudanças no modelo de atenção odontológico:

Fundamentalmente houve redução da extração dentária. Isto é a mutilação. A sensação de que agora você vai pro dentista não pra ser mutilado, mas pra ter acompanhamento. Este imaginário popular de que você tem um dentista que cuida de você, isto foi fantástico! (entrevistado ω , ômega).

6.6 Distribuição dos cirurgiões-dentistas no Brasil

O exercício da profissão do cirurgião-dentista tem passado por profundas modificações, em razão da incorporação tecnológica progressiva, da tendência à especialização, da redução do exercício liberal, da popularização do planos e seguros odontológicos via saúde suplementar (vide Capítulo 8 sobre “Saúde Bucal no Setor

Suplementar”), e do aumento do número de profissionais vinculados aos serviços públicos (MORITA; HADDAH; ARAÚJO, 2010).

Segundo o Sistema de Informações do Conselho Federal de Odontologia (CFO), o Brasil possui 265.277 cirurgiões-dentistas inscritos e em atividade. São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro são os estados com maiores números de cirurgiões-dentistas. Juntos, concentram 53,4% dos cirurgiões-dentistas do país. Os estados de Roraima, Acre e Amapá apresentam os menores números (vide tabela 6).

Tabela 6 – Número de cirurgiões-dentistas e proporção por habitantes (2014)

Estado	Cirurgiões-Dentistas	População	ProporçãoPopulação/CD
Acre	540	776.463	1.437,89
Alagoas	2.501	3.300.935	1.319,85
Amapá	517	734.996	1.421,66
Amazonas	3.131	3.807.921	1.216,20
Bahia	10.280	15.044.137	1.463,44
Ceará	5.777	8.778.576	1.519,57
Distrito Federal	6.463	2.789.761	431,65
Espírito Santo	4.991	3.839.366	769,26
Goiás	8.887	6.434.048	723,98
Maranhão	3.213	6.794.301	2.114,63
Mato Grosso	3.864	3.182.113	823,53
Mato Grosso do Sul	3.578	2.587.269	723,10
Minas Gerais	31.413	20.593.356	655,57
Pará	4.417	7.969.654	1.804,31
Paraíba	4.417	3.914.421	886,22
Paraná	16.780	10.997.465	655,39
Pernambuco	7.005	9.208.550	1.314,57
Piauí	2.426	3.184.166	1.312,52
Rio de Janeiro	29.597	16.369.179	553,07
Rio Grande do Norte	3.183	3.373.959	1.059,99
Rio Grande do Sul	16.106	11.164.043	693,16
Rondônia	1.810	1.728.214	954,81
Roraima	543	488.072	898,84
Santa Catarina	10.201	6.634.254	650,35
São Paulo	80.813	43.663.669	540,31
Sergipe	1.727	2.195.662	1.271,37
Tocantins	1.763	1.478.164	838,44
TOTAL	265.277	201.062.789	757,93

Fonte: Brasil (2014) e Conselho Federal de Odontologia (2014a). Elaborado pelo autor.

Considerando que a proporção do número de habitantes por cirurgião-dentista preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 1:1.500 (LUCIETTO; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2008), o Brasil apresenta uma média 50% menor (1:757,93), mas com fortes diferenças regionais.

As menores proporções de número de habitantes por cirurgião-dentista se encontram no Distrito Federal (431,65 habitantes/CD), São Paulo (540,31 habitantes/CD) e Rio de

Janeiro (553,07). As maiores proporções estão nos estados do Maranhão (2.114,63 habitantes/CD), Pará (1.804,31 habitantes/CD) e Ceará (1.519,57/CD), sendo que para estes últimos a proporção é duas vezes maior do que a nacional (de 757,93 habitantes/CD).

Quando agrupados por regiões, é possível identificar que os maiores números de habitantes por cirurgião-dentista se encontram no Nordeste (1.376,66 habitantes/CD) e Norte (1.335,07 habitantes/CD) (vide tabela 7), demonstrando haver uma distribuição desigual destes profissionais no território nacional.

Tabela 7– Número de cirurgiões-dentistas e proporção por habitantes de acordo com as unidades da federação (2014)

Região	Número de Cirurgiões-Dentistas	População da Região	Proporção População/CD da Região
Nordeste	40.529	55.794.707	1376,66
Sul	43.087	28.795.762	668,31
Sudeste	146.814	84.465.570	575,32
Centro-oeste	22.792	14.993.191	657,82
Norte	12.721	16.983.484	1335,07

Fonte: Brasil (2014) e Conselho Federal de Odontologia (2014a). Elaborado pelo autor.

Estes dados acompanham a tendência da distribuição das instituições formadoras de cirurgiões-dentistas no país, pois das 212 Faculdades de Odontologia do Brasil, 44,8% estão na região Sudeste, 17,9% no Sul, 7,5% no Centro Oeste, 19,9% no Nordeste e 9,9% no Norte (vide tabela 8).

Tabela 8 – Número de Faculdades de Odontologia por Unidade da Federação e Região

Região	Estados	Número de Faculdades de Odontologia por Estado	Número de Faculdades de Odontologia por Região	Representação
Nordeste	Alagoas	3	42	19,90%
	Bahia	10		
	Ceará	4		
	Maranhão	4		
	Paraíba	5		
	Pernambuco	7		
	Piauí	4		
	Rio Grande do Norte	3		
	Sergipe	2		
Sul	Paraná	14	38	17,90%
	Rio Grande do Sul	14		
	Santa Catarina	10		
Sudeste	São Paulo	47	95	44,80%
	Minas Gerais	24		
	Espírito Santo	4		
	Rio de Janeiro	20		
Centro-Oeste	Distrito Federal	5	16	7,50%
	Goiás	4		
	Mato Grosso	4		
	Mato Grosso do Sul	3		
Norte	Acre	1	21	9,90%
	Amapá	2		
	Amazonas	7		
	Pará	3		
	Rondônia	3		
	Roraima	1		
	Tocantins	4		
TOTAL			212	100%

Fonte: Conselho Federal de Odontologia (2014b). Elaborado pelo autor.

6.7 Rede de atenção em saúde bucal: uma perspectiva em construção

A implantação das redes de atenção à saúde (RAS) tem se configurado como uma proposta para superar a fragmentação do sistema de atenção à saúde, um dos problemas fundamentais do SUS; e para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ações e serviços com efetividade e eficiência aos usuários (BRASIL, 2010b)

Diversos conceitos de RAS estão disponíveis na literatura. Para Mendes (2011):

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2012, p. 47).

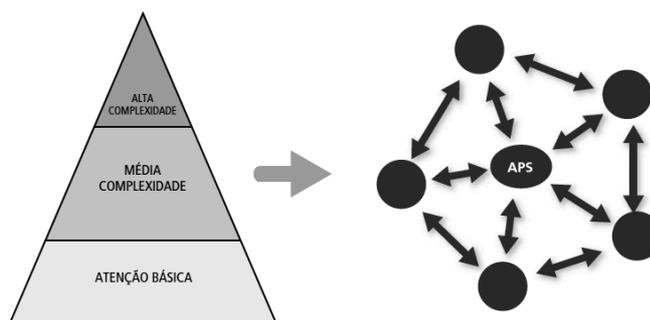
A Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, promulgada pelo Ministério da Saúde e que estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, traz a seguinte definição:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010 b, p. 89).

Independente da definição que seja adotada, fica claro que os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção e da vida das pessoas, os resultados sanitários, a eficiência no uso dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

Nas RAS, a hierarquia é substituída pela poliarquia e o sistema se organiza em uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas: a APS e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Esta concepção hierárquica (piramidal) deve ser substituída por redes poliárquicas, onde a APS seja o seu centro de comunicação, como mostra a Figura 15 (MENDES, 2012).

Figura 15 – Arranjos piramidais e poliárquicos nos sistemas de atenção à saúde.



Fonte: Mendes (2011).

Para assegurar resolutividade na RAS, alguns fundamentos precisam ser observados:

Quadro 5 – Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde

FUNDAMENTOS	DESCRIÇÃO
Economia de escala	Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.
Qualidade	Graus de excelência do cuidado nas dimensões: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade.
Acesso	Ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Pode se analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.
Integração horizontal e vertical	Vertical: articulação de organizações ou unidades de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar. Horizontal: articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade.
Processos de substituição	Reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.
Territórios sanitários	As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.
Níveis de atenção	Arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Fonte: Brasil (2010b) e Mendes (2011).

Três elementos constituem uma RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2012).

- a) População: definida de forma clara, colocada sob a responsabilidade sanitária da rede de serviços de saúde, vive em territórios singulares e se organiza socialmente em famílias, sendo cadastrada em subpopulações por riscos sociosanitários (MENDES, 2012). Esta população será configurada em regiões de saúde, compreendidas como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011d, p. 1).

- b) Estrutura operacional composta por cinco componentes: APS; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informações em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado e sistemas de transporte em saúde; e sistema de governança (BRASIL, 2010b; MENDES, 2012);
- c) Modelo de atenção à saúde: sistemas lógicos que organizam o funcionamento da RAS, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias definidos em função da situação de saúde (BRASIL, 2010 b).

Estruturar uma rede de atenção no âmbito da saúde bucal se apresenta como uma solução para a gestão dos serviços de saúde e para o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas e do seu pessoal auxiliar, pois possibilita a integração e articulação dos pontos de atenção à saúde bucal (ESB, CEO, LRPD, UNACON, CACON, Unidades Hospitalares), ofertando atenção contínua e integral (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Em recente pesquisa desenvolvida em municípios com população acima de cem mil habitantes no estado de Santa Catarina, Godoi, Mello e Cateano (2014) identificaram que há uma diversidade de estágios de implantação e organização das redes de atenção em saúde

bucal. Todos os municípios, no entanto, disponibilizavam ações e serviços em saúde bucal nos três níveis de complexidade e esboçavam um mínimo de integração entre estes.

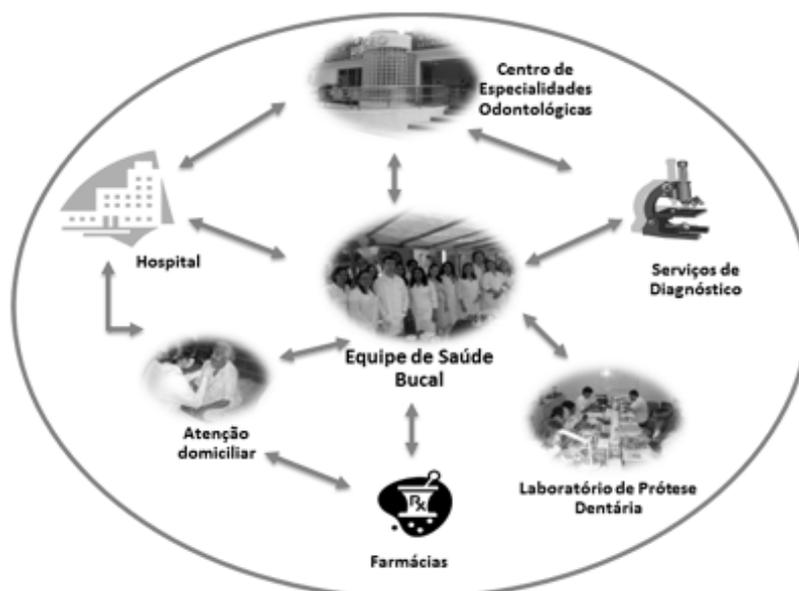
A formulação de protocolos clínicos e a definição de critérios de referência e contrarreferência foram apontadas como ferramentas para integração entre a APS e os serviços especializados. Do mesmo modo, parcerias com instituições de ensino e realização de atividades de educação permanente foram citadas como medidas para garantir manutenção de vínculo e longitudinalidade da atenção (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

Esta proposta de articulação dos pontos de atenção à saúde é indicada pela Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde desde a edição das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente:

Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa; Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência [...] (BRASIL, 2004, p. 4).

Os fluxos entre os pontos de atenção à saúde bucal, também estabelecidos pelo Ministério da Saúde, podem ser visualizados na figura 16.

Figura 16 – Proposta de estrutura da rede de serviços de saúde bucal pelo Ministério da Saúde.



Fonte: Brasil (2014).

Apesar de tais proposições institucionais por parte do Governo Federal, ainda há grande dificuldade de inserção da saúde bucal nas RAS. Mello *et al.* (2014) em estudo que entrevistou gestores, profissionais de saúde e professores graduados em Odontologia da Região de Saúde da Grande Florianópolis (SC), identificaram os principais motivos causadores desta dificuldade:

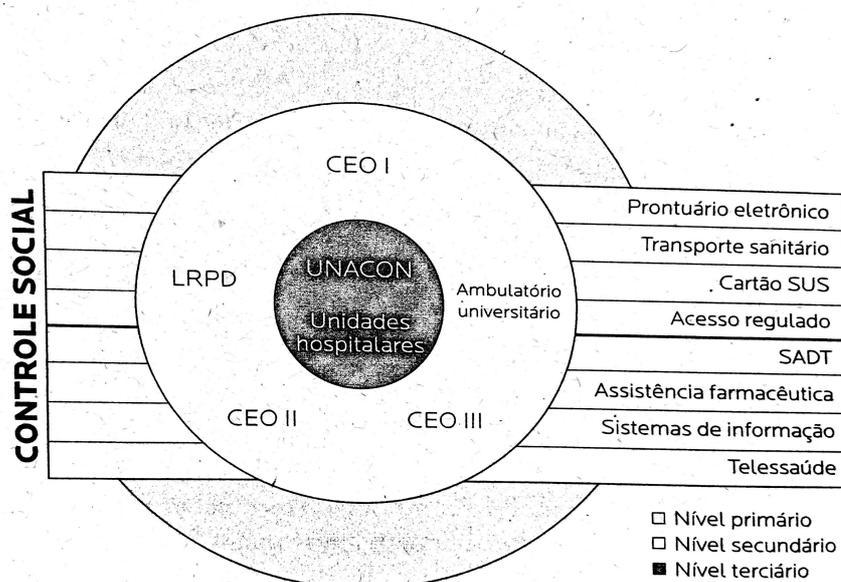
- a) Fragilidade do cumprimento das atribuições relativas ao nível da APS: primeiro contato ou acesso dos usuários aos serviços;
- b) Planejamento falho das ações de saúde bucal, pois a definição de áreas programáticas baseada em levantamento epidemiológico não se constitui como rotina no processo de trabalho das ESB;
- c) Escassez dos dados epidemiológicos referentes à situação de saúde bucal por parte dos municípios;
- d) Predominância do trabalho odontológico em ambiente restrito (o consultório), distanciado de uma compreensão ampliada da base territorial e dos determinantes sociais.

Estes mesmos autores destacaram o questionamento dos entrevistados acerca do potencial de reversão do atual quadro epidemiológico de saúde bucal da população diante da manutenção do enfoque assistencialista por parte dos serviços odontológicos, do modo como hoje estão posicionados na rede, assim como de sua capacidade de atuar diante dos determinantes sociais (MELLO *et al.*, 2014).

Sobre este aspecto, Moysés (2013) afirma que a abordagem dominante em odontologia, com foco biomédico, não é capaz de reduzir iniquidades em saúde bucal, e pode até mesmo ampliar as diferenças entre grupos. Para o autor, sistemas de saúde que buscam integração de cuidados em redes tem forte chance de corrigir deficiências como a falta de coordenação de cuidados, equipes profissionais sobrecarregadas e apressadas que não seguem diretrizes e protocolos, a falta de acompanhamento ativo das famílias e das pessoas e pacientes inadequadamente apoiados para controlar suas doenças.

A proposição levanta por Moysés (2013), denominada “rede temática de saúde bucal” pode ser visualizada a seguir:

Figura 17 – Rede Temática de Saúde Bucal



Fonte: Moysés (2013).

Para além dos pontos de atenção à saúde bucal e dos sistemas de apoio e logístico fundamentais para a operacionalização da rede, é destacado o papel do controle social. O que diferencia o modelo de gestão tradicional de um mais democrático é que o primeiro acumula poder individual enquanto que o outro dilui este poder e o agrega às demais pessoas, favorecendo a criação de espaços para produção coletiva (BARROS *et al.*, 2012).

O que se visualiza na prática é a fragilidade do controle social, pois há dificuldade de participação dos profissionais de saúde e usuários no acompanhamento e na busca da garantia do desenvolvimento da política (BARROS *et al.*, 2012).

Isto porquê:

A Política Nacional de Saúde Bucal é uma política que historicamente nós (o Estado brasileiro, os profissionais da saúde bucal), a transformamos como uma política supérflua, ela não é percebida (não era) como uma política essencial. Não porque as pessoas não achem a saúde bucal essencial, mas porque nós conseguimos convencer estas pessoas que elas sobrevivam sem saúde bucal. Esta é uma questão importante! (entrevistado ω , ômega).

Levando em consideração, e os dados epidemiológicos mostram isto, que grande parte da população brasileira era excluída do acesso à saúde bucal. Isto resultou no quê? Resultou que não se tinha uma demanda social organizada que exigisse que a saúde bucal fizesse parte de uma pauta prioritária (entrevistado ϵ , épsilon).

Torna-se, portanto, fundamental, evocar o controle social para que se estabeleçam linhas de cuidado em saúde bucal e as consequentes redes de atenção nesta área, pois nenhuma condição crônica, incluindo aquelas que afetam a boca humana, poderá ser enfrentada e resolvida pelo setor odontológico sozinho, ou por cuidados clínicos somente, ou por pesquisas em saúde isoladas (MOYSÉS, 2013).

6.8 Ações Intersetoriais

Iniciativas de outros setores do Governo Federal, para além do Ministério da Saúde, tem incluído a saúde bucal como parte integrante. Estas foram citadas no relato do entrevistado ϵ (épsilon):

[...] passando pelo Ministério do Desenvolvimento Social através do Brasil Sem Miséria [...]; através das ações com o Ministério das Cidades, por meio da fluoretação das águas de abastecimento público; Ministério das Relações Exteriores, pois nós temos relações bilaterais com mais de quinze países para intercambiar informações de gestão e políticas públicas de saúde bucal; Ministério do Esporte com a ação do Programa Segundo Tempo; o Ministério da Educação por motivos evidentes; [...] através do Ministério da Saúde, da Educação e do Ministério do Desenvolvimento Social: o PRONATEC. É um exemplo de que como a saúde bucal está se construindo de maneira intersetorial: PRONATEC e MULHERES MIL. Ofertam qualificação dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, possibilita que estes trabalhadores, se eles tiverem necessidades, eles tenham acesso a saúde bucal.

O Programa Brasil Sem Miséria incluiu a saúde bucal como parte integrante da rede de serviços de saúde, ofertando ações básicas e especializadas, com foco na reabilitação por meio de próteses dentárias (BRASIL, 2011e).

Por sua vez, o Ministério das Cidades trabalha na perspectiva da fluoretação das águas de abastecimento público. Sabe-se que, apesar do dispositivo legal (Lei Federal nº 6.050 de 1974) que determina a obrigatoriedade da fluoretação dos municípios com estações de tratamento de água e das evidências científicas da sua eficácia na redução da cárie dentária, ainda não há universalização deste serviço no país (SANTOS; SANTOS, 2011),

Dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2008 revelam que dos 5.564 municípios brasileiros, são 3.351 os que adicionam flúor no tratamento da água, o que

corresponde a 60,22%. Destes, 2.476 estão nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2008). Esta ação precisa se constituir como um dos enfrentamentos do futuro para a PNSB.

Informações de um dos entrevistados retrata a ausência de dados sobre fluoretação das águas de abastecimento público no país até o ano de 2003:

A situação era tão frágil, que nós fizemos em 2003, no início do governo, um levantamento para saber os municípios e os Estados que tinham cobertura de fluoretação e aí este dado inexistia. Estes dados a gente conseguia fazendo entrevista com os coordenadores por telefone. Desde o início nós construímos indicadores de fluoretação no Ministério das Cidades (entrevistado δ , delta).

Porém, houve uma determinação pessoal do Presidente Lula para que fosse efetivada uma política de ampliação da fluoretação no país:

Quando nós iniciamos a expansão fluoretação das águas de abastecimento público isto foi uma determinação do Presidente Lula quando ele soube do impacto que a fluoretação poderia trazer em benefício das pessoas. Quando o Presidente Lula se apoderou da informação de que cidade com água fluoretada pode diminuir em 50% a cárie dentária, aquilo foi a senha para conseguirmos avançar. O que era que precisava? De dinheiro! Então o Ministério da Saúde começou a alocar recursos específicos para a fluoretação (entrevistado γ , gama).

No que se refere ao Programa Segundo Tempo, iniciativa dos Ministérios da Educação e dos Esportes, este tem por objetivo democratizar o acesso à prática e à cultura do Esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social. Acordo de cooperação técnica entre os Ministérios dos Esportes e da Saúde garantiu a execução de ações de saúde bucal às crianças e adolescentes beneficiários do Programa (BRASIL, 2003b).

Em 2011, foi criado o Programa Nacional do Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) pelo Governo Federal com o objetivo de ampliar a oferta de cursos educação profissional e tecnológica. Um dos seus eixos tecnológico é denominado “Ambiente e Saúde” e através deste são incluídos os cursos técnicos em prótese dentária e saúde bucal. Esta formação técnica também é destinada às beneficiárias do Programa Mulheres Mil (BRASIL, 2012c).

6.9 Conclusão

É relevante ressaltar os resultados dos esforços políticos para a ampliação dos serviços de saúde bucal no Brasil em seus mais diversos níveis de complexidade. Os dados de 2013 demonstram que a saúde bucal na APS conta com 38% de cobertura populacional com serviços em 4.971 municípios (86% dos municípios brasileiros). Um crescimento de 543% na série histórica de 2002 a 2013.

Diferenças regionais nesta cobertura populacional continuam marcantes, porém reduzidas, posto que é na região Nordeste onde está o maior número de Equipes de Saúde Bucal implantadas e o maior percentual de cobertura do país. Resultado dos esforços governamentais para o combate à pobreza, miséria e exclusão social, pois é nesta região que se concentra o maior percentual de pessoas vivendo nestas condições.

Ainda nesta interface de políticas de saúde e políticas sociais, diversos dispositivos institucionais foram lançados na tentativa de induzir a realização de ações e serviços de saúde bucal com foco em populações excluídas: moradores da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Matogrossense, pessoas em situação de rua, povos indígenas, assentados, quilombolas e moradores de zona rural.

Também a Atenção Secundária e Terciária merecem destaque, pois os procedimentos especializados em Odontologia representavam 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos realizados em 2002 no âmbito do SUS. Tais serviços costumavam ser ofertados na “odontologia de mercado”, causando restrição de acesso e promovendo iniquidades.

Acompanhando a tendência de universalização dos serviços, com o objetivo de diminuir as diferenças injustas de acesso, foram criados os CEO e LRPD. Estes dois serviços ampliaram sua cobertura no país e, dentre as regiões geográficas brasileiras, o Nordeste desponta como o local com maior número de estabelecimentos.

O panorama apresentado responde à situação de saúde bucal, pois é também no Nordeste onde se concentram as maiores necessidades de prótese dentária, em conjunto com a região Norte.

A fluoretação das águas de abastecimento público precisa ser uma ação mais efetiva nos próximos anos, considerando que ainda não alcançou pelo menos 40% dos municípios brasileiros, sobretudo nos bolsões de pobreza e miséria, como as regiões Norte e Nordeste.

Esforços precisam ser tomados no sentido de reorientar o modelo de atenção prestado por os serviços ampliados, para que não se reproduza a prática odontológica biologicista, mutiladora e excludente nas décadas anteriores. É evidente que não bastará ampliar o acesso sem que se estabeleça um processo de trabalho com foco na promoção, prevenção e vigilância em saúde bucal.

Além disto, é preciso distribuir de forma mais equânime o número de cirurgiões-dentistas no território nacional, pois os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais juntos reúnem mais de 50% dos profissionais do país. Certamente, criar novos serviços onde ocorre uma alta proporção de habitantes por cirurgião-dentista (casos do Norte e Nordeste) será uma tarefa árdua.

Por fim, cabe apontar a necessidade de que os serviços de saúde bucal superem a fragmentação da assistência, trabalhando na lógica de linhas do cuidado para garantir maior resolutividade e integralidade. Isto pode ser resolucionado com a articulação dos níveis de atenção à saúde e demais sistemas de apoio e logístico em formato de redes de atenção à saúde.

Iniciativas intersetoriais como as desenvolvidas através do PRONATEC, MULHERES MIL, BRASIL SEM MISÉRIA E MINISTÉRIO DAS CIDADES podem ser considerados caminhos promissores neste sentido.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, ago. 2008.
- BARBATO, P. R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, ago. 2007.
- BORGES, F. T. *et al.* Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do estado de Mato Grosso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1977-1982, set. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 03 de novembro de 1996. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 216, p. 22932-22940, 06 nov. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.882 de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 216, p. 10-11, 22 dez. 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 247-E, p. 11-13, 22 dez. 1997b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925 de 13 de novembro de 1998. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 220-E, p. 8-14, 17 nov. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 250-E, p. 85, 29 dez 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267 de 06 de março de 2001. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 46-E, p. 67-68, 07 mar. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 106, p. 44, 04 jun. 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3.497 de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 229, p. 19, 25 nov. 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília,

2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 236, p. 80-81, 09 dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, p. 71, 29 mar. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 234, p. 2-3, 06 dez. 2007a.

BRASIL. **Orientações gerais sobre as ações de saúde bucal no Programa Saúde da Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/concurso_pse_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 09 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 90 de 17 de janeiro de 2008. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 13, p. 97-101, 18 jan. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, 2008b. (Caderno de Atenção Básica, n. 17). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf> Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.371 de 07 de outubro de 2009. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 194, p. 111-112, 09 out. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica: cadastro, financiamento e processo de trabalho para municípios que receberam as Unidades Móveis Odontológicas (UMO)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_UOM.pdf>. Acesso em: 09 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.032 de 05 de maio de 2010. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 85, p. 50-57, 06 mai. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 251, p. 88-93, 31 dez. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Diário Oficial [da República

Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, n. 208, p. 44-46, 28 out. 2011 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados principais do SB Brasil 2010**. Brasília, 2011c.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 123, p. 1, 29 jun. 2011d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno Brasil sem Miséria**. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 19, p. 46, 26 jan. 2012 b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, 2012 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica de orientações sobre o Sistema de Informação Saúde Bucal no Bolsa Família**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/orientacao_sist_saude_buscal.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Integradas de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php>. Acesso em 08 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 08 jul. 2014

COLUSSI, C. F. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 34-38, 2009.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS 20 anos**. Brasília, 2009a.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Totalização geral dos inscritos em atividade no Brasil**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total_Geral_Brasil.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Faculdades de Odontologia no Brasil**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47. n. 3, p. 283-289, jul./ago./set. 2001.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

COSTA, J. M. B. **Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife – PE**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2010/cnv/pactbr.def>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

FIGUEIREDO, N. *et al.* Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, p. 318-332, fev. 2014.

GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal. In: GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**. Municípios, total e abastecidos por rede geral de distribuição de água, por existência e tipo de tratamento na água distribuída e com fluoretação adicionada, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação. Brasília: IBGE, 2008. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/saneamento_basico_2008/tab038.zip>. Acesso em: 26. set. 2014.

KITANI, N.T. **Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do técnico em saúde bucal na equipe de saúde bucal**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LORENA SOBRINHO, J.E.; ESPÍRITO SANTO, A.C. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 994-1000, out./dez. 2013.

LUCIETTO, D.A.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, S.P. Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 28-35, set./dez. 2008.

MARTELLI, P. J. L. *et al.* Análise do modelo de atenção à saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1669-1674, set./out. 2008,

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

MARTELLI, P. J. L. **Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2012.

MELLO, A, L. S. F. *et al.* Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 205-214, jan. 2014, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2014.

MONLLEO, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 913-922, maio 2006.

MORITA, M. C.; HADDAH, A. E.; ARAÚJO, M.E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010.

MOYSÉS, S. J. Redes de atenção e organização de ações e serviços de saúde bucal. In: _____. **Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013. p. 103-116. (Série ABENO Odontologia Essencial Temas Interdisciplinares).

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção de saúde bucal: um olhar no início do século XXI. IN: KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência e humanização**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 475-494.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Brasília: UNICEF, 1979. Disponível em:

<<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>> Acesso em: 08 Jul. 2014.

PEREIRA, C. R. S. *et al.* Impacto da estratégia saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 985-996, maio 2009.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Brasília, 2014.

<<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

RONCALLI, A. G. R.C. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2000.

ROSEN, R.; HAM, C. Integrated care: lessons from evidence and experience, report of the 2008 Sir Roger Bannister Annual Health Seminar. **The Nuffield Trust**, London, p. 1-16, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/integrated-care-lessons-from-evidence-and-experience-nov2008.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

SANTOS, M.G.C.; SANTOS, R.C. Fluoretação das águas de abastecimento público no combate à cárie dentária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 1, p. 75-80, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde bucal no PSF: proposições e programação**. Brasília, 2000.

CAPÍTULO 7

7 FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

7.1 Introdução

Discutir o tema proposto para este capítulo perpassa, dentre outros assuntos, por uma análise sobre os instrumentos de descentralização empregados no Sistema Único de Saúde desde a sua estruturação pela Constituição Federal de 1988 e os respectivos impactos gerados na vida prática dos gestores de saúde.

As propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, com ênfase no processo de descentralização de recursos financeiros e consequentes responsabilidades aos municípios em realizar ações e serviços de saúde (PUCCA; HILAN, 2012).

Com o processo de descentralização do sistema de saúde, houve uma ampliação do número de unidades gestoras responsáveis pela organização da resposta aos problemas odontológicos no país (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Houve a necessidade de definir objetivos e diretrizes para descentralizar com a garantia de cumprimento efetivo de compromissos pactuados entre as esferas de governo e gestores de saúde e também para que fossem estabelecidos os critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios (PUCCA; HILAN, 2012).

Atualmente, os recursos financeiros para a sustentação da Política Nacional de Saúde Bucal concentram-se basicamente nos blocos da atenção básica, atenção de média e alta complexidade, e investimentos na rede de serviços de saúde.

O objetivo deste capítulo é apresentar o referencial legal que dispõe sobre o financiamento das ações e serviços de saúde bucal em seus diversos níveis de complexidade, demonstrar os valores repassados pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios no período de 2002 a 2013.

Discussões sobre o tema serão também realizadas a partir de uma revisão de literatura, com foco no desafio de se implementar uma política de saúde bucal diante do atual quadro de pacto interfederativo do país.

7.2 Instrumentos para a descentralização do SUS e sua relação com o financiamento da saúde bucal

A Lei 8.080/1990, em seu artigo 33, estabeleceu que os recursos financeiros do SUS seriam depositados em conta especial, em cada esfera de atuação, e movimentos sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. O artigo 1º, § 2º da Lei 8.142/1990 estabeleceu as competências dos Conselhos de Saúde em realizar o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; e através dos artigos 3º e 4º definiu que para receberem os recursos, os municípios e estados deveriam contar com o fundo de saúde (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Ainda no campo da legislação, as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1992, 1993 e 1996 versaram, dentre outros temas, acerca do financiamento das ações e serviços de saúde. Sendo que a NOB-96 introduziu novas condições de gestão para estados e municípios por meio da Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde. Aumentou, com isto, a possibilidade de financiamento por outras áreas do Ministério da Saúde, tais como a Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Outras alterações importantes aconteceram com a instituição do critério populacional para o financiamento da assistência básica através do Piso da Atenção Básica (PAB), a definição de valores e incentivos para o Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Apesar de aprovada, a NOB 96 teve sua implementação protelada pela área econômica do governo. O PAB só foi introduzido nos primeiros meses de 1998 e se constituía de recursos financeiros repassados a estados e municípios para o financiamento de um elenco de ações de atenção básica à saúde. Anteriormente, o Ministério da Saúde remunerava os serviços básicos de saúde com base na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (PUCCA; HILAN, 2012).

Uma nova perspectiva para a PNSB foi aberta apenas com a edição da Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu incentivo financeiro para a reorganização da

atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

Narvai e Frazão (2008) afirmam que a referida Portaria fora fruto de um longo processo de discussões que envolveu entidades odontológicas, conselhos de saúde e profissionais de saúde desde o final de 1994.

No segundo semestre daquele ano, o MS realizou, em Brasília, uma reunião com técnicos, especialistas e líderes da área odontológica para tratar do assunto, a pedido da Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO). Gradativamente, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e o Conselho Federal de Odontologia (CFO) foram se incorporando ao processo e insistindo na necessidade de o PSF contar com dentistas nas equipes (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Através do Enatespo, o Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, os profissionais da odontologia em saúde pública também desempenharam um papel decisivo no processo que culminou com a publicação da portaria 1.444/2000 (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, não trouxeram novidades na parte de mecanismos e critérios para transferência de recursos, uma vez que estavam mais voltadas a estabelecer uma nova proposta de regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso por meio da implantação de complexos reguladores (BRASIL, 2011a).

Com a eleição de Lula à Presidência República, colocou-se “em outro patamar” o processo de reforma sanitária e de construção do SUS e, no seu interior, a redefinição da PNSB (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Uma das mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS se passou através do Pacto pela Saúde, o qual estabeleceu um conjunto de reformas institucionais, pactuado entre as três esferas de gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade no Sistema (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O Pacto redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade. Englobou o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa

do SUS e o Pacto de Gestão (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Baseado no processo de pactuação intergestores, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 204, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Foram definidos seis blocos de financiamento: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS, e investimentos na rede de serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O financiamento é apontado como um dos motivos que impulsionaram o desenvolvimento da PNSB, mas que ainda é um segmento que merece atenção especial pelos governos:

O financeiro ele é facilitador porque permitiu a gente ampliar, mas ele também é limitador, porque o financeiro se nós tivéssemos mais, com certeza se faria mais, se implantaria mais, se investiria bem mais na saúde bucal (entrevistado α , alfa).

7.3 Financiamento da Saúde Bucal na Atenção Básica

A Portaria nº 1.444 promulgada em 28 de novembro de 2000 foi a primeira portaria que estabeleceu incentivo financeiro para a saúde bucal na atenção básica através do Piso da Atenção Básica Variável de Saúde Bucal, definindo as modalidades de composição das equipes de saúde bucal (BRASIL, 2000).

Desde então, diversos dispositivos legais tem sido editados na tentativa de atualizar os valores de repasses de recursos financeiros da União para Estados e Municípios através da modalidade fundo-a-fundo (vide quadro 6).

Quadro 6 – Portarias e valores dos recursos para financiamento da saúde bucal na atenção básica no período de 2000 a 2013

Portarias	Modalidade I	Modalidade II
Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000	Implantação: R\$ 5.000,00 Custeio/ano: R\$ 13.000,00	Implantação: R\$ 5.000,00 Custeio/ano: R\$ 16.000,00
Portaria nº 673 de 03 de junho de 2003	Implantação: R\$ 5.000,00 Custeio/ano: R\$ 15.600,00	Implantação: R\$ 5.000,00 Custeio/ano: R\$ 19.200,00
Portaria nº 74 de 20 de janeiro de 2004	Implantação: R\$ 6.000,00 Custeio/ano: R\$ 20.400,00	Implantação: R\$ 6.000,00 Custeio/ano: R\$ 26.400,00
Portaria nº 650 de 28 de março de 2006	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 20.400,00	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 26.400,00
Portaria nº 2.489 de 21 outubro de 2008	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 22.800,00	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 29.400,00
Portaria nº 3.066 de 23 de dezembro de 2008	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 24.000,00	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 31.200,00
Portaria nº 1.599 de 09 de julho de 2011	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 25.200,00	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 33.600,00
Portaria nº 978 de 16 de maio de 2012	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 26.760,00	Implantação: R\$ 7.000,00 Custeio/ano: R\$ 35.760,00

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conforme afirmam os pressupostos de solidariedade entre os entes federados para o funcionamento do SUS, o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão. Fato que foi reafirmado pela Portaria nº 698, de 30 de março de 2006. Ainda em maio deste ano, a Portaria nº 650 reajustou o incentivo adicional das ESB (modalidades I e II) de R\$ 6.000,00 para R\$ 7.000,00, entendendo-o como um recurso destinado a investimentos nas Unidades Básicas de Saúde e a realização do Curso Introdutório (BRASIL, 2006; KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011).

A Portaria nº 2.489, 21 de outubro de 2008, definiu que fariam jus a receber 50% a mais sobre os valores transferidos pelo PAB Variável as ESB implantadas nos municípios com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal, ou com população DE até 30 mil habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7, nos demais Estados do País. O mesmo acréscimo se aplica aos municípios que atendam a

populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos (KORNIS; MAIA; FORTUNA, 2011).

Instituído através da Portaria nº 2.372 de 09 de outubro de 2009, o componente móvel da atenção à saúde bucal – Unidades Odontológicas Móveis (UOM) também passou a contar com financiamento federal. Ficou definido que os municípios receberiam R\$ 3.500,00 como incentivo para a implantação de cada UOM (aquisição de instrumentais e materiais permanentes), além de R\$ 4.680,00 mensais para custeio por UOM (BRASIL, 2009a).

Um plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família foi criado pela Portaria nº 2.372 de 07 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009b).

A Portaria nº 2.490 de 21 de outubro de 2011 definiu os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais. A inserção do Técnico em Saúde Bucal nestas equipes assegura um incentivo adicional de R\$ 1.000,00/mês (BRASIL, 2011a).

Aos municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no período das competências outubro de 2009 à setembro de 2011 caberiam receber recursos financeiros para a aquisição de equipamentos odontológicos. Isto se deu através da Portaria nº 366 de 05 de março de 2012 (BRASIL, 2012a).

Em 2013, a Portaria nº 81 de 21 de janeiro, definiu os valores do incentivo financeiro destinado ao custeio das Equipes de Saúde da Família de Municípios e profissionais integrantes do Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB): R\$ 2.695,00 a cada mês, por equipe de Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas de municípios e profissionais integrantes do PROVAB; R\$ 32.000,00 a cada mês, por Equipe de Saúde da Família Fluvial de municípios e profissionais integrantes do PROVAB; R\$ 42.000,00 a cada mês, por Equipe de Saúde da Família Fluvial com Equipe de Saúde Bucal de municípios e profissionais integrantes do PROVAB (BRASIL, 2013a).

Os valores repassados pela União aos Estados e Municípios no Bloco de Financiamento da Atenção Básica através do Piso da Atenção Básica Variável e seus programas específicos (Saúde Bucal, Incentivo Adicional à Saúde Bucal, Unidades Móveis Odontológicas e Ampliação da resolutividade da saúde bucal) no período de 2002 a 2013 podem ser visualizados na Tabela 9.

Tabela 9 – Valores PAB Variável de Saúde Bucal (2002-2013)

Bloco: Atenção Básica					
Sub-bloco: Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável					
Ano	Programas				TOTAL DOS PROGRAMAS
	Saúde Bucal - SB	Incentivo Adicional Saúde Bucal	Unidades Móveis Odontológicas	Ampliação da resolutividade de saúde bucal	
2002	46.641.288,18	10.210.000,00			56.851.288,18
2003	76.722.447,90	15.448.000,00			92.170.447,90
2004	177.453.550,00	20.130.000,00			197.583.550,00
2005	268.242.400,00	21.132.000,00			289.374.400,00
2006	351.747.800,00	18.895.000,00			370.642.800,00
2007	396.182.100,00	29.010.000,00			425.192.100,00
2008	452.973.375,00	10.850.000,00			463.823.375,00
2009	545.754.700,00	9.198.000,00			554.952.700,00
2010	587.816.800,00	9.401.000,00			597.217.800,00
2011	642.608.100,00	8.526.000,00	93.520,00		651.227.620,00
2012	714.605.880,00	7.728.000,00	1.580.260,00	39.600,00	723.953.740,00
2013	738.158.790,00	21.310.000,00	4.274.680,00		763.743.470,00

Fonte: Brasil (2014). Elaborado pelo próprio autor.

Apesar de o montante dos recursos financeiros dos programas relacionados à saúde bucal ter apresentado crescimento contínuo na série histórica estudada, o percentual de sua representação dentro do sub-bloco de financiamento denominado ‘Piso da Atenção Básica Variável’ sofreu alterações no período. Em 2002, representou 4,02% do total, mantendo crescimento entre os anos de 2003 e 2007 (de 5,27% a 10,65%) e declínio entre 2008 e 2013 (de de 9,71% a 8,35%).

Ainda no que tange ao financiamento da saúde bucal na atenção básica, é válido mencionar o aporte extra de recursos repassados aos municípios via Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

No ato da adesão ao PMAQ-AB, cada ESF/ESB passa a receber um acréscimo de 20% sobre o valor repassado no PAB Variável correspondente a esta equipe. Posteriormente, os valores variam em função da classificação alcançada no processo de certificação e correspondem à suspensão do repasse dos 20% e obrigatoriedade de celebração de um termo de ajuste quando o desempenho for mediano ou abaixo da média; ampliação dos 20% para

60% e reconstrução quando do desempenho acima da média; ampliação dos 20% para 100% e reconstrução quando do desempenho muito acima da média (BRASIL, 2013b).

7.4 Financiamento da Saúde Bucal na Média e Alta Complexidade

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) se configuram como os principais estabelecimentos de saúde bucal no nível de média complexidade, variando sua classificação em função da estrutura física.

Para a sua implantação e custeio mensal, o Ministério da Saúde repassa recursos financeiros aos Estados e Municípios através do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade. Os valores foram definidos pelas Portarias nº 1.571 de 29 de julho de 2004, nº 600 de 23 de março de 2006 e nº 1.341, de 13 de junho de 2012 (BRASIL, 2004^a, 2006, 2012a) e podem ser visualizados no quadro 7.

Quadro 7 – Portarias e valores dos recursos para financiamento dos CEO

Portarias	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Portaria nº 1.571 de 29 de julho de 2004/ Portaria nº 600 de 23 de março de 2006.	Implantação: R\$ 40.000,00 Custeio mensal: R\$ 6.600,00	Implantação: R\$ 50.000,00 Custeio mensal: R\$ 8.800,00	Implantação: R\$ 80.000,00 Custeio mensal: R\$ 15.400,00
Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012.	Implantação: R\$ 60.000,00 Custeio mensal: R\$ 8.250,00	Implantação: R\$ 75.000,00 Custeio mensal: R\$ 11.000,00	Implantação: R\$ 120.000,00 Custeio mensal: R\$ 19.250,00
	CEO “Viver Sem Limites” R\$ 1.650,00/mês	CEO “Viver Sem Limites” R\$ 2.200,00/mês	CEO “Viver Sem Limites” R\$ 3.850,00/mês

Fonte: Brasil (2004a, 2006, 2012a).

Para receberem os recursos adicionais previstos na Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012, os CEO precisam ofertar 40 horas semanais de atendimento a pacientes com necessidades especiais, conforme termo de compromisso assinado pelo respectivo gestor em adesão à Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência “Viver Sem Limites” (BRASIL, 2012a).

Outras especialidades, para além das obrigatórias (diagnóstico oral, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes com necessidades especiais), foram incorporadas com possibilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 718 de 20 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Tal dispositivo legal incluiu o pagamento da instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo ao valor de R\$ 67,00, bem como o próprio aparelho ortodôntico ou ortopédico fixo ao valor de R\$ 175,00 (BRASIL, 2010).

Valores também foram definidos para manutenção/conserto de aparelho ortodôntico/ortopédico (R\$ 34,00), aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema (R\$ 10,000, aparelho ortopédico e ortodôntico removível (R\$ 60,00), mantenedor de espaço (R\$ 10,00) e plano inclinado (R\$ 5,00) (BRASIL, 2010).

Implante dentário osteointegrado e prótese dentária sobre implante também foram incluídos no rol de procedimentos custeados, sendo R\$ 260,10 e R\$ 300,00 os respectivos valores (BRASIL, 2010).

Em conjunto aos CEO, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) se constituem como importantes serviços especializados de reabilitação oral. O financiamento se dá pela produção de próteses dentárias mensais, sendo que os dispositivos legais específicos definem os valores específicos (vide quadro 8).

Quadro 8 – Portarias e valores dos recursos para financiamento dos LRPD

Procedimentos	Portarias	Valores
Prótese total maxilar ou mandibular, prótese parcial removível maxilar ou mandibular, próteses coronárias/ intrarradiculares fixas/ adesivas por elemento	Portaria nº 1572/GM, de 29 de julho de 2004	R\$ 40,00
	Portaria nº 2.372 de 07 de outubro de 2009	R\$ 60,00
	Portaria nº 211 de 13 de maio de 2011	R\$ 100,00
	Portaria nº 1.825, de 24 de agosto de 2012	R\$ 150,00

Fonte: Brasil (2009b, 2011c, 2012b).

A Portaria nº 1.572/GM, de 29 de julho de 2004, inclui os procedimentos especializados em próteses odontológicas na tabela de procedimentos e estabeleceu o

pagamento de próteses dentárias totais em LRPD. No entanto, limitou o pagamento máximo de 242 próteses/mês. Limitou também o pagamento por produção de 40 próteses parciais e 48 próteses totais e, para os LRPD localizados em CEO, a produção mensal mínima de 40 próteses totais (BRASIL, 2004b).

Atualmente, embora os procedimentos tenham valores individuais, o repasse financeiro aos municípios e estados, referente às próteses dentárias, se dá de acordo com a faixa de produção/mês:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00 mensais;
- Entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00 mensais;
- Entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00 mensais;
- Acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00 mensais.

Os valores repassados pela União aos Estados e Municípios no Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade através do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (CEO e Incentivo adicional pela adesão à Rede “Viver Sem Limites”) no período de 2004 a 2013 podem ser visualizados na Tabela 10.

Tabela 10 – Valores Média e Alta Complexidade em Saúde Bucal (2004-2013)

Bloco: Média e Alta Complexidade			
Sub-bloco: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC			
Ano	Programas		TOTAL
	CEO	Rede Viver Sem Limites	
2004	1.597.200,00		1.597.200,00
2005	15.921.400,00		15.921.400,00
2006	42.481.200,00		42.481.200,00
2007	56.564.200,00		56.564.200,00
2008	67.254.000,00		67.254.000,00
2009	77.840.350,91		77.840.350,91
2010	87.436.800,00		87.436.800,00
2011	93.640.400,00		93.640.400,00
2012	106.705.550,00	6.371.750,00	113.077.300,00
2013	142.096.000,00	11.190.850,00	153.286.850,00

Fonte: Brasil (2014). Elaborado pelo próprio autor.

É significativo o aumento do montante de recursos financeiros destinados à saúde bucal dentro do bloco de financiamento denominado Média e Alta Complexidade. Apesar disto, o percentual de sua participação percentual dentro do Bloco é baixo, alcançando apenas 0,48% em 2013.

Também é possível verificar os repasses realizados no Bloco de Financiamento “Investimentos” tanto para a Atenção Básica (aquisição de equipamentos e material permanente) quanto para a Média e Alta Complexidade (implantação do CEO) no período de 2010 a 2013 (vide tabela 11).

Tabela 11 – Valores no Bloco Investimento em Saúde Bucal (2010-2013)

Bloco: Investimentos			
Ano	Sub-blocos/Programas		Total
	ATENÇÃO BÁSICA	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	
	Aquisição de equipamentos e material permanente	Implantação do CEO	
2010	286.860,00		286.860,00
2011	1.174.112,36	300.000,00	1.474.112,36
2012	4.447.198,88	3.385.000,00	7.832.198,88
2013	799.069,86	5.295.000,00	6.094.069,86

Fonte: BRASIL (2014); Elaborado pelo próprio autor.

Dados os resultados positivos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, o Ministério da Saúde resolveu ampliar o seu escopo incluindo os Centros de Especialidades Odontológica (PMAQ-CEO). Pela adesão ao Programa, cada CEO automaticamente passou a receber um recurso extra de 20% do valor integral do incentivo financeiro mensal já recebido rotineiramente. Quando da fase de certificação, se o desempenho for mediano ou abaixo da média, permanece os 20%, se o desempenho por acima da média passa a ser de 60% e se for muito acima da média será de 100% (BRASIL, 2013b).

7.5 O desafio do financiamento em saúde bucal à luz do pacto federativo

Durante a década de noventa, sob a perspectiva de enfrentamento aos problemas macroeconômicos do país, o Governo Federal reduziu consideravelmente os investimentos de recursos financeiros no setor público. Especificamente, as políticas públicas de saúde apresentaram crise de financiamento e concederam privilégio ao mercado de prestação de serviços privados, que passou a ser regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (PINTO, 2000).

Foram criadas em 1995 as transferências de recursos financeiros “fundo a fundo” (automáticas, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde), no sentido de assegurar o recebimento dos recursos financeiros com rapidez por esses municípios, para que pudessem exercer as responsabilidades definidas nessas modalidades de gestão (MENDES, 2005).

Ao final deste período, iniciou-se um processo de estímulo às ações e serviços de saúde bucal por meio da publicação da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 que concedeu financiamento pelo PAB variável de saúde bucal aos municípios que implantassem Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica. Este fato estimulou a incorporação de tais equipes e ampliou o acesso aos serviços neste nível de atenção à saúde (BRASIL, 2000).

Com o objetivo de gerar uma descentralização com autonomia, a NOAS 2001 (Norma Operacional de Assistência a Saúde) fez com que o uso dos recursos financeiros estivesse de acordo com as necessidades da população, priorizando os procedimentos da Atenção Básica, reforçando os princípios da regionalização. Estes foram novamente trazidos à tona através do Pacto pela Saúde de 2006, o qual propôs uma nova forma de organização do arranjo do Sistema, inserindo o financiamento em sua estrutura (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Ressalte-se que o termo descentralização descreve a transferência das responsabilidades pela implementação e gestão das políticas e programas de saúde e da capacidade fiscal da União para Estados e Municípios através de dispositivos legais (COSTA *et al.*, 2011).

Em virtude destes instrumentos, o processo de municipalização se deu de forma rápida, sobretudo na Atenção Básica. Houve uma maior autonomia gerencial para os municípios na coordenação do sistema de saúde local. Por outro lado, permaneceu a dependência econômica dos incentivos federais e repasses estaduais para concretizar a prática das ações e serviços de saúde bucal (LORENA SOBRINHO; ESPÍRITO SANTO, 2013).

Há grande chance de se alcançarem resultados distintos daqueles esperados quando se empregam os conceitos de descentralização e autonomia na execução das políticas sociais caso não haja um processo de regulação eficiente (ARRETCHE, 2003; 2010).

Outros fatores importantes para a gestão local incluem o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora dos governos e a satisfação das necessidades de saúde de cada realidade local (ARRETCHE, 2003; 2010).

Considerando que o adequado aporte de recursos financeiros é um dos fatores importantes para a gestão local, pode-se afirmar que a publicação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” assegurou um aumento nos repasses de recursos financeiros da União aos Estados e Municípios para as ações e serviços de saúde bucal (BRASIL, 2004c).

Porém, tal incremento nos recursos financeiros ainda não foi capaz de garantir uma mudança substancial na realidade de gestão das ações e serviços de saúde bucal a nível nacional em virtude do modelo brasileiro de pacto federativo.

Para Faveret (2002), o modelo brasileiro de pacto federativo apresenta uma característica de descompasso entre as capacidades financeiras e as atribuições das três esferas de governo:

- a) Por um lado, os Estados e Municípios demandam maior participação nas receitas públicas para a saúde, com excessiva ingerência da União sobre a autonomia do gasto público;
- b) Por outro, a União, em função de uma distribuição inadequada de encargos entre os níveis de governo e também de uma perda de receita decorrente da implementação de dispositivos constitucionais, promove uma recentralização fiscal e busca redefinir os rumos da descentralização das políticas, especialmente as de caráter social.

Esta indução federal para que os municípios assumam responsabilidades crescentes na assistência à saúde desconsidera as restrições do pacto federativo e vem se tornando motivo de preocupação dos gestores municipais, sobretudo na área de recursos humanos, dado o impacto da folha de pagamentos nas contas públicas municipais de saúde (SILVA, 2011).

Nóbrega (2010) considera que a partir da criação do SUS, as despesas com saúde tenderam a crescer, principalmente porque a transferência de recursos federais para os Estados e Municípios passou a ser realizada de forma direta. A partir do processo de descentralização, os Municípios começaram a ter mais autonomia de gestão, passando a assumir de maneira mais participativa o financiamento das ações e serviços de saúde.

Apesar dos notáveis avanços na saúde bucal a partir da Política Nacional Brasil Sorridente, há um descompasso entre as ações e serviços propostos aos municípios e a sua potencialidade em financiá-los (LORENA SOBRINHO; ESPÍRITO SANTO, 2013).

Estudo desenvolvido por Lorena Sobrinho e Espírito Santo (2013) identificou que o município continua a ser o principal responsável pelo custeio das ações e serviços de saúde bucal na atenção básica. Do custo total estimado para o ano de 2010 com este setor (R\$

1.340.307,80), 62,5% foram de recursos provenientes do município (R\$ 838.307,80) e 37,5% de recursos federais (R\$ 502.000,00), com uma ausência de repasses estaduais.

O Congresso ainda não despertou para ser justo na divisão dos atores. Ainda continua os municípios entrando com muito recurso, os Estados com um pouquinho a mais e a União, que tem o maior número de recursos, entra aí com um percentual menor (entrevistado ω , ômega).

Diante deste quadro, definiram-se os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde através da Lei Complementar 141 de 03 de janeiro de 2012. Também por meio desta legislação foram estabelecidos os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2011e).

O gasto público com saúde no Brasil, no ano de 2012, representou 4,3% do PIB, enquanto o setor privado representou 4,2% do total. Essa distribuição do gasto com saúde assemelha-se ao perfil de gastos em países como o Chile, EUA, México, Paraguai e Venezuela, países que possuem sistemas de saúde que não contemplam o acesso universal e integral, como o Sistema Único de Saúde (SOARES; SANTOS, 2014).

Tabela 12 – Despesas de saúde total, pública e privada (2000, 2010 e 2012)

Tipo de despesa	2000	2010	2012
Despesas de saúde total (% do PIB)	7,2	9,0	9,3
Despesas de saúde pública (% do PIB)	2,9	4,2	4,3
Despesas de saúde privada (% do PIB)	4,3	4,8	5,0

FONTE: The World Bank Group (2014). Elaborado pelo próprio autor.

Países que possuem um sistema de saúde com as características do SUS, como é o caso de Canadá, Espanha, França, e Reino Unido, o gasto público é majoritário, variando entre 70% e 83% do gasto total (SOARES; SANTOS, 2014).

Para um dos entrevistados, a questão do financiamento da saúde passa também pela reforma tributária. O mesmo pontua a necessidade de um maior envolvimento dos gestores públicos de saúde nesta questão:

Não é só um desafio da saúde bucal, mas nós temos que dar conta do financiamento da saúde. O Estado brasileiro tem que definir fontes estáveis de financiamento. Precisamos discutir isto e dizer que nós queremos um sistema público e universal, só que nós temos que dizer quem é que paga a conta. E se não formos nós da saúde que não dissermos isto, ninguém vai falar. Nós temos que dizer quem vai ser taxado, que as grandes fortunas vão ter que pagar mais impostos, que os trabalhadores tem que pagar menos impostos, quem tem mais bens tem que pagar mais impostos. Nós temos que dizer isto dentro da Reforma Tributária Brasileira. Então a questão do financiamento é importante não apenas para a saúde bucal, mas para o SUS, para a sobrevivência do sistema (entrevistado δ , delta).

7.6 Conclusão

É reconhecida a evolução do financiamento das ações e serviços de saúde bucal em seus diversos níveis de atenção no período histórico estudado por parte da União, com destaque para os anos posteriores à implantação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”.

Apesar disto, desafios inerentes ao financiamento ainda se colocam para a efetivação da PNSB, pois fica evidente a necessidade de se promover uma articulação interfederativa de maneira mais fortalecida, de modo a reconhecer que o processo de diálogo entre os entes federados, em fóruns de abrangência nacional, estadual e regional, é de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada, de maneira tripartite.

Novas discussões despontam no caminho da descentralização e articulação interfederativa, com vistas a superar a era das Normas Operacionais Básicas, Normas Operacionais de Assistência à Saúde e até do recente Pacto pela Saúde, sedimentando as experiências vivenciadas na construção de novos dispositivos como o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) trazido pelo Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011e).

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?

Dados: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 126, p. 74, 02 jul. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 250-E, p. 85, 29 dez 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.599, de 09 de julho de 2011. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 131, p. 50, 11 jul 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.825, de 24 de agosto de 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 166, p. 26, 27 ago. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 204, p. 55, 24 out. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 535 de 03 de abril de 2013. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 64, p. 35, 04 abr. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571 de 29 de julho de 2004. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, p. 72-73, 30 jul. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.572/GM, de 29 de julho de 2004. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, p. 73, 30 jul. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.371 de 07 de outubro de 2009. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 194, p. 111, 09 out. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.372 de 07 de outubro de 2009. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 194, p. 112, 09 out. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.489 de 21 de outubro de 2008**. Brasília, 2008a.

Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/portaria2489-21-10-08.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 211 de 13 de maio de 2011. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 92, p. 73, 16 mai. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 261, de 21 de fevereiro de 2013**. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html>. Acesso em: 04 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.066 de 23 de dezembro de 2008**. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3066_23_12_2008.html>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 600 de 23 de março de 2006. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 58, p. 52, 24 mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 650 de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0650_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673 de 3 de junho de 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/47_Portaria_673_de_03_06_2003.pdf>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718 de 20 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 245, p. 109-122, 23 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 74 de 20 de janeiro de 2004**. Brasília, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-74.htm>>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 81 de 21 de janeiro de 2013**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0081_21_01_2013.html>. Acesso em: 06 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 81 de 21 de janeiro de 2013**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0081_21_01_2013.html>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 978 de 16 de maio de 2008**. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0978_16_05_2008.html>. Acesso em: 6 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 14 jul. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial**

[da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, n. 123, p. 1-3, 29 jun. 2011e.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 03 de janeiro de 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 11, p. 1-4, 16 jan. 2012e.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2011.

COSTA, N. R. *et al.* Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

FAVERET, A. C. S. C. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

KORNIS, G.E.M.; MAIA, L.S.; FORTUNA, R.F.P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 197-215, 2011.

LORENA SOBRINHO, J.E.; ESPÍRITO SANTO, A.C. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 994-1000, 2013.

MENDES, A. N. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

NÓBREGA, C. B. C, *et al.* Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 1763-1772, 2010.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

PUCCA, G.; HILAN, E. Financiamento das ações de saúde bucal – limites e possibilidades. In: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOARES, A.; SANTOS, N.R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar. 2014.

THE WORLD BANK GROUP. **World Bank Open Data**: free and open access to data about development in countries around the globe. Washington, 2014. Disponível em: <<http://data.worldbank.org>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

CAPÍTULO 8

8 SAÚDE BUCAL NO SETOR SUPLEMENTAR

8.1 Introdução

Para um melhor entendimento do que se denomina “saúde suplementar”, é preciso analisar as formas de organização dos sistemas nacionais de saúde, uma vez que as suas bases legais apresentam grande variação, sendo possíveis diferentes relações entre os setores público e privado.

Três tipos de sistemas de saúde são citados na literatura: sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos, sistemas de seguro social obrigatório e sistemas de caráter privado. Cada um apresenta características específicas (vide quadro 9), embora estas formas de organização possam apresentar algumas variações.

Quadro 9 – Tipos de sistemas de saúde e suas características

Tipos de Sistemas de Saúde	Características
Sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso universal • Serviços providos pelo setor público • Financiados pelo pagamento de tributos por parte da população.
Sistemas de seguro social obrigatório	<ul style="list-style-type: none"> • Organizados pelo Estado • Serviços providos pelo setor privado • Financiados pela contribuição de empregadores e empregados
Sistemas de caráter privado	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços providos pelo setor privado • Financiados por parte da população e pelos empregadores sem obrigatoriedade de contribuição.

Fonte: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2011)

A partir do exposto, pode-se definir que o Brasil se insere no conjunto de países que adota um sistema de saúde inteiramente ou majoritariamente público. No entanto, dois subsistemas coexistem: o público (SUS) e o privado (saúde suplementar e liberal clássico) (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Esta atual realidade tem um processo histórico que merece ser destacado: desde a estruturação da saúde previdenciária no Brasil, prevaleceu o modelo de seguro social organizado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Paralelamente, nos anos de 1940, surgiram as caixas de assistência que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços externos à Previdência Social (MONTONE, 2004).

Com a instalação de empresas estatais e multinacionais na década de 50, surgiram os sistemas que prestavam assistência médica direta a seus funcionários. A origem do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) a partir da unificação dos IAP ocorrida na década de 60, desagradou muitos beneficiários, principalmente as categorias com maior poder econômico, pois estas alegavam dificuldades de acesso aos serviços em virtude da uniformização dos benefícios e da ampliação da cobertura (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Com essa justificativa, a Previdência Social ampliou os credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde. A categoria médica visualizou esta situação por dois primas: um, que pretendia preservar a prática liberal da medicina; outro, que defendia a prática médica voltada para o mercado que se apresentava (MONTONE, 2004).

Originaram-se assim duas modalidades de empresas médicas: as medicinas de grupo, responsáveis pelos atendimentos hospitalares; e as cooperativas, que prestavam atendimento nos consultórios dos próprios profissionais. Podia ser observada a coexistência de várias possibilidades de assistência médica oriundas de contratos coletivos (BAHIA, 2001).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 promoveu uma radical mudança no quadro institucional, por meio da estruturação de sistemas de garantia de direitos. Como se sabe, nos regimes constitucionais anteriores, não era assegurado o direito à saúde (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Durante a década de 90, observou-se que o setor suplementar teve um crescimento desordenado e desregulado, pois a conjuntura internacional vivia uma onda conservadora de reformas acompanhada de uma redução do papel do Estado nas políticas sociais e uma deterioração dos serviços públicos de saúde (BAHIA, 2001).

Estes diversos arranjos conformaram o atual setor de saúde suplementar, que conta com quatro principais modalidades: medicina de grupo, seguro de saúde, cooperativa e autogestão (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Ao longo do tempo foi sendo observado o crescimento de empresas de odontologia de grupo e cooperativas odontológicas, sobretudo nos últimos anos com a ascensão de uma nova classe econômica (VIEIRA; COSTA, 2008).

O objetivo deste capítulo é discutir a inserção da saúde bucal no setor suplementar brasileiro, estimando os percentuais de cobertura de planos odontológicos via saúde suplementar por regiões geográficas, bem como o número de beneficiários e sua relação com o mapa de pobreza e miséria do país.

8.2 Ineficiência do setor público, ascensão do mercado de saúde suplementar e sua relação com os avanços econômicos do Brasil

Durante muito tempo o Estado não lançou um olhar cuidadoso sobre o setor privado de saúde no Brasil. A percepção por parte do poder público de que as pessoas com maior renda teriam cobertura assistencial por meio da saúde suplementar, dispensariam a proteção estatal e, conseqüentemente, diminuiria a necessidade de recursos públicos para a saúde pública no Brasil talvez se apresente como um forte argumento para este comportamento (PIETREBON, 2008)

Segundo Mendes (2001), as evidências mostram que é exatamente o inverso: quando se segmenta para criar um sistema para os pobres, esse tende a ser subfinanciado e acaba por oferecer serviços de menor qualidade. Deste modo, penalizam o pobre e/ou fazem os indivíduos gastarem duas vezes com assistência à saúde.

Ineficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar, demonstrando o avanço das políticas neoliberais, o que remete a discussões sobre as políticas universalistas ou assistenciais seletivas. Por um lado, o crescimento das alternativas particulares, corporativas desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo; por outro, evidencia perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada (BAHIA, 2001).

Especificamente quanto ao acesso e utilização de serviços odontológicos, o país convive com graves dificuldades como constaram as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios em 1993, 2003, 2008 e 2012 (MANFRENDINI *et al.*, 2012).

Sabe-se que o quadro de iniquidade em saúde se reproduz também nas condições de saúde bucal da população brasileira (PERES *et al.*, 2012), e os problemas odontológicos,

segundo os dados da PNAD/2008, compõem a terceira razão para a procura de serviços de saúde nas duas últimas semanas, precedido por consultas devido à doença e saúde em geral ou consultas preventivas (14,0%).

Estes fatores aliados aos avanços econômicos do Brasil sustentam a tese de crescimento do número de beneficiários de planos médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos.

Entre os anos de 2002 e 2012, houve um aumento real de 66% no salário mínimo, o índice de Gini sofreu uma queda de 8,9% e a taxa de pobreza caiu em 52%. O percentual de brasileiros pertencentes à classe média saltou de 37% para 50% da população total (BRASIL, 2012).

Ao contrário da população da classe baixa, que dedica grande parte de sua atenção à formular estratégias de sobrevivência, a classe média dedica sua atenção à visualização do futuro, por meio do desenho de estratégias voltadas à preservação de seus ganhos ou à continuidade do processo de ascensão (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

Com o aumento do nível de renda existe uma demanda crescente por serviços privados, dentre estes a saúde. Ao passo em que a porcentagem de pessoas com planos de saúde privados na classe média (24%), é 4,5 vezes maior que o percentual na classe baixa (5%), na classe alta a porcentagem (65%) é apenas 2,7 vezes à correspondente porcentagem na classe baixa. Os investimentos em planos de saúde privados são de 71% nas classes A/B, 40% na classe C, 15% na classe D e 10% na classe E (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

A maior utilização de serviços privados de saúde e educação pela classe média em relação à classe baixa resulta de: (I) maior disponibilidade de recursos da classe média; ou (II) maior valorização desta classe pela maior qualidade oferecida pelos serviços privados; ou (III) maior inadequação dos serviços oferecidos aos mais pobres; ou (IV) uma forma de acesso compulsório, especialmente à maior incidência de trabalho formal na classe média e à maior tendência de as empresas fornecerem planos de saúde coletivos (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

8.3 Modalidades de saúde suplementar e a regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Diferentes modalidades de saúde suplementar foram sendo criadas ao longo do tempo com suas características peculiares (vide quadro 10). Independente dos tipos, as organizações administram pecúlios formados pelas contribuições diretas dos indivíduos ou dos seus empregadores, ou por ambos, com o objetivo de garantir assistência à saúde.

Quadro 10 – Modalidades de saúde suplementar e suas características

Modalidades	Características
Medicina de grupo	Gestão feita por empresa privada, por proprietários ou sócios de unidades hospitalares; serviços podem ser prestados por unidades próprias ou credenciadas; os clientes podem ser indivíduos ou empresas.
Seguro de saúde	A lógica de funcionamento é o reembolso de pagamentos efetuados na assistência médica; seus clientes são empresas ou indivíduos.
Cooperativas	Gestão do plano feito por uma organização formada por profissionais médicos vinculados à cooperativas; clientela composta por pessoas físicas ou jurídicas.
Autogestão	Serviços de assistência à saúde são voltados para os empregados de empresas e seus dependentes, podendo ser organizados diretamente pela empresa ou outra organização. São financiadas pelos empregados e empregadores, por meio de caixas de assistência, associações, sindicatos, fundações, sem finalidade lucrativa.
Administradora de benefícios	Empresa que administra planos coletivos de assistência à saúde.

Fonte: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (2011)

Para funcionar, estas organizações precisam de autorização especial, a qual é conferida quando se demonstram capital mínimo e reservas financeiras, são monitoradas e precisam publicar balanços. Podem sofrer intervenção e são passíveis de liquidação extrajudicial (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Porém, a desordenação e falta de regulação permitiu a criação de inúmeros planos de saúde, desencadeando o aumento da concorrência e um crescimento nas demandas judiciais para garantir a superação de restrições assistenciais existentes em contratos (BAHIA, 2003).

A aprovação de uma legislação para a saúde suplementar foi fruto de um embate entre diferentes percepções: planos e seguros de saúde lidam primordialmente com questões de saúde e, secundariamente, com produtos financeiros, ou o contrário?

Criada pela Lei 9.656/98 e, posteriormente, pela Lei 9.961/2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se tornou o órgão supervisor e responsável pela regulação do setor. O marco legal supracitado ainda criou o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e determinou regras para o funcionamento dos planos e seguros de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Uma lista dos procedimentos em saúde cuja cobertura deve ser garantida a todos os beneficiários dos planos contratos é denominada “rol de procedimentos de eventos médicos e odontológicos”. Este rol é revisado periodicamente por câmaras técnicas indicadas para este fim (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

É sempre polêmica a atitude da intervenção do Estado em um mercado privado. Além de se realizar uma intervenção em uma atividade econômica, especificamente na área de saúde, pode-se entender que se esteja permitindo uma “mercantilização da saúde”, ou mesmo que se esteja colocando a saúde no mesmo patamar de outros bens públicos, cuja exploração foi privatizada (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Muitos autores questionam se é cabível dentro de um sistema universal de saúde, que o Estado faça intervenção em uma atividade privada. O que se deve considerar, no entanto, é que o segmento chamado de saúde suplementar tem, há décadas, um papel relevante no sistema nacional de saúde (BAHIA, 2003).

É perceptível que existe um “mercado”, mas nem todos consideram óbvia a ideia de que esse mercado necessita de regulação estatal. E, muito menos, qual regulação estatal é a mais adequada. O governo fez a opção, ainda que dentro de certa tensão – de localizar seu foco na área de saúde, em detrimento de uma visão exclusivamente de produto financeiro (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

8.4 Assistência Odontológica *versus* Assistência Médica no Setor Suplementar

O volume de pesquisas que tratam de planos odontológicos é consideravelmente menor quando comparado à produção científica acerca dos planos médico-hospitalares. Este panorama é sustentado por uma tese de que a saúde bucal possui características comuns às da saúde como um todo. Entretanto, a medicina e a odontologia apresentam marcantes diferenças e, portanto, também, são diferentes os seus planos e assistências (PIETROBON, 2008).

Covre e Alves (2002) estabeleceram alguns parâmetros que diferenciam a assistência médica da odontológica (vide quadro 11).

Quadro 11– Diferenças entre as assistências odontológicas e médicas

Características	Assistência Odontológica	Assistência Médica
Principais doenças	Apenas duas (cárie e doença periodontal)	Inúmeras
Previsibilidade de acontecimento das doenças	Alta	Baixa
Número de especialidades	17	66
Custo de diagnóstico	Baixo (geralmente exige apenas radiografias)	Alta (diversos exames)
Escolha entre procedimentos	Maior	Menor
Prevenção das doenças	Maior (doenças bucais não são tão imprevisíveis)	Menor
Emergência	Com exceção de acidentes ou dores de dente, a necessidade de tratamento odontológico raramente pode ser considerada uma emergência	Recorrente
Escolha do profissional	Maior	Menor
Tempo de tratamento	Previsível	Imprevisível

Fonte: Covre e Alves (2002).

Do mesmo modo, estes autores estabeleceram distinções entre os planos médico-hospitalares e odontológicos:

1) ao adquirir um plano médico-hospitalar, o indivíduo pretende criar uma proteção financeira diante do risco de adoecer. Como as principais doenças bucais podem ser prevenidas, este risco é razoavelmente conhecido e o gasto esperado é menor;

2) o gerenciamento dos riscos e dos custos tendem a ser mais acurado em planos odontológicos do que nos médico-hospitalares;

3) nos planos odontológicos há uma alta frequência de eventos de baixo custo, enquanto que nos médico-hospitalares se trabalha com uma alta sinistralidade (enquanto a maioria dos beneficiários não se encontra hospitalizada, aqueles que estão hospitalizados incorrem em altos custos);

4) a maioria dos procedimentos odontológicos permite a repetição em caso de falhas serem observadas pela sua execução. Na medicina, os erros costumam ser irreversíveis;

5) quanto à frequência de utilização, os planos odontológicos apresentam um pico inicial com tendência à estabilização. Este fato não se observa nos planos médico-hospitalares;

6) as operadoras de planos odontológicos tendem a criar mecanismos que incentivem os beneficiários a frequentarem o dentista regularmente, uma vez que seus custos aumentam quando o tratamento é adiado, e este adiamento é uma prática frequente entre os usuários;

7) há uma alta possibilidade de se rastrear procedimentos odontológicos, fato que facilita a realização das auditorias radiológicas;

8) o setor de operadoras de planos médicos possui uma rede de contratos muito mais abrangente (hospitais, clínicas, laboratórios, medicamentos) que o setor de operadoras de planos exclusivamente odontológicos;

9) nos planos odontológicos, não há uma relação direta entre o aumento da idade do usuário e seu nível de utilização.

Embora alguns destes pontos sejam alvo de divergência entre médicos e cirurgiões-dentistas (PIETROBON, 2008), estas diferenças refletem as tendências do mercado de saúde suplementar no país seja para os planos exclusivamente odontológicos ou médico-hospitalares.

8.5 Planos Odontológicos: cobertura e resultados no Brasil

O segmento de planos odontológicos vive uma trajetória ascendente, ficando claro que há um incremento no número de beneficiários. Segundo os dados reunidos pela ANS publicados no Caderno de Informações da Saúde Suplementar (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014), o número de beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos saltou de pouco mais de quatro milhões, em 2003, para 20.740.761 em 2013, o que corresponde a um aumento de 480% no período (vide tabela 13).

Tabela 13 – Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil - 2003-2013)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
2003	32.074.667	4.325.568
2004	33.840.716	5.312.915
2005	35.441.349	6.204.404
2006	37.248.388	7.349.643
2007	39.316.313	9.164.386
2008	41.468.019	11.061.362
2009	42.600.401	13.287.899
2010	45.055.273	14.550.324
2011	46.387.975	17.021.128
2012	48.064.157	19.171.857
2013	50.270.398	20.740.761

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014)

Dos 20.740.761 beneficiários de planos exclusivamente odontológicos no ano de 2013, 9.975.461 estão nas capitais, 15.646.182 nas regiões metropolitanas e 10.765.300 nos municípios do interior (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

A faixa etária dos 19 a 58 anos é a principal deste tipo de serviço, com 15.406.497

beneficiários mas o maior crescimento em número de beneficiários vem acontecendo na faixa etária acima dos 59 anos, 10,4% no acumulado em 2013 (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014). Esta expansão pode ser atribuída ao aumento da expectativa de vida da população brasileira (PIETREBON, 2008).

Além do quantitativo de beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos, há um outro número de beneficiários em planos privados de assistência médica com odontologia que merece destaque. Este segmento também apresentou crescimento ao longo do período de 2003 a 2013 (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

Embora o crescimento tenha se verificado em todos os tipos de contratação de planos exclusivamente odontológicos, é no “coletivo empresarial” que os números ficam mais evidentes: um acréscimo de mais de 14 milhões de novos beneficiários. Esta modalidade representa mais de 72% de todo o segmento (vide tabela 14).

Tabela 14 – Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano, segundo cobertura assistencial e tipo de contratação do plano (Brasil – dezembro/2013)

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Total	Novo	Antigo
Assistência médica com ou sem odontologia	50.270.398	44.174.836	6.095.562
Individual ou Familiar	9.988.349	8.616.929	1.371.420
Coletivo Empresarial	33.052.792	30.605.198	2.447.594
Coletivo por adesão	6.631.678	4.936.159	1.695.519
Coletivo não identificado	16.550	16.550	0
Não Informado	581.029	0	581.029
Exclusivamente odontológicos	20.740.761	20.253.863	486.898
Individual ou Familiar	3.705.012	3.689.870	15.142
Coletivo Empresarial	14.963.906	14.661.194	302.712
Coletivo por adesão	1.876.903	1.797.313	79.590
Coletivo não identificado	105.486	105.486	0
Não Informado	89.454	0	89.454

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014)

Evidentemente, com o crescimento do número de beneficiários também se expandiu a receita das operadoras, tanto as médico-hospitalares quanto as exclusivamente odontológicas, no período de 2003 a 2013. Sendo que para estas últimas o aumento foi de aproximadamente

486% (vide tabela 15). Dados que confirmam a expansão do setor e seu potencial ambiente de contínuo crescimento nos próximos anos em todo o território brasileiro.

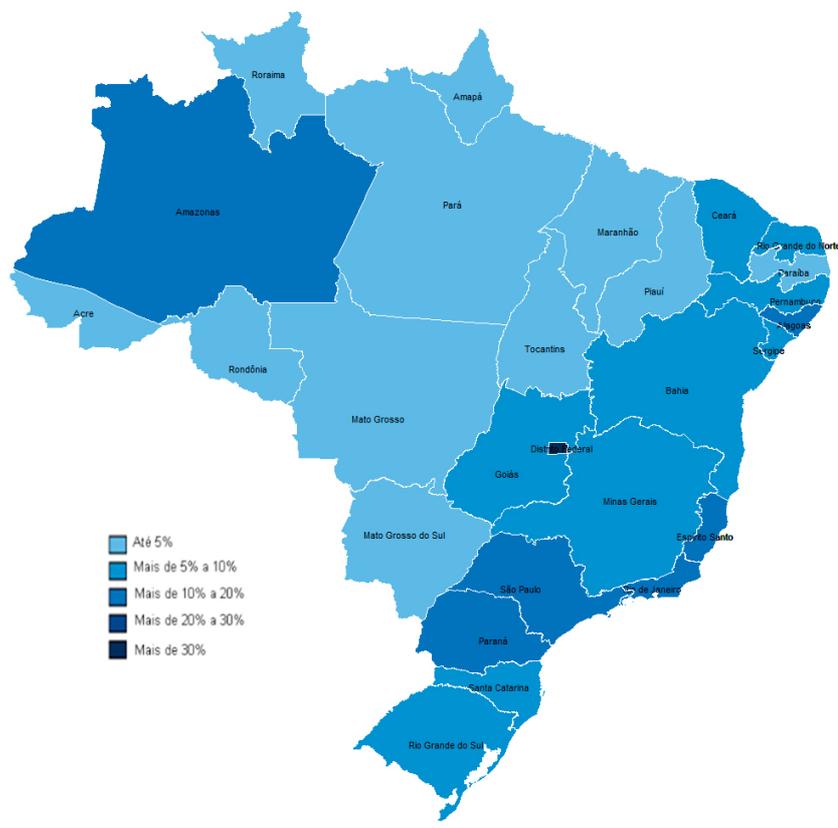
Tabela 15 – Receita de contraprestações das operadoras (em reais) (Brasil - 2003-2013)

Ano	Receita total do setor	Receita das operadoras médico-hospitalares	Receita das operadoras exclusivamente odontológicas
2003	28.743.350.681	28.242.917.411	500.433.270
2004	32.629.463.596	32.030.434.177	599.029.419
2005	37.270.298.624	36.526.946.141	743.352.483
2006	42.626.301.968	41.716.015.955	910.286.013
2007	52.205.736.556	51.123.324.695	1.082.411.861
2008	60.684.481.736	59.507.021.234	1.177.460.502
2009	65.810.267.086	64.468.880.292	1.341.386.794
2010	74.597.997.366	72.918.834.837	1.679.162.529
2011	84.656.605.739	82.611.569.740	2.045.035.999
2012	95.416.775.194	93.122.140.250	2.294.634.944
2013	110.469.154.421	108.036.482.134	2.432.672.287

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014)

O crescimento no número de beneficiários em seus mais diversos tipos de contratação dos planos de saúde não acontece de forma homogênea no Brasil. Ao acompanhar a lógica da taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por unidades da federação do país, é possível perceber grandes discrepâncias: o Distrito Federal apresenta a maior taxa, com mais de 30%, enquanto que Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Amazonas e Alagoas apresentam entre 20 e 30% (vide figura 18).

Figura 18 – Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por Unidades da Federação (Brasil – dezembro/2013)



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014)

Essas taxas acompanham, além das distribuições populacionais do país, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Produto Interno Bruto (PIB). Das sete unidades da federação que apresentam as maiores coberturas de planos exclusivamente odontológicos, cinco apresentam as respectivas capitais com os maiores IDH do país: Brasília (muito alto – IDH 0,824, 3^o colocada), Curitiba (muito alto – IDH 0,823, 4^a colocada), São Paulo (muito alto – IDH 0,805, 7^a colocada) Rio de Janeiro (alto – IDH 0,799, 9^a colocada) e Vitória (muito alto – IDH 0,845, 2^a colocada) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Do mesmo modo, das sete unidades da federação citadas, seis apresentam as respectivas capitais como as cidades com maior PIB nominal municipal do país: São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Curitiba, Belo Horizonte e Manaus (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

Alagoas se insere neste conjunto de unidades da federação com maiores taxas de cobertura de planos exclusivamente odontológicos, acompanhando uma tendência que vem

sendo observada: o crescimento superior desta taxa para a região Nordeste quanto comparados à taxa nacional de beneficiários de planos de saúde (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014).

Isto acontece porque é, sobretudo na região Nordeste, em que mais houve crescimento da classe média, público-alvo dos planos de saúde (BRASIL 2012; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

Embora esteja expandindo seus números ano após ano, o espaço para crescimento dos planos odontológicos é bastante grande, tendo em vista que os atuais beneficiários atendidos por estas operadoras representam apenas 10,7% de toda a população brasileira (vide tabela 16) .

Tabela 16– Taxa de cobertura (%) por planos privados de saúde (Brasil - 2003-2013)

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
2003	18,1%	2,4%
2004	18,9%	3,0%
2005	19,2%	3,4%
2006	19,9%	3,9%
2007	20,8%	4,8%
2008	21,9%	5,8%
2009	22,2%	6,9%
2010	23,6%	7,6%
2011	24,1%	8,8%
2012	24,8%	9,9%
2013	25,9%	10,7%

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2014).

Nota: Taxa de cobertura refere-se a percentual da população coberta por plano privado de saúde.

A população brasileira está distribuída de forma desigual pelo território brasileiro, havendo concentração maior nas áreas de maior desenvolvimento econômico, ou seja, nas regiões Sudeste e Sul, acompanhados de maneira significativa pela expansão das operadoras de planos odontológicos (PIETREBON, 2008).

8.6 Conclusões

O crescimento do número de beneficiários de planos de saúde exclusivamente odontológicos no Brasil pode ser atribuído à mudança no perfil profissional da odontologia e ao sofrível acesso da população a serviços de saúde bucal (VIEIRA; COSTA, 2008).

Para um país com mais de 200 milhões de habitantes, ficam evidentes as limitações desta modalidade, típica da odontologia de mercado, para prover assistência odontológica para todos os brasileiros. Para Narvai (2002) "odontologia de mercado" corresponde a um modelo de atenção em saúde bucal que se caracteriza pela "prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual – o cirurgião-dentista – no restrito ambiente clínico-cirúrgico".

Deste modo, tanto em virtude das limitações de cobertura próprias deste modelo, com notória iniquidade assistencial, quanto pelas contradições desse modelo com os princípios de universalidade, equidade e integralidade (sobretudo da promoção da saúde), ressalta-se a necessidade de ampliar e qualificar a cobertura das ações e serviços odontológicos pelo setor público.

É preciso reconhecer o Brasil Sorridente política de Estado e buscar envolver as esferas estaduais e municipais para o efetivo cumprimento de suas responsabilidades sanitárias.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de Informações de Saúde Suplementar – edição de março de 2014**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/caderno_informacoes_mar14.xls>. Acesso em: 04 jul. 2014.
- BAHIA, L. **A regulamentação dos planos e seguros de saúde: avanços e lacunas na legislação**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. **Economia brasileira em perspectiva**. 14 ed. Brasília. 2012. Disponível em: <<http://www1.fazenda.gov.br/portugues/docs/perspectiva-economia-brasileira/edicoes/Economia-Brasileira-Em-Perspectiva-14Ed.EspecialFev2012.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2014.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Saúde Suplementar**. Brasília, 2011.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média**. Brasília, 2013.
- COVRE, E.; ALVES, S.L. **Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório**. Rio de Janeiro: ANS, 2002.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Saúde suplementar em números**. Disponível em: <<http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/56fgz4ppq83ppg6h.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2014.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomo 1.
- MONTONE, J. **Coletânea de artigos e palestras sobre o setor da saúde suplementar no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.
- NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos, 2002.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília, 2004. p. 45-94.
- PERES, K.G. *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012 .
- PIETROBON, L. *et al.* Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1589-1599,

set./out. 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>> Acesso em: 04 jul. 2014.

VIEIRA, C., COSTA, N. R. Estratégia populacional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p 1579-1588, 2008.

CAPÍTULO 9

9 IMPACTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA SITUAÇÃO DE SAÚDE

9.1 Introdução

Passados dez anos desde a formulação da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) “Brasil Sorridente”, cabe fazer uma reflexão sobre os seus impactos na situação de saúde bucal da população a partir do seu contínuo processo de implementação. No ciclo da política, sabe-se que esta etapa é imprescindível, pois fornece subsídios para a reformulação de seu conteúdo ou aperfeiçoamento das diretrizes e pressupostos vigentes, considerando que novas necessidades de saúde podem surgir como “problema” e se apresentarem como demanda na “agenda do governo” (SECCHI, 2013).

Em consonância com o título da pesquisa, o enunciado e conteúdo deste capítulo sugerem que com os resultados conseguidos se conseguiu diminuir as diferenças injustas através da promoção da equidade no acesso às ações e serviços de saúde bucal.

Este objetivo fora traçado desde a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, entre os dias 29 de julho e 1º de agosto de 2004, cujo tema central foi “acesso e qualidade superando a exclusão social”. Diante dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL) de 2003, os conferencistas identificaram uma grande dívida social na área da saúde bucal, pois havia mais de 30 milhões de desdentados no país (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005).

Outros dados do SB BRASIL de 2003 eram também alarmantes quanto à cárie dentária e doença periodontal, revelando um marcante contraste social com a consequente exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos direitos sociais. A saúde bucal passou a ser identificada como um indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades:

“As condições da saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2005, p. 7-8).

Nova Pesquisa Nacional de Saúde Bucal fora desenvolvida no ano de 2010 (SB BRASL 2010), com vistas a construir uma série histórica da situação de saúde bucal da população, contribuindo para a avaliação e o planejamento dos serviços (BRASIL, 2009a).

Diante dos resultados dos anos de 2003 e 2010, é possível traçar um comparativo das situações encontradas para os agravos cárie dentária, doença periodontal, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese dentária, fluorose dentária, morbidade referida e uso de serviços odontológicos, sendo este o objetivo do capítulo que por ora se apresenta.

Analisar a situação de saúde bucal é fundamental, pois:

[...] a saúde bucal acaba sendo uma fotografia da classe social, é uma tatuagem da origem de classe. Porém, se convenceu de que as pessoas viviam sem (saúde bucal) e que era natural que elas não tivessem acesso, se elas não tivessem dinheiro para pagar uma reabilitação no setor privado, uma ação de prevenção no setor privado (entrevistado λ , lambda).

9.2 Cárie dentária

Para estimar este agravo foram utilizados os índices preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS): CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) para a dentição permanente, portanto nas faixas etárias 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos; e ceo-d (dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados) para a faixa etária 5 anos (BRASIL, 2011). Com estes indicadores é possível estimar a experiência presente e passada da cárie dentária nas dentições decídua e permanente (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Os resultados demonstram que houve aumento no percentual de indivíduos livres de cárie dentária em todas as faixas etárias pesquisadas, entre os anos de 2003 e 2010, com exceção dos 65 a 74 anos de idade, onde houve declínio. A proporção de indivíduos com ceo-d e CPO-D igual a zero no Brasil nos anos de 2003 e 2010 pode ser observada na tabela 17.

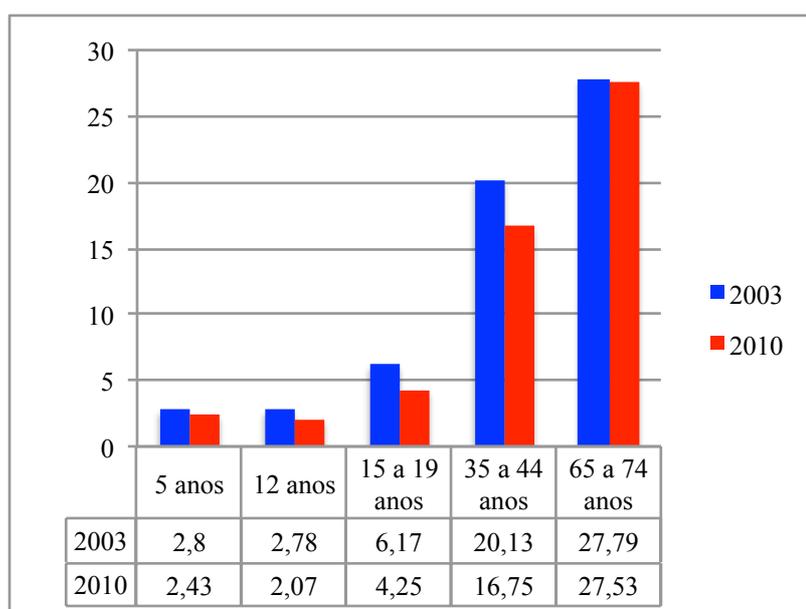
Tabela 17 – Proporção de indivíduos com ceo-d e CPO-D igual a zero (2003 e 2010)

Faixa etária	SB Brasil 2003	SB Brasil 2010
5 anos	40,62%	46,6%
12 anos	31,08%	43,5%
15 a 19 anos	11,06%	23,9%
35 a 44 anos	0,52%	0,9%
65 a 74 anos	0,52%	0,2%

Fonte: Brasil (2005; 2011). Elaborado pelo próprio autor.

O índice CPO-D apresentou redução em todas as faixas etárias pesquisadas, como pode ser observado no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Índice CPO-D em todas as faixas etárias pesquisadas (2003-2010)



Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Observando os componentes do indicador, destacam-se as médias de dentes perdidos nas faixas etárias 35 a 44 anos e 65 a 74 anos como bastante elevadas, embora uma redução significativa seja identificada para a faixa etária 35 a 44 anos no período de 2003 a 2010. Também nesta séria histórica é possível perceber que houve aumento do número de dentes hígidos em todas as faixas etárias, assim como redução do número de dentes cariados (vide tabela 18).

Tabela 18 – Comparativo das médias ceo-d e CPO-D com seus componentes (2003 e 2010)

	Hígido		Cariado		Obturado/ Cariado		Obturado		Perdido		Média	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
5 anos	16,05	16,38	2,30	1,95	0,06	0,08	0,36	0,33	0,08	0,06	2,80	2,43
12 anos	22,70	23,18	1,62	1,12	0,07	0,09	0,91	0,73	0,18	0,12	2,78	2,07
15 a 19 anos	22,24	24,09	2,60	1,52	0,19	0,18	2,49	2,16	0,89	0,38	6,17	4,25
35 a 44 anos	10,85	13,53	2,33	1,48	0,35	0,46	4,22	7,33	13,23	7,48	20,13	16,75
65 a 74 anos	3,40	3,60	1,17	0,52	0,06	0,10	0,73	1,62	25,83	25,29	27,79	27,53

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Esta redução do número de dentes perdidos é considerado um dos maiores impactos da PNSB na percepção do entrevistado ϵ (épsilon):

Perda de dente é sensacional. Você reduz perda dentária. Os milhões de dentes que deixaram de ser extraídos. Eu acho isto do ponto de vista da benquerença, do sentir-se bem, do poder falar, do poder sorrir, eu acho isto fundamental.

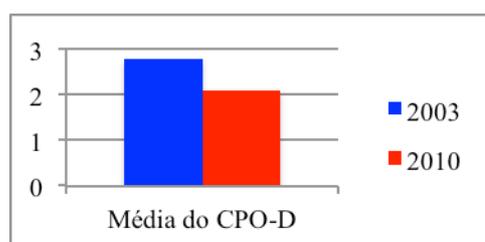
Os dados apresentados ainda permitem afirmar que houve ampliação do acesso da população adulta (35 a 44 anos) ao tratamento da cárie dentária, pois em 2003 a média de dentes obturados era de 4,22, passando a 7,33 em 2010.

E ter a possibilidade, a sensação de que o Estado Nacional te permite ter acesso a serviços que você antes era excluído. Existe então este sentimento de pertencimento a uma sociedade. Acesso a prótese, endodontia (entrevistado δ , delta).

Realizar uma análise mais detalhada para a idade de 12 anos é de extrema importância, pois esta faixa etária é adotada internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador CPO-D. As médias obtidas podem ser classificadas em graus de severidade muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

No Brasil, a média do CPO-D aos 12 anos de idade era de 2,78 no ano de 2003, sendo classificada como moderada. Este valor reduziu para 2,07 em 2010, sendo enquadrado no grau de baixa prevalência de cárie (vide gráfico 13).

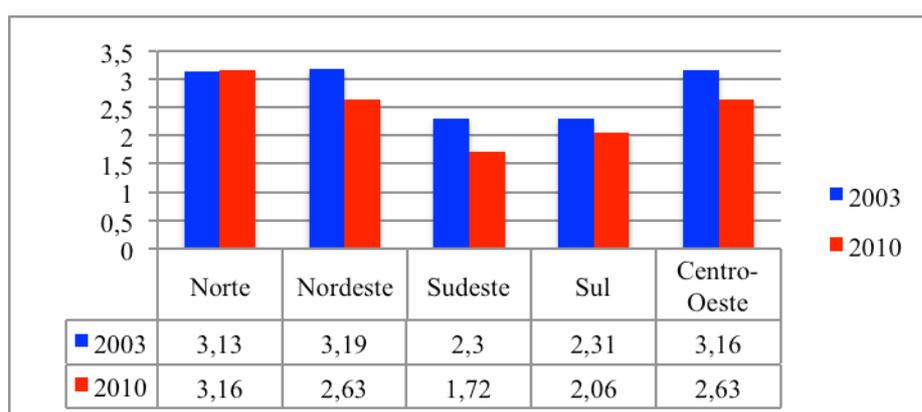
Gráfico 13 – Média do CPO-D aos 12 anos de idade (2003-2010)



Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Apesar de tal avanço, diferenças regionais continuam expressivas, pois o Sudeste e o Sul apresentaram as menores médias de CPO-D aos 12 anos de idade dentre as regiões brasileiras, 1,72 e 2,06 respectivamente. Isoladamente estas regiões estariam com baixa prevalência de cárie dentária. A maior média permanece na região Norte, onde inclusive se observou discreto aumento (3,13 em 2003 para 3,16 em 2010), conforme elucida o gráfico 14.

Gráfico 14 - Índice CPO-D aos 12 anos por regiões geográficas do Brasil 2003-2010



Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Ainda para a faixa etária 12 anos, quando se analisam os componentes dentes hígidos, cariados, obturados, obturados/cariados e perdidos entre as regiões geográficas do Brasil (vide tabela 19), é possível realizar algumas constatações:

- a) Aumentou a média de dentes hígidos em todas as regiões do país no período de 2003 a 2010, com exceção da Norte, onde acontece uma diminuição de 22,77 para 22,69;
- b) A média de dentes cariados também apresentou redução em todas as regiões, exceto na Sul, onde houve aumento de 1,11 para 1,13;
- c) Quanto aos dentes obturados, apenas na região Norte se observa aumento na média (de 0,45 para 0,65). O declínio nas demais regiões se justifica pela ampliação do percentual de indivíduos livres de cárie dentária;
- d) Houve diminuição da média de dentes perdidos em todas as regiões, com exceção do Sudeste, onde se observa um aumento de 0,07 para 0,11. Apesar deste incremento, o Nordeste apresenta uma média 50% maior que o Sudeste;
- e) As maiores reduções da média CPO-D aos 12 anos de idade são observadas nas regiões Sudeste (0,58) e Nordeste (0,56).

Tabela 19 – Comparativo do CPO-D aos 12 anos de idade com seus componentes por regiões do Brasil (2003 e 2010)

REGIÕES	Hígido		Cariado		Obturado/ Cariado		Obturado		Perdido		Média	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
Norte	22,77	22,69	2,27	2,13	0,05	0,14	0,45	0,65	0,36	0,24	3,13	3,16
Nordeste	22,80	23,33	2,28	1,81	0,06	0,10	0,60	0,50	0,25	0,22	3,19	2,63
Sudeste	22,66	23,30	0,97	0,78	0,07	0,07	1,20	0,77	0,07	0,11	2,30	1,72
Sul	22,74	23,00	1,11	1,13	0,06	0,12	1,03	0,76	0,11	0,04	2,31	2,06
Centro-Oeste	22,50	22,75	1,65	1,52	0,10	0,15	1,29	0,87	0,12	0,09	3,16	2,63
BRASIL	22,70	23,18	1,62	1,12	0,07	0,09	0,91	0,73	0,18	0,12	2,78	2,07

Fonte: BRASIL (2005; 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Foi na faixa etária dos 65 a 74 anos de idade onde se observou uma maior necessidade de tratamento de cárie dentária tanto para o ano de 2003 quanto para o ano de 2010. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram resultados acima da média nacional nos

dois períodos estudados, sendo que os maiores percentuais foram observados na Norte (vide tabela 20).

Em 2003, o Nordeste foi a região que apresentou maiores necessidades de tratamento de cárie dentária nas faixas etárias 05 anos, 12 anos e de 15 a 19 anos, seguida da região Norte. Nas faixas etárias 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, o Norte foi a região com maiores necessidades.

Situação semelhante foi identificada em 2010, sendo que para este ano a região Norte apresentou as maiores necessidades de tratamento de cárie dentária em todas as faixas etárias pesquisadas.

Em termos nacionais, houve redução em necessidade de tratamento de cárie dentária em todas as faixas etárias quando se comparam os dados de 2010 e 2003. As maiores reduções aconteceram nas faixas etárias 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, sendo de 6,07% e 11,88% respectivamente.

Tabela 20 – Necessidade de Tratamento de Cárie Dentária por faixa etária e região (2003 e 2010)

(continua)

Faixa Etária	Região	2003	2010
05 anos	Norte	14,92%	17,60%
	Nordeste	16,28%	13,4%
	Sudeste	10,29%	8,7%
	Sul	11,21%	10,3%
	Centro-Oeste	11,19%	12,8%
	BRASIL	12,45%	10,5%
12 anos	Norte	9,66%	12,2%
	Nordeste	11,20%	8,40%
	Sudeste	5,90%	5,60%
	Sul	7,55%	5,90%
	Centro-Oeste	8,43%	7,50%
	BRASIL	8,41%	6,70%

Tabela 20 – Necessidade de Tratamento de Cárie Dentária por faixa etária e região (2003 e 2010)

(conclusão)

Faixa Etária	Região	2003	2010
15 a 19 anos	Norte	13,23%	13,20%
	Nordeste	13,42%	8,60%
	Sudeste	7,36%	5,70%
	Sul	7,20%	5,70%
	Centro-Oeste	10,51%	10,70%
	BRASIL	10,46%	7,00%
35 a 44 anos	Norte	19,82%	16,90%
	Nordeste	18,97%	11,80%
	Sudeste	12,33%	8,30%
	Sul	11,76%	8,90%
	Centro-Oeste	15,81%	13,30%
	BRASIL	15,57%	9,50%
65 a 74 anos	Norte	37,36%	25,80%
	Nordeste	31,94%	18,10%
	Sudeste	18,08%	12,00%
	Sul	17,53%	13,80%
	Centro-Oeste	26,09%	18,50%
	BRASIL	25,78%	13,90%

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

O Nordeste foi a região que apresentou as maiores reduções de necessidade de tratamento de cárie dentária em todas as faixas etárias: 2,88% aos 05 anos, 2,80% aos 12 anos, 4,82% dos 15 aos 19 anos, 7,17% dos 35 aos 44 anos e 13,84% dos 65 aos 74 anos.

9.3 Condição Periodontal

Em inquéritos populacionais, para aferição da condição periodontal, tem sido utilizado o Índice Periodontal Comunitário (CPI) complementado pelo exame da Perda de Inserção Periodontal (PIP) para população adulta e idosa. O CPI verifica a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsas periodontais rasas e profundas, tendo como referência o exame por sextantes. Excluído o sextante em que há menos de dois dentes hígidos (BRASIL, 2011).

Dados comparativos de 2003 e 2010 revelam que o percentual de pessoas sem nenhum problema periodontal foi significativamente diminuído nas faixas etárias dos 35 aos 44 anos e dos 65 aos 74 anos. Melhora apenas foi identificada na faixa etária dos 15 aos 19 anos (vide tabela 21).

Tabela 21 – Condição periodontal por faixa etária e região geográfica (2003 e 2010)

Faixa Etária	Região	Hígido		Sangramento		Cálculo		Bolsa Rasa		Bolsa Profunda		Excluído	
		2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
15 a 19 anos	Norte	33,82	30,8	16,28	7,1	47,30	37,4	2,06	17,9	0,10	1,7	0,44	5,1
	Nordeste	36,73	44,7	20,16	7,9	41,80	35,7	0,88	9,7	0,13	0,5	0,30	1,5
	Sudeste	54,01	56,8	17,41	9,9	26,77	24,1	1,41	7,5	0,17	0,7	0,23	1,0
	Sul	55,40	45,9	21,90	11,7	21,50	33,7	0,70	8,2	0,21	0,1	0,29	0,5
	Centro-Oeste	58,71	48,3	16,99	10,1	23,08	30,5	0,75	8,3	0,19	0,1	0,28	2,7
	BRASIL	46,18	50,9	18,77	9,7	33,4	28,4	1,19	8,8	0,15	0,7	0,31	1,5
35 a 44 anos	Norte	19,59	8,3	7,92	1,1	51,54	20,2	7,80	14,6	1,65	1,8	11,50	53,9
	Nordeste	17,24	17,9	8,10	2,6	53,53	26,2	7,54	13,1	2,31	2,8	11,28	37,3
	Sudeste	22,99	18,3	9,74	1,5	42,78	30,5	10,13	16,7	2,39	5,0	11,97	28,1
	Sul	25,46	19,9	13,55	3,2	40,26	27,6	7,87	11,4	2,10	2,9	10,76	35,0
	Centro-Oeste	25,86	17,2	10,22	2,8	44,42	25,3	5,87	14,1	2,10	5,0	11,53	35,7
	BRASIL	21,94	17,8	9,97	1,9	46,76	28,6	7,86	15,2%	2,12	4,2	11,35	32,3
65 a 74 anos	Norte	7,24	0,2	2,41	0,2	21,45	2,8	5,90	1,6%	3,62	0,3	59,38	95,0
	Nordeste	6,85	2,1	2,49	0,3	27,73	4,0	4,70	2,6%	2,21	0,8	56,02	90,3
	Sudeste	6,46	1,8	3,23	0,1	15,87	4,2	3,71	2,6%	0,76	0,9	69,97	90,5
	Sul	11,06	2,5	4,37	0,6	21,40	5,2	4,22	2,2%	1,97	0,7	56,98	88,7
	Centro-Oeste	6,70	1,0	3,69	0,0	19,29	3,0	3,97	3,4%	0,68	1,3	65,67	91,3
	BRASIL	7,89	1,8	3,27	0,2	21,74	4,2	4,45	2,5%	1,85	0,8	60,8	90,5

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Quanto à doença periodontal, os percentuais de pessoas com bolsas rasas aumentaram nas faixas etárias 15 a 19 anos, 35 a 44 anos em todas as regiões, havendo redução significativa para a faixa etária dos 65 aos 74 anos também em todas as regiões.

Chama atenção o grande número de sextantes excluídos nas faixas etárias dos 35 aos 44 anos e dos 64 aos 74 anos, tendo ocorrido aumento no período de 2003 a 2010. Nesta última faixa, 90,5% das pessoas tiveram sextantes excluídos em 2010, o que significa não apresentar nenhum dente presente ou apresentar apenas um dente funcional. Este fato gera uma baixa prevalência de doença periodontal.

9.4 Oclusão Dentária

O índice utilizado para avaliação das anormalidades dentofaciais é o DAI ('Dental Aesthetic Index') e foi empregado nas faixas etárias 12 anos e 15 a 19 anos.

O percentual de pessoas com oclusão normal no país aumentou entre 2003 e 2010 tanto aos 12 anos de idade quanto na faixa etária dos 15 aos 19 anos, sendo maiores os aumentos nas regiões Sul e Sudeste. Houve redução dos percentuais de pessoas com má-oclusões nas duas faixas etárias estudadas em todas as regiões na série histórica analisada (vide tabela 22).

Tabela 22 – Oclusão dentária por faixa etária e região geográfica (2003 e 2010)

	12 anos de idade				15 a 19 anos			
	NORMAL		MÁ-OCCLUSÃO		NORMAL		MÁ-OCCLUSÃO	
Ano	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
Regiões								
Norte	46,34%	64%	53,66%	36,0%	46,27%	59,9%	53,73%	40,1%
Nordeste	46,0%	58,5%	54,0%	41,5%	46,62%	61,8%	53,38%	38,2%
Sudeste	35,89%	61,1%	64,11%	38,9%	45,79%	64,9%	54,21%	35,1%
Sul	37,13%	63,5%	62,87%	62,87%	46,16%	71,3%	53,84%	28,7%
Centro-Oeste	45,91%	59,3%	54,09%	40,7%	50,42%	67,6%	49,58%	32,4%
BRASIL	41,86%	61,2%	58,14%	38,8%	46,77%	65,1%	53,23%	34,9%

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Mesmo com as mudanças identificadas no período, foram significativos os percentuais de má-oclusões em crianças e adolescentes. Diante da situação encontrada, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 718, em dezembro de 2010, que incluiu os procedimentos de instalação, manutenção e conserto de aparelhos ortodônticos e ortopédicos fixos e removíveis no SUS (BRASIL, 2010).

9.5 Uso e necessidade de prótese dentária

Avaliar o uso e a necessidade de prótese dentária ajuda a entender o agravamento do edentulismo, subsidiando ações de planejamento. Os resultados das pesquisas de 2003 e 2010 demonstraram diferenças regionais marcantes no uso e necessidade de prótese dentária (BRASIL, 2011).

Em 2003, os adolescentes das regiões Norte e Nordeste possuíam os maiores percentuais de uso de algum tipo de prótese dentária. Em 2010, no Brasil, 96,3% dos examinados na faixa etária de 15 a 19 anos não usavam qualquer tipo de prótese dentária superior e 99,4% não usavam prótese inferior, não havendo diferenças entre as regiões. Entre os 3,7% de usuários, a maioria usava uma ponte fixa (3,2%), 0,3% usava prótese parcial removível e 0,2% prótese total (BRASIL, 2011).

Houve acréscimo nos percentuais de uso de prótese dentária inferior e superior para as faixas etárias 15 a 19 anos e 65 a 74 anos. Uma justificativa provável para este quadro é o aumento na cobertura de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária no país, ampliando o acesso a tais procedimentos de reabilitação oral. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 51,69% dos examinados não usavam prótese dentária superior em 2003. Em 2010, eram 67,2%. Quanto à prótese inferior, 84,47% não usavam em 2003 e 48,31% em 2010 (vide tabela 23).

Tabela 23 – Uso de prótese dentária por faixa etária (2003 e 2010)

Faixa Etária	Prótese Dentária Inferior				Prótese Dentária Superior			
	Não usa		Usa		Não usa		Usa	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
15 a 19 anos	99,79%	99,4%	0,21%	0,60%	98,12%	96,3%	1,88%	3,7%
35 a 44 anos	84,47%	89,9%	15,53%	10,1%	51,59%	67,2%	48,31%	32,8%
65 a 74 anos	57,43%	46,1%	42,57%	53,9%	33,36%	23,5%	66,54%	76,5%

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Observando-se ainda a faixa etária 35 aos 44 anos, identifica-se que houve declínio dos percentuais de uso de prótese dentária tanto superior quanto inferior em todas as regiões do Brasil, sendo as maiores reduções no Sudeste e Centro-Oeste para a prótese inferior e no Sul e Centro-Oeste para a prótese superior (vide tabela 24).

Tabela 24 – Uso de prótese dentária na faixa etária 35 aos 44 anos por região (2003 e 2010)

Regiões	Prótese Dentária Inferior				Prótese Dentária Superior			
	Não usa		Usa		Não usa		Usa	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
Norte	86,19	88,5	13,81	11,5	49,98	57,1	50,02	42,9
Nordeste	84,92	88,8	15,08	11,2	52,62	62,4	47,38	37,6
Sudeste	83,66	90,9	16,34	9,1	59,84	69,8	40,16	30,2
Sul	83,61	87,9	16,39	12,1	46,44	65,3	53,56	34,7
Centro-Oeste	83,88	88,6	16,12	11,4	51,23	65,1	48,77	34,9
BRASIL	84,47	89,9	15,53	10,1	51,69	67,2	48,31	32,8

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

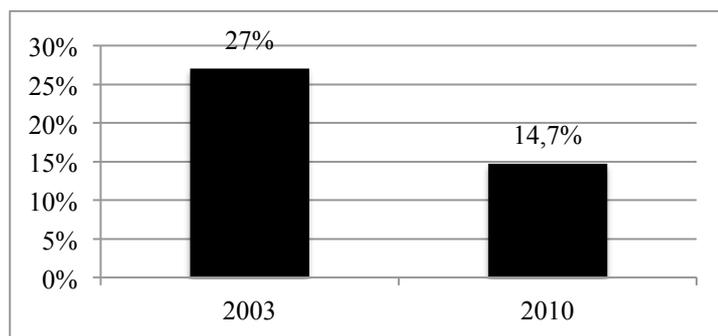
No entanto, os maiores percentuais de uso de prótese dentária ainda continuam no Norte e Nordeste no que se refere à prótese superior, com 42,9% e 37,6% respectivamente. Quanto ao uso de prótese dentária inferior, o Sul (12,1%) foi a região com maior uso, seguida das regiões Norte (11,5%) e Centro-Oeste (11,4%).

Em 2010, dos usuários, a maioria usava prótese parcial removível (16%), sendo a maior porcentagem na região Nordeste (22,9%) e a menor no Sul (11,5%). A prótese dentária total foi o segundo tipo de prótese superior mais usado, com 9,1% de usuários, sendo o maior percentual de indivíduos (14,5%) no sul e o menor (6,6%) no Sudeste.

Na faixa etária dos 65 aos 74 anos, 33,46% não usavam algum tipo de prótese dentária superior em 2003. Em 2010 este percentual foi reduzido para 23,5%, com diferenças regionais: o maior percentual (31,4%) no Nordeste e o menor (16,5%) no Sul. Quanto à prótese inferior, eram 57,43% que não usavam em 2003, passando a 46,1% em 2010.

Entre os adolescentes, eram 23,41% que necessitavam de prótese inferior e 9,26% de prótese superior em 2003. Os maiores percentuais de necessidade foram encontrados no Norte e no Nordeste tanto para o arco dentário superior quanto para o inferior, em contraponto ao Sul que apresentou os menores percentuais do país. Tal situação não se modificou no período estudado, pois 14,7% necessitavam de prótese em 2010, com diferenças entre as regiões: o maior percentual foi encontrado no Norte (29%) e o menor no Sul (9,2%).

De uma forma geral, houve redução na necessidade de prótese dentária entre adolescentes no período de 2003 a 2010 (vide gráfico 15).

Gráfico 15 - Necessidade de prótese dentária entre 15 e 19 anos (2003 – 2010)

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Na faixa etária dos 35 aos 44 anos, 35,83% necessitavam de prótese dentária superior e 70,99% de prótese inferior em 2003, sendo os maiores percentuais no Norte e Nordeste. Em 2010, eram 68,8% que necessitavam de prótese, sendo a minoria na região Sul (62,9%) e a maioria no Norte (83,3%).

Quanto à necessidade de prótese dentária total em uma arcada na faixa etária dos 65 aos 74 anos, houve pouca mudança no período (24% em 2003 e 23% em 2010). O mesmo ocorreu quanto à necessidade de prótese dentária total nas duas arcadas (eram 16% em 2003 e 15% em 2010).

9.6 Fluorose Dentária

Para se descrever este agravo tem sido utilizado o Índice de Dean, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde, o qual é baseado em variações no aspecto estético do esmalte, desde normal/questionável até a forma grave, abrangendo seis categorias: normal, questionável, muito leve, leve, moderada e severa. 12 anos é definida como a faixa etária estudada para este agravo (BRASIL, 2009b).

Os percentuais de indivíduos com fluorose aumentaram entre os anos de 2003 e 2010 em todas as regiões do país (vide tabela 25).

Tabela 25 – Percentuais de indivíduos com e sem fluorose por regiões (2003-2010)

Ano Região	Sem fluorose		Com fluorose	
	2003	2010	2003	2010
Norte	90,24%	89,6%	9,76%	10,4%
Nordeste	96,32%	85,5%	3,68%	14,5%
Sudeste	86,55%	80,9%	13,45%	19,1%
Sul	89,25%	85,2%	10,75%	14,8%
Centro-Oeste	96,1%	88,7%	3,89%	11,3%
BRASIL	91,44%	83,3%	8,56%	16,7%

Fonte: Brasil (2005, 2011). Elaborado pelo próprio autor.

Atualmente, as regiões Sudeste e Sul apresentam os maiores percentuais de crianças com fluorose, fato que se deve à maior exposição ao flúor pelas formas de creme dental fluoretado, uso tópico de flúor pelo cirurgião-dentista e abastecimento público com água fluoretada (BRASIL, 2009b).

Porém, os maiores acréscimos percentuais em indivíduos com fluorose no período de 2003 e 2010 foram observados nas regiões Nordeste (10,82%) e Centro-Oeste (7,41%). Certamente, o aumento da cobertura de ações e serviços de saúde bucal nestas regiões desencadeou tal situação.

O quadro traz à tona a necessidade de serem implementadas ações de vigilância em saúde bucal, com foco no controle das concentrações de flúor e seus métodos de aplicação pelos profissionais de saúde bucal e pelos serviços públicos de abastecimento de água (BRASIL, 2009b).

9.7 Uso de serviços odontológicos

Entre os adolescentes brasileiros, eram 14% os que nunca tinham ido ao dentista em 2003 e 13,6% em 2010. Desigualdades regionais continuam marcantes: a região Sul apresentou o menor percentual de adolescentes que relataram nunca ter ido ao dentista (6%

em 2003 e 5% em 2010) enquanto que essa porcentagem foi maior no Nordeste com 22% em 2003 e no Centro-Oeste com 19,4% em 2010 (BRASIL, 2005, 2011).

Modificações foram observadas quanto ao motivo da ida ao dentista. A dor dentária, que havia sido citada por mais de 30% dos adolescentes em 2003, passou por uma evidente redução, alcançando 14,5% em 2010. Já a ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção apresentou acréscimo, pois foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes em 2003 e por 36,2% em 2010.

Quando a adultos, a dor foi relatada como o principal motivo de ida ao dentista por 45,60% em 2003, sendo os maiores percentuais no Norte (54,41%) e Nordeste (50,20%). Em 2010, este motivo foi citado por 15,8%. Neste ano, Sudeste (17,3%) e Centro-Oeste (16,4%) foram as regiões com maiores percentuais.

Entre idosos, a porcentagem de pessoas que foram ao dentista devido à presença de dor foi de cerca de 46% em 2003. Porém, desigualdades em relação às regiões aparecem, com piores proporções no Norte (56%) e melhores no Sul (36%). Em 2010, foram 8,4% que citaram a dor como principal motivo, sendo que Centro-Oeste (9,5%) e Sul (8,2%) apresentaram os maiores percentuais.

Aos 12 anos de idade, 58,1% citaram o serviço público como local de consulta odontológica (2010). Entre adolescentes, eram 55,62% em 2003 e 43,6% em 2010. Entre adultos, o serviço público era o principal local de consulta em 2003 (48,16%). A situação se modifica, pois o serviço particular aparece como local preferencial para 49,1% dos entrevistados nesta faixa etária.

Entre os idosos, eram 48,14% que citavam o serviço particular como principal local de consulta odontológica. Este percentual cresceu no período estudado, alcançando 59,8% em 2010.

9.8 Conclusão

Os dados apresentados nas pesquisas de 2003 e 2010 em uma análise comparativa permitem que se extraiam algumas conclusões quanto à situação de saúde bucal da população brasileira neste período, sendo importantes para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente, bem como para o planejamento das ações e serviços no setor.

Um dos resultados mais importantes se refere ao fato de o Brasil assumir a situação de país com baixa prevalência de cárie dentária, em virtude da redução do CPO-D aos 12 anos de idade (faixa etária utilizada para comparações internacionais).

Porém, quando se estratificam os resultados do CPO-D aos 12 anos de idade nas regiões geográficas brasileiras, desigualdades ainda continuam marcantes, pois o Norte e Nordeste se configuram como os locais com as maiores médias nacionais e, conseqüentemente, como as regiões com maiores necessidades de tratamento de cárie dentária, embora a situação tenha melhorado no período de 2003 a 2010.

É perceptível a redução do CPO-D em todas as faixas etárias estudadas, tendo ocorrido aumento no percentual de indivíduos livres de cárie dentária em crianças, adolescentes e adultos e redução do número de dentes perdidos em crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Se por um lado a cárie dentária apresentou reduções, o mesmo não pode se dizer da condição periodontal, pois houve diminuição do percentual de pessoas sem nenhum problema periodontal entre adultos e idosos. Melhora apenas foi identificada entre adolescentes.

Estes dados trazem à tona a necessidade de se concentrarem esforços na prevenção do acúmulo de placa bacteriana por parte das equipes de saúde bucal da atenção básica, em atendimento às orientações previstas no Caderno de Atenção Básica nº 17, ou seja, por meio do desenvolvimento das ações coletivas de escovação dental supervisionada e profilaxia realizada em consultório (BRASIL, 2008b).

Houve acréscimo nos percentuais de uso de prótese dentária inferior e superior em adolescentes e idosos, refletindo a situação de melhoria na cobertura de ações e serviços de reabilitação em saúde bucal por meio dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (BRASIL, 2014).

Este panorama é confirmado quando se observam que os maiores percentuais de uso de prótese dentária estão no Norte e Nordeste, regiões fortemente marcadas pelo edentulismo acumulado no processo histórico dos modelos assistenciais mutiladores desenvolvidos nas décadas passadas e locais onde ocorreram as maiores ampliações de cobertura de serviços reabilitadores (BRASIL, 2014; MARTELLI, 2001).

Redução na necessidade de prótese dentária entre adolescentes foi constatada no período em virtude das ações de saúde bucal desenvolvidas prioritariamente para este público. Ressalte-se que as próprias pesquisas nacionais de saúde bucal permitem afirmar que o

serviço público é o local preferencial de consulta odontológica tanto para crianças quanto para adolescentes.

Entre adultos e idosos esta posição é ocupada pelo serviço particular. Fato que evidencia a preocupação de que o modelo de atenção reorientador das práticas odontológicas (a Saúde da Família) não esteja sendo plenamente executado pelas equipes de saúde bucal, mantendo o foco em gestantes e crianças, conforme ocorria nos modelos anteriores (MARTELLI, 2001).

Uma outra preocupação se refere ao aumento nos percentuais de indivíduos com fluorose dentária em todas as regiões do país, pois se por um lado é fundamental que ocorra a democratização do acesso aos fluoretos como forma de prevenção da cárie dentária por meio de seus mais variados veículos (cremes dentais, colutórios, aplicações tópicas em consultório, escovação dental supervisionada e água fluoretada), por outro é necessário que se realize uma adequada vigilância deste processo, com vistas a assegurar concentrações ótimas de flúor nas composições (BRASIL, 2009b).

Por fim, merece destaque que a dor dentária deixou de ser o principal motivo de consulta odontológica entre adolescentes, adultos e idosos. Tomando por base a associação realizada por Narvai e Frazão (2008) entre “dor dentária” e “pobreza”, é possível afirmar que diminuir a dor é melhorar a qualidade de vida e esta foi uma das conquistas mais nobres da Política Nacional de Saúde Bucal nesta década. Evidentemente, há ainda muitos desafios a serem enfrentados e esta é a razão de ser das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Brasília, 2008. (Caderno de Atenção Básica, n. 17). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd17.pdf> Acesso em: 11 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Técnico SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre a Portaria nº 718**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resultados principais do SB Brasil 2010**. Brasília, 2011.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2005, Brasília. **Relatório...** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- MARTELLI, P. J. L. **Análise da atenção em saúde bucal no nível municipal: caracterização do modelo assistencial**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.
- NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 08 jul. 2014
- SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage, 2013.

CAPÍTULO 10

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas foram as tentativas de se incluir a assistência à saúde bucal no rol de serviços ofertados pelas iniciativas governamentais do Brasil desde a década de 50, a exemplo dos programas de controle da cárie dentária, da fluoretação das águas de abastecimento público e da incorporação do sistema incremental com foco em escolares preconizados pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e pelas Ações Integradas de Saúde (AIS).

Experiências exitosas em alguns municípios impulsionaram os atores que militavam na saúde bucal coletiva a pressionar os governos no sentido de se implantarem ações e serviços de saúde bucal como parte integrante de um sistema nacional de saúde que fosse universal e público. Tornaram-se, portanto, aliados do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Em meados da década de 80 despontam o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), os Encontros Científicos dos Estudantes de Odontologia (ECEO) e os Encontros Nacionais dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) como espaços de discussão do papel do Estado diante da saúde bucal da população brasileira, pois pesquisas e inquéritos epidemiológicos realizados já atestavam os péssimos indicadores de cárie dentária e edentulismo parcial e total.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 sinalizou a necessidade de se incorporar ações e serviços de saúde bucal no sistema de saúde que se estava propondo, convocando a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em outubro do mesmo ano. Foram discutidos temas que continuam pertinentes aos tempos atuais, tais como ‘a saúde bucal como direito de todos e dever do Estado’, ‘o diagnóstico da situação de saúde bucal’, ‘a incorporação da Odontologia no SUS’ e o ‘financiamento da saúde bucal’.

Em seus anos iniciais, o Sistema Único de Saúde, criado em 1988, pouco incorporou as propostas dos movimentos da saúde bucal coletiva e as recomendações do Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. O documento de 1989 que criou a política nacional de saúde bucal foi muito mais um produto burocrático e cartesiano do que um guia efetivamente seguido pelo Ministério da Saúde. Inclusive, a saúde bucal não ocupou espaço político-estratégico na estrutura administrativa do Governo Federal, fragilizando a condução das ações planejadas de forma participativa nos anos anteriores.

Esta situação permaneceu praticamente inalterada durante a década de 90, embora os movimentos acadêmicos e políticos tenham permanecido fortes e ativamente pressionado o Governo. Novo Levantamento Epidemiológico de Cárie Dentária ocorrido no período voltou a atestar a necessidade de se tomarem medidas de cuidado à saúde bucal da população e um ponto de destaque foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, em setembro de 1993. O Relatório Final desta Conferência elucidou a falta de políticas adequadas para o setor e a falta de financiamento compatível com a proposta do SUS.

Durante este encontro, se destacou o desastre social perpetrado pelo neoliberalismo excludente, gerando um verdadeiro 'apartheid social'. Este fato pode ser atestado ao se fazer uma leitura do contexto social e econômico brasileiro à época: inflação galopante, baixos salários, desemprego em alta e baixo crescimento econômico do país alargando ainda mais a grande desigualdade social já existente.

Por parte do Governo Federal, era baixo o estímulo à criação dos serviços públicos de saúde bucal, perpetuando a péssima situação de saúde bucal da população, sobretudo a dos estratos mais pobres. O acesso destes aos serviços odontológicos privados era também limitado, diante da falta de emprego e renda.

Após o impeachment de Collor, ocorrido em 1992, Itamar Franco assume a Presidência da República e, durante seu governo é lançado o Plano Real. Com isto, se conseguiu reduzir a inflação e os juros mediante empréstimos obtidos junto ao Fundo Monetário Internacional.

A eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 1994 fora impulsionada pelos bons resultados econômicos alcançados. Diversas reformas administrativas marcaram o período em que ele esteve à frente da Presidência da República, com destaque para a privatização de empresas estatais.

Uma medida que merece ser destacada com relação à saúde bucal, foi a sua entrada no Programa Saúde da Família (PSF). Lançado em 1993, o PSF incorporou o cirurgião-dentista e pessoal auxiliar a partir da criação do Piso da Atenção Básica Variável de Saúde Bucal em dezembro do ano 2000. Este fato se deu de maneira tardia e com uma proporção de duas equipes de saúde da família para uma equipe de saúde bucal.

O cenário político em torno do presidente FHC se fragilizou com a alta da inflação e as crises energéticas. As forças políticas em torno de Lula e do Partido dos Trabalhadores foram crescentes e o fizeram ser eleito Presidente da República no ano de 2002.

Se anteriormente todos os movimentos políticos em prol de uma política para o setor e os dados sobre a situação de cárie dentária e edentulismo não foram por si só suficientes para fazê-la entrar na agenda de prioridades do Governo Federal, por certo se constituíram como a base necessária para que este momento acontecesse a partir de 2003.

Para a saúde bucal, uma janela de oportunidades se abriu com a eleição de Lula, pois ele absorveu a ideia dos que, integrando o seu Partido, militavam na saúde bucal coletiva. Soma-se a isto a trajetória pessoal do Presidente, egresso das classes sociais mais pobres e consciente da necessidade de uma ação direta do Estado para efetivar o direito à saúde bucal como direito de cidadania.

O Projeto Fome Zero foi de uma das marcas de sua campanha presidencial, pois assegurar alimento a quem tinha fome era uma medida urgente para o país. Os militantes da saúde bucal coletiva construíram uma agenda que buscou forças no projeto de inclusão social nascerdouro para efetivar a tão sonhada Política Nacional de Saúde Bucal. Reunidos em São Paulo, em novembro de 2002, afirmaram “fome zero, boca cheia (de dentes)!” elucidando que a saúde bucal é condição necessária para mastigar bem, se alimentar bem.

Dentes cariados ou ausentes eram a marca da exclusão social e este quadro de ‘sorriso da diferença social’ precisava se modificar, sobretudo com as ações de um governo de base socialista e de esquerda.

O que se constatou a partir de então foi uma série de acontecimentos que aos poucos foram fortalecendo a saúde bucal como área técnica de importância dentro do Ministério da Saúde. Tratou-se, rapidamente, de se construir as bases teóricas da nova Política Nacional de Saúde Bucal. O arcabouço histórico das décadas anteriores fortaleceu as discussões ampliadas ocorridas entre segmentos da sociedade, das universidades e dos serviços durante o ano de 2003.

Aprovada oficialmente em 2004 e lançada pelo próprio Presidente da República, o “Brasil Sorridente” realizou um novo levantamento epidemiológico, ampliou o financiamento para a implantação das Equipes de Saúde Bucal, passando a ser uma ESB para cada ESF, criou os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Aos poucos foi avançando para a inclusão de procedimentos odontológicos na Atenção Tercirária.

Desdobramentos importantes com as políticas de inclusão social foram sendo observados ao longo do tempo, a saber: com o Programa Segundo Tempo do Ministério dos

Esportes; com os Programas Mulheres Mil e Brasil Sem Miséria do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; com a Fluoretação das Águas de Abastecimento Público do Ministério das Cidades; com o Programa Saúde na Escola dos Ministérios da Educação e Saúde; e com o Programa Nacional do Acesso ao Ensino Técnico e Emprego do Ministério da Educação.

A saúde bucal passa a ser tratada como parte integrante das políticas de inclusão social. Isto é constatado quando se observam dados referentes à ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal na atenção básica. Nas regiões Nordeste e Norte, onde se concentram as maiores quantidades de habitantes em situação de vulnerabilidade social do país, houve o maior crescimento de serviços como ESB e Unidades Móveis Odontológicas. Do mesmo modo ocorreu com os serviços secundários, pois foi na região Nordeste em que se deu o maior crescimento do número de CEO e LRPD.

Incluir populações ribeirinhas, remanescentes de quilombolas e moradores de áreas de assentamento no cálculo do quantitativo de habitantes para a implantação das Equipes de Saúde Bucal, além da criação do “Brasil Sorridente Indígena” foram outras medidas de inclusão social que merecem ser destacadas.

Todas elas colaboraram para a melhoria da situação de saúde bucal observada entre os anos de 2003 e 2010, com destaque para a redução do CPO-D em todas as faixas etárias e a inclusão do Brasil no conjunto de países com baixa prevalência de cárie.

Apesar de reduzidas, as diferenças regionais continuam marcantes. Exemplo disto é quando se comparam os dados do CPO-D aos 12 anos de idade entre os anos de 2003 e 2010 nas regiões brasileiras. Norte e Nordeste reduziram o indicador, mas possuem dados de 2010 ainda maiores dos que os da região Sul e Sudeste em 2003. O mesmo se observa na oferta de serviços de saúde bucal: apesar de ter avançado, o Norte continua apresentando as piores proporções de ESB, CEO e LRPD por habitante do país.

Portanto, desafios para a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal persistem e precisam ser equacionados. São os relacionados à formação de recursos humanos com perfil para atuação nos serviços públicos tanto para a assistência quanto para a gestão, à mudança do modelo de atenção em saúde bucal, ao desafio de se financiar adequadamente as ações e serviços dentro da lógica de pacto federativo, à integração mais efetiva com as chamadas políticas intersetoriais e ao de promover equidade em um país ainda repleto de diferenças injustas.

O país saiu de uma condição de “bocas famintas” pela fome, pela exclusão social e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. Alcançou-se o status de “bocas sorridentes” por ter havido mais inclusão social, por se ter implantado uma política nacional de saúde bucal e conseqüentemente criado mais oportunidade de acesso aos serviços.

Se o país ainda possui diferenças regionais na oferta e no acesso às ações e aos serviços e quanto à situação de saúde bucal, esforços devem ser efetivados por parte dos que atuam na saúde bucal coletiva, sejam estes os profissionais da saúde bucal, gestores públicos, estudantes de nível superior e técnico, membros do meio acadêmico e da sociedade que exerce o controle social, para que estas bocas sorridentes não se calem no exercício contínuo da militância.

Afinal, ainda há muitas bocas famintas espalhadas pelos rincões deste país. E, enquanto isto for verdade, ninguém pode parar a luta, até que efetivamente se tenha um país mais justo, um “Brasil Sorridente”!

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Bloco 1 – Sobre a Política Nacional de Saúde Bucal

- 1) Como a PNSB foi construída ao longo do tempo?
- 2) Quais elementos podem ser considerados “facilitadores” ou “dificultadores” do processo de formulação, implantação e implementação da PNSB?
- 3) Como você caracteriza o contexto econômico, político e social ao longo deste processo?
- 4) Você se considera um ator neste processo? Por quê?
- 5) Quais outros atores podem ser citados como importantes para a entrada da saúde bucal na agenda de governo e a formulação da PNSB?
- 6) Houve disputa de interesses entre os atores envolvidos? Como aconteceu a negociação?
- 7) Como era a estrutura da saúde bucal no Ministério da Saúde quando de seu envolvimento com a PNSB?
- 8) Outras instituições se envolveram na formulação da PNSB? De que modo?

Bloco 2 – Sobre as Iniciativas Governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social e sua interface com a Política Nacional de Saúde Bucal

- 1) Você percebe alguma sinergia entre as iniciativas Governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social com a Política Nacional de Saúde Bucal durante a sua atuação no processo político?
- 2) Quais resultados alcançados pela PNSB tiveram, em sua opinião, impacto nas condições sociais da população?
- 3) Acredita que a PNSB teve maior visibilidade na agenda política em virtude das condições de pobreza, miséria e exclusão social da população brasileira?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Das Bocas Famintas às Sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil”, sob a responsabilidade do pesquisador José Eudes de Lorena Sobrinho, a qual pretende analisar a Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil e sua interface com outras iniciativas governamentais para combate a miséria, pobreza e exclusão social no período compreendido entre os anos de 1995 e 2013. Sua participação é voluntária e se dará por meio de participação em entrevista semiestruturada na condição de entrevistado. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa dizem respeito a possíveis interferências partidárias presentes direta ou indiretamente em seus relatos bem como tentativas de tendenciar resultados que possam trazer benefícios pessoais. Para minimizar tais riscos, ampliou-se o período do estudo (série histórica de 19 anos) e os nomes dos atores envolvidos bem como o período em que exerceram seus cargos públicos não serão mencionados no estudo, ficando sob sigilo do pesquisador. Do mesmo modo, os entrevistados não tomarão conhecimento dos nomes dos pares que também contribuirão com o estudo. Se você aceitar participar, estará contribuindo para construir uma análise robusta da Política Nacional de Saúde Bucal diante do interesse manifestado pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em analisar a própria política por eles desenvolvida ao longo do tempo; Demonstrar cientificamente a relação direta do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal associada a outras prioridades de governo, tais como as políticas de inclusão social; a dimensão social consequente à análise que será conduzida, na medida em que os resultados estarão à disposição de uma gama de atores envolvidos no processo de formulação de políticas sociais.

TÍTULO: “Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil” – Instituição: CPqAM/FIOCRUZ.

Pesquisador Responsável: **José Eudes de Lorena Sobrinho** [Doutorando em Saúde Pública]; Orientador: Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior (CPqAM/FIOCRUZ); Co-orientador: Prof. Dr. Petronio José de Lima Martelli (UFPE)

Eu _____, declaro que aceito o convite para participar do estudo científico intitulado “**Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil**”. As razões que justificam a minha escolha para participação neste estudo se dão pela minha participação no processo de formulação, implantação e /ou implementação da Política Nacional de Saúde Bucal e minha participação é voluntária. Consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo, que tem como objetivo analisar a Política Pública de Saúde Bucal do Brasil no período compreendido entre os anos de 1995-2013 e sua interface com as iniciativas governamentais para combate à pobreza, miséria e exclusão social. Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa e que esta pesquisa poderá contribuir com a melhor compreensão sobre o processo de formulação de políticas públicas, beneficiando a sociedade no enfrentamento de novos problemas e questões. Estou ciente de que as informações que eu vier a prestar serão publicizadas através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo, e que está garantida a confidencialidade. Estou ciente de que há riscos não previsíveis, para além do risco de constrangimento ou desconforto pessoal diante das perguntas formuladas durante a entrevista. Sei ainda que os benefícios desta pesquisa residem na divulgação do produto final do estudo por meio de publicações científicas que tratam do tema para a comunidade acadêmica. Estou ciente de que a entrevista será gravada e que o material obtido será arquivado por cinco anos. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento. Desta forma, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios deste trabalho e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficará sob minha posse, e outra com o pesquisador.

Cidade: _____, Data: ____/____/____

Assinaturas:

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

Contatos do Pesquisador: **eudeslorena@hotmail.com** (81) 96984787

Contatos CEP CPqAM/FIOCRUZ: Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária | Recife/PE - Brasil | CEP: 50.670-420 - Telefone/fax: 55 81 2101-2639 - E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br