

MOACIR PALUDETTO JUNIOR

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE
BUCAL NO PERÍODO DE
2004-2010**

Brasília, 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Moacir Paludetto Junior

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL
NO PERÍODO DE
2004-2010**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Orientadora: Prof^a. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos

Co-orientador: Prof^o. Dr. Marcio Florentino Pereira

Brasília
2013

MOACIR PALUDETTO JUNIOR

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NO
PERÍODO DE
2004-2010

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília

Aprovado em / /2013.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Leonor Maria Pacheco Santos – (Presidente)
Universidade de Brasília

Profª Dra. Lilian Marly de Paula
Universidade de Brasília

Profª Dra. Dais Gonçalves Rocha
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida.

Ao meu pai e à minha mãe “in memoriam” por sempre me apoiarem e incentivarem nos estudos.

À minha esposa, pela confiança, incentivo, companheirismo e cumplicidade em todos os momentos.

Ao meu irmão, pelo apoio constante e conversas cotidianas.

Ao restante da minha família que, em Arapongas ou em Maringá sempre me fizeram ter a certeza de serem portos seguros.

À Professora Leonor M. Pacheco Santos e ao Professor Márcio Florentino Pereira pela acolhida, confiança, convívio e orientações fundamentais que tornaram possível a conclusão deste nosso trabalho...serei sempre grato!!!

Ao Professor, amigo e Coordenador Geral de Saúde Bucal, Gilberto A. Pucca Junior por ter acreditado em 2008 que tudo isso seria possível e pela acolhida, apoio e aprendizado em todos os momentos desta trajetória...obrigado de coração!!!

Aos amigos Lenildo, pelo apoio, simplicidade na transmissão do conhecimento e disposição em todos os momentos; Edson e Renato pelas trocas de momentos de alegria e de tensão ao longo da nossa formação de mestre...a corda estica mas nunca arrebenta!!!

Aos colegas e amigos da Coordenação Geral de Saúde Bucal e do Ministério da Saúde, pelas colaborações, amizade, compreensão, momentos de descontração e aprendizado diário.

À Universidade de Brasília (comprometida na luta por um projeto de combate ao racismo e exclusão social), por meio do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde Coletiva ter me proporcionado uma formação acadêmica gratuita e de qualidade.

“...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.”

(Luiz Inácio “Lula” da Silva)

RESUMO

As Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal lançada em 2004 propuseram a reorganização da atenção básica e a criação de mecanismos de ampliação do acesso de forma universal e integral por meio de ações coletivas e individuais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais frentes planejadas pela Política estavam: Equipes de Saúde Bucal implantadas em todas as Equipes de Saúde da Família, criação de Centros de Especialidades Odontológicas, habilitação/ credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e o incentivo a sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público. O estudo tem como objetivo avaliar o desempenho desta Política no Brasil no período de 2004 a 2010 e comparar as regiões Nordeste e Sul. Caracteriza-se como uma pesquisa de avaliação do tipo *ex post*, empregando como abordagem metodológica o paradigma estrutura-processo-resultado proposto por Donabedian e focada na avaliação de resultados do tipo desempenho. Foram realizadas pesquisas documentais em publicações oficiais, portarias e referências bibliográficas, bem como coletados dados secundários dos sistemas de informações do Ministério da Saúde. A análise do desempenho avaliou: (a) a implantação das Equipes de Saúde Bucal, dos Centros de Especialidades Odontológicas, o credenciamento de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; (b) o quantitativo de Cirurgiões Dentistas no SUS; (c) a alocação de recursos financeiros pelo governo federal para o desenvolvimento destas ações; (d) o número de procedimentos preventivos, clínicos e reabilitadores de saúde bucal registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Ministério. Para a realização da análise das séries temporais destes procedimentos foi empregada a técnica da “média móvel”. No tocante aos resultados, a análise do desempenho mostrou evolução das ações de saúde bucal com ampliação do acesso aos procedimentos preventivos, clínicos e reabilitadores em todo o país. Destacam-se as seguintes ampliações nos procedimentos por habitante/ ano no período estudado na região Nordeste: preventivos (103,8%), restauradores (76,0%), periodontia (225,2%), endodontia (89,0%), exodontia (80,5%). Ao comparar a razão entre os procedimentos de exodontia e o total de procedimentos clínicos analisados verificou-se, no período, uma redução de 11,8% para esta região, que também apresentou uma ampliação de 31,6% de Cirurgiões Dentistas no SUS. A análise da estrutura normativa da saúde

bucal construída ao longo destes anos permite afirmar que foram considerados os pressupostos das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, favorecendo a construção de uma política de com bases mais sólidas. No entanto o arcabouço normativo, alicerçado somente em portarias ministeriais, apresenta-se frágil ao comparar com políticas implantadas por leis e decreto. Conclui-se que o desempenho das ações da Política no período colaborou na criação de uma rede de atenção em saúde bucal, ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, redução de desigualdades regionais e nos avanços da saúde bucal na população brasileira. Porém ainda há um caminho percorrer para que esta política se torne uma Política de Estado de fato e de direito.

Descritores: Política de saúde, saúde bucal, avaliação de desempenho

ABSTRACT

Guidelines of the National Oral Health Policy, launched in 2004 proposed the reorganization of primary care and the creation of mechanisms to increase access to universal and comprehensive actions for the promotion, prevention, treatment and recovery of oral health in the Brazilian Unified Health System (SUS). Among the main fronts, the plan included: Oral Health Teams deployed in all Family Health Teams, creation of Dental Specialties Centers, accreditation of Regional Dental Laboratories and incentive for fluoridation systems of public water supplies. The study aims to evaluate the performance of this policy in Brazil in the period 2004-2010 and the comparison of the Northeast and South regions. The study is characterized as an ex-post evaluation research, based on the structure-process-outcome paradigm proposed by Donabedian, addressing the evaluation of performance outcomes. Literature searches were carried out in official publications, ordinances and references and secondary data was collected from the Ministry of Health information systems. The performance analysis evaluated: (a) the implementation of Oral Health Teams, specialized dental clinics, and accreditation of Regional Dental Laboratories; (b) the amount of dentists in the SUS; (c) the allocation of financial resources by the federal government for the development of these actions; (d) preventive, clinical and rehabilitative oral health procedures, registered in the Outpatient Information System of the Ministry. To perform the analysis of time series of these procedures, the "moving average" technique was employed. Study results showed the evolution of performance of oral health actions, favoring expanded access to preventive, clinical and rehabilitation procedures throughout the country. The expansion of procedures per inhabitant/ year during the studied period in the Northeast was: preventive (103.8%), restorative (76.0%), periodontics (225.2%), endodontics (89.0%), extraction (80.5%). There was a reduction of 11.8% when comparing the ratio of extraction procedures to the total of clinical procedures analyzed in this period, for this region. In the Northeast showed an expansion of 31.6% of Dentists in the SUS in the years between 2002 and 2010. Analysis of the normative structure of oral health built over these years suggests that the assumptions of the Guidelines of the National Oral Health Policy were taken into account, favored the construction of an oral health policy with a more solid foundation. But this legislative structure, based exclusively on ministerial ordinances, is still fragile, when compared to other public

policies that have laws and decrees in their normative framework. As a conclusion, the performance of oral health actions derived from this policy in the studied period collaborated to create a network of oral health care, to increase the access of the population to oral health services, to reduce regional inequality and to advancements in the Brazilian population's oral health indicators. However there is still a way to go in order for this Policy to become a consolidated state policy.

Keywords: health policy, oral health, performance evaluation

LISTA DE FIGURAS

Artigo 01

Quadro 1- Legislação pertinente à Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil

Sorridente, em ordem cronológica. Brasil 2003-2010-----45

Artigo 02

Figura 01 – Evolução das Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil e nas regiões Sul e Nordeste no período de 2001 a 2010-----66

Figura 02 – Proporção de Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil e nas regiões Sul e Nordeste -----67

Figura 03 – Investimentos em Equipes de Saúde Bucal, Centros de Especialidades odontológicas e Próteses Dentárias pelo governo federal contabilizadas em milhões de R\$ entre os anos de 2003 a 2010-----69

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Média dos índices CPO-D e ceo-d apresentados no SB Brasil 2003 --17

Tabela 02 – Códigos de procedimentos de saúde bucal elencados para análise conforme os respectivos períodos de vigência. Brasil 2002 a 2011 -----30

Art 02

Tabela 01 – Códigos de procedimentos de saúde bucal elencados para análise conforme os respectivos períodos de vigência. Brasil 2002 a 2011-----64

Tabela 2 – Evolução dos procedimentos de saúde bucal elencados para análise. Brasil, regiões Sul e Nordeste, 2003 – 2010-----71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| 7ª CNS | 7ª Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| 8ª CNS | 8ª Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| 9ª CNS | 9ª Conferência Nacional de Saúde |
| 10ª CNS | 10ª Conferência Nacional de Saúde |
| 11ª CNS | 11ª Conferência Nacional de Saúde |
| 12ª CNS | 12ª Conferência Nacional de Saúde |
| 1ª CNSB | 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| 2ª CNSB | 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| 3ª CNSB | 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal |
| ABCD | Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas |
| ABO | Associação Brasileira de Odontologia |
| ABRASBUCO | Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva |
| Abrasco | Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva |
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| Anapp | Associação Nacional de Previdência Privada |
| ASB | Auxiliar de Saúde Bucal |
| CACON | Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia |
| CD. | Cirurgião-dentista |
| Cebes | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CEP/FS | Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| CGDAnT | Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis |
| CGSB | Coordenação Geral de Saúde Bucal |
| CGVAN | Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental |
| CISB | Comissão Intersetorial de Saúde Bucal |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CNSB | Coordenação Nacional de Saúde Bucal |
| CONASEMS | Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| COSAC | Coordenação de Saúde da Comunidade |
| CPO-D | Índice de dentes cariados, perdidos e obturados |
| CTA-VSB | Comitê Técnico Assessor de Vigilância em Saúde Bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DECIT | Departamento de Ciência e Tecnologia |
| DNSB | Divisão Nacional de Saúde Bucal |
| DSAST | Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador |
| EACS | Equipe de Agente Comunitário de Saúde |

| | |
|-----------|---|
| Eceo | Encontro Nacional de Estudantes de Odontologia |
| ENATESPO | Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico |
| ESB I | Equipe de Saúde Bucal modalidade I |
| ESB II | Equipe de Saúde Bucal modalidade II |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| FDI | Federação Dentária Internacional |
| FIO | Federação Interestadual dos Odontologistas |
| FNO | Federação Nacional dos Odontologistas |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| GM | Gabinete do Ministro |
| GT-ODONTO | Grupo de Trabalho Unidade de Sistema de Odontologia |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| IPCA | Índice de Preços ao Consumidor Amplo |
| LRPD | Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias |
| MAC | Média e Alta Complexidade |
| MBRO | Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica |
| MCT | Ministério da Ciência e Tecnologia |
| MRSB | Movimento da Reforma Sanitária Brasileira |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB/SUS | Norma Operacional Básica do SUS |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PAMS | Pesquisa de Assistência Médico Sanitária |
| PENSE | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios |
| PNAS | Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNCCFS | Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| PNSB-IBGE | Pesquisa Nacional de Saneamento Básico |
| PPA | Plano Plurianual |
| PRECAD | Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária |
| PROFAPS | Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| SAGE/MS | Sala de Apoio a Gestão Estratégica do Ministério da Saúde |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |

| | |
|----------------|--|
| SB Brasil 2003 | 3º Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal |
| SB Brasil 2010 | Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010 |
| SCTIE | Secretaria de Ciência e Tecnologia |
| SE | Secretaria Executiva |
| SEGEP | Secretaria de Gestão Participativa |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde |
| SIA/SUS | Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde |
| SIDRA | Sistema IBGE de Recuperação Automática |
| SIGA BRASIL | Sistema de Informações sobre Planos e Orçamentos Públicos |
| SISAGUA | Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água |
| SISMAC | Sistema de Informações de Média e Alta Complexidade |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| TSB | Técnico de Saúde Bucal |
| UNACON | Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia |
| UOM | Unidade Odontológica Móvel |
| VIGIAGUA | Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |
| VIVA | Inquérito sobre Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 01 |
| 2 SAÚDE BUCAL, DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA ÀS DIRETRIZES NACIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL | 03 |
| 3 OBJETIVOS | 22 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 22 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 22 |
| 4 MATERIAL E MÉTODOS | 23 |
| 4.1 ABORDAGENS METODOLÓGICAS | 23 |
| 4.2 METODOLOGIA | 27 |
| 4.3 COLETA DE DADOS | 28 |
| 4.4 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS | 29 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS | 29 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICOS | 31 |
| 5 RESULTADOS | 32 |
| 5.1 ARTIGO 01: Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no período de 2003 a 2011 | 33 |
| 5.2 ARTIGO 02: Análise do desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil entre os anos de 2003 a 2010 | 60 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 77 |
| REFERÊNCIAS | 79 |
| ANEXO I | 89 |

1 INTRODUÇÃO

A reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção passou a ser pautada pelo governo federal a partir de 2003 ocupando lugar de destaque na última década ao permanecer como uma das políticas prioritárias desta esfera governamental.

Neste período, a atenção básica em saúde bucal havia sido recém inserida na Equipe de Saúde da Família (ESF), a alta demanda reprimida por procedimentos básicos e a baixa oferta de procedimentos especializados e reabilitadores se tornava um obstáculo na constituição de uma rede de atenção em saúde bucal no país.

O lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (PNSB) (1) e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (2) em 2004 iniciaram o processo de implantação das ações da PNSB em âmbito nacional. Ao longo destes anos, documentos oficiais e portarias ministeriais normatizaram a condução da PNSB na esfera federal.

Neste período, segundo o Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB BRASIL 2003 (SB Brasil 2003) (3), apenas as regiões Sul e Sudeste apresentavam o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) aos 12 anos condizente com a meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 (4), enquanto a região Nordeste apresentava o CPO-D mais alto das macrorregiões brasileiras. Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios (PNAD) (5) divulgada em 2003, 25% da população da região Nordeste nunca haviam ido ao Cirurgião-Dentista (CD.) enquanto na região Sul este percentual era de 10%.

O relatório final da 3ª CNSB (2) afirma que

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 [...] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com toda clareza a Constituição da República.

As pesquisas nacionais que antecederam o lançamento da PNSB demonstraram a realidade da saúde bucal da população brasileira e a 3ª CNSB que pautou as Diretrizes da PNSB, demonstrou um conjunto de proposições para orientar a sociedade e o estado brasileiro na tomada de decisões que visem assegurar a todos o acesso e qualidade nas ações de saúde bucal. Estes dados serviram como justificativa para a proposta central desta dissertação: realizar a avaliação desta política entre os anos de 2004 a 2010 (2).

Na abordagem metodológica do estudo, optou-se pelo paradigma estrutura-processo-resultado proposto por Donebedian (6) adaptado para avaliar a PNSB entre os anos de 2004 e 2010. Foram utilizados dados secundários e os pressupostos da PNSB publicados no ano de 2004 serviram como base para esta pesquisa. Ao considerar os conceitos de Draibe (7), este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de avaliação com recorte programático da PNSB entre os anos de 2004 e 2010 cuja relação temporal é do tipo ex post, privilegiando a avaliação de resultados do tipo desempenho.

O estudo, de característica quali-quantitativa traz em seu primeiro capítulo um resgate histórico da construção da PNSB desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) na década de 70. Na sequência, foram elaborados dois artigos sendo que o primeiro teve como objetivo avaliar as transformações ocorridas na PNSB por meio de documentos normativos federais publicados e o segundo, avaliar o desempenho da PNSB no Brasil, incluindo a comparação das regiões Nordeste e Sul. A última parte da dissertação traz as considerações finais da pesquisa avaliativa realizada.

Ao avaliar os resultados da PNSB por meio da estrutura normativa e das ações de saúde bucal realizadas, acrescentando a comparação entre as regiões Nordeste e Sul devido às diferenças regionais existentes tanto no acesso quanto nas condições de saúde bucal destas populações, o estudo colabora para a elaboração de proposições que visem a melhoria das políticas públicas com foco na redução da desigualdade social.

2 SAÚDE BUCAL, DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA ÀS DIRETRIZES NACIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A rearticulação dos movimentos sociais expressava a insatisfação com o governo militar na década de 70 (8). Contrapondo-se aos sérios problemas que a saúde pública enfrentava, surge a partir da segunda metade da década de 70 um movimento social conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (9). O início da abertura política nesse período “possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes” contribuindo para a caracterização do movimento como força política contrária ao regime imposto e atuando como liderança do processo de reformulação do setor saúde (8).

No ano seguinte à realização da Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde em Alma-Ata (antiga URSS, atual Cazaquistão), em 1979, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (8) havendo neste momento a proposta de criação do SUS (10). Neste mesmo ano ocorreu o primeiro Encontro Nacional de Estudantes de Odontologia (Eceo) (11). Expressão do MRSB no movimento estudantil, estes encontros pautavam “desde o regime militar até o monopólio do cuidado odontológico pelos segmentos de renda mais alta, passando por críticas duríssimas à omissão e subserviência das entidades e lideranças odontológicas” (12).

Em 1980 foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde (7ª CNS) com o tema: “Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos”. Com base na Conferência de Alma-Ata (setembro-1978) e na 32ª Assembleia Mundial da Saúde (maio-1979) a proposta da realização da 7ª CNS foi o debate sobre as propostas de “implantação e desenvolvimento de um programa nacional de serviços básicos de saúde” a fim de melhorar as condições de saúde da população brasileira até o ano 2000. Esta foi a primeira Conferência Nacional de Saúde que abordou a saúde bucal de forma específica. O relatório final desta CNS (13) afirmou que:

[...] o atual modelo de prática e assistência odontológicas caracterizava-se pela: ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista além da inadequação no preparo dos recursos humanos.

Em 1982 o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho Unidade de Sistema de Odontologia (GT-ODONTO). Este GT ficou responsável pelas “ações do MS no campo da odontologia bem como integrar e coordenar as atividades de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde” entre outras competências técnicas (11).

Pinto (14) em 1983, afirma que os dados epidemiológicos em saúde bucal disponíveis eram escassos e com base em estudos anteriores relata que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) era de 7,25 aos 12 anos e a doença periodontal, bem como a necessidade de próteses dentárias, também apresentavam dados alarmantes. A fluoretação das águas como método de escolha para a prevenção de cárie no Brasil desde a lei 6.050 de 1974 havia beneficiado 21% da população até 1982. Por último, sugere a implantação de um programa de saúde bucal “como parte do sistema global de serviços básicos de saúde” fundamentados em um “núcleo mínimo de serviços” cujas diretrizes priorizariam a prevenção da cárie desde o nascimento e o tratamento do grupo etário de 6 a 14 anos. Segundo esta proposta, a oferta de próteses deveria ser custeada pelo usuário.

Em 1985 surge uma nova geração de técnicos - formada a partir dos Eceo que “foram espaços iniciais de politização das questões de saúde bucal”, bem como os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) realizados a partir de 1984 - que se apresentou politicamente por meio do movimento social denominado Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO) (11).

Com o fim do regime militar em 1985, ocorrem as eleições indiretas e a oposição ao partido governista saiu vencedora. Após o falecimento do presidente eleito Tancredo Neves, antes mesmo de tomar posse, o vice-presidente José Sarney passou a conduzir o país. Neste período, conhecido como Nova República, “lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país”. A partir deste novo cenário, ocorreu a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (8).

Com a participação de mais de 4.000 pessoas das quais 1.000 foram delegados, o relatório final da 8ª CNS estabelece a saúde como direito, sendo o direito à saúde entendido como

a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional,

levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade [...].

A 8ª CNS aprovou também a reformulação do Sistema Nacional de Saúde resultando na “criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária” bem como aprovou a reformulação do orçamento para o setor saúde (15).

Como parte integrante da 8ª CNS e produto daqueles que defenderam as mudanças do modelo hegemônico em prática a mais de três décadas, ocorreu também em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) (16). O coordenador Geral da 1ª CNSB afirma no relatório final que:

Na história da Odontologia Brasileira, não há registro de momento semelhante, sob o ponto de vista democrático, onde a problemática de saúde bucal da população tenha sido exposta e discutida de forma tão pluralista. Desta vez, não se tratava simplesmente de um encontro exclusivo de Cirurgiões-Dentistas. A população, principal interessada no assunto, também estava presente, participando e manifestando-se (17).

Os temas abordados presentes no relatório final 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.

Em 1986 o Ministério da Saúde realizou o primeiro Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal. Os argumentos utilizados na época para a efetivação do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal foram:

o reconhecimento de que somente com dados fidedignos tornar-se-ia possível o desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas com a necessária amplitude no país; a evidência de que a demanda por serviços odontológicos é limitada (mesmo em países com altos índices de doenças bucais e serviços bem estruturados, apenas parte das pessoas com problemas procuram atendimento a cada ano), cabendo ao setor público a cobertura integral dos grupos epidemiológica e economicamente mais carente; a possibilidade cada vez mais próxima e concreta de um programa nacional de saúde pública odontológica, para o qual esses subsídios são essenciais.

O estudo foi realizado em 16 capitais e os grupos etários pesquisados foram: 6 a 12, 15 a 19, 35 a 44 e 50 a 59. Os resultados desta pesquisa demonstraram que: o índice de CPO-D entre crianças oscilava de 1,25 aos 6 anos a 6,65 aos 12 anos, sendo que 60% destes dentes estavam cariados e 11% já haviam sido extraídos ou possuíam extração indicada. Apenas 19,5% das crianças de 12 anos apresentaram o CPO-D menor que 3, meta sugerida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000. A faixa etária de 15 a 19 anos apresentou um CPO-D de 12,7 sendo 15% deste índice representado pelos

dentes extraídos. Já a faixa etária de 35 a 44 anos, o índice de CPO-D apresentado foi de 22,5 e os dentes extraídos representavam 66% deste índice. Em adultos de 50 a 59 anos o CPO-D verificado foi de 27,2 e a porcentagem dos dentes extraídos representava 86% do índice. Em todas as faixas etárias pesquisadas verificou-se que as piores condições bucais foram verificadas em pessoas que possuíam as piores rendas familiares (18). No ano seguinte do início do primeiro Levantamento Epidemiológico Nacional, o Ministério da Saúde criou a Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) (11).

Enquanto instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e entidades vinculadas aos movimentos populares defendiam as resoluções aprovadas na 8ª CNS apoiada pela esquerda no Congresso Constituinte, representantes do setor privado da saúde, Associação Nacional de Previdência Privada (Anapp), donos de hospitais entre outros, eram contra estas propostas e a implantação de um Sistema Único de Saúde (19). Devido à oportunidade política oferecida pela Assembléia Constituinte, o MRSB conseguiu aprovar grande parte de suas propostas (amplamente debatidas e aprovadas na 8ª CNS) na Constituição de 1988 (20).

Também na década de 80, o termo Saúde Bucal Coletiva passou a ser utilizado (21) ao ser proposto por Botazzo, Capel, Frazão e Manfredini em 1988, polemizado com as diferentes concepções de odontologia (22) caracterizando-se como “um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o não resultando apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens” (23).

Em 1989, menos de um ano após a promulgação da nova Constituição Brasileira, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Bucal, alvo de críticas pelo MBRO. Zanetti (11) relata a posição do MBRO nesta época:

A definição de um Programa Nacional de Saúde Bucal, democrático e elaborado no rumo da Reforma Sanitária, proposto pela I CNS, não ocorreu até hoje. A DNSB/MS que deveria providenciar a implementação desse processo, com base na política definida na I CNSB, optou por não fazê-lo e se pôs a fazer o que não lhe foi solicitado por nenhum fórum democrático: deliberar sobre a política nacional de saúde bucal [...].

Mesmo que esta política tenha se fundamentado nos princípios da universalização, participação da comunidade, hierarquização, regionalização e integração da comunidade, a mesma 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 (24).

Enquanto em 1988 o Departamento de Odontologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) criava, de modo vertical, um Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCFS) a DNSB lançava em 1989 o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dentária (PRECAD) (25). Ao tentar implantar programas centralizados e de forma vertical, o governo federal desconsiderou naquele momento a construção democrática do Sistema Único de Saúde presente na nova Constituição Brasileira (12). Após as eleições diretas em 1989, o bloco conservador se fortalece com a eleição de Fernando Collor e sua gestão foi marcada pelo objetivo de obstrução dos direitos sociais anteriormente conquistados com a promulgação da Constituição de 1988 (26).

As leis que dispuseram “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Lei 8.080) e “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (Lei 8.142) foram sancionadas em setembro e dezembro de 1990 e ficaram conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. A publicação da lei 8.142 de dezembro de 1990 foi reflexo da pressão do movimento sanitário e das autoridades locais de saúde pela recuperação parcial de uma série de vetos que a Lei 8.080 havia recebido pelo então Presidente Fernando Collor (27) (20).

Nesta época, os programas nacionais de saúde bucal lançados pelo INAMPS e pelo Ministério da Saúde foram extintos e nenhum outro documentou a política de saúde bucal no âmbito federal. A DNSB criada em 1987 também deixou existir e a saúde bucal passou a ser uma coordenação técnica (28). Destaca-se neste período, a portaria nº 22 de 20 de dezembro de 1989, publicada pela Secretaria Nacional de Saúde de Vigilância Sanitária que normatizou sobre a presença do flúor em dentifrícios e enxaguatórios (29). Estudos demonstraram que o

índice de cárie diminuiu tanto em cidades com a presença ou não de flúor nas águas de abastecimento. Este ano ficou marcado como o ano que grande parte dos brasileiros passaram a ter acesso ao flúor por meio dos dentifrícios (30).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde programada para ocorrer em 1990, ocorreu somente dois anos após a sua primeira convocação ao superar todos os obstáculos impostos pelo governo federal na época (31). “Foi somente próximo da votação do impeachment, quando Collor sentia-se já sem força política, que cedeu às pressões e deu o sinal verde para a realização da 9ª CNS em agosto de 1992” (32). Entre as deliberações da 9ª CNS estava a realização de Conferências Nacionais sobre temas específicos (33). Neste contexto, acontece em setembro de 1993 a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (2ª CNSB). No relatório final, os delegados participantes da 2ª CNSB se demonstraram indignados ao projeto neoliberal que estava em curso no Brasil, o qual comprometia as condições mínimas de cidadania.

Sobre o modelo de saúde bucal vigente no Brasil naquela época, o relatório final da 2ª CNSB (34) afirma que

caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta às necessidades da população brasileira, ineficaz para intervir na prevalência das doenças bucais que assolam o país, elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social da nação.

As diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país aprovadas na 2ª CNSB pautaram a saúde bucal como direito de cidadania e apresentaram proposta de um novo modelo de atenção, no qual faziam parte os compromissos da reforma sanitária, os recursos humanos, o desenvolvimento tecnológico, o financiamento e o controle social (34).

Três anos após a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com princípios condizentes aos do Sistema Único de Saúde e de 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 (35) (36).

A respeito do surgimento do PSF, Sousa (27) afirma que o PSF nasceu em março de 1994:

[...] como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde; está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da

Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Ao ter o Agente Comunitário de Saúde (ACS) (acompanhado e supervisionado pelo enfermeiro) como elemento fundamental com a função de estabelecer vínculo entre as famílias e a unidade de saúde, o PACS colaborou com a implementação do SUS, uma vez que para aderir ao PACS os municípios teriam que cumprir certos requisitos como os descritos por Vianna e Dal Poz (37):

[...] funcionamento dos conselhos municipais de saúde, existência de uma unidade básica de saúde de referência do programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde e a existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família).

Criado pelo Ministério da Saúde a partir da iniciativa bem sucedida no estado do Ceará desde 1987, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (denominado Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNAS -no ano de seu lançamento) foi implementado prioritariamente na região Nordeste e nas regiões Norte e Centro-Oeste consecutivamente (37). No ano de lançamento do PSF, existiam pouco mais de 30.000 ACS implantados em 987 municípios destas três regiões (38).

Com o lançamento do PSF, o Ministério da Saúde recomendava que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) fosse composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. No âmbito da abrangência, cada ESF se caracterizava pela cobertura de uma área onde residissem no máximo 1.000 famílias ou 4.500 pessoas e os ACS deveriam ser implantados na proporção de 1 ACS para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas (39). Neste momento inicial, os profissionais de saúde bucal não faziam parte do programa e, segundo Werneck (40), à época, o setor de saúde bucal caracterizava-se:

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, o planejamento restringiu-se ao caráter normativo, repetindo, por quatro décadas, basicamente um mesmo programa. Este programa logrou apenas alguns avanços quanto aos aspectos administrativos e organizacionais e não alcançou impacto significativo frente ao quadro epidemiológico da população.

Em 1996 o Ministério da Saúde realizou o 2º Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal, “somente em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de

escolas públicas e privadas” das 26 capitais e do Distrito Federal com a participação de 30.240 escolares (37). Comparado ao Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal realizado em 1986, Roncalli afirma que ao restringir a pesquisa à cárie dentária e somente em escolares de 6 a 12 anos, o levantamento realizado em 1996 sofreu um retrocesso demonstrando “uma total ausência de continuidade nas práticas epidemiológicas em termos de política nacional de saúde [bucal]” (41). Os resultados apresentados demonstraram que na faixa etária de 6 a 12 anos, o CPO-D variou de 0,28 aos 6 anos a 3,06 aos 12 anos.

A 10ª CNS ocorreu em setembro de 1996 com o tema “SUS – Construindo um modelo de Atenção à Saúde para a qualidade de vida”. Ao referir-se às deliberações da 10ª CNS, Santos (42) afirma que:

[...] seguramente aprofundam, consolidam e conferem irreversibilidade ao resgate dos valores sociais da solidariedade e à defesa, por toda a sociedade, dos direitos de cidadania, da qualidade de vida, das políticas públicas intersetoriais que ampliam a saúde e reduzem drasticamente as desigualdades sociais e os princípios e diretrizes do SUS e da Seguridade Social,

A partir do tema central houve um desdobramento em seis subtemas: Saúde, Cidadania e Políticas Públicas, Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, Controle Social na Saúde, Financiamento na Saúde, Recursos Humanos para a Saúde e Atenção Integral à Saúde. A saúde bucal fez parte das deliberações de três destes seis subtemas: Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, Recursos Humanos para a Saúde e Atenção Integral à Saúde. O subtema Atenção Integral à Saúde era composto por 15 itens entre os quais a saúde bucal. Entre as seis deliberações do item saúde bucal estavam:

implantação de ações de atenção integral em saúde bucal, priorização da fluoretação das águas de abastecimento público, ampliar as ações em saúde bucal que visem a manutenção o tratamento e a reabilitação da saúde bucal da população, descentralização de ações de saúde bucal e equipamentos odontológicos para que possam prestar um atendimento universal e se integrar com outras ações de saúde, criação de programas de formação continuada para os trabalhadores de Saúde, discussão ampla nos conselhos de Saúde as necessidades de assessoria técnica em saúde bucal (42).

Em 1998, durante o XIV ENATESPO e III Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, surge a Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCCO) (43) (23). A Saúde Bucal Coletiva, diferente da odontologia de mercado, cuja prática está fundamentada na assistência odontológica de base biológica e individual, propõem a substituição desta base, ao considerar a determinação de processos sociais complexos em sua prática e tem como

referencial a proposição de bucalidade formulada por Botazzo publicada no livro “Da arte dentária” no ano 2000. Narvai e Frazão destacaram entre as publicações que diversos autores dedicaram a esta temática, as contribuições teóricas de Botazzo et al. (1988), Botazzo e Tomita (1990), Cordón e Garrafa (1991), Narvai (1994), Cordón (1997), Moysés (1997) e Frazão (1999) (23).

A Norma Operacional Básica do SUS editada em novembro de 1996 (NOB/SUS 01/96) e regulamentada em 1998 criou uma nova forma de financiamento para a Atenção Básica denominado Piso da Atenção Básica (PAB) dividido em dois componentes: o PAB fixo onde os municípios passaram a receber um recurso per capita/ano e o PAB variável que correspondia a valores repassados por meio da implantação e manutenção de ações e programas como o Programa de Agentes comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família (44).

A respeito deste incentivo diferenciado para determinados programas, Mattos (45) afirma que:

[...] foram construídos para valorizar o empenho dos gestores nesse esforço de reorganização da atenção básica. Ou seja, o Ministério da saúde, como defensor do caráter universal do PSF não aconselha o comedimento dos gestores municipais nesse empreendimento de reforma da rede básica e introduz dispositivos de cálculo que fortemente valorizam a cobertura do programa [...].

Até 1997, o ano anterior a regulamentação da NOB/SUS 96, foram implantadas 1.623 ESF em 567 municípios. Heiman e Mendonça denominam o período de 1995 a 1997 como sendo “a fase fusão entre PACS e PSF” (46), cuja responsável foi a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) criada em 1994 com o objetivo de articular três programas: PACS, PSF e o Programa de Interiorização do SUS (PISUS). Neste período esta Coordenação, que fazia parte da FUNASA, passou a fazer parte da estrutura central do Ministério da Saúde marcando o início das conquistas de espaços institucionais da equipe gestora (35).

O manual para organização da Atenção Básica no SUS publicado por meio da portaria 3925/GM em novembro de 1998 definiu “o arcabouço jurídico para sua organização nos sistemas de saúde e amplia responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios” (46). O lançamento do manual caracteriza-se como resultado de um pacto tripartite que definiu o conceito de atenção básica sendo

um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (36).

Enquanto a década de 90 foi marcada por avanços da atenção básica no âmbito federal com a criação do PACS e PSF, bem como a mudança na forma de financiamento a partir de 1998, muito pouco se fez no âmbito específico da saúde bucal. Independente da ação não indutora do governo federal que, como fruto de uma política neoliberal, desconsiderou as deliberações das CNSB, CNS e reivindicações elaboradas em encontros estaduais e nacionais de administradores e técnicos do serviço público odontológico indo na contra-mão dos direitos conquistados pela população em 1988 neste período, vários foram os municípios que criaram modelos locais de atenção em saúde bucal no SUS que se tornariam referência anos mais tarde na formulação da PNSB. Neste contexto podemos citar os municípios de Curitiba (PR), Sobral (CE), Belo Horizonte (MG), Campinas (SP), Porto Alegre (RS), Santos (SP) e São Paulo (SP) (47) (48).

A desigualdade no acesso aos serviços de saúde bucal no final da década de 90 pode ser demonstrada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998 e divulgada em 2000. A pesquisa demonstrou que 29,6 milhões (18,7% da população brasileira) nunca haviam “consultado o dentista” sendo que a proporção entre os que recebiam até um salário mínimo foi nove vezes superior comparado aqueles que recebiam mais de 20 salários mínimos. Destes 29,6 milhões mais de 80% estavam na faixa etária de 0 a 19 anos (49).

Em dezembro de 2000, ocorreu a 11ª CNS com o tema “O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção a Saúde com Controle Social”. A carta da 11ª CNS (50) declarou que:

A saúde da população do Brasil, como preceitua a Constituição Federal, depende de fatores econômicos e sociais; entre eles, a garantia de emprego, salário, casa, comida, educação, lazer e transporte. Neste momento, o desemprego, a péssima distribuição de renda (50 milhões de pessoas em estado de miséria), a fome e desnutrição e outros muitos agravos interferem nas condições de vida e de saúde, ressurgem antigas e surgem novas formas de adoecer e morrer, caracterizando um quadro epidemiológico da maior perversidade, agravado pelas condições de pobreza, gênero, raça e idade.

Segundo esta carta, o projeto social e econômico do governo na época era o principal responsável pela falta de qualidade de vida e saúde da população ao privilegiar a lógica do ajuste econômico em detrimento das políticas sociais. Nesta Conferência, a plenária havia aprovado a convocação e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (3ª CNSB) para o ano de 2001. A respeito das deliberações, os participantes decidiram sobre a necessidade de um financiamento específico para a saúde bucal e sobre a integração da saúde bucal às políticas

sociais desenvolvidas naquele momento. No tema políticas específicas, novamente a saúde bucal exerceu protagonismo (50).

Os participantes da 11ª CNS entendiam que:

à assistência à saúde bucal é insuficiente e restrita a poucos procedimentos, ofertados a determinados grupos, o que não contempla as reais necessidades de promoção da saúde bucal da população brasileira [...]

e propuseram:

a implementação de um programa de saúde bucal no SUS com incentivos de implantação aos municípios e garantia de referência e contra-referência no atendimento odontológico bem como garantia do atendimento médico/odontológico para pacientes especiais além de promover e fiscalizar a fluoretação das águas dos sistemas de abastecimento e das pastas de dente comercializadas no Brasil (50).

Assim, após o longo processo de discussão acima descrito, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1.444GM de 29 de dezembro de 2000, que estabeleceu o incentivo para o financiamento das ações e inserção dos profissionais de saúde bucal no PSF, com a configuração de dois tipos de Equipes, sendo a Modalidade I composta pelo Cirurgião-Dentista e um Atendente de Consultório Dentário (atualmente Auxiliar de Saúde Bucal - ASB) e a Modalidade II composta por estes dois profissionais mais o Técnico de Higiene Dental (atualmente Técnico de Saúde Bucal -TSB). Ao prever recursos de implantação e de custeio mensais, o Ministério da Saúde incentivava a implantação das ESB, porém, de forma limitada ao restringir a existência de duas ESF para cada ESB implantada (51).

A respeito do incentivo financeiro estabelecido para as ESB, estudo realizado por Garcia (52) em 2006, entrevistou a responsável pela Área Técnica de Saúde Bucal naquela época, que relatou:

Toda negociação financeira foi feita com o [...] [Secretário de Políticas de Saúde] [...]. A Secretaria tinha recursos de outras áreas, então, foram desenhados milhões de cenários até chegarmos a este valor [...]. O PSF pagava 'x', a gente ia discutir com o Secretário, que dizia, faz o cenário com 80% do que o PSF repassava por equipe, nós desenhávamos [...]. Tá muito alto, nós abaixávamos para 50%. Nós tínhamos assim mil cenários, para chegar numa definição. Foi quando ele bateu o martelo com 40% do que o PSF repassava.

Os municípios iniciaram as implantações das ESB a partir de abril de 2001 após a publicação da portaria 267GM/MS de março de 2001 que regulamentou a portaria 1.444GM/MS de dezembro de 2000 e aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal no PSF (53). Até dezembro de 2002, existiam 16.698 ESF e 4.261 ESB implantadas sendo que, 4.161 municípios possuíam ao menos uma ESF e destes, 2.302 possuíam ESB (54). Em média, a cada 4 ESF implantadas existia 1 ESB.

O ano de 2002 foi marcado pelas eleições estaduais (governadores e deputados estaduais/distritais) e federal (presidente, deputados federais e senadores). Neste período, o então candidato do Partido dos Trabalhadores (PT) apresentou o seu programa de governo da área da saúde, elaborado com a participação de dirigentes públicos, parlamentares, representantes partidários e de instituições de saúde como “fruto da experiência acumulada em muitos anos de luta pela reforma sanitária e pela implantação prática do SUS”. A saúde bucal ganhou destaque e apareceu como tema prioritário neste programa de governo (55).

Após a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, militantes partidários que compunham a coligação “Lula Presidente” vindos de 11 estados, se reuniram em São Paulo-SP para debater sobre as propostas para uma Política Nacional de Saúde Bucal que considerasse os anseios relatados desde o início do MRSB (durante o regime militar) até aquele momento. Esta reunião teve como o produto o documento intitulado “Fome Zero e Boca cheia de dentes!” que destacou o papel dos trabalhadores do serviço público odontológico, movimento sindical e dos grupos mais progressistas das universidades tanto nos “momentos políticos de nossa história recente” como em espaços específicos de discussão sobre saúde. O documento também continha 23 itens que norteariam a atuação do governo federal na área da saúde bucal. Após aprovação, o documento foi encaminhado às direções dos partidos políticos que participaram desta reunião bem como aos integrantes da comissão de transição do governo (56).

Em 2006, Garcia (52) afirma que o processo que originou a Política Nacional de Saúde Bucal:

partiu de um amplo debate realizado por um grupo de intelectuais e profissionais de saúde, muitos da saúde bucal, militantes do PT e de partidos da coalizão, que tinham um discurso que incorporava os elementos do movimento da reforma sanitária. Desse grupo, faziam parte, inclusive, algumas pessoas que já tinham participado de experiências de gestão em prefeituras do PT.

Em um segundo momento a autora afirma que toda a política “foi proposta pelo grupo de militantes do PT” (52).

Ao relatar a respeito da construção da PNSB, Bartole (57) afirma que:

evidenciou-se o movimento de um grupo de militantes (de fora do governo federal) que disputava um espaço institucional no governo Lula” e que ao elaborar um documento que associa a saúde ao programa Fome Zero, este grupo abre uma “janela de oportunidades” possibilitando que os argumentos em questão fossem “apresentados à equipe de transição de governo em 2002, no sentido de convencê-los da necessidade de incorporar na agenda do Executivo um projeto político com sólidas bases, ancoradas no

Movimento Sanitário, que, ainda, contemplava um importante programa de governo, o Fome Zero.

Ao analisar as relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal, Andrade (58) pondera a ideia de que a PNSB tenha sido proposta por um grupo e descreve que acreditar nisso “seria certamente (e tristemente) descartar a ação de vários homens e mulheres de vontade férrea, que apesar de terem os rostos impressos na PNSB não são petistas”. Afirma também que “a PNSB aloja uma série de determinações que não são de propriedade exclusiva de petistas, ao contrário, elas são multifacetadas. A temporalidade da Política é de outra natureza – ela possui um solo comum com o SUS.”

A autora também identifica atores individuais e atores coletivos como participantes da construção da PNSB. Os atores individuais se identificam

com o projeto político vitorioso nas eleições presidenciais de 2002 e que possuem, sem dúvida, um passado de luta na construção do SUS. Apareceram no cenário político como agentes dotados de notável capacidade de discernimento e escolha, desempenhando papel ativo na elaboração da PNSB.

Estes atores pertencem

a diferentes instituições acadêmicas ligadas a saúde coletiva (e denominações congêneres) e/ou a secretarias de saúde (estaduais ou municipais) foram identificados como os protagonistas dessa conquista – a PNSB – que reflete a presença mais amadurecida da Odontologia no âmbito do SUS.

Os atores coletivos atuaram como local de formação e/ou atuação dos atores individuais ou de estabelecimento consentimento às propostas formuladas. Apresentaram-se como atores coletivos: entidades de classe, movimentos sociais, organizações partidárias, universidades e serviços. Entre os atores coletivos destaca-se a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) que “desempenhou função ativa tanto no processo de emergência como no de formulação da referida Política” (58).

A partir do ano de 2003, a saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal (59) sendo marcada pelas ações identificadas pela equipe de transição de governo que exigiam soluções em curto prazo como, por exemplo: a conclusão do 3º Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL 2003), a viabilização da 3ª CNSB e a definição das linhas de atuação do governo federal para a área (56). A Área Técnica de Saúde Bucal se tornou novamente Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB) e ainda em 2003 as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal passaram a ser debatidas e elaboradas por meio da Comissão de Assessoramento

(formalizada por meio de portaria 36GM de janeiro de 2004) estabelecida pela CNSB, cujos membros (13 mais o Coordenador Nacional de Saúde Bucal) representavam todo o movimento que originou o “Fome Zero e Boca cheia de dentes!” (58).

Após ter sido indicado para coordenar a saúde bucal no âmbito federal, o coordenador da CNSB afirma que:

[...] nossa prioridade é iniciar um processo de resgate do papel do Estado enquanto aglutinador das políticas de saúde. Portanto, a partir de agora, a CNSB passará a ser muito atuante no cenário nacional, nos Estados e municípios. A descentralização do SUS trouxe avanços consideráveis, porém, paralelamente a esse movimento, houve uma certa desresponsabilização (sic) do nível federal. O Ministério tem que estar presente onde a saúde se concretiza. [...] não viemos para brincar (60)

Entre as ações ocorridas ainda no primeiro semestre de 2003, antes mesmo do lançamento da PNSB, estão: o reajuste do valor de custeio para as ESB I e II e a equiparação do teto de implantação entre ESB e ESF que era de 1 ESB para 2 ESF (61) (62).

O SB Brasil 2003 teve início em 1999 e, devido às dificuldades operacionais (como financiamento e compra de materiais) (63) até o ano de 2002 apenas algumas fases iniciais da pesquisa haviam sido realizadas. Em 2003 as oficinas de treinamento e calibração foram concluídas e com o apoio de instituições e entidades odontológicas, suporte das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde a pesquisa de campo também pode ser concluída ainda em 2003. Cerca de 2.000 profissionais de saúde bucal participaram da pesquisa, que se tornou base epidemiológica para o planejamento da PNSB (2).

Os resultados do SB Brasil 2003 referentes aos índices ceo-d^a e CPO-D^b por faixa etária e macrorregião podem ser visualizados na tabela abaixo:

^a ceo-d: índice de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados

^b CPO-D: índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

Tabela 01 – Média dos índices CPO-D e ceo-d apresentados no SB Brasil 2003

| Média dos índices seu-d e CPO-D encontrados no SB BRASIL 2003 | | | | | |
|---|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| Idade: 18 a 36 meses | | Idade: 12 anos | | Idade: 35 a 44 anos | |
| Brasil/Macrorregiões | média índice ceo-d | Brasil/Macrorregiões | média índice CPO-D | Brasil/Macrorregiões | média índice CPO-D |
| Norte | 1,34 | Norte | 3,13 | Norte | 19,88 |
| Nordeste | 1 | Nordeste | 3,19 | Nordeste | 19,62 |
| Sudeste | 0,95 | Sudeste | 2,3 | Sudeste | 20,3 |
| Sul | 1,04 | Sul | 2,31 | Sul | 20,61 |
| Centro-Oeste | 0,8 | Centro-Oeste | 3,16 | Centro-Oeste | 20,32 |
| Brasil | 1,07 | Brasil | 2,78 | Brasil | 20,13 |
| Idade: 5 anos | | Idade: 15 a 19 anos | | Idade: 65 a 74 anos | |
| Brasil/Macrorregiões | média índice ceo-d | Brasil/Macrorregiões | média índice CPO-D | Brasil/Macrorregiões | média índice CPO-D |
| Norte | 3,22 | Norte | 6,14 | Norte | 28,34 |
| Nordeste | 3,21 | Nordeste | 6,34 | Nordeste | 27,27 |
| Sudeste | 2,5 | Sudeste | 5,94 | Sudeste | 28,61 |
| Sul | 2,62 | Sul | 5,77 | Sul | 27,33 |
| Centro-Oeste | 2,67 | Centro-Oeste | 6,97 | Centro-Oeste | 27,93 |
| Brasil | 2,8 | Brasil | 6,17 | Brasil | 29,79 |

Fonte: Projeto SB Brasil 2003 condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais (64).

Conforme demonstrado na pesquisa de 1986, o índice de CPO-D no SB Brasil 2003 também apresentou um efeito cumulativo variando de 2,78 aos 12 anos para 27,79 na faixa etária de 65 a 74 anos. O componente de dentes perdidos também exerceu efeito cumulativo sendo responsável por 6,47% aos 12 anos, 14,42% na faixa etária de 15 a 19 anos, 65,72% na faixa etária de 35 a 44 anos e 92,95% na faixa etária de 65 a 74 anos. Entre as metas da OMS para o ano 2000 o Brasil havia alcançado com o SB BRASIL 2003 somente a meta para a idade de 12 anos que era apresentar um CPO-D ≤ 3 , porém, as diferenças regionais permaneciam e três macrorregiões ainda apresentavam CPO-D > 3 (64).

No primeiro ano de gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, o governo (pela primeira vez) antecipou a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (12ª CNS), para que a Política de Saúde pudesse ser apreciada diretamente pela sociedade, bem como, pela primeira vez, o Ministro da Saúde assumiu publicamente que utilizaria as resoluções finais da 12ª CNS como base para as políticas de saúde (65). A 12ª CNS ocorreu em dezembro de 2003 e após o falecimento do Coordenador Geral da Comissão Executiva, Sergio Arouca, ainda em 2003 e “congregou expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da reforma Sanitária” (32).

A PNAD realizada em 2003 pesquisou novamente sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde mantendo basicamente a mesma estrutura do questionário aplicado em 1998. Dados semelhantes aos verificados em 1998 foram verificados em 2003: cerca de 27,9 milhões de pessoas declararam nunca terem feito uma “consulta ao dentista”, representando 15,9% da população. Entre aqueles que nunca haviam ido ao dentista 13,6% pertenciam a população urbana enquanto a maior parcela, 28% pertenciam a população rural. A desigualdade de renda era também condizente com a desigualdade no acesso aos serviços de saúde bucal: para cada indivíduo que apresentava uma renda familiar superior a 20 salários mínimos e nunca haviam ido ao dentista, havia 10 indivíduos que apresentavam uma renda familiar mensal de até um salário mínimo em situação semelhante (5).

Os debates gerados no interior da Comissão de Assessoramento em 2003 amadureceram as ideias e propostas para a PNSB e tiveram como produto um documento preliminar 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 (58).

Apresentada no início de 2004 ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram fundamentadas

[...] nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal [...] (2).

e aprovadas na 139ª reunião do CNS ocorrida em fevereiro de 2004 (66) bem como pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que ocorreu também em fevereiro de 2004 (67).

As Diretrizes da PNSB (1) orientam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção por meio dos dez pressupostos listados abaixo:

1. Assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização;
2. Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
3. 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;

4. Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento — deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde;
5. Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
6. Centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
7. Incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica;
8. Definir 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 para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS. [...]
9. Estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações visando à reorientação do modelo de atenção.
10. 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.

Mesmo que a 11ª CNS, realizada em 2000, tenha aprovado a convocação da 3ª CNSB para 2001, somente em 2003 esta questão foi retomada e trabalhou-se para a sua realização em 2004. Em novembro de 2003 o CNS (68) delibera a realização da 3ª CNSB

[...] entendendo a necessidade de oportunizar a toda população brasileira a análise e participação na formulação da Política Nacional de Saúde Bucal, pois já se passavam dez anos desde a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal [...]

e em março de 2004 o Ministro da Saúde convoca a 3ª CNSB para ocorrer no mesmo ano.

Antes da realização da 3ª CNSB, o “Programa Nacional de Saúde Bucal” (Brasil Sorridente) foi lançado em março de 2004 no município de Sobral-CE pelo Presidente da República, que na ocasião diz que este programa:

[...] não é um programa qualquer. É um programa de respeito àquilo que temos de mais sagrado, que é a dignidade humana [...] é uma coisa que vai passar para a História. Levar a sério a saúde bucal do nosso povo, porque, no Brasil, lamentavelmente, qualquer parte do corpo humano sempre foi tratada como uma questão de saúde pública, mas a boca, por onde entra tudo que a gente come, nunca foi tratada com o menor respeito por todos aqueles que pensam em saúde neste país (69).

No período de março a julho de 2004 foram realizadas 2.542 Conferências Municipais ou Regionais de Saúde Bucal além das 26 etapas estaduais e da etapa Distrital que, ao somar com a etapa nacional, contaram com a participação de cerca de 90.000 pessoas. A 3ª CNSB ocorreu entre os dias 29 de julho e 1º de agosto de 2004 com a participação de 883 delegados eleitos distribuídos paritariamente e teve

como tema: “Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social” onde 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.

Mesmo que as Diretrizes da PNSB tenham sido lançadas após a aprovação do CNS, CONASS e CONASEMS, porém antes da realização da 3ª CNSB, o conteúdo destas Diretrizes foi pautado e debatido pelos delegados eleitos na etapa nacional da 3ª CNSB, permitindo reafirmar algumas propostas e adequar outras. Vale lembrar que nenhuma das propostas aprovadas na 3ª CNSB foi contrária às Diretrizes da PNSB (70) (71).

Considerando a baixa capacidade de oferta de serviços odontológicos especializados (apenas 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos), a necessidade de unidades de referência para a atenção básica em saúde bucal, bem como a alta necessidade de próteses dentárias, o Ministro da Saúde assinou durante a realização da 3ª CNSB a portaria que cria os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Ao estudar o Ciclo da Política Nacional de Saúde Bucal, Rendeiro (2011) afirma que esta política possui três ciclos que se iniciaram em 1986, 2000 e 2004, respectivamente. A autora adotou a inovação para caracterizar este momento e segundo esta, as inovações que deram origem aos ciclos foram: a participação da saúde bucal no programa de Agentes comunitários de Saúde (1º ciclo), a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (2º ciclo) e a inclusão dos Centros de Especialidades Odontológicas (3º ciclo) (72).

Diferente dos dois ciclos anteriores, a autora afirma que o 3º ciclo

houve predominância dos atores da Comunidade Epistêmica, que incluía acadêmicos, pesquisadores, consultores, sindicalistas, profissionais das SES e SMS, construída ao longo de um processo histórico, que envolveu a militância político-partidária e setorial”. Com apoio do Presidente recém-eleito a PNSB possibilitou que houvesse a ampliação da implantação das ESB na Estratégia Saúde da Família bem como a inovação proporcionada segundo a autora com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. A evolução deste terceiro ciclo, além das inovações contou com influência dos “partidos políticos hegemônicos das coligações presidenciais” bem como com a participação de “atores associados aos interesses da classe odontológica (72).

Em agosto de 2004 a Lei 10.933 que dispõe sobre o Plano Plurianual (PPA) para o período de 2004 a 2007 (em cumprimento ao disposto no art. 165 da Constituição Brasileira) foi sancionada pelo Presidente da República, com a criação

de uma ação orçamentária específica para a saúde bucal (73). A partir de então, a saúde bucal pela primeira vez, pôde contar com recursos específicos na esfera federal. Em dezembro de 2004, o Ministério da Saúde aprovou o Plano Nacional de Saúde 2004-2007 “Um pacto pela Saúde no Brasil” (PNS 2004/2007) por meio da portaria 2.607GM de dezembro de 2004 no qual a saúde bucal (pautada pelas Diretrizes da PNSB - Brasil Sorridente) foi inserida entre as 16 iniciativas prioritárias elencadas pelo Ministério da Saúde no PNS 2004/2007 (74).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura, processos e desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no período de 2004 a 2010.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar as transformações ocorridas na Política Nacional de Saúde Bucal do ponto de vista dos instrumentos normativos publicados pelo governo federal entre os anos de 2003 e 2011.

Avaliar o desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal, incluindo a comparação das regiões Nordeste e Sul entre os anos de 2003 e 2010

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 ABORDAGENS METODOLÓGICAS

A bibliografia sobre avaliação de políticas e programas é ampla e comporta diferentes conceitos e concepções. Primeiramente serão abordados alguns destes conceitos e concepções e na sequência a opção feita para a realização desta pesquisa.

A avaliação costuma ser realizada por meio de estudos específicos que procuram analisar aspectos definidos em seus objetivos como relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos ou a sustentabilidade de programas e políticas. Seu intuito é melhorar as atividades em andamento e dar subsídios para o planejamento, a programação e a tomada de decisões futuras (75).

Weiss (76) define a avaliação como uma atividade que se busca “medir os efeitos de um programa em relação aos objetivos almejados, como forma de contribuir para tomadas de decisões sobre o programa e aperfeiçoar programações futuras”.

Vedung (77) descreve a avaliação como “um mecanismo ex-post para explicar e medir a implementação, os resultados e o alcance das políticas e programas públicos, com o propósito de gerar decisões futuras”.

Contandriopoulos (78) afirma que

avaliar é fundamentalmente aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação pode ser considerada um julgamento, dicotômico, qualitativo ou quantitativo, sobre uma intervenção ou algum de seus componentes buscando subsidiar a tomada de decisões. Pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para a crítica acerca da sua cobertura, qualidade técnica, acesso, equidade, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (79).

Devido ao seu caráter normativo, a avaliação se distingue da pesquisa; ela não se propõe somente a medir os efeitos de uma intervenção e a entender como foram obtidos, mas, também a julgá-la. A partir dos resultados da avaliação que as instancias de decisão formulam seus julgamentos, expressam seus valores e demonstram os seus interesses estratégico (78).

Na década de 80, Donabedian desenvolveu a classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde que concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados” (6). Este paradigma, originário da área de avaliação da qualidade do cuidado médico, estabeleceu determinados parâmetros básicos ao monitoramento e à avaliação e vem sendo empregado no campo da avaliação de políticas de saúde (80) (81). Esta abordagem considera a categoria estrutura como englobando as características de como a atenção a saúde é oferecida àqueles que utilizam o sistema, levando-se em consideração questões como a estrutura física, recursos humanos, estrutura normativa e orçamento para as ações. A categoria processo corresponde às questões relacionadas com o desenvolvimento do trabalho profissional e o resultado reflete as mudanças geradas na saúde dos usuários a partir de determinadas atuações, além do conhecimento da satisfação das pessoas beneficiadas. Os conceitos de efetividade e eficácia possuem tendências convergentes e fazem parte das três categorias propostas (81).

No ano de 1992, Donabedian (81) relata as limitações do paradigma estrutura-processo-resultado e chama a atenção para o fato deste refletir a realidade de uma maneira mais simples. Afirma também que as dificuldades encontradas para distinguir as três categorias do paradigma surgem com mais intensidade quando se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação que não seja do âmbito clínico para o qual ele foi desenhado. Mesmo não considerando o contexto ou a participação de outros atores na definição de padrões de qualidade, a proposta de Donabedian que desenvolveu uma matriz de avaliação centrada na tríade estrutura-processo-resultado para observar os pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, acessibilidade, otimização, legitimidade), permanece como o referencial mais utilizado na avaliação da qualidade em saúde (82).

Em 1999 Habicht et al. (83) desenvolveram um modelo de avaliação de programas/intervenções em saúde e nutrição que possui dois eixos fundamentais. O primeiro eixo faz referência ao tipo de indicadores necessários para a avaliação e são utilizados indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto. O segundo eixo

diz respeito ao nível de inferência da avaliação e utiliza a adequação, plausibilidade e probabilidade como modelos de inferências causais, além do grau de certeza necessária para a tomada de decisão (83).

A comparação entre os modelos de Donabedian e Habicht et. al. demonstra que não há conflitos entre os dois, havendo distinção entre as populações-alvo das avaliações, que no caso do modelo de Donabedian é a população usuária do serviço de saúde enquanto que a do modelo de Habicht et. al. é o grupo populacional a ser atingido pelo programa/intervenção de saúde. Essa distinção faz com que o modelo de Donabedian tenha enfoque mais voltado para a avaliação de serviços enquanto que o de Habicht et. al. tenha enfoque mais voltado para a Saúde Pública (84).

Sulbrandt (85) afirma que o uso combinado de métodos permite ao avaliador uma variedade de enfoques para examinar diferenças sutis que de outra maneira escapariam da sua atenção aumentando a legitimidade do estudo e a possível utilização dos resultados da pesquisa. A utilização de diferentes metodologias deverá fazer parte do desenvolvimento da avaliação em saúde pública com o objetivo de incorporar a realidade e as mudanças originadas da forma de atuação na saúde. Para que haja interação de diversos enfoques metodológicos, a coleta de dados tanto quantitativos quanto qualitativos se torna necessária (84).

Ao propor uma nova forma de avaliação da atenção básica em saúde (ABS) utilizando a abordagem sistêmica de Donabedian, Tanaka (86) afirma que;

A avaliação de resultado de uma rede de atenção em que a porta de entrada seja a ABS deverá identificar o quanto a rede foi capaz de evitar, minimizar ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença, que tendo iniciado na ABS, englobado a capacidade de promoção e manutenção da saúde, diagnóstico e tratamento oportuno em tempo e com a tecnologia disponível na porta de entrada do sistema, tenha sido adequadamente complementado na rede de serviços de saúde.

Neste contexto, a abordagem qualitativa deverá ser capaz de identificar por meio de entrevistas semiestruturadas, conforme proposto por Minayo, junto a informantes chave, devidamente identificados em serviços selecionados (86). Góes e Figueiredo (87) ao abordarem conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde, destacaram Donabedian como um dos autores mais referenciados na temática da avaliação da qualidade do cuidado em saúde e relataram além dos sete pilares propostos por este autor, as adaptações feitas por Vuouri (1991) e Malk (1996).

Ao adaptar o modelo de Donabedian e aplicá-lo às políticas sociais, Santos et al. (88) elencaram várias características ligadas aos três indicadores anteriormente

propostos. Para a dimensão de estrutura, as autoras consideram “características do provedor de serviços, tais como instrumentos, recursos, estruturas físicas e organizacionais, isto é, um conjunto de meios potenciais ao favorecimento ou ao constrangimento do alcance dos objetivos dos programas” e utiliza “instrumentos normativos, recursos materiais e equipamentos disponíveis, competências organizacionais, infraestrutura para monitoramento e controle do programa” como elementos de pesquisa.

Em 2001, Draibe (7) propõe um instrumento simplificado de análise considerando os seguintes planos de trabalho de pesquisa: o plano das preferências e escolhas iniciais do investigador; o plano dos indicadores básicos das pesquisas de avaliação de impactos e processos e uma alternativa própria de avaliação de processos denominada de “ciclo de vida dos programas”. Ao propor esta alternativa, a autora relata que as políticas e os programas são elaboradas e decididas por pessoas e assim como estas, as políticas e os programas tem vida; “nascem, crescem, transformam-se e reformam-se, eventualmente estagnam e as vezes morrem”. É este ciclo vital percorrido que se torna o objeto das avaliações de processo.

Nesta nova metodologia, a autora estabelece e utiliza os seguintes sistemas ou subprocessos de implantação: sistema gerencial e decisório, processos de divulgação e informação; processos de seleção; processos de capacitação; sistemas logísticos e operacionais (financiamento e gasto; provisão de recursos materiais); processos de monitoramento e avaliação internos. A autora afirma a existência de pouco consenso sobre conceitos básicos no campo da análise de políticas públicas e denomina de “estratégia de avaliação” as preferências e escolhas declaradas pelo analista no início da pesquisa no intuito de ser compreendido.

A respeito dos objetivos de avaliações de políticas e programas, a autora destaca a existência de objetivos de conhecimento e objetivos mais imediatos e propositivos. Para o primeiro, a autora utiliza a expressão “pesquisa de avaliação” uma vez que um novo conhecimento será gerado a partir do conhecimento da “relação entre condições, meios e impactos da intervenção”. A respeito dos objetivos mais imediatos e propositivos, destaca-se a necessidade de “detectar dificuldades e obstáculos e produzir recomendações, as quais possibilitem, por exemplo, corrigir os rumos do programa ou disseminar lições de aprendizagem”. Quanto à relação temporal, as avaliações distinguem-se em ex ante quando realizadas na fase inicial

do programa ou em ex post quando realizadas durante ou após a realização do programa (7).

As pesquisas de avaliação podem gerar indicadores que são utilizados para medir e acompanhar a trajetória de algum fenômeno ou o resultado de processos sociais. Ao se comportarem como indicadores de avaliação, estes poderão expressar condições relativas à “estrutura”, “processos” e “resultados”. Neste caso a categoria “resultados” engloba os seguintes indicadores:

-desempenho (ou resultados em um sentido estrito, outcomes): que se refere aos produtos do programa definidos em suas metas;

-impacto: mudanças efetivas na realidade (também dos beneficiários), provocadas diretamente pelo programa; as avaliações de impacto procuram por meio de desenhos quase experimentais, comparar dois grupos similares da população, medindo as diferenças observadas entre os dois grupos, decorrentes da exposição e da não exposição a um programa;

-efeitos: “referem-se a outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou”;

Uchimura e Bosi afirmam que é preciso delimitar com clareza o objeto da avaliação, ou o que se pretende avaliar. Essa decisão traz profundas implicações aos rumos da pesquisa que se propõe desenvolver, já que definirá a estratégia a ser empregada na sua condução (89).

4.2 METODOLOGIA

Na abordagem metodológica do estudo, optou-se pelo paradigma estrutura-processo-resultado para avaliar a Política Nacional de Saúde Bucal entre os anos de 2004 e 2010. Foram utilizados dados secundários e os pressupostos das Diretrizes da PNSB publicadas no ano de 2004 serviram como base para esta pesquisa. Dessa forma, ao considerar os conceitos de Draibe, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de avaliação com recorte programático da PNSB entre os anos de 2004 e 2010 cuja relação temporal é do tipo ex post, privilegiando a avaliação de resultados do tipo desempenho (7). Nesta pesquisa de avaliação, o desempenho será demonstrado ao comparar o período que antecedeu a PNSB ao produto

apresentado após o início da PNSB em 2004 até 2010 considerando as Diretrizes da PNSB.

Ao abordar a tríade “estrutura-processo-resultado” o estudo considerou:

- Como estrutura:

- Estrutura normativa
- Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF)
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)
- Municípios com Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) credenciados.
- Cirurgiões-Dentistas (CD.) no SUS.

- Como processo:

- Financiamento da saúde bucal no SUS

- Como resultado/ desempenho:

- Procedimentos de saúde bucal no SUS
- Fluoretação das águas de abastecimento público

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi dividida em duas fases:

1) a primeira consistiu na pesquisa de publicações científicas, leis, instrumentos normativos e outros documentos técnico-administrativos que descrevessem conceitos de avaliações em saúde bem como as diretrizes e a trajetória da PNSB. Os descritores utilizados foram: “saúde bucal”, “avaliação em saúde”, “avaliação”, “política de saúde”. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram:

- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde –LILACS
- Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE
- Scientific Eletronic Library Online – SciELO
- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD
- Diário Oficial da União – DOU

Também foram utilizados documentos e publicações que não estavam anexados às bases de dados citadas acima, porém eram pertinentes às diretrizes e trajetória da PNSB como relatórios, entrevistas e discursos oficiais.

2) a segunda fase contou com a coleta de dados secundários dos sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS):

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (90)
- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS (91)
- Sala de Apoio a Gestão Estratégica do MS – SAGE/MS (92)
- Sistema de Informações da Média e Alta Complexidade – SISMAC (93)
- Fundo Nacional de Saúde – FNS (94)

Estes sistemas foram utilizados para obtenção dos seguintes dados no período da análise: quantidade de ESB, ESF, CEO e municípios com LRPD implantados, quantidade de CD. no SUS, recursos financeiros federais transferidos para ações de saúde bucal além de procedimentos clínicos, preventivos e reabilitadores em saúde bucal realizados no SUS. Dados disponíveis no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) complementaram a pesquisa.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Após a realização da pesquisa documental, as portarias e documentos oficiais obtidos foram organizados cronologicamente possibilitando a elaboração do resgate histórico da construção da PNSB desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) na década de 70 bem como a realização da análise da estrutura normativa da PNSB publicada entre os anos de 2003 e 2011. Esta análise descreve a da PNSB por meio de documentos oficiais, atas, resoluções e portarias publicadas durante o período de análise.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS:

Adotou-se como conceito de desigualdades em saúde “a distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde [nos quais estão inclusos os serviços de saúde bucal] entre grupos populacionais distintos” (95). A partir deste conceito, esta análise possibilitou avaliar o desempenho da PNSB frente às desigualdades regionais de saúde bucal apresentadas em 2003.

A partir da base populacional adotada pelo MS, a análise considerou, a implantação das ESB nas ESF, a implantação dos CEO, municípios com LRPD implantados, o quantitativo de CD. no SUS e a alocação de recursos financeiros pelo governo federal para o desenvolvimento destas ações.

Para a realização da análise das séries temporais dos procedimentos preventivos, clínicos e reabilitadores de saúde bucal realizados pelo SUS, extraiu-se do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do MS os procedimentos abaixo elencados, entre os anos de 2002 e 2011 (Tabela 02).

Tabela 02 - Códigos de procedimentos de saúde bucal elencados para análise conforme os respectivos períodos de vigência. Brasil 2002 a 2011.

| PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS | |
|-----------------------------------|--|
| PERÍODO* | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./ 2007 | 0301101 / 0301102 / 0301103 / 0301104 / 0301105 0302201 / 0302202 / 0302203 / 0302204 |
| Jan./2008 a Dez./ 2011 | 0101020015 / 0101020023 / 0101020031 / 0101020040 0101020058 / 0101020066 / 0101020074 / 0101020082 0101020090 |
| PROCEDIMENTOS RESTAURADORES | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 0303103 / 0303104 / 0303105 / 0303106 / 0303107 / 0303108 / 0303109 / 0303110 / 0303111 0303112 / 0303114 / 0303115 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0307010023 / 0307010031 / 0307010040 |
| PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 0302206 / 0302207 / 1002106 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0307030016 / 0307030024 / 0307030032 |
| PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 1004102 / 1004103 / 1004104 / 1004105 / 1004201 / 1004202 / 1004301 / 1004303 / 1004401 1004402 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0307020037 / 0307020045 / 0307020053 / 0307020061 / 0307020088 / 0307020096 / 0307020100 |
| PROCEDIMENTOS DE EXODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 0304101 / 0304102 / 0304103 / 1005114 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0414020120 / 0414020138 / 0414020146 |
| PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 1008204 / 1008213 / 1008214 / 1008303 / 1008304 / 1008402 / 1008403 / 1008404 / 1008405 / 1008406 / 1008407 / 1008408 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0701070099 / 0701070102 / 0701070129 / 0701070137 / 0701070145 |

* Com a aprovação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS em novembro de 2007, e implantação em janeiro de 2008, novos códigos de procedimentos passaram a ser utilizados. A Tabela 2 detalhou os códigos utilizados compatíveis aos dois períodos de análise de 2002 a 2007 e 2008 a 2011.

Foi empregada a “média móvel”, técnica amplamente utilizada com o objetivo de amenizar eventuais flutuações anuais dos procedimentos realizados, onde “a cada período, a observação mais antiga é substituída pela mais recente, calculando-se uma média nova” (96) (97).

Para o cálculo da “média móvel” os procedimentos de um determinado ano foram obtidos pela média aritmética do ano representado, do ano anterior e do ano seguinte, obtendo-se uma série histórica desde 2003 até 2010.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), projeto 141/12. Todas as bases de dados utilizadas na pesquisa referem-se a dados secundários de acesso público e irrestrito.

5 RESULTADOS:

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos:

Artigo 1: a ser submetido à Revista Saúde e Sociedade

Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no período de 2003 a 2011

Autores:

Moacir Paludetto Junior

Leonor Maria Pacheco Santos

Marcio Florentino Pereira

Artigo 2: submetido à Revista de Saúde Pública

Análise do desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil entre os anos de 2003 a 2010.

Autores:

Moacir Paludetto Junior

Leonor Maria Pacheco Santos

Marcio Florentino Pereira

Lenildo de Moura

5.1 ARTIGO 01

Título: Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente no período de 2003 a 2011

Autores:

Moacir Paludetto Junior¹

Leonor Maria Pacheco Santos²

Marcio Florentino Pereira³

Resumo: Ao analisar as políticas públicas de saúde bucal anteriormente à última década, verifica-se um modelo com foco materno-infantil, altamente excludente aliado a precariedade do papel do governo no fornecimento de serviços. A partir do ano de 2003, a saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal e uma ação orçamentária específica foi criada para esta área com a publicação do Plano Plurianual 2004-2007. Com o objetivo de avaliar as transformações ocorridas na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) este estudo de característica qualitativa abordou a PNSB – Brasil Sorridente do ponto de vista dos instrumentos normativos publicados pelo governo federal entre os anos de 2003 e 2011. A criação de novas frentes de atuação aliada às alterações e aumento do financiamento das frentes já implantadas, favoreceram a construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, porém frágil do ponto de vista do arcabouço normativo ao comparar com outras implantadas que possuem leis e decretos em seu arcabouço normativo. Ainda há um caminho percorrer para que esta Política se torne uma política de Estado consolidada de fato e de direito.

Palavras chave: Saúde Bucal, Política de Saúde, Gestor de Saúde

Abstract: By analyzing public policies of oral health previously to the last decade, finds in featured the mother-infant parameter, highly exclusionary combined with the precarious role of government in providing services. From the year 2003, oral health in Brazilian Health Sistem (SUS in Portuguese) has become part of the priority agenda of the federal government and a specific budget action was created for this area since the 2004-2007 Multiannual Plan. With the aim to evaluate changes occurred in National Policy of Oral Health (PNSB in Portuguese) this study of qualitative characteristic, addressed the structure of this policy of

point of view of its normative instruments published by the federal government between 2003 and 2011. The creation of new fronts combined with changes and increased funding of fronts already established, favored the construction of an oral health policy with a more solid foundation, but fragile of point of view of the normative structure to compare with others that have laws and decrees in its normative framework. However there is still a way to go in order for this Policy to become a consolidated state policy.

Descriptors: Oral Health, Health Policy, Health Manager

Introdução:

Ao analisar as políticas públicas de saúde bucal anteriormente à última década, verifica-se um modelo com foco materno-infantil, altamente excludente aliado a precariedade do papel do governo no fornecimento de serviços (1). Programas como os lançados pelo Ministério da Saúde no final da década de 80 - implantados em desarmonia com os princípios do SUS - foram extintos logo após a sua criação e na década que se seguiu poucas foram as iniciativas federais na área da saúde bucal (2).

A partir do ano de 2003, a saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal (3) com orçamento específico a partir da criação de uma ação orçamentária para esta área, com a publicação do Plano Plurianual 2004-2007 (4). Em 2004, após ampla discussão e proposições geradas nas últimas décadas, convergentes com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS-a) e de Saúde Bucal (CNSB) (5), porém ignoradas em governos anteriores (6), aliado às experiências de programas de saúde bucal desenvolvidos pelos municípios (7), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram apresentadas como documento norteador para a organização da atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (5) e denominada Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (8).

Entre os documentos federais, as publicações normativas orientaram desde a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF) em 2000, como o ano que a antecedeu em 2003 e a sua trajetória a partir de 2004

Este artigo tem como objetivo de avaliar as transformações ocorridas na PNSB por meio de documentos normativos federais publicados entre os anos de 2003 e 2011.

Metodologia:

Indicadores de estrutura, processo e resultado propostos por Donabedian como mecanismos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde tem sido amplamente adotados em estudos de avaliação de políticas de saúde (9) (10) (11) (12). Estudos publicados em 2003 e 2007 adaptaram e empregaram esta metodologia para avaliação de programas de segurança alimentar e nutrição do Brasil (13) (14).

A adaptação no modelo de Donabedian, aplicado às políticas sociais, elencou várias características ligadas aos três indicadores anteriormente propostos. Para a dimensão de estrutura, os autores utilizam “instrumentos normativos, recursos materiais e equipamentos disponíveis, competências organizacionais, infraestrutura para monitoramento e controle do programa” como elementos de pesquisa (15).

Este estudo qualitativo abordou a análise da estrutura da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente do ponto de vista dos instrumentos normativos publicados pelo governo federal entre os anos de 2003 e 2011. Devido à característica do estudo que envolve apenas dados de domínio público de acesso irrestrito, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (sistema CEP/Conep) (16).

Resultados e discussão:

No ano de 2002, um dos cadernos temáticos publicados do programa de governo do então candidato Luiz Inácio “Lula” da Silva sinalizava a prioridade que a saúde bucal passaria a ter a partir de 2003 (17). Em abril de 2003 (no mês em que toma posse o Coord. Nacional de Saúde Bucal) (18) com a publicação da portaria nº 396GM, as Equipes de Saúde Bucal (ESB), vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESF), estabelecidas pelo governo federal a partir de janeiro de 2001 (Portarias 1.444GM/2000 e 267GM/2001), tiveram os valores dos incentivos financeiros de custeio reajustados pelo governo federal em 20%. Em junho de 2003, com a publicação da portaria 673GM, o governo federal equiparou o teto de implantação (que era de 1 ESB para 2 ESF) entre ESB e ESF (Quadro 1).

Em 14 de janeiro de 2004, o Ministro da Saúde, “considerando a importância da participação dos órgãos, entidades e representantes da sociedade civil e da comunidade científica na definição de instrumentos técnicos e normativos como apoio à elaboração e desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal” assinou a portaria nº 36GM que constituiu a Comissão de

Assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Neste mesmo dia, o Conselho Nacional de Saúde (CNS-b) em sua 138ª reunião ordinária, decidiu pela realização da 3ª CNSB (Quadro 1).

Em 22 de janeiro de 2004, foi publicada a portaria nº 74GM que reajustou os incentivos de custeio mensal das ESB I e ESB II, determinou o fornecimento de um equipo odontológico completo para as ESB II e também inseriu os procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento de prótese dentária na Atenção Básica. Esta portaria também reajustou EM 20% o valor de implantação repassado às ESB e orientou que a utilização do recurso de implantação fosse utilizado para a compra de equipamentos e materiais permanentes clínicos, inclusive aqueles utilizados para a confecção de próteses dentárias (Quadro 1).

Apresentada na 139ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde ocorrida entre os dias 04 e 06 de fevereiro de 2004 (19), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal foram aprovadas em reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorrida em 12 de fevereiro de 2004 (Quadro 1). Este documento foi “resultado de um processo de discussão com os coordenadores estaduais de saúde bucal, coordenadores de Atenção Básica na totalidade dos Estados Brasileiros e das Entidades de Categorias, tendo como base os preceitos da reforma sanitária, em particular, as diretrizes da 8ª Conferência Nacional da Saúde e seus desdobramentos por meio da 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal”. Devido à natureza técnica e política, este documento se encontra em permanente construção (19).

No dia 04 de março de 2004, o Ministro da Saúde assina a portaria nº 318 que convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. No dia 17 de março de 2004, no município de Sobral no estado do Ceará, o “Programa Nacional de Saúde Bucal” (Brasil Sorridente) foi lançado pelo Presidente da República que na ocasião diz que este programa “[...] não é um programa qualquer. É um programa de respeito àquilo que temos de mais sagrado, que é a dignidade humana[...] é uma coisa que vai passar para a História. Levar a sério a saúde bucal do nosso povo, porque, no Brasil, lamentavelmente, qualquer parte do corpo humano sempre foi tratada como uma questão de saúde pública, mas a boca, por onde entra tudo que a gente come, nunca foi tratada com o menor respeito por todos aqueles que pensam em saúde neste país”. (Quadro 1).

No mesmo mês que o Brasil Sorridente foi lançado, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 518GM de 25 de março de 2004 que “estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências” (Quadro 1). Nos anos seguintes (2005 e 2006), o Ministério da Saúde publicou cartilhas de orientações a respeito do financiamento e implantação dos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público aos gestores das três esferas de governo (20) (21).

Entre os dias 29 de julho a 4 de agosto de 2004 foi realizada a 3ª CNSB em Brasília, cujo tema central foi: “3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Cerca de 90 mil pessoas participaram das etapas municipais e estaduais e foram representadas pelos 883 delegados e delegadas eleitos para a etapa nacional dos quais 447 eram representantes dos usuários, 228 dos trabalhadores e 208 dos prestadores e gestores de saúde (22).

No mesmo mês da realização da 3ª CNSB, o Ministro da Saúde assinou a portaria nº 1.570GM de 29 de julho que “estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias”. Segundo esta portaria, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) poderiam ser implantados em duas modalidades, CEO tipo I e CEO tipo II. As áreas mínimas que os CEO passaram a atuar foram: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. A diferença entre o CEO tipo I e o CEO tipo II está no número de cadeiras odontológicas, (3 cadeiras para o CEO tipo I e 4 à 6 cadeiras para CEO tipo II) e no quantitativo mínimo de procedimentos a serem realizados. Já os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), segundo esta portaria, realizariam a confecção de próteses dentárias totais e parciais removíveis. Esta portaria também estabeleceu que poderiam ser habilitados um LRPD em regiões com menos de 500 mil habitantes e em regiões de saúde com mais de 500 mil habitantes poderia ser habilitado um LRPD a cada grupo de 500 mil habitantes. Caso o LRPD fosse instalado em um CEO a região poderia habilitar outro LRPD. Quanto à natureza jurídica, estes LRPD poderiam ser públicos ou privados. (Quadro 1)

Em complemento a publicação da portaria nº 1.570GM, foram assinadas no mesmo dia as portarias nº 1.571GM e nº 1.572GM. A portaria nº 1.571GM estabeleceu o financiamento dos

CEO e o quantitativo mínimo dos procedimentos que os CEO deveriam realizar. O valor do recurso de repasse estabelecido pelo Ministério da Saúde para o CEO tipo I foi de R\$40.000,00 de implantação e R\$6.600,00 por mês como recurso de custeio e para o CEO tipo II foi de R\$50.000,00 de implantação e R\$8.800,00 por mês como recurso de custeio. A portaria nº 1.572GM estabeleceu o pagamento de próteses dentárias totais, sendo que o valor repassado pelo Ministério da Saúde foi de R\$30,00 por prótese confeccionada e limitado ao quantitativo de 242 próteses por mês (Quadro 1).

Em setembro de 2004, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia lançaram o primeiro edital sobre saúde bucal com o objetivo de “expandir a produção do conhecimento básico e aplicado sobre Saúde Bucal, que contribua para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira e para a superação das desigualdades regionais e socioeconômicas, por intermédio do apoio a projetos cooperativos de pesquisa executados por grupos atuantes no tema” (23). Cerca de R\$ 1,3 milhões foram destinados para este edital e 28 projetos de pesquisa foram financiados (24).

No ano de 2005, “considerando a necessidade de apoiar, no tempo adequado, municípios e estados e o Distrito Federal na fase de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas” e “considerando a necessidade de acelerar o processo de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas” o Ministério da Saúde editou a portaria nº 283GM de 22 de fevereiro que possibilitou a antecipação do recebimento do recurso de implantação dos CEO e estabeleceu um prazo de 3 meses para o início do funcionamento após o recebimento do recurso (25). Em 04 de julho de 2005, o Ministro da Saúde assinou a portaria nº 1.063GM que cria a modalidade de CEO tipo III e estabeleceu que poderiam se credenciar um LRPD para cada grupo de 100.000 habitantes (Quadro 1).

No final de 2005 o governo federal lançou a Política de Atenção Oncológica por meio da portaria nº 2.439GM de 8 de dezembro, “reconhecendo o câncer como um problema de saúde pública e criando a Rede de Atenção Oncológica, uma rede de trabalho cooperativo para o controle do câncer, com a participação do Governo Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, universidades públicas e particulares, serviços de saúde e centros de pesquisa, assim como de organizações não-governamentais e a sociedade em geral” (26). No dia 19 do mesmo mês, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 714GM que “Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia [UNACON], os Centros de

Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e suas aptidões e qualidades”. Esta portaria define a atividade de odontologia entre as atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação de rotina e de urgência. No caso das UNACON, as atividades referentes à saúde bucal podem ser oferecidas no próprio estabelecimento ou serem referenciadas enquanto que, nos CACON, estas atividades deverão ser oferecidas no próprio estabelecimento.

Em 24 de março de 2006, foi publicada a portaria nº 599GM. Esta portaria “define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento”, substituiu a portaria 1.570GM publicada em 2004 e estabeleceu que os LRPD poderiam se credenciar com qualquer base populacional. No mesmo dia, o Ministério da Saúde também editou a portaria nº 600GM que instituiu o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas e estabeleceu o quantitativo mínimo de procedimentos que os CEO deveriam realizar mensalmente. Nesta portaria, os valores de financiamento publicados anteriormente para os CEO tipo I e II foram mantidos e foram estabelecidos os valores de financiamento para o CEO tipo III sendo R\$80.000,00 de recurso de implantação e R\$15.400,00 por mês de recurso de custeio (Quadro 1).

Neste mesmo ano foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta publicação foi o quarto volume de uma série de 14 volumes da coletânea Pactos pela Saúde publicada pelo Ministério da Saúde em Parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Entre as portarias presentes na PNAB está a portaria nº 648GM, de 28 de março de 2006 que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.

A PNAB contou também com a portaria nº 650GM, de 28 de março de 2006 que “Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica”. Esta portaria reajustou em 50% o recurso de custeio das ESB que atendem as populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, bem como o recurso de implantação das ESB para R\$7.000,00 (R\$1.000,00 a mais comparado ao recurso

pago anteriormente). As formas de utilização do recurso de implantação também foram ampliadas ao possibilitar que além de investimentos nas Unidades Básicas de Saúde, seja utilizado para a realização do Curso Introdutório presente no item cinco do capítulo II da PNAB (Quadro 1).

Com a finalidade de “assessorar o Departamento de Atenção Básica – Área Técnica de Saúde Bucal - DAB/SAS/MS, na identificação de prioridades, formulação de diretrizes técnicas na área de Vigilância em Saúde Bucal, bem como em avaliações sistemáticas da qualidade das informações”, o Ministério da Saúde editou em dezembro de 2006 a portaria nº 939SAS, que instituiu o “Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal - CTA-VSB” (Quadro 1).

Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia lançaram segundo edital de pesquisa com objetivo de “apoiar atividades de pesquisa científica, tecnológica e de inovação, mediante a seleção de propostas para apoio financeiro a projetos” relacionados à Saúde Bucal (27). Neste edital 24 projetos foram contemplados e cerca de R\$1,2 milhões foram investidos (24).

Em setembro de 2008 o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 406 de 12 de setembro de 2008 criou a Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB), que tem como objetivo: “assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. Além disso, cabe à Comissão acompanhar a execução da Política Nacional de Saúde Bucal; monitorar a organização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, acompanhar as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal e contribuir com os demais colegiados do controle social no monitoramento das ações e recursos destinados a população” (28).

Um novo reajuste dos recursos de custeio mensal das ESB foi concedido em 2008, por meio da publicação da portaria nº 2.489GM de 21 de outubro sendo que os recursos repassados para as ESB I passaram a ser R\$1.900,00 e das ESB II R\$2.450,00. Em dezembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde concede um novo reajuste para estas equipes por meio da portaria nº 3.066GM e as ESB passaram a receber R\$2.000,00 e R\$2.600,00 respectivamente (29). Também em dezembro de 2008, o governo federal publicou a lei 11.889 que regulamenta o

exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB).

No início do ano de 2009, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 302GM de 17 de fevereiro que estabeleceu que “profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família poderiam ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS” (Quadro 1), porém, mesmo com esta portaria em vigor as ESB passaram a ser incorporadas a partir de sua republicação em abril de 2009 com a seguinte redação: “estabelecer que profissionais de Saúde Bucal, que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família, poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS” (30).

Em abril de 2009 o CTA-VSB e a Coordenação Geral de Saúde Bucal iniciaram os trabalhos para a realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010 (31). Em outubro de 2009, várias portarias relacionadas diretamente ao financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal foram publicadas. A portaria nº 2.371GM “institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel – UOM”. Esta portaria possibilitou a compra de 160 UOM para 160 municípios Além da compra, o Ministério da Saúde estabeleceu o repasse de R\$3.500,00 em parcela única destinada a compra de instrumentais necessários para o atendimento e R\$4.680,00 mensais como recurso de custeio para os municípios que receberam estas Unidades (Quadro 1).

A portaria nº 2.372GM criou o “plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família”. Este plano garantiu o envio de equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica e um kit de peças de mão) para todas as ESB implantadas a partir de outubro de 2009. Esta portaria também recomendou que o recurso de investimento das ESB, seja destinado também para a aquisição de instrumentais discriminados em seu respectivo anexo além das recomendações dispostas nas portarias nº 648GM e nº 650GM, ambas de 28 de março de 2006 (Quadro 1).

A portaria nº 2.373GM alterou a portaria nº 599GM de 23 de março de 2006. A partir desta data, o gestor municipal pôde credenciar o CEO com recursos próprios e a solicitação de implantação de LRPD pôde ser feita por meio de ofício encaminhado a “Área Técnica de Saúde Bucal” do Ministério da Saúde. A portaria nº 2.374GM assinada também em outubro de 2009 reajusta os valores de referência das próteses dentárias para R\$60,00 em média,

insere o financiamento no teto da Média e Alta Complexidade dos municípios, Estado e Distrito Federal e amplia os procedimentos possíveis de serem realizados pelos municípios habilitados com LRPD (Quadro 1).

Em dezembro de 2009, o Ministério da Saúde editou a portaria nº 3.189GM que dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). No artigo 3º desta portaria, entre as áreas estratégicas prioritárias para a educação profissional técnica de nível médio na saúde estão a Saúde Bucal e a Prótese Dentária (Quadro 1).

Considerando a necessidade de viabilizar o acesso a atenção em saúde bucal de pessoas com necessidades especiais, o Ministro da Saúde assinou a portaria nº 1.032GM de 05 de maio de 2010 que possibilitou o atendimento deste grupo de pessoas no âmbito hospitalar. Neste mesmo ano, a portaria nº 600GM de 2006 foi alterada pela portaria nº 2.898GM de 21 de setembro de 2010. Esta portaria manteve os valores dos financiamentos de implantação e custeio publicados, porém atualiza os códigos e as porcentagens dos procedimentos a serem cumpridos nos CEO (Quadro 1).

Com a publicação do decreto presidencial 7.336 em 20 de outubro de 2010, a Coordenação Geral de Saúde Bucal passou a fazer parte da estrutura regimental do Ministério da Saúde submetida ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (32). Com base neste decreto, o Ministro da Saúde assinou a portaria nº 3.728GM de 01 de dezembro de 2010 que nomeou um Coordenador Geral de Saúde Bucal (33).

Em 2010 com a publicação da Portaria nº 718SAS de 20 de dezembro, o Ministério da Saúde possibilitou a realização de procedimentos de ortodontia e implantes no Sistema Único de Saúde. Em 08 de fevereiro de 2011 esta portaria foi retificada mantendo-se o elenco de procedimentos (Quadro 1).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde divulga os resultados principais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto SB Brasil 2010 (34). Esta Pesquisa, financiada pelo Ministério da Saúde, coordenada pelo CTA-VSB, realizada em parceria com o CNS-a, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) com o apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual

dos Odontologistas (FIO), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possibilitou “Conhecer a situação de saúde bucal da população brasileira urbana em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal” (35).

Em 19 de abril de 2011, no primeiro ano de gestão da Presidenta Dilma Rousseff, o Ministro da Saúde realizou o lançamento do Brasil Sorridente Indígena com a publicação das Diretrizes do componente indígena da PNSB. Em maio de 2011, o Ministério da Saúde concedeu um novo reajuste nos procedimentos realizados pelos municípios habilitados com LRPD por meio da portaria nº 211SAS de 13 de maio. Após esta portaria, a Coordenação Geral de Saúde Bucal publica nota técnica a respeito desta portaria explicitando que os valores repassados aos municípios, estados ou Distrito Federal, serão por faixa de produção: produção de 20 a 50 próteses, R\$5.000,00 por mês; produção de 51 a 150 próteses, R\$15.000,00 por mês; acima de 151 próteses, R\$20.000,00 por mês (36).

Em 02 de junho de 2011 a Presidenta Dilma Rousseff lançou o Plano Brasil sem Miséria, instituído pelo decreto nº 7.492 publicado neste mesmo dia e com o objetivo de “promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da pobreza” (37). A PNSB - Brasil Sorridente ganha destaque ao aparecer como meta de ampliação dos serviços públicos na publicação do caderno do Plano Brasil sem Miséria (38). Também em julho de 2011, o Ministério da Saúde atualiza a lista de procedimentos que havia sido publicada pela portaria nº 2.898GM de 21 de setembro de 2010 ao editar a portaria nº 1.464GM de 24 de junho de 2011 (39). Em julho de 2011, foi publicada a portaria nº 1.599GM que reajusta o valor de custeio mensal das ESB I e II para R\$2.100,00 e R\$2.800,00 respectivamente.

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por meio das portarias 1.654SAS, 576SAS, ambas de 19 de julho de 2011 e 2.396GM de 13 de outubro de 2011 e possibilitou que tanto os profissionais das ESB quanto os profissionais de saúde bucal que não fazem parte das ESB façam parte do PMAQ-AB bem como um aumento do repasse financeiro por equipe de saúde bucal (mínima ou da ESF) que aderisse ao programa (Quadro 1).

Após a pactuação na reunião da CIT ocorrida no dia 29 de setembro de 2011, o Ministério da Saúde aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica por meio da portaria nº 2.488GM de 21 de outubro de 2011.

Quadro 1- Legislação pertinente à Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, em ordem cronológica. Brasil 2003-2010

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|---|---|-------------|---|
| Port. 1.444GM (29/12/2000) | Estabelece incentivo financeiro para as ESB no PSF com limitação de implantação de uma ESB para cada duas ESF | GM | Inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. Após implantada, a ESB receberia R\$5.000,00 como recurso de implantação, R\$1.083,00 como recurso de custeio para ESB mod. I e R\$1.333,00 para as ESB mod. II . http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=85&data=29/12/2000 . |
| Port. 267GM (07/03/2001) | Aprova as normas e diretrizes de inclusão das ESB no PSF | GM | Regulamenta a port. 1.444GM. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=07/03/2001 |
| Port. 396GM (08/04/2003) | Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF | GM | Reajuste de 20% nos valores mensais repassados para as ESB mod. I (R\$1.083,00 para R\$1.300,00) e para as ESB mod. II (R\$1.333,00 para R\$1.600,00). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=94&data=08/04/2003 |
| Port. 673GM (04/06/2003) | Atualiza o teto das ESB no PSF | GM | Equiparação de implantação entre ESB e ESF, estabelecendo o teto de uma ESB para cada ESF http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=04/06/2003 |
| Port. 36GM (14/01/2004) | Criação da Comissão de Assessoramento da Coordenação Geral de Saúde Bucal | GM | Constitui grupo técnico para participar na definição de instrumentos técnicos e normativos como apoio à elaboração e desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/01/2004&jornal=2&pagina=19&totalArquivos=28 |
| 138º Reunião Ordinária do CNS (14/01/2004) | Decisão da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal | CNS | Decisão do Conselho Nacional de Saúde favorável para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm . |
| Port. 74GM (22/01/2004) | Reajusta os valores dos incentivos financeiros das ESB no PSF e insere os procedimentos de prótese na atenção básica. | GM | Reajuste de 20% no valor do incentivo de implantação repassado para as ESB (R\$5.000,00 para R\$6.000,00), reajuste no valor de custeio repassado para as ESB mod. I (R\$1.300,00 para R\$1.700,00), para as ESB mod. II (R\$1.600,00 para R\$2.200,00) e inclusão dos procedimentos clínicos de prótese dentária na Atenção Básica. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=55&data=22/01/2004 . |

Continua

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|--|--|-------------------------|---|
| Reunião Ordinária CIT (12/02/2004) | Aprovação das Diretrizes da PNSB na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). | CIT | Discussão e aprovação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em reunião da CIT. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28797 . |
| Port. 318GM (04/03/2004) | Convocação para a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal | GM | Assinatura pelo Ministro da Saúde da portaria que convoca a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=40&data=05/03/2004 . |
| Diretrizes da PNSB (17/04/2004) | Lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente | Presidente da República | Diretrizes da PNSB: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf |
| Port. 518GM (25/03/2004) | Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade | GM | Estabelece o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água e o número mínimo de amostras para o controle da qualidade da água dos sistemas de abastecimento, para fins de análises. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=266&data=26/03/2004 . |
| 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal | Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal | CNS | Realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal entre os dias 29 de julho e 04 de agosto de 2004 em Brasília-DF. Relatório final: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rel_final_cnsb.pdf |
| Port. 1.570GM (29/07/2004) | Estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD | GM | Cria estabelecimentos de referência para a atenção especializada em saúde bucal (CEO I e CEO II) e habilita laboratórios de próteses dentárias. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=71&totalArquivos=196 . |
| Port. 1.571GM (29/07/2004) | Estabelece o financiamento dos CEO e o quantitativo mínimo dos procedimentos a serem realizados | GM | Estabelece o financiamento para CEO tipo I de R\$40.000,00 para implantação e R\$6.600,00 por mês como recurso de custeio e R\$50.000,00 de implantação e R\$8.800,00 por mês como recurso de custeio para os CEO tipo II. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=72&totalArquivos=196 . |

Continua

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|--|--|-------------|--|
| Port. 1.572GM (29/07/2004) | Estabelece o financiamento das próteses dentárias | GM | Estabelece o financiamento de R\$30,00 por prótese produzida. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=30/07/2004&jornal=1&pagina=73&totalArquivos=196 . |
| Port. 283GM (22/02/2005) | Possibilita a antecipação do recurso de implantação dos CEO | GM | Antecipação de recursos de implantação dos CEO http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=23/02/2005 |
| Port. 1.063GM ^a (04/07/2005) | Revoga a Port. 1570GM, cria o CEO tipo III e estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD | GM | Esta portaria cria o CEO tipo III e mantém um porte populacional mínimo de 100.000 habitantes para implantação do LRPD. Esta portaria foi revogada pela Port.2.442GM ^b (09/12/2005). http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=05/07/2005&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=176 ^a http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=36&data=12/12/2005 ^b |
| Port. 2.439GM (08/12/2005) | Política Nacional de Atenção Oncológica | GM | Lançamento da Política Nacional de Atenção Oncológica http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html |
| Port. 714GM (19/12/2005) | Define as atividades a serem realizadas pelas UNACON e CACON | GM | Esta portaria define a atividade de odontologia entre as atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação de rotina e de urgência. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html . |
| Port. 599GM (24/03/2006) | Revoga a Port. 1570GM, cria o CEO tipo III e estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e habilitação dos CEO e LRPD | GM | Substitui a Port. 1.063GM e estabelece que os LRPD poderão se credenciar sem a necessidade de terem um porte populacional mínimo. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=51&data=24/03/2006 . |
| Port. 600GM (24/03/2006) | Atualiza os valores de financiamentos dos CEO | GM | Mantém os valores de financiamento anteriormente publicados na portaria 1570GM e estabelece o financiamento para o CEO tipo III sendo R\$80.000,00 como recurso de implantação e R\$15.400,00 como recurso mensal de custeio. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=24/03/2006&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=104 . |

Continua

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|--------------------------------------|---|-------------------------|---|
| Port. 648 GM (29/03/2006) | Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica | GM | Estabelece as responsabilidades de cada esfera do governo para o cumprimento dos princípios da Atenção Básica. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=71&data=29/03/2006 |
| Port. 650 GM (29/03/2006) | Reajusta os valores dos incentivos financeiros de implantação das ESB no PSF e estabelece novos incentivos de incentivo de custeio para as ESB. | GM | Reajusta o valor do incentivo de implantação das ESB de R\$6.000,00 para R\$7.000,00 e passa a transferir 50% a mais do recurso de custeio para as ESB que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos. http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=29/03/2006&jornal=1&pagina=76&totalArquivos=168 . |
| Port. 939GM (21/12/2006) | Criação do Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal - CTA-VSB” | GM | Constitui um grupo técnico para assessorar o Departamento de Atenção Básica – Área Técnica de Saúde Bucal - DAB/SAS/MS, na identificação de prioridades, formulação de diretrizes técnicas na área de Vigilância em Saúde Bucal, bem como em avaliações sistemáticas da qualidade das informações. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=151&data=22/12/2006 . |
| Resolução 406 CNS (12/09/2008) | Criação da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB) do CNS. | CNS | Constitui u uma comissão para assessorar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde em assuntos relacionados à saúde bucal. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=341&data=29/10/2008 . |
| Port. 2.849 GM (22/10/2008) | Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF | GM | Reajuste no valor de custeio repassado para as ESB (R\$1.700,00 para R\$1.900,00/mês) e para as ESB mod. II (R\$2.200,00 para R\$2.450,00). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=61&data=22/10/2008 . |
| Port. 3.066 GM (22/12/2008) | Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF | GM | Reajuste no valor de custeio repassado para as ESB mod. I (R\$1.900,00 para R\$2.000,00) e para as ESB mod. II (R\$2.450,00 para R\$2.600,00). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=88&data=24/12/2008 . |
| Lei 11.889 (24/12/2008) | Regulamentação do exercício das profissões de TSB e ASB | Presidente da República | As profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) são regulamentadas pelo governo federal. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=26/12/2008 . |

Continua

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|-------------------------------|--|-------------|---|
| Port. 302GM (17/02/2009) | Estabelece a possibilidade de vínculo das ESB às EACS | GM | Estabelece que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família possam ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=37&data=18/02/2009 . Republicação em abril de 2009 http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=31&data=30/04/2009 |
| Port. 2.371GM (07/10/2009) | Institui, no âmbito da Política PNAB, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel – UOM” | GM | Possibilitou a compra de UOM pelo Ministério da Saúde e envio destas aos municípios prioritários. Vinculou esta UOM a uma ESB e repassou R\$3.500,00 em parcela única para a compra de instrumentais e R\$4680,00/mês como recurso de custeio. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=09/10/2009 . |
| Port. 2.372GM (07/10/2009) | Cria plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB na Estratégia Saúde da Família | GM | Todas as ESB implantada a partir de outubro de 2009 passaram a ter o direito do recebimento de uma cadeira odontológica completa. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009 . |
| Port. 2.373GM (07/10/2009) | Altera a portaria 599GM | GM | A partir desta portaria, o gestor poderá credenciar o CEO com recursos próprios e a solicitação de implantação de LRPD pôde ser feita por meio de ofício encaminhada à CGSB do Ministério da saúde: http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009 |
| Port. 2.374GM (07/10/2009) | Reajusta os valores da prótese dentária, altera a modalidade de financiamento e amplia o rol de procedimentos de prótese | GM | Esta portaria reajustou os valores de referência das próteses dentárias para R\$60,00 em média, inseriu o financiamento no teto da Média e Alta Complexidade dos municípios, Estado e Distrito Federal e ampliou procedimentos possíveis de serem realizados pelos LRPD. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=09/10/2009 |
| Port. 3.189GM (18/12/2009) | Diretrizes para a implementação do PROFAPS | GM | A Saúde Bucal e a prótese dentária são inseridas entre as áreas técnicas prioritárias das diretrizes do Programa de formação de profissionais de nível médio para a saúde (PROFAPS). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=59&data=23/12/2009 |

Continua

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|---|---|-------------------------|--|
| Port. 1.032GM (05/05/2010) | Inserir financiamento da atenção em saúde bucal no nível hospitalar | GM | Possibilitou o financiamento do atendimento de pessoas com necessidades especiais em âmbito hospitalar. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=06/05/2010 . |
| Port. 2.898GM (21/09/2010) | Atualiza a portaria 600GM | GM | Esta portaria manteve os valores dos financiamentos de implantação e custeio publicados, porém atualiza os códigos e as porcentagens dos procedimentos a serem cumpridos nos CEO. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=54&data=23/09/2010 . |
| Dec. 7.336 (20/10/2010) | Alteração da estrutura regimental do Ministério da Saúde | Presidente da República | Coordenação Geral de Saúde Bucal passou a fazer parte da estrutura regimental do Ministério da Saúde |
| Port. 3.728GM (01/12/2010) | | GM | Publicação da portaria que nomeia o Coord Geral de Saúde Bucal |
| Port. 718SAS (20/12/2010) | Criação de novos procedimentos possíveis de serem realizados no CEO | SAS | Possibilitou que os procedimentos de implantodontia e ortodontia fossem realizados nos CEO. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=100&data=31/12/2010 . |
| Relatório final do SB Brasil 2010 | Apresentação dos principais resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal pelo Ministro da Saúde | Ministro da Saúde | Divulgação dos resultados principais da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010 pelo Ministro da Saúde: www.saude.gov.br/bucal |
| Diretrizes do componente indígena da PNSB | Brasil Sorridente Indígena | Ministro da Saúde | Lançamento das diretrizes do componente indígena da Política nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS em 19 de abril de 2011. www.saude.gov.br/bucal |
| Port. 211SAS (13/05/2011) | Reajusta os valores da prótese dentária | SAS | Reajusta em cerca de 65% do valor de custeio mensal aos municípios habilitados com LRPD. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=73&data=16/05/2011 . |

Continua

| Legislação | Característica | Ator | Evento |
|---|--|-------------------------|---|
| Dec. 7.492 (02/06/2011) | Lançamento do Plano Brasil sem Miséria | Presidenta da República | Lançamento do Plano Brasil sem Miséria do qual a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil sorridente passou a fazer parte. |
| Port. 1.464 GM (24/06/2011) | Atualização da lista dos procedimentos do SUS | GM | Atualizou a lista de procedimentos publicada pela portaria nº 2.898GM de 21 de setembro de 2010 |
| Port. 1.599GM (11/07/2011) | Reajusta os valores dos incentivos financeiros de custeio das ESB no PSF | GM | Reajuste no valor de custeio repassado para as ESB mod. I (R\$2.000,00 para R\$2.100,00/mês) e para as ESB mod. II (R\$2.600,00 para R\$2.800,00). http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=11/07/2011 . |
| Port. 1654GM ^c (19/07/2011) Port. 576SAS ^d (19/07/2011) Port. 2396GM ^e (13/10/2011) | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) | GM | Participação do profissionais de saúde bucal no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=79&data=20/07/2011 . ^c http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/09/2011&jornal=1&pagina=79&totalArquivos=184 . ^d http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=74&data=14/10/2011 . ^e |
| Port. 2.488GM (21/10/2012) | Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica | GM | Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=24/10/2011 . |

Discussão e Considerações finais:

Vários foram os atores que participaram da construção normativa da PNSB a partir de 2003. A maior parte dos instrumentos normativos foram assinados pelo Ministro da Saúde. Entre outros atores que participaram desta construção estão a Presidência da República, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde e a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS).

A priorização da saúde bucal no SUS pelo governo federal em 2003 mesmo antes do lançamento das Diretrizes da PNSB, já demonstrava sinais de mudança na saúde bucal do Sistema Único de Saúde com a conclusão do SB BRASIL 2003, equiparação de implantação ente as ESF e ESB, reajuste dos valores de custeio mensal para as ESB, a criação da Comissão de Assessoramento da Coordenação Geral de Saúde Bucal e a decisão favorável do Conselho Nacional de Saúde para a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

Após a aprovação na CIT em fevereiro e o lançamento oficial das Diretrizes da PNSB em março de 2004, a análise normativa demonstrou convergência entre os pressupostos destas Diretrizes (amplamente debatida da 3ª CNSB) e as portarias, deliberações e documentos oficiais publicados. A criação e manutenção de uma ação orçamentária específica a partir de 2004, garantiu legitimidade à PNSB para execução das ações.

Ao incorporar a Saúde da Família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica, agregar a esta o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos e o componente móvel da atenção à saúde bucal – UOM, estabelecer critérios e normas para a implantação dos CEO e Laboratórios de Prótese, ampliar a possibilidade de acesso ao atendimento hospitalar de pacientes com necessidades especiais bem como a atenção de pacientes oncológicos por meio dos CACON e UNACON, o governo federal cria mecanismos para que estados e municípios concretizem uma rede de atenção em saúde bucal de acesso igualitário, acompanhada e monitorada pela Comissão Intersetorial de Saúde Bucal do Conselho Nacional de Saúde.

No que se refere às ESB, a PNSB não só conseguiu garantir a continuidade do financiamento específico para as ESB I e II criados em 2001 como ampliou os recursos de implantação e custeio para estas ao longo dos anos. A respeito dos recursos de implantação (recursos de capital) para estas ESB, os avanços foram mais consistentes ao serem ampliados e ao garantir o envio de equipamentos para as ESB implantadas. A equiparação da implantação das ESF e

ESB bem como a manutenção das ESB mesmo quando a ESF deixa de existir devido à ausência do profissional médico favoreceu a consolidação do trabalho das ESB na atenção básica.

A criação e conseqüente financiamento de implantação e custeio dos CEO estabeleceram de fato uma rede de atenção secundária de saúde bucal no SUS consolidando-se como principal referência para a atenção básica em saúde bucal nos municípios. O financiamento para esta ação permaneceu o mesmo desde o início da implantação dos CEO em 2004 até o último ano de análise em 2011. A preocupação que parte do grupo que compunha a Comissão de Assessoramento expressou em 2008 ao rezear que a PNSB fosse caracterizada somente pela abertura de CEO não se configurou ao verificar que entre os anos de 2004 e 2010, para cada CEO implantado, foram implantadas 17 novas ESB (40).

Ainda referente ao financiamento da saúde bucal no SUS, Rendeiro analisou o financiamento da PNSB utilizando informações disponíveis no site do DATASUS, o Sistema de Informações sobre Planos e Orçamentos Públicos – SIGA BRASIL e a outras bases de dados sobre planos e orçamentos públicos. Após realizar a deflação dos valores utilizando o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a autora demonstrou uma redução do financiamento nesta ação em 2009 e 2010 (41). No entanto, o financiamento da saúde bucal, além da ação orçamentária específica criada no ano de 2004, é complementado pelos orçamentos do Piso da Atenção Básica Variável (PAB-Variável) para as ESB e pelo teto da média e alta complexidade (MAC) para as habilitações dos municípios para a oferta de próteses dentárias.

Os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água estabelecidos em 2004 pela portaria 518GM determinou o valor máximo permitido de fluoreto por mg/L de água. Entre as responsabilidades do Ministério da Saúde está “promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e com os responsáveis pelo controle de qualidade da água, nos termos da legislação que regulamenta o SUS”. A Secretaria de Vigilância em Saúde por meio do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) e Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) é responsável pelo desenvolvimento destas ações no âmbito federal. A CGVAM coordena o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIGUA) e por meio do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água denominado SISAGUA é responsável por “sistematizar os dados de controle e

vigilância da qualidade da água dos municípios e estados e gerar relatórios, de forma a produzir informações necessárias à prática da vigilância da qualidade da água, além de ser uma importante ferramenta de gestão” (42).

Diferente do que acontece nas ações de implantação e financiamento das ESB, CEO e LRPD (após 2009, habilitação de municípios para oferta de próteses dentárias) onde estas informações podem ser monitoradas pelo site do Ministério da Saúde, as ações referentes a fluoretação das águas possuem acesso limitado àqueles que estão cadastrados no SISAGUA. Este fato dificulta muitas vezes o acesso da população a esta informação prejudicando o controle social desta ação.

A Criação do Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal - CTA-VSB e os editais de pesquisa publicados em parceria com o MCT criaram condições para a implementação de uma agenda de pesquisa capaz de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal. Entre as principais colaborações do CTA-VSB estão o trabalho conjunto com a Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDAnT) da SVS o que resultou na participação da saúde bucal em pesquisas Nacionais de vigilância em Saúde como a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios em 2008 (PNAD 2008), a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar em 2009 (PENSE 2009), o Inquérito sobre Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência realizado em 2009 (VIVA 2009) e a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em 2009 (VIGITEL 2009) bem como a realização da 4ª Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010 (SB Brasil 2010).

A regulamentação do exercício das profissões do TSB e ASB bem como a inserção dos cursos de saúde bucal e prótese dentária no PROFAPS sinalizou um avanços nas profissões técnicas da saúde bucal.

A partir de 2011, a criação do PMAQ-AB inicia um processo de indução de qualificação da atenção básica aliado a ampliação de recursos financeiros na Estratégia Saúde da Família bem como o início do incentivo financeiro a outras formas de organização da atenção básica que não faziam parte da Estratégia Saúde da Família.

A criação de novas frentes de atuação aliado a alterações e aumento do financiamento das frentes já implantadas, os trabalhos desenvolvidos pela CGSB por meio da Comissão de

Assessoramento, CTA-VSB, Comissão Intersetorial de Saúde Bucal e em parceria com outras Secretarias do Ministério da Saúde (SEGEPI, SVS, SCTIE, SE e SGTES), pautados pelo CNS, CONASS e CONASEMS, favoreceram a construção de uma política de saúde bucal com bases mais sólidas, porém frágil do ponto de vista do arcabouço normativo ao comparar com outras implantadas que possuem mais robustez em seu arcabouço normativo (43) (44) (38).

Referências:

1. **Pucca Junior GA. et al.** Oral Health Policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*. 23(Spec Iss 1): 9-16, 2009.
2. **Frazão P. Narvai PC.** Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em debate*. v. 33, n.81 p. 64-71, 2009 .
3. **Machado CV et. al.** Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000:. *Cadernos de Saúde Pública*. 27(3):521-532, mar, 2011.
4. **IPEA.** Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise. Política Social e Desenvolvimento - O Planejamento Federal na Área Social. Brasília : IPEA, 2008. 16.
5. **BRASIL.** Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal. [Online] 2004a. [Citado em: 10 de outubro de 2011.] www.saude.gov.br/bucal.
6. **Narvai PC e Frazão P.** Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro : Fio Cruz, 2008.
7. **Cunha BAT et al.** Saúde Bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 20 n°04 p.1033-1045 out/dez. 2011.
8. **Costa, JFR, Chagas LD, Silvestre RM.** A política nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília : Organização Pan-Americana de Saúde, 2006.
9. **Donabedian A.** Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1980.
10. —. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* v.135. 1990, pp. 1115-8.

11. —. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18. 1992, pp. 356-60.
12. **Contandriopoulos AP, et al.** A avaliação an área da saúde: conceitos e métodos. [A. do livro] Z M A Hartz. *Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1997, pp. 29-48.
13. **Santos SMC e SantosLMP.** Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 - Abordagem metodológica. 23, 2007, Vols. 23 (5) 1029-1040.
14. **Santos LMP e Santos SMC.** Methodological approach to a multidimensional evaluation of food and nutrition policies. *Forum Nutr.* 53, 2003, Vols. 115-118.
15. **Santos LMP, Pasquim E M, Santos SMC.** Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva* 16 (3): 1821-1834. 2011.
16. **BRASIL.** Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. [Online] 2012a. http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
17. **Coligação Lula Presidente.** Caderno Temático de Programa de Governo: Saúde para a Saúde Brasileira. São Paulo : Partido dos Trabalhadores / Fundação Perseu Abramo, 2002.
18. **BRASIL.** Diário Oficial da União - Portaria 431GM. [Online] 10 de abril de 2003. [Citado em: 11 de 12 de 2011.] <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=2&pagina=24&data=14/04/2003> .
19. —. Conselho Nacional de Saúde - 139ª Reunião. Conselho Nacional de Saúde. [Online] 04 a 06 de fevereiro de 2004b. [Citado em: 18 de janeiro de 2011.] http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm.
20. —. Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde - Programa Brasil Sorridente, a Saúde Bucal Levada a Sério - Sub-componente Fluoretação da Água - orientações Técnicas. [Online] maio de 2006. [Citado em: 13 de 12 de 2010.] <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/san/Fluoreta/Mnl-Fluoreta2006.pdf>.
21. —. Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde - Programa Brasil Sorridente - A Saúde Bucal Levada a Sério - Sub Componente Fluoretação da Água - Cartilha do Gestor. Brasília : Ministério da Saúde, 2005a.

22. **BRASIL**. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004c.
23. **BRASIL**. Edital MCT/SCTIE/DECIT/MS/CNPq 038/2004. [Online] 10 de setembro de 2004d. [Citado em: 07 de novembro de 2011.]
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudebucal2004.pdf>.
24. —. Banco de editais - Departamento de Ciência e tecnologia (Decit/SCTIE/MS). [Online] Ministério da Saúde, 2012b. [Citado em: 17 de janeiro de 2012.]
<http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/index.php?lg=BR>.
25. —. Diário Oficial da União - Portaria 283GM. Imprensa Nacional. [Online] 22 de fevereiro de 2005b. [Citado em: 11 de novembro de 2011.]
<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=44&data=23/02/2005>.
26. —. Diário Oficial da União - Portaria 2.439GM. Imprensa Nacional. [Online] 08 de dezembro de 2005c. [Citado em: 13 de novembro de 2011.]
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html.
27. —. Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/MS-SAS-DAB Nº 32/2008. Conselho nacional de desenvolvimetro Científico e tecnológico. [Online] 15 de agosto de 2008a. [Citado em: 07 de 10 de 2011.] objetivo apoiar atividades de pesquisa científica, tecnológica e de inovação, mediante a seleção de propostas para apoio financeiro a projetos relacionados.
28. —. Conselho Nacional de Saúde - Comissão Intersetorial de Saúde Bucal. [Online] 12 de setembro de 2008b. [Citado em: 17 de novembro de 2011.]
http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/index.html.
29. —. Diário Oficial da União - Portaria 3066GM. Imprensa Nacional. [Online] 23 de dezembro de 2008c. [Citado em: 01 de dezembro de 2011.]
<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=88&data=24/12/2008>.
30. —. Diário Oficial da União - Republicação da Portaria 302GM. Imprensa Nacional. [Online] 30 de abril de 2009. [Citado em: 17 de dezembro de 2011.]
<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=31&data=30/04/2009>.
31. **Roncalli AG**. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção. Cadernos de Saúde Pública. 26(3);428-429, mar, 2010.

32. **BRASIL**. Diário oficial da União - Decreto 7336. [Online] 20 de outubro de 2010a. [Citado em: 09 de novembro de 2011.] <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/10/2010&jornal=1&pagina=6&totalArquivos=152>.
33. —. Diário Oficial da União - Portaria 3728GM. [Online] 01 de dezembro de 2010b. [Citado em: 07 de outubro de 2011.] <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=01/12/2010&jornal=2&pagina=48&totalArquivos=96>.
34. —. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal - Pesquisa Nacional de saúde Bucal SB Brasil 2010. [Online] 10 de fevereiro de 2010c. [Citado em: 23 de outubro de 2011.] <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/index.html>.
35. —. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB BRASIL 2010 - Resultados Principais. Coordenação Geral de Saúde Bucal. [Online] 2011a. [Citado em: 11 de 12 de 2011.] http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.
36. —. Coordenação Geral de Saúde Bucal - Nota Técnica LRPD. [Online] 10 de junho de 2011b. [Citado em: 17 de dezembro de 2011.] http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_lrpd.pdf.
37. —. Diário oficial da união - Decreto 7492. Imprensa Nacional. [Online] 02 de junho de 2011c. [Citado em: 13 de dezembro de 2011.] <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=6&data=03/06/2011>.
38. —. Plano Brasil sem Miséria. [Online] 02 de junho de 2011d. [Citado em: 13 de 12 de 2011.] http://www.brasilsemmiseria.gov.br/wp-content/themes/bsm2nd/caderno_brasil_sem_miseria.pdf.
39. —. Diário Oficial da União. Imprensa Nacional. [Online] 24 de junho de 2011e. [Citado em: 11 de dezembro de 2011.] <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=112&data=27/06/2011>.
40. —. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Portal do Departamento de Atenção Básica. [dab.saude.gov.br] Brasília-DF : s.n., 2012.

41. **Rendeiro EMP.** Tese de Doutorado. O ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema Público Brasileiro: atores, idéias e instituições. Rio de Janeiro : s.n., 2011.
42. **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância Ambiental. [www.saude.gov.br] Brasília-DF : s.n., 2012.
43. —. Presidência da República, Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Decreto 7.272 de 25 de agosto de 2010. [Online] 2010d. [Citado em: 07 de abril de 2011.] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm.
44. —. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto 5.209 de 17 de setembro de 2004. [Online] 2004e. [Citado em: 04 de abril de 2012.] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5209.htm.

5.2 ARTIGO 02

Título: Análise do desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil entre os anos de 2003 a 2010

Title: Performance analysis of the National Policy of Oral Health (NPOH) in Brazil between 2003 and 2010.

Autores:

Moacir Paludetto Junior ¹

Leonor Maria Pacheco Santos ²

Marcio Florentino Pereira ³

Lenildo de Moura ⁴

RESUMO:

OBJETIVO: Analisar o desempenho da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil, incluindo a comparação das regiões Nordeste e Sul entre os anos de 2003 e 2010.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo avaliativo do tipo ex-post, cujo recorte programático foi a PNSB que focou na avaliação de resultados do tipo desempenho das ações de saúde bucal no SUS no período de 2003 a 2010. Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira consistiu na análise de leis, revisões de publicações científicas, instrumentos normativos e outros documentos técnico-administrativos que descrevem as diretrizes e a trajetória da PNSB. Na segunda realizou-se uma análise quantitativa do desempenho da PNSB por meio de dados secundários obtidos de sistemas de informações e pesquisas nacionais realizadas.

RESULTADOS: Os resultados demonstraram que o desempenho de implantação das ações de saúde bucal foi expressivo no Brasil, sendo maior na região Nordeste ao comparar com a região Sul. Este desempenho favoreceu a ampliação do financiamento destas ações pelo governo federal, a redução da diferença proporcional de Cirurgiões-Dentistas (CD.) no SUS por habitante entre estas duas regiões, a redução na desigualdade do acesso ao CD. Além de avanços consideráveis na saúde bucal da população brasileira. Entre os principais desafios apresentados estão ampliação contínua da oferta de próteses dentárias e do número de municípios com água fluoretada.

CONCLUSÕES: A PNSB colaborou na criação de uma rede de atenção em saúde bucal, ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, redução de desigualdades regionais e nos avanços da saúde bucal na população brasileira.

DESCRITORES: avaliação, saúde bucal, política de saúde

ABSTRACT:

OBJECTIVE: To analyze the performance of the National Policy of Oral Health (NPOH) in Brazil, including the comparison of the Northeastern and Southern regions between 2003 and 2010.

METHODS: It is an ex-post evaluative study; its programmatic cut was the PNSB which focused on the evaluations of results of the performance of the oral health actions in the Brazilian Health System – SUS in the period from 2003 to 2010. This study was conceded in two steps. The first consisted in the analysis of laws, scientific publication revisions, normative tools and other technical management papers that describe the guidelines and trajectory of the PNSB. In the second there was a quantitative through secondary data obtained from information systems and national research performed.

RESULTS: The results showed that, the performance of the implanting of the actions of oral health were meaningful in Brazil, being greater in the Northeastern region when compared to the Southern region. This performance benefitted the broadening of the funding for these actions by the federal government, the reduction of the proportional difference for Dentist Surgeons (SD) in SUS, by inhabitant between the two regions, the reduction of the inequality in access to the Dentist Surgeon, besides considerable advancements in oral health of the Brazilian population. Among the main challenges presented are the continuous expansion of the offer of dental prosthesis and the number of municipalities with fluoridated water.

CONCLUSIONS: PNSB collaborated in creating a network of oral health care, increase in the access of the population to oral health services, reduction of regional inequality and advancements in oral health of the Brazilian population.

DESCRIPTORS: evaluation, oral health, health policy

INTRODUÇÃO:

A década de 90 foi marcada por avanços da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) no entanto, pouco se fez no âmbito específico da saúde bucal. Independente da ação não indutora do governo federal que, como fruto de uma política neoliberal, desconsiderou as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), Conferências Nacionais de Saúde Bucal (CNSB) e reivindicações elaboradas em encontros estaduais e nacionais de administradores e técnicos do serviço público odontológico, indo na contramão dos direitos conquistados pela população em 1988.

Após anos de reivindicações dos profissionais de saúde bucal, dos movimentos sindicais e entidades de odontologia,¹⁸ o governo federal criou mecanismos que possibilitaram a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF) no ano 2000, porém de forma limitada ao restringir o teto de implantação de uma ESB para duas ESF implantadas.^a Nesta época os participantes da 11ª CNS afirmaram que a saúde bucal no SUS era “insuficiente e restrita a poucos procedimentos, ofertados a determinados grupos, o que não contempla as reais necessidades de promoção da saúde bucal da população brasileira”.¹

Contudo, a partir de 2003, a saúde bucal no SUS passou a fazer parte da agenda prioritária do governo federal.¹⁵ Destaca-se a publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (PNSB), lançada em 2004, que apontaram para a reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção onde “*as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática [de Saúde Bucal] efetivamente resolutiva*” bem como possui como um de seus pressupostos “*a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território*”. No âmbito da assistência, as diretrizes da PNSB apontavam para a ampliação do acesso a todas as faixas etárias tendo a Saúde da Família como estratégia

^a Brasil. Portaria n. 1.444GM/MS de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2000. p. 85.

na reorganização da Atenção Básica e a garantia do acesso aos níveis secundário e terciário na busca da integralidade da atenção.⁵

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento dessa política, a partir das informações do SUS, este trabalho visou analisar o desempenho da PNSB no Brasil, incluindo a comparação das regiões Nordeste e Sul.

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo avaliativo do tipo ex-post, cujo recorte programático foi a PNSB e que focou na avaliação de resultados do tipo desempenho,¹³ no caso, o desempenho das ações de saúde bucal no SUS no período de 2003 a 2010.

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira consistiu na análise de leis, revisões de publicações científicas, instrumentos normativos e outros documentos técnico-administrativos que descrevem as diretrizes e a trajetória da PNSB. Na segunda realizou-se uma análise quantitativa do desempenho da PNSB por meio de dados secundários obtidos de sistemas de informações e pesquisas nacionais executadas.

Utilizaram-se dados secundários dos sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS),^{b,c,d} dos quais foram extraídos, no período de análise: quantidade de ESB, ESF, Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) implantados, quantidade de cirurgiões-dentistas (CD.) no SUS, recursos financeiros federais transferidos para estas ações e procedimentos clínicos, preventivos e reabilitadores em saúde bucal realizados no SUS.

A partir dos dados coletados, a pesquisa considerou a base populacional adotada pelo MS e avaliou o desempenho de implantação das ESB na ESF, o desempenho de implantação dos CEO e LRPD referente à população analisada, o quantitativo de CD. no SUS e a alocação de recursos financeiros pelo governo federal para o desenvolvimento destas ações. Também foram analisadas as séries temporais dos procedimentos preventivos, clínicos e reabilitadores de saúde bucal detalhados na tabela 01, obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do MS entre os anos de 2002 e 2011. (Tabela 01).

^b Brasil. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [citado 2012 nov 07]. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>

^c Brasil. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais. [citado 2012 nov 07]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>

^d Brasil. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. [citado em 2012 nov 17]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

Tabela 01: Códigos de procedimentos de saúde bucal elencados para análise conforme os respectivos períodos de vigência. Brasil 2002 a 2011.

| PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS | |
|-----------------------------------|---|
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./ 2007 | 0301101 / 0301102 / 0301103 / 0301104 / 0301105 / 0302201 / 0302202 / 0302203 / 0302204 |
| Jan./2008 a Dez./ 2011 | 0101020015 / 0101020023 / 0101020031 / 0101020040 / 0101020058 / 0101020066 / 0101020074 / 0101020082 / 0101020090 |
| PROCEDIMENTOS RESTAURADORES | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 0303103 / 0303104 / 0303105 / 0303106 / 0303107 / 0303108 / 0303109 / 0303110 / 0303111 / 0303112 / 0303114 / 0303115 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0307010023 / 0307010031 / 0307010040 |
| PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 0302206 / 0302207 / 1002106 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0307030016 / 0307030024 / 0307030032 |
| PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 1004102 / 1004103 / 1004104 / 1004105 / 1004201 / 1004202 / 1004301 / 1004303 / 1004401 / 1004402 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0307020037 / 0307020045 / 0307020053 / 0307020061/ 0307020088 / 0307020096 / 0307020100 |
| PROCEDIMENTOS DE EXODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 0304101 / 0304102 / 0304103 / 1005114 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0414020120 / 0414020138 / 0414020146 |
| PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA | |
| PERÍODO | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2002 a Dez./2007 | 1008204 / 1008213 / 1008214 / 1008303 / 1008304 / 1008402 / 1008403 / 1008404 / 1008405 / 1008406 / 1008407 / 1008408 |
| Jan./2008 a Dez./2011 | 0701070099 / 0701070102 / 0701070129 / 0701070137/ 0701070145 |

* Com a aprovação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS em novembro de 2007, e implantação em janeiro de 2008, novos códigos de procedimentos passaram a ser utilizados. O quadro 01 detalhou os códigos utilizados compatíveis aos dois períodos de análise de 2002 a 2007 e 2008 a 2011.

Foi empregada a “média móvel”, com o objetivo de amenizar eventuais flutuações anuais dos procedimentos realizados no período de 2003 a 2010^{16,17} calculadas utilizando o Microsoft Excel.

Neste estudo optou-se por analisar os dados para o Brasil e recortes populacionais para as regiões Nordeste e Sul. Estas foram selecionadas por apresentarem as maiores diferenças regionais tanto no acesso a serviços de saúde bucal, quanto nas condições de saúde bucal em duas pesquisas nacionais realizadas em 2003:

“Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 (SB Brasil 2003)”¹¹ e “Pesquisa Nacional de Amostra por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003 (PNAD 2003)”.³

Utilizou-se os dados de pesquisas nacionais: SB Brasil 2003 e 2010,^{9,11} PNAD 2003 e 2010 e Pesquisas Nacionais de Saneamento Básico (PNSB-IBGE) de 2000 e 2008 disponíveis no Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA para avaliar o acesso da população ao cirurgião-dentista e cobertura dos sistemas de abastecimento de água tratada e fluoretada.^{3, 6,9,11}

Os dados referentes aos procedimentos realizados no SUS foram obtidos no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e tabulados no TabNet.^e

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP-FS), projeto 141/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Com o lançamento da PNSB e a realização da 3ª CNSB em 2004, o governo federal, embasando-se nas deliberações geradas nas últimas décadas nas CNS, 1ª e 2ª CNSB, bem como em proposições formuladas em congressos e encontros de odontologia e saúde coletiva, estabeleceu a política de saúde bucal do SUS, superando a lógica de repasse de incentivos isolados à saúde bucal praticados até 2002.²⁰ Em 2004 os recursos de implantação e de custeio das ESB foram reajustados, os procedimentos clínicos referentes à prótese dentária foram inseridos na atenção básica e as ESB modalidade II passaram a receber um equipo odontológico completo.^f

As ESB implantadas chegaram a 6.170 em 2003, ano anterior ao lançamento da PNSB. O crescimento deste quantitativo no período de sete anos foi de 231% no Brasil, 217,3% na região nordeste e 169,2% na região Sul (Figura 01).

^e Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. [citado em: 2012 nov 15]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040804>

^f Brasil. Portaria n.74GM/MS de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Diário oficial da União. Brasília, DF, 22 jan 2004.

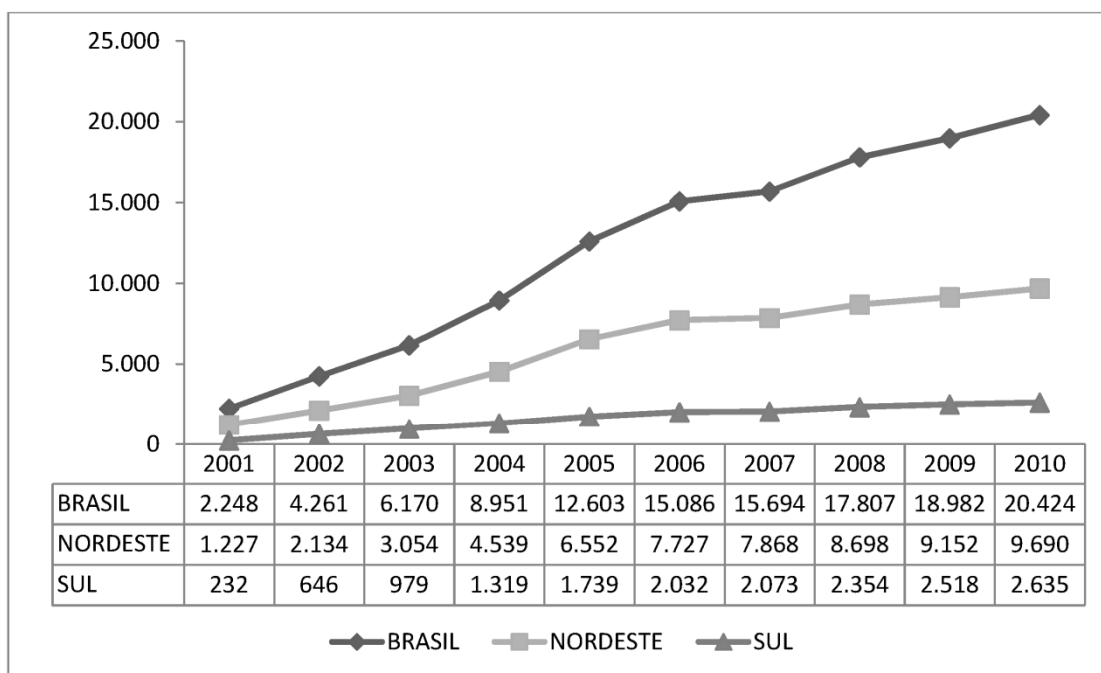


Figura 1: Evolução das Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil e nas regiões Sul e Nordeste no período de 2001 a 2010.

A Figura 2 mostra que, até 2003, 32% das ESF do Brasil possuíam ESB, na região Nordeste este percentual era de 40% enquanto na região Sul era de 35%. Entre os anos de 2004 e 2010, o Brasil ampliou o número de ESB nas ESF em 33%, a região Nordeste em 36% enquanto a região Sul ampliou em 25%. Em 2010, 65% das ESF do Brasil, 76% das ESF da região Nordeste e 60% das ESF da região Sul possuíam ESB implantadas.⁸

⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. [citado em: 2012 nov 11]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>

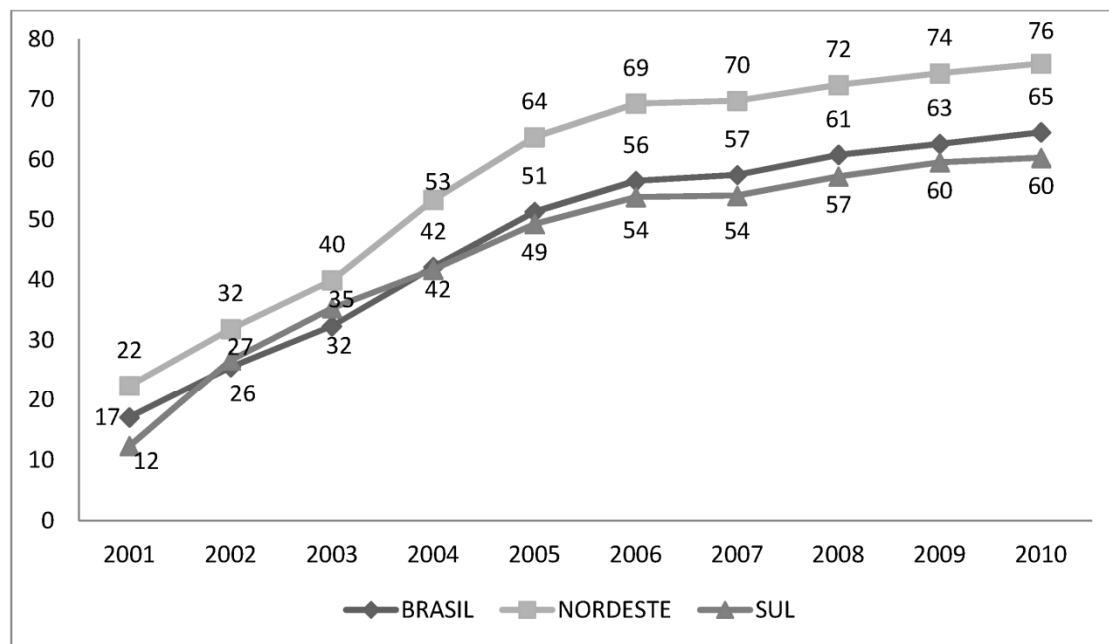


Figura 2: Proporção de Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde bucal implantadas no Brasil e nas regiões Sul e Nordeste

A partir de 2004 foram criados os CEO e os LRPD com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços especializados de saúde bucal (diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais) e de reabilitação (próteses dentárias).¹⁰

Entre os anos de 2004 e 2005 foram implantados 436 CEO no Brasil com uma proporção um CEO/527.548 habitantes. Nesta época haviam 104 CEO implantados na região Nordeste numa proporção de um CEO/476 mil habitantes; na região Sul, havia 57 CEO, apresentando a proporção de um CEO/457 mil habitantes. A partir de 2006 o Brasil passou a implantar em média 103 CEO por ano, a região Nordeste 46 CEO enquanto a região Sul passou a implantar em média 09 CEO por ano e, ainda em 2006, enquanto a proporção CEO/habitante no Brasil era de um CEO/372.731 mil, na região nordeste já era maior (um CEO/292 mil) do que na região Sul (um CEO/381 mil). No ano de 2010 o Brasil havia implantado 853 CEO e a região Nordeste apresentou um desempenho 66% maior que a região Sul, com 334 CEO implantados e uma proporção de um CEO/160 mil habitantes, enquanto a região Sul havia implantado 102 CEO e apresentava uma proporção de um CEO/267 mil habitantes.^h

^h Brasil. Fundo Nacional de Saúde. [citado em: 2012 out 01]. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br>

No primeiro ano de implantação dos LRPD em 2005, foram credenciados 41 LRPD no Brasil, sendo 15 na região Nordeste e 09 na região Sul. A razão entre o número de LRPD implantados no Brasil e o número de habitantes era de um LRPD/4,3 milhões. Ao considerar a população das duas regiões, nos anos 2005 e 2006 a região Sul apresentou maior desempenho ao implantar 25 LRPD e apresentar uma proporção de um LRPD/1,08 milhões de habitantes, enquanto a região Nordeste havia implantado 46 LRPD e apresentava um LRPD/1,12 milhões de habitantes. A partir de 2007 o desempenho da região Nordeste foi maior que na região Sul e em 2010, com 679 LRPD implantados no Brasil e uma proporção de um LRPD/282.144 habitantes. A proporção de municípios habilitados na região nordeste foi 69% maior, ao ter implantado 278 LRPD e apresentado um LRPD/193 mil habitantes, que a região Sul ao ter implantado 85 LRPD e apresentado um LRPD/326 mil habitantes.⁵ A implantação destas ações conforme preconizado pelas diretrizes da PNSB, possibilitou a estruturação da rede de saúde bucal nos municípios¹⁴ voltada para o atendimento a todas as idades.²⁰

Referente à fluoretação das águas de abastecimento público, a PNSB-IBGE realizada em 2000, demonstrou que 2.466 municípios possuíam sistemas de abastecimento de água fluoretada; destes, 285 estavam na região Nordeste e 799 na região Sul. Após o lançamento da PNSB o governo federal passou a incentivar a implantação de novos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público com a participação da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.^{7,8} A PNSB-IBGE realizada novamente em 2008 demonstrou avanços no número de “municípios fluoretados” com um total de 3.351 municípios dos quais 576 estavam na região Nordeste (31% dos municípios desta região) e 1.043 na região Sul (87,8% dos municípios desta região).^{5,6} No ano de 2009 o MS publicou o “Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil” corroborando com estudos e recomendações nacionais e internacionais sobre o uso da fluoretação das águas de abastecimento público, destacando a recomendação reiterada feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na 60ª Assembleia Mundial de Saúde no ano de 2007.¹²

A figura 3 apresenta a evolução dos investimentos na PNSB pelo MS. No ano de 2003 os investimentos em saúde bucal para as ações analisadas foram da ordem de R\$92,6 milhões. Entre os anos de 2004 a 2010 foram investidos mais de R\$2,8 bilhões em para as ESB, sendo R\$1,5 bilhão na região nordeste e R\$348 milhões na região sul, mais de R\$400 milhões em incentivos para os CEO, sendo R\$146 milhões na região

Nordeste e R\$54 milhões na região Sul e mais de R\$42 milhões alocados para confecção de próteses dentárias sendo R\$13,7 milhões na região Nordeste e R\$9,6 milhões na região Sul.^h Aliado a ampliação do financiamento das ações de saúde bucal, estudo realizado sobre o financiamento federal do SUS evidenciou a “incorporação de medidas que apontam na direção da equidade com financiamento diferenciado para os municípios mais pobres do país”.²¹

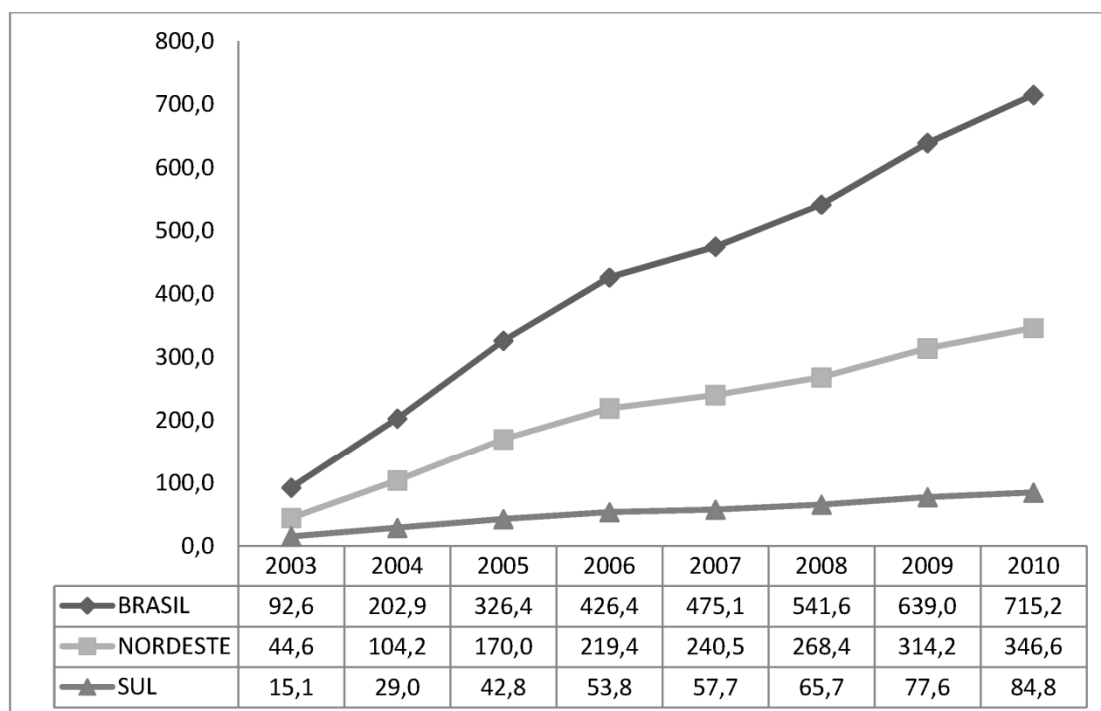


Figura 3: Investimentos em Equipas de Saúde Bucal, Centros de Especialidades Odontológicas e Próteses Dentárias pelo governo federal contabilizados em milhões de R\$ entre anos de 2003 a 2010.

Em 2009 a PNSB criou o “plano de fornecimento de equipamentos odontológicos” para as ESB e passou a garantir a compra de um equipo completo para cada ESB modalidade I e dois equipos completos para cada ESB modalidade II implantada.ⁱ

ⁱ Brasil. Portaria n.2.372GM/MS de 07 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipas de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União 2009; out 09

Referente aos LRPD, o governo federal dobrou o valor anteriormente repassado, ampliou o rol de procedimentos protéticos e alterou a forma de financiamento destes procedimentos.^j

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS) realizada no ano de 2002 pelo IBGE demonstrou que 43.205 CD. trabalhavam no SUS e destes 11.214 estavam na região Nordeste e 7.320 na região Sul.² A partir de 2007 foi possível obter o número de profissionais que trabalhavam no SUS por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No período de 2002 a 2007, o Brasil apresentou um crescimento de 24% de CD. no SUS; a região Nordeste apresentou um crescimento de 27% enquanto a região Sul apresentou um crescimento de 23%. No ano de 2010, o desempenho apresentado tendo como base o número de CD. no SUS em 2007 foi uma ampliação de 13% no Brasil, 15% na região Nordeste e 5% na região Sul. Neste mesmo ano o Brasil possuía 60.520 CD. no SUS, dos quais 16.363 estavam na região Nordeste e 9.452 na região Sul. A proporção de CD. no SUS por habitante em 2002 era de um CD./3.990 no Brasil, um CD./4.310 na região Nordeste e um CD./3.477 na região Sul. Em 2010, a proporção apresentada foi de um CD./3.165 no Brasil, um CD./3.276 na região Nordeste e um CD./2.933 na região Sul.^b Estes dados demonstram uma redução da desigualdade de CD. no SUS entre as regiões Nordeste e Sul uma vez que esta proporção foi ampliada em 31,6% na região Nordeste e em 18,6% na região Sul.

Referente aos procedimentos de saúde bucal realizados no SUS, observa-se na tabela 2, aumento em todos os grupos de procedimentos por habitante/ano na região Nordeste: preventivos (103,8%), restauradores (76%), periodontia (225,2%), endodontia (89%), exodontia (80,5%). Na região Sul este aumento também pode ser verificado: preventivos (11,7%), restauradores (0,5%), periodontia (137,3%), endodontia (89,2%) e exodontia (21,9%).

^j Brasil. Portaria n.2.374GM/MS de 07 de outubro de 2009. Altera os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09 out 2009.

Tabela 2: Evolução dos procedimentos de saúde bucal elencados para análise. Brasil, regiões Sul e Nordeste, 2003 - 2010

| MÉDIA MÓVEL DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS 2003-2010 | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Brasil | 117.632.929 | 119.831.109 | 118.141.619 | 118.919.981 | 123.966.834 | 132.720.973 | 138.657.314 | 140.403.473 |
| Nordeste | 17.392.230 | 18.171.690 | 20.130.409 | 22.751.353 | 29.016.273 | 34.687.090 | 40.343.158 | 38.896.569 |
| Sul | 22.068.747 | 21.513.291 | 21.270.316 | 22.234.587 | 22.892.665 | 23.367.923 | 23.474.632 | 26.550.364 |
| MÉDIA MÓVEL DE PROCEDIMENTOS RESTAURADORES 2003-2010 | | | | | | | | |
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Brasil | 23.620.038 | 23.050.372 | 23.586.699 | 25.204.937 | 29.471.954 | 33.985.856 | 37.137.456 | 36.820.802 |
| Nordeste | 5.697.295 | 5.657.701 | 6.063.571 | 6.710.270 | 8.252.829 | 9.740.853 | 11.226.737 | 11.004.594 |
| Sul | 4.746.115 | 4.579.431 | 4.516.347 | 4.663.144 | 4.581.197 | 4.754.514 | 4.670.060 | 5.137.800 |
| MÉDIA MÓVEL DOS PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA 2003-2010 | | | | | | | | |
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Brasil | 12.929.778 | 13.846.882 | 15.118.736 | 16.972.514 | 20.906.442 | 24.832.325 | 28.569.351 | 32.302.037 |
| Nordeste | 2.315.126 | 2.639.710 | 3.188.780 | 3.897.919 | 5.645.814 | 6.623.444 | 7.543.119 | 8.260.453 |
| Sul | 2.206.749 | 2.322.734 | 2.481.290 | 2.763.259 | 3.003.190 | 3.683.523 | 4.543.420 | 5.640.844 |
| MÉDIA MÓVEL DOS PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA 2003-2010 | | | | | | | | |
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Brasil | 616.987 | 642.832 | 677.340 | 746.409 | 830.609 | 893.469 | 934.781 | 954.170 |
| Nordeste | 115.264 | 114.209 | 125.771 | 148.805 | 170.985 | 192.309 | 213.477 | 239.017 |
| Sul | 46.781 | 46.649 | 49.779 | 55.930 | 67.698 | 76.826 | 88.746 | 95.363 |
| MÉDIA MÓVEL DOS PROCEDIMENTOS DE EXODONTIA 2003-2010 | | | | | | | | |
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Brasil | 13.428.453 | 12.981.390 | 12.826.841 | 12.933.891 | 13.771.294 | 16.012.617 | 17.427.213 | 19.678.930 |
| Nordeste | 4.736.006 | 4.600.391 | 4.663.603 | 4.807.693 | 5.001.979 | 6.016.116 | 6.912.772 | 9.378.995 |
| Sul | 2.063.725 | 1.947.776 | 1.839.806 | 1.788.157 | 1.756.104 | 2.068.994 | 2.504.739 | 2.709.157 |
| MÉDIA MÓVEL DA PRODUÇÃO DE PRÓTESES DENTÁRIAS 2003-2010 | | | | | | | | |
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Brasil | 22.893 | 28.937 | 48.999 | 81.508 | 116.523 | 136.000 | 154.566 | 204.286 |
| Nordeste | 3.480 | 4.162 | 9.213 | 18.803 | 30.203 | 35.859 | 40.104 | 55.772 |
| Sul | 1.806 | 4.246 | 11.424 | 21.080 | 30.536 | 36.203 | 40.074 | 45.659 |

Os procedimentos de exodontia demonstraram uma redução de 12,4% na região Sul e 11,8% na região Nordeste, quando analisada a razão destes com relação ao total de procedimentos clínicos no ano de 2003, como esperado, tendo em vista a maior oferta de tratamentos preventivos e curativos (Tabela 2).

Após cinco anos da realização da PNAD e sete da realização da pesquisa SB Brasil, os resultados da saúde bucal em 2008 e 2010 demonstraram que a proporção da população brasileira que nunca haviam consultado o dentista foi reduzida em 26%. Entre aqueles que possuíam renda familiar de até um salário mínimo e nunca haviam

ido ao dentista a redução foi de 25% enquanto entre aqueles que possuíam uma renda familiar de mais de vinte salários mínimos esta redução foi de 15%. Ao analisar as diferenças de acesso entre as populações rural e urbana, a população rural que nunca havia ido ao dentista apresentou uma redução de 28,6% enquanto na população urbana esta redução foi de 26,4%. Verificou-se também ampliação do acesso da população ao CD. nas regiões Sul e Nordeste sendo que a população que nunca havia ido ao “dentista” foi reduzida em 31% na região Nordeste onde mais de 1,4 milhões de pessoas passaram a ter acesso ao “dentista” e 27,2% na região Sul onde 135 mil passaram a ter este acesso.⁴ A ampliação dos serviços de saúde bucal pode ter colaborado na ampliação do acesso bem como na redução das desigualdades entre a população de maior e menor renda.¹⁹

Na comparação das pesquisas SB 2003 com SB 2010 verificou-se um aumento de 6,6% na porcentagem de crianças que nunca tiveram cárie aos 5 anos e de 12,4% aos 12 anos sendo que na região nordeste esta ampliação foi de 6,7% aos 5 anos e de 10,2% aos 12 anos enquanto na região sul houve um decréscimo de 4% aos 5 anos e um aumento de 4,2% aos 12 anos elevando em 2010 o Brasil ao grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária segundo os critérios da OMS.^{9,11} Avanços expressivos também puderam ser verificados em outras faixas etárias. A redução do índice CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 31,1% no Brasil, 28,5% na região Nordeste e 30,5% na região Sul. O componente de dentes perdidos também apresentou desempenho semelhante ao demonstrar uma redução de 57,3% no Brasil, 53% na região Nordeste e 60,4% na região Sul.^{9,11}

A faixa etária de 35 a 44 anos apresentou redução no índice CPO-D de 16,8% no Brasil, 14,8% na região Sul e 15,3% na região Nordeste. A quantidade de dentes perdidos diminuiu em 43,4% no Brasil, 36,7% na região Nordeste e 40% na região Sul enquanto que o componente de dentes cariados reduziu 27,6% no Brasil, 25,5% na região Nordeste e 15,42% na região Sul. Houve também uma ampliação no componente de dentes obturados nesta faixa etária de 73,7% no Brasil, 122,1% na região Nordeste e 40,4% na região Sul.^{9,11}

A faixa etária de 65 a 74 anos demonstrou poucos avanços ao analisar a quantidade de dentes afetados pela cárie. O CPO-D pouco foi alterado nesta faixa etária ao observar uma redução percentual deste componente de 7,7% na região nordeste e de

10 % na região sul que permaneceu com cerca de 27 dentes afetados pela cárie dos quais 25 já haviam sido extraídos.⁹

Os dados referentes às desigualdades de acesso às próteses dentárias demonstraram redução entre as regiões nordeste e sul em 2010 quando a região nordeste apresentou uma oferta de próteses dentárias 22% maior que a região sul. Sugere-se que esta redução possa ter sido influenciada pelo aumento expressivo dos recursos financeiros para esta ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O desempenho de implantação das ações de saúde bucal foi expressivo no Brasil, sendo maior na região Nordeste ao comparar com a região Sul.

O aumento das ESB no SUS ampliou o repasse financeiro do governo federal diretamente aos municípios, favoreceu a ampliação do número de dentistas no SUS e colaborou para a ampliação do acesso aos procedimentos preventivos bem como aos procedimentos clínicos. A criação dos CEO e LRPD estabeleceu o financiamento específico para estas atividades, favoreceu a ampliação do número de dentistas e de LRPD com vínculo com o SUS e colaborou para a ampliação do acesso aos procedimentos especializados e reabilitadores de saúde bucal. Digno de nota, o maior desempenho destas ações foi na região Nordeste.

Os dados da PNSB-IBGE em 2008 demonstraram avanços no Brasil bem como nas regiões sul e nordeste no que tange a implantação de sistemas de fluoretação das águas, porém, mesmo que a região nordeste tenha dobrado o número de municípios que passaram a contar com este benefício, esta permanece com um desempenho inferior.

A confecção de próteses dentárias apresentou um desempenho quantitativo semelhante na região Sul e na região Nordeste a partir do ano de implantação dos LRPD. Ao considerar a maior necessidade de próteses dentárias e a maior proporção de municípios habilitados com LRPD por habitante na região Nordeste, a região Sul apresentou um desempenho maior que a região Nordeste neste período.

O maior desempenho da região sul na redução da perda dentária em todas as faixas etárias quando comparadas com a região nordeste, corrobora com vários estudos que demonstram que o acesso ao flúor por meio das águas de abastecimento reduz número de dentes cariados.¹²

A redução da perda dentária na população idosa permanece como desafio bem como o acesso a reabilitação protética. Observou-se que a necessidade de prótese total

em pelo menos um maxilar é de 41% dos idosos da região nordeste e de 27% dos idosos da região sul.

A evolução das ações de saúde bucal favoreceu a ampliação do acesso aos procedimentos clínicos e preventivos em todo o país. Os dados analisados demonstraram uma redução na desigualdade do acesso principalmente na população que possuía uma renda familiar per capita de até 1 salário mínimo e melhor desempenho de implantação das ações de saúde bucal o que têm colaborado para redução das desigualdades regionais.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas da Saúde - Assistência Médico Sanitária 2002. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um Panorama da Saúde no Brasil - acesso e utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco proteção à Saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Brasil Sorridente - A Saúde Bucal Levada a Sério - Sub Componente Fluoretação da Água - Cartilha do Gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - Programa Brasil Sorridente, a Saúde Bucal Levada a Sério - Sub-componente Fluoretação da Água -

orientações Técnicas. [citado 2012 nov 25]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/san/Fluoreta/Mnl-Fluoreta2006.pdf>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010 - Resultados Principais. 2011. [citado 2012 out 10]. Disponível em: www.saude.gov.br/bucal.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

13. Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Carvalho MCB, Barreira MCRN, organizadores. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC; 2001. p.13-42.

14. Lucena EHG, Pucca Junior GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* - Saúde Bucal 2011; 3(5):53-63.

15. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(3):521-532. DOI: [org/10.1590/S0102-311X2011000300012](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300012)

16. Morettin PA e Toloí CMC. Análise de séries temporais. São Paulo: Edgard Blücher; 2006.

17. Morettin PA e Toloí CMC. Previsão de séries temporais . São Paulo: Atual; 1985.

18. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2008.

19. Peres, KG et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(2):250-258. DOI: 10.1590/S0034-89102012000200007
20. Pucca Jr GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cienc. saúde coletiva* 2006; 11(1):243-246. DOI: 10.1590/S1413-81232006000100034
21. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Fernandes AS, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica á saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007; 7(4):495-502.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A entrada da saúde bucal na agenda prioritária do governo federal, a partir de 2003, favoreceu a criação e ampliação de frentes reivindicadas há tempos pelos militantes dos serviços públicos odontológicos e pela população por meio das Conferências Nacionais de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde Bucal e encontros de saúde bucal.

A criação de novas frentes de atuação, aliada a alterações e aumento do financiamento das frentes já implantadas e os trabalhos desenvolvidos pela Coordenação Geral de Saúde Bucal com a participação de outros atores favoreceram a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal com bases mais sólidas. Porém ela ainda é frágil do ponto de vista do arcabouço normativo, composto exclusivamente por Portarias Ministeriais, ao comparar com outras políticas ou programas que são reguladas por Leis e Decretos e, portanto, possuem mais robustez neste aspecto. A estrutura normativa construída ao longo destes anos permite afirmar que foram considerados os pressupostos das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para a implementação da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal. No entanto, ao se estabelecer como uma política prioritária do governo federal, condizente com os princípios do SUS, sugere-se um aperfeiçoamento de seu arcabouço jurídico, para que possa haver garantia da manutenção da Política Nacional de Saúde Bucal, independente da conjuntura política do país.

O desempenho das ações de implantação de serviços da Política Nacional de Saúde Bucal favoreceu a ampliação do número de Cirurgiões Dentistas com vínculo ao SUS, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal (principalmente na população com renda familiar abaixo de 1 salário mínimo e em outras faixas etárias não priorizadas anteriormente à Política Nacional de Saúde Bucal) e o aumento considerável do número de procedimentos preventivos, curativos e reabilitadores realizados no período analisado. Os incentivos financeiros aliados a outras ações como, por exemplo, o envio de equipes odontológicas completas às Equipes de Saúde Bucal implantadas, favoreceram a ampliação e estruturação dos serviços de saúde bucal no SUS.

Considerando o desempenho favorável do número de municípios com sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público implantados, faz-se necessário garantir a sua universalização, uma vez que a fluoretação das águas é lei no Brasil desde 1974. É necessário ampliar a cobertura da fluoretação das águas, principalmente nas regiões onde a população apresentou resultados epidemiológicos menos favoráveis, bem como a disseminação da informação a respeito dos sistemas de fluoretação existentes e da obrigatoriedade de implantação para que possa haver uma mobilização social mais efetiva visando garantir a exigibilidade deste direito.

Os resultados das pesquisas nacionais sugerem que o desempenho das ações realizadas pela PNSB colaborou para a redução das desigualdades em saúde bucal e melhora da saúde bucal da população brasileira, que caminha em direção à ruptura do “ciclo intergeracional dos desdentados”. Atualmente a ampliação da cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público bem como a reabilitação bucal da população idosa permanece como um dos principais desafios da Política Nacional de Saúde Bucal.

Conclui-se que o desempenho das ações da Política Nacional de Saúde Bucal no período colaborou na criação de uma rede de atenção em saúde bucal, ampliação do acesso da população aos serviços de saúde bucal, redução de desigualdades regionais e nos avanços da saúde bucal na população brasileira. Porém ainda há um caminho percorrer para que esta política se torne uma Política de Estado de fato e de direito.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde; 2004
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health by the year 2000. *International Dental Journal*. 1982; 32(1): 74-77.
5. Brasil. Ministério do Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
6. Donabedian, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. I; pp. 77-125. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
7. Draibe, S M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Carvalho MCB, Barreira MCRN (org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC; 2001.
8. Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, organizador. *Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
9. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
10. —. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2009; 33(81): 27-37.

11. Zanetti CHG. As Marcas de mal-estar social no sistema nacional de saúde tardio: o caso das Políticas de Saúde Bucal, no Brasil dos anos 80 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
12. Narvai PC, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2008.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde: Extensão das Ações de Saúde através dos serviços básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.
14. Pinto VG. Saúde Bucal no Brasil. Rev. de Saúde Pública. São Paulo, 1983; 17 (4): 316-327.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
16. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. A política nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 1986
18. —. Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1988.
19. Lima LMP. A atuação da esquerda no processo constituinte: 1986-1988. Brasília: Câmara dos Deputados; 2009.
20. Arretche M. A Política da Política da Saúde no Brasil. In: Lima NT, organizador. Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
21. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva: um conceito. Odontologia e Sociedade. São Paulo, 2001; 3 (1/2): 47-52.
22. —. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.

23. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política e Saúde Bucal Coletiva. In: Peres JLF, Antunes MA (ed.). Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 613/GM de 13 de junho de 1989. Aprova a Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde: Brasília, 1989.
25. Frazão P, Narvai PC. Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2009; 33(81): 64-71.
26. Brasil. Ministério do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Vinte anos da Constituição Federal - Introdução. Brasília: IPEA; 2009; vol 17.
27. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2008; 61(2): 153-158.
28. Narvai PC, Frazão P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: Krieger L, Moysés J, Moysés ST, organizadores. Saúde bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 22 de 20 de dezembro de 1989. Normatizou sobre o uso de flúor em enxaguatórios e dentifrícios. Ministério da Saúde: Brasília, 1989.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
31. Cebes. Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira; Em defesa da Vida e da ética, fora Collor. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 1992; 36 (outubro): 6
32. Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima NT (org.). Saúde e Democracia: História e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2005.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1992.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde; 1993.
35. Sousa MF. Programa Saúde da Família: Estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde [Tese]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2007.
36. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Cienc. & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009; 14(supl.1): 1325-35.
37. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma no sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1998; 8(2): 11-48.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: Avaliação de implementação em dez grandes centros urbanos - Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde: Brasília, 1997
40. Werneck MAF. A Saúde bucal No SUS: Uma Perspectiva de Mudança [Tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994.
41. Roncalli AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: um caminho compartilhado. Cienc. & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2006; 11(01): 105-14.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996
43. Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva. Ata de fundação da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva - ABRASBUCA. [Online]. [acesso: 12 jun 2012]. Disponível em: <http://www.abrasbuco.org/institucional/fundadores.html>.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.

45. Mattos RA. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2002; 12(01): 77-108.
46. Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In Lima NT, (org.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
47. Oliveira AGC et al. Modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. Rio de Janeiro, 1999; 1(2): 9-14.
48. Moysés SM, Krieger L, Moysés SJ. *Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
49. Brasil. Ministério do Planejamento e Gestão, Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde -1998*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
50. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
52. Garcia DV. *Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [dissertação]*. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267GM/MS de 06 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Brasília: Ministério da Saúde, 2001
54. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. [Online]. [acesso: 15 out 2012]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bucal>.

55. Coligação Lula Presidente. Caderno Temático de Programa de Governo: Saúde para a Saúde Brasileira. São Paulo: Partido dos Trabalhadores / Fundação Perseu Abramo; 2002.
56. Narvai PC, Frazão P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: Pereira AC, organizador. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009.
57. Bartole M. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da política nacional de saúde bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
58. Andrade, FR. Relações de poder na Política Nacional de Saúde Bucal. Goiânia: UFG; 2009.
59. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2011; 27(3): 521-532.
60. Jornal do Site. Entrevista com o Coordenador Nacional de Saúde Bucal, Gilberto Pucca Jr. [Online]. [acesso: 21 ago 2012]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br>.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 396GM de 04 de abril de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
62. —. Portaria nº 673GM de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
63. Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos de saúde bucal no Brasil. In: Antunes JL e Peres MA, (ed.). Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

64. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
65. Noronha AB. 12ª CNS: mudando para melhorar. Radis: Comunicação em Saúde. Rio de Janeiro, 2003; 15 (nov/dez): 10.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ata da 139ª reunião ordinária do CNS. [Online]. [acesso: 11 jun 2012]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_04.htm.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Discussão e aprovação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. [Online]. [acesso: 01 jun 2012] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28797.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ata da 137ª reunião do CNS. [Online]. [acesso: 11 jun 2012]. disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_03.htm.
69. Brasil. Presidência da República. Biblioteca Da Presidência da República. Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de lançamento do Programa Nacional de Saúde Bucal [Online]. [acesso: 13 mar 2012]. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos>.
70. Narvai PC. Avanços e desafios da Política de Saúde Bucal no Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal. Brasília, 2011; 3(5): 21-34
71. Fernandes GF. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de Paulo; 2011.
72. Rendeiro EMP. O ciclo da Política de Saúde Bucal no Sistema Público Brasileiro: atores, idéias e instituições [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.

73. Brasil. Ministério do Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise. Política Social e Desenvolvimento - O Planejamento Federal na Área Social. Brasília: IPEA; 2008; vol.16.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
75. Vaitsman J, Rodrigues RWS, Paes-Sousa, R. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome do Brasil. Management of Social Transformation, Policy Papers/17: UNESCO; 2006
76. Weiss CH. Evaluation research: methods of assessing program effectiveness. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice-Hall; 1972.
77. Verdung E. Modelos de evaluación. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Madri, 1993; 30(2): 39-68.
78. Contandriopoulos AP, Pouvourville G, Poullier JP, Contandriopoulos D. À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXIe siècle. In: Pomey MP, Poullier JP (éditeurs). Santé publique. Paris: Elipses; 2000. p. 637-67.
79. Hartz ZMA, Silva LMS, (Org). Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador. Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2005.
80. Donabedian, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 1990; 114(11): 1115-8 .
81. —. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin. 1992; 18(11): 356-60.
82. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Matos RA, Baptista TWF (org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. 2011. [on line] p.181-99. [acesso 2011 dez 15]. Disponível em: www.ims.uerj.br/caps.

83. Habicht JP, Victora CG e Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal Epidemiology*. 1999; 28(1): 10-8.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos); 2007.
85. Sulbrandt J. Avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos atuais. In: Kliksberg B (org.). *Pobreza: uma questão inadiável*. Brasília: ENAP; 1994.
86. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 2011; 20(4): 927-934.
87. Goes PSA, Figueiredo N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SM. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012
88. Santos LMP, Pasquim EM, Santos, S.M.C. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2011; 16 (3): 1821-1834.
89. Uchimura KY, Bosi, MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2002; 18(6): 1561-1569.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. [Online]. [acesso 2012 mai 14]. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>.
91. —. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais. [Online]. [acesso 2012 mai 21]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>.

92. —. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Sala de Apoio a Gestao Estratégica. [Online]. [acesso 2012 jun 07]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
93. —. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e controle de Sistemas. Sistema de Informações da Média e Alta Complexidade – SISMAC. [Online]. [acesso 2012 jun 15]. Disponível em: sismac.saude.gov.br.
94. —. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. [Online]. [acesso 2012 jun 21]. Disponível em: <http://fns.saude.gov.br>.
95. Duarte EC. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
96. Morettin PA e Toloí CMC. Previsão de séries temporais. São Paulo: Atual; 1985.
97. Morettin PA e Toloí CMC. Análise de séries temporais. São Paulo: Edgard Blücher; 2006.

ANEXO I



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto no Cep: **141/12**

Título do Projeto: Redução da desigualdade no acesso e o desempenho da Política nacional de Saúde Bucal no Brasil de 2004 a 2010.

Pesquisador Responsável: Moacir Paludetto Junior

Data da Entrada: 06/09/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, **CONCEDE DISPENSA DE ANÁLISE** ao projeto **141/12** com o título: “Redução da desigualdade no acesso e o desempenho da Política nacional de Saúde Bucal no Brasil de 2004 a 2010.” submetido na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de outubro de 2012, uma vez que o projeto utiliza dados secundários.

Brasília, 09 de outubro de 2012


Natan Monsrores de Sá
Coordenador do CEP-FS/UnB