

GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL, INTEGRALIDADE E
ACESSO; O CASO BRASIL SORRIDENTE

BRASÍLIA, 2013

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

Gilberto Alfredo Pucca Junior

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL, INTEGRALIDADE E
ACESSO; O CASO BRASIL SORRIDENTE

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós- Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Nilce Santos de Melo

BRASÍLIA
2013

GILBERTO ALFREDO PUCCA JUNIOR

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL, INTEGRALIDADE E
ACESSO; O CASO BRASIL SORRIDENTE

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós- Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Aprovado em / / 2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra Nilce Santos de Melo – (presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Márcia Aparecida do Amaral
Ministério da Saúde

Profa. Dra Lilian Marly de Paula
Universidade de Brasília

Profa. Dra Maria Fatima de Sousa
Universidade de Brasília

Profa. Dra Eliete Neves da Silva Guerra
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Paulo Tadeu de Souza Figueiredo
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra Nilce Santos de Melo, pelo incentivo, orientação e por me mostrar que competência, compromisso e amizade podem sim se misturar.

A Dra. Márcia Amaral, Secretaria Adjunta do Ministério da Saúde, pelo companheirismo, desde os primeiros passos do Brasil Sorridente. Obrigado pelo seu compromisso com o Brasil.

A Profa. Dra. Lilian Marly de Paula, Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza, Profa. Dra. Eliete Neves da Silva Guerra, pela trajetória de vocês, a quem eu devo muito da qualidade desta tese e por terem demonstrado como é importante a qualificação. Recebam meu respeito.

A Prof. Dr. Paulo Tadeu de Sousa Figueiredo por ter aceitado e disponibilizado seu tempo e conhecimento para participar da banca.

Ao amigo e assessor Moacir Paludetto Junior, por ter tido a paciência de revisar esta tese, pela amizade e comunhão de utopias.

Ao conjunto dos assessores que tenho e já tive na Coordenação Nacional de Saúde Bucal, desde 2003, particularmente a Felipe Riani, Edilberto Bonfin, Alexandre Deitos, Edson Lucena e Renato Ishigame a construção sempre foi coletiva e solidaria.

A minha esposa e companheira Camila, pela cumplicidade e amor.

Ao meu filho Gilberto, uma pessoa única, por me mostrar, todo dia, que a vida vale a pena. A Bia, que entrou nas nossas vidas para nunca mais sair.

A Universidade Estadual de Maringá, minha casa.

Ao Ministério da Saúde do Brasil e a Universidade de Brasília, o primeiro por me propiciar campo de trabalho para desenvolver a Política Nacional de Saúde Bucal e a segunda por permitir ensino público, gratuito e de qualidade.

Ao Prof. Dr. Volnei Garrafa e Prof. Dr. Jorge Córdon, reclamar no regime democrático é fácil, difícil é bradar por liberdade e exigir o direito à saúde bucal para todos no início da década de 1980, na ditadura militar, em uma sala para mais de 300 alunos, e vocês fizeram. Saibam, definiram meu caminho.

Ao Presidente Luis Inácio Lula da Silva, que me confiou a responsabilidade de implantar o Brasil Sorridente e por ter demonstrado ao mundo e ao Brasil que outro mundo é possível , mais justo, fraterno e solidário.

A Presidenta Dilma Rousseff, por estar me dando a honra de servir a primeira mulher, trabalhadora, Presidente do Brasil.

A todos aqueles que tombaram na luta e que lhes foi negado o direito de ver um operário subir a rampa do Palácio do Planalto na condição de Presidente eleito da Republica Federativa do Brasil. Saibam que suas lutas não foram em vão.

Aos trabalhadores e aos ainda excluídos, a Política Nacional de Saúde Bucal é nossa.

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la marcha de mis pies cansados
Con ellos anduve ciudades y charcos
Playas y desiertos, montañas y llanos
Y la casa tuya, tu calle y tu pátio

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es el mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto

Gracias a la vida, gracias a la vida

(Violeta del Carmen Parra Sandoval, compositora, cantora, artista plástica e ceramista chilena)

RESUMO

Esta tese discorre sobre a implantação do componente de saúde bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), intitulado por Brasil Sorridente, buscando comparar, fundamentalmente dois períodos, um anterior a sua implantação, entre 2001 a 2002 e o segundo posterior a implantação do Brasil Sorridente, 2003 a 2011. Para isto foram analisados duas categorias em seus princípios fundamentais: integralidade e ampliação do acesso. Entendendo que a integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS que se propõe a unir as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço, acesso como uma dimensão da oferta de serviços relativos a capacidade de produzir serviços e de responder as necessidades de saúde de uma determinada população. Os resultados apontaram que o Brasil Sorridente pauta-se na integralidade das ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população. Após a implantação dessa Política houve forte ampliação da inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; redução no número de municípios sem saúde bucal na atenção básica; aumento da cobertura dos serviços de saúde bucal na atenção básica e criação dos Centros de Especialidades Odontológicas, buscando assim assegurar a integralidade da atenção e ampliação do acesso.

Descritores: Saúde bucal, Políticas de Saúde, Saúde Pública

ABSTRACT

This thesis discusses the implementation of the oral health component of the Unified Health System (UHS), headed by Smiling Brazil, trying to compare fundamentally two periods, before its implementation, between 2001 to 2002 and the second subsequent deployment Smiling Brazil, 2003-2011. For this were analyzed two categories in its fundamental principles: integrality and expanding access. Understanding that integrality is one of the doctrinal tenets of the UHS that aims to unite the actions aimed at the realization of health as a right and as a service, access to a dimension of the supply of services relating to the ability to produce services and meet the needs of health of a given population. The results showed that the Smiling Brazil is guided in integrality of oral health actions, linking the individual to the collective, the promotion and prevention to treatment and recovery of health people. After the implementation of this policy there was a strong increase of the integration of Oral Health Teams in the Family Health Strategy; reduction in the number of municipalities without oral health in primary care; increased coverage of oral health services in primary care and the creation of Dental Specialties Centers, thus seeking to ensure integrality care and expanding access.

Keywords: Oral Health; Health Policies; Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Códigos de procedimentos de saúde bucal elencados para análise conforme os respectivos períodos de vigência -----23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| 3ª CNSB | 3ª Conferencia Nacional de Saúde Bucal |
| ABS | Atenção Básica em Saúde |
| APAC | Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade |
| ASB | Auxiliar de Saúde Bucal |
| BS | Brasil Sorridente |
| CACON | Centro de Referência em Alta Complexidade em Oncologia |
| CAPS | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CD | Cirurgião-Dentista |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CFO | Conselho Federal de Odontologia |
| CGAA | Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação |
| CGSB | Coordenação Geral de Saúde Bucal |
| CISB | Comissão Intersetorial de Saúde Bucal |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| COSAB | Coordenação Geral de Saúde Bucal |
| CPO-D | Índice de dentes cariados, perdidos e obturados |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DNSB | Divisão Nacional de Saúde Bucal |
| EACS | Equipe de agentes comunitários de saúde |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |

| | |
|------------------|---|
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| GF | Governo Federal |
| GM | Gabinete do Ministro |
| IAPS | Instituto de Aposentadorias e Pensões |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| LRPD | Laboratórios Regionais de Prótese Dentária |
| MAC | Média e Alta Complexidade |
| MCT | Ministério da Ciência e Tecnologia |
| MS | Ministério da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNSB | Política Nacional de Saúde Bucal |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SB-Brasil | Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal |
| SESP | Serviços Especiais de Saúde Pública |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informação de Atenção Básica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TPD | Técnico de Prótese Dentária |
| TSB | Técnico de Saúde Bucal |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 A HISTORICIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL | 13 |
| 3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA | 20 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 26 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS | 89 |
| ANEXOS | 93 |

1 INTRODUÇÃO

Esta tese está dividida em quatro partes para melhor compreensão:

A primeira historiciza-se as ações de saúde bucal no setor público brasileiro. Em que pese à fragilidade destas construções anteriores a 2003, as iniciativas que houve filiam-se ao modelo norte-americano, de recorte materno-infantil, escolar, preventivista e não integral. Isto explica, em boa parte, muitos dos problemas de concepções atuais, ainda hegemônicos em experiências municipais. Diferente das políticas anteriores o Brasil Sorridente implanta e projeta o componente de saúde bucal coerente com os princípios do Sistema Único de Saúde, universalização, equidade e integralidade;

A segunda parte explicita a construção metodológica, descrevendo os métodos, técnicas e instrumentos utilizados, na perspectiva de formular o objeto e a pergunta central da investigação, definir o campo teórico de referencia teórico-metodológica e a coleta e análise das informações necessárias;

A terceira parte, em forma de artigos publicados e um de aceite, apresenta os resultados alcançados e discute, dentro das categorias previamente definidas, integralidade e acesso, o impacto que a atual Política Nacional de Saúde Bucal trouxe ao Sistema Único de Saúde. O primeiro artigo discorre sobre a comparabilidade entre integralidade e acesso em saúde bucal, anterior e posterior ao Brasil Sorridente. O segundo foca o financiamento da Política Nacional de Saúde Bucal, o terceiro descreve e analisa os eixos principais da Política Nacional de Saúde Bucal, implantação das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, o quarto explicita o Brasil Sorridente no contexto do Sistema Único de Saúde, o quinto discorre sobre a reorganização da atenção secundária e terciária e seus impacto quando mensurado em um screening de câncer oral em São Paulo, e por ultimo um artigo que discute e avalia a atenção secundária em saúde bucal a luz de um monitoramento realizado pela Coordenação de Nacional de Saúde Bucal nos Centros de Especialidades Odontológicas, CEO(s);

Por fim, a quarta parte, desta tese é a conclusão e as considerações finais. A luz dos resultados e das discussões realizadas aponto três grandes desafios a continuarem a serem enfrentados para tornar a Política Nacional de Saúde Bucal, resolutiva e perene.

2 A HISTORICIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

O Sistema de Saúde do Brasil (SUS) é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e a assistência às pessoas por intermédio destas ações de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (1).

Entretanto, a atenção odontológica no serviço público brasileiro há anos caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados para a doença cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava numa baixa cobertura de atendimento e numa assistência de baixa resolutividade, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (2).

Este modelo reporta-se a década de 70, como estado brasileiro moldado para atender as necessidades mínimas de grandes contingentes populacionais que estavam completamente excluídas. Este quadro evidenciou a necessidade de se desenvolver e expandir uma modalidade assistencial de baixo custo para os contingentes populacionais excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, especialmente os que viviam nas periferias das cidades e nas zonas rurais. Surgiu, então, a idéia da medicina simplificada para populações marginalizadas, preconizada após a proposta internacional dos cuidados primários, acordada em Alma-Ata.

Por outro lado, propostas em torno da saúde escolar foram encontradas, no Brasil, a partir de meados do século XIX, e em 1889, surgiu o primeiro decreto sobre higiene escolar, regulamentando a inspetoria dos estabelecimentos públicos e privados de ensino para identificar e propor a exclusão do aluno que sofresse de

moléstia transmissível, revacinar alunos e tratar daqueles que não podiam ter em seu domicílio tratamento adequado. Os primeiros passos para a institucionalização da higiene escolar no país estiveram diretamente ligados a idéias e nomes de intelectuais brasileiros que propunham modernizar a sociedade nos moldes europeus e americanos. Além disso, era preciso educar e moralizar, para que novos hábitos de higiene reduzissem diarreias, mortalidade infantil, alcoolismo, tuberculose e sífilis. Paralelamente, a odontologia insere-se na assistência pública, quando em 1912 acontece a primeira experiência com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares em São Paulo (3). A partir desse marco, nota-se que o atendimento escolar no Brasil até 1952 mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (4). Assim, o modelo de assistência odontológica hegemônico que permaneceu até a Constituição de 1988, era preponderantemente de prática privada, cobrindo a maior parte da população e o seguro social por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), oferecendo assistência dentária somente aos trabalhadores privados urbanos segurados, utilizando, porém, a contratação de serviços profissionais privados. Ou seja, a previdência social, ainda incipiente, prestava em caráter complementar, assistência odontológica e médica para suas populações cativas, enquanto o Ministério da Saúde se ocupava desses serviços apenas em determinadas áreas, com o objetivo de sanear o ambiente. Algumas populações, como aquelas na zona da borracha, eram assistidas por Serviços Especiais de Saúde Pública (Sesp). Esse fato caracterizou a dicotomia histórica das instituições públicas de atenção à saúde: previdência versus saúde pública. A assistência planejada, voltada para os escolares introduzida no início da década de 1950, de certa forma rompeu com a rigidez da demanda espontânea do modelo hegemônico de atenção odontológica, porém manteve as características flexnerianas (5). Com um grande número de doenças acumuladas e com o aparecimento de novas doenças de maior complexidade, surge a proposta do sistema produtivista, com o objetivo de resolver essa demanda. Contudo, esse sistema apresentou baixa resolutividade, além de um alto custo, embora houvesse

ampliação da produtividade. Na tentativa de se reduzirem gastos, houve uma fragmentação das tarefas (influenciada pelo taylorismo), traduzida na odontologia simplificada. O reconhecimento do grande número de doenças e da incapacidade de serviços para controlá-las deu origem ao sistema preventivista, cuja atenção era voltada para os mais jovens. Da aplicação da simplificação na população mais jovem, ainda livre de cárie, surge a odontologia integral, que usa a lógica do modelo preventivista, com atenção voltada apenas aos mais jovens e, portanto, excludente, e a lógica do modelo incremental, importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (6). A lógica do sistema incremental passa a prever a cobertura gradual e ascendente a partir das idades menores, baseada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor nas idades mais jovens, constituindo-se, portanto, no momento ideal para intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como conseqüência, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente para o grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção ou proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, com o intuito de impedir seu agravamento e evitar os gastos bem maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas (7). A justificativa para a aplicação desse modelo e para dar continuidade à prática odontológica em escolares partiu da seguinte afirmação: prevenindo a cárie na infância, as pessoas estarão protegidas na vida adulta (8). A tentativa de resolver os problemas brasileiros importando o modelo do sistema incremental americano de atenção às minorias, de forma acrítica - sem levar em conta as diferenças profundas existentes entre os dois países, principalmente porque os problemas eram gerais e não focais como nos Estados Unidos - resultou que este sistema não chegou a formular nenhuma estratégia universal para atingir toda a população, porque se voltava, exclusivamente, para a população-alvo e não para o conjunto da população exposta ao risco de adoecer. Daí seu caráter excludente (6). Mais que isso, a odontologia parece ter seguido uma rota enquanto o quadro epidemiológico e as condições de vida seguiram outra, distinta e não paralela, tendo como conseqüência a oferta de serviços somente a uma pequena parcela da população, mantendo a característica de um sistema de exclusão (7). Esse histórico da institucionalização da odontologia demonstra o motivo pelo qual a atenção à saúde na área é predominante nos escolares do ensino

fundamental. Esse pensamento permitiu que o sistema incremental fosse aplicado durante quatro décadas, repetindo as atividades de dar somente atendimento de urgência aos adultos, pelo custo elevado de seus insumos, pela utilização de recursos humanos pouco preparados para atuar no serviço público e pelo planejamento restrito ao caráter normativo (pela inexistência de integração com os demais setores). Esse sistema, assentado na base populacional de maior facilidade administrativa e de controle para o serviço, que é a população infantil, regularmente matriculada no ensino fundamental da rede pública de ensino, não permite a inclusão no programa de toda a população compreendida na faixa etária escolar de 6 a 14 anos. Além disso, outras faixas etárias foram esquecidas ou timidamente assistidas pelos demais programas do setor. Pode-se observar que esses programas, nos serviços públicos, se pautaram pela reprodução da prática liberal da odontologia. Assim, esta prática caracterizou-se pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador/restaurador e da baixíssima resolutividade (4). Nos anos 1990, o espaço escolar passou a ser questionado como um local exclusivo do atendimento em saúde bucal, iniciando-se a discussão de outras perspectivas e estratégias de organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos técnicos e científicos sobre doenças bucais e as formas de nela intervir, transformações ocorridas na distribuição e na manifestação das doenças, além de métodos alternativos de planejamento em saúde aplicados à realidade odontológica, permitiram outras propostas e modelos de organização da prática pública odontológica fora do espaço escolar (3). Algumas linhas de ações programáticas podem ser destacadas no período anterior e posterior à Reforma Sanitária segundo critérios de risco. Essas ações representam algumas aplicações práticas de trabalhos de linha mais universal. Porém, destaca-se que todas as iniciativas deram-se no terreno do protagonismo municipal, com pouca ou quase nenhuma indução do Governo Federal, via Ministério da Saúde. Esse movimento de “saída das escolas” serviu para evidenciar que, se o espaço tradicional das práticas em saúde bucal não consegue resistir às movimentações dos novos tempos, muito menos os demais elementos de programação, tais como: os mecanismos de garantia de acesso, os instrumentos de programação, a natureza das práticas, a dinâmica de formulação, implementação, execução controle e avaliação, bem como o próprio processo de programação em saúde bucal globalmente considerado.

Desta forma, ficou evidente a necessidade de mudanças. E de acordo com Narvai (9), para promover transformações, a Saúde Bucal Coletiva precisava construir uma agenda que levasse em consideração eventos relevantes nesta área. O estágio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) balizou a possibilidade de realizar as ações que permitissem atender às necessidades de todas as pessoas (princípio da universalidade), viabilizando o seu acesso a todos os recursos odontológicos e de saúde geral de que necessitavam (princípio da integralidade), e ofertando mais aos que mais precisavam (princípio da equidade).

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal – CNSB (10) evidenciou como tal agenda deveria ser constituída. Nesse documento, expressão de um processo que teve a participação direta de cerca de 90 mil pessoas em todo o país, assinalou-se que

as condições da saúde bucal e o estado dos dentes eram, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social [e que] o enfrentamento, em profundidade, dos problemas nessa área exigia mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. Eram necessárias políticas intersetoriais, 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.

Em 2003, com uma nova conjuntura política, que se expressou com a posse do presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, que determinou ao Ministério da Saúde que elaborasse e implantasse ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde e possibilitou que forças democráticas que gestavam a saúde bucal como um direito intrínseco de cidadania aglutinassem num projeto comum. O recém-empossado governo tinha como estratégia a superação da exclusão social. Assim, iniciou-se a elaboração de uma Política Nacional de Saúde Bucal que resgatasse o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, por meio de ações governamentais articuladas com os princípios do Sistema Único de Saúde. Parece-nos que isto define a real dimensão desta iniciativa. Com o lançamento do “Brasil Sorridente” não se trata mais da Política Nacional de Saúde Bucal, e sim do componente de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde, em todos os seus

princípios: Universalização, Equidade, Integralidade e Controle Social. Para tanto, o conceito que molda a partir de então as ações de saúde, entre elas as ações de saúde bucal é o conceito de vigilância em saúde. A vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de suas específicas ferramentas, as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. Para a organização deste modelo é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam fundamentalmente para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção. Nessa perspectiva, fazia-se necessário que essa política, desde seu nascedouro, expressasse sua construção radicalmente interligada com a conformação do sistema de saúde brasileiro. O componente de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, o Brasil Sorridente, compreende, portanto, um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Esse componente é desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que

vivem essas populações. Dentro desta perspectiva e pressupostos o componente de saúde bucal passa a prescindir de outra frente estratégica; impactar processo de trabalho. Mendes Gonçalves (11) estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde, segundo ele, no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (11) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. Parece-nos que esse é um dos maiores desafios que se colocam para a construção de políticas públicas de saúde, entre elas as de saúde bucal, alterar processo de trabalho, podendo-se admitir, em decorrência, fundamentalmente de dois fatores interligados e tomados como consequência e causa; formação hegemônica ainda fundada nos princípios da iniciativa privada e origem de classe dos profissionais de saúde de nível superior. Portanto, com a posse do Presidente Lula e ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal da sua população, o Brasil compromete-se com a redução das desigualdades, com o combate à fome e com a garantia de nutrição em condições adequadas - um compromisso com a inclusão social.

3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

A presente investigação se trata de um estudo de caso. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procura-se compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. Yin (12) afirma que esta abordagem se adapta à investigação em educação, quando o investigador é confrontado com situações complexas, de tal forma que dificulta a identificação das variáveis consideradas importantes, quando o investigador procura respostas para o “como?” e o “por quê?”, quando o investigador procura encontrar interações entre fatores relevantes próprios dessa entidade, quando o objetivo é descrever ou analisar o fenômeno, a que se ascende diretamente, de uma forma profunda e global, e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenômeno, do programa ou do processo. Assim, Yin (12) define “estudo de caso” com base nas características do fenômeno em estudo e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. Por outro lado, Bell (13) define o estudo de caso como um termo guarda-chuva para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre fatores e eventos. Fidel (14) refere que o método de estudo de caso é um método específico de pesquisa de campo. Estudos de campo são investigações de fenômenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do investigador. Coutinho (15), refere que quase tudo pode ser um “caso”: um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação.

Trata-se de um estudo quali-quantitativo, visto que entende-se que o conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação. O método tem, pois, uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a “própria alma do conteúdo”, como dizia Lenin (16), e significa o próprio “caminho do pensamento”, conforme a expressão de Habermas (17). Além disso segundo MINAYO (18),

se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um continuum, ela não pode ser pensada

como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice versa.

O presente estudo buscou apreender duas categorias analíticas; acesso e integralidade em saúde bucal no SUS comparando-se o impacto da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) lançada em março de 2004.

No Brasil, a integralidade começou a aparecer no discurso governamental através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (19), no sentido relacionado à articulação entre prevenção e assistência. Nessa mesma direção os textos que alimentaram as discussões da 8ª CNS apontavam para este princípio (20). Posteriormente, a Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (1).

Segundo Paim e Silva (21), a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas:

a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; e d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Giovanella et al. (22), admitem que os serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção, devem adotar as seguintes premissas:

a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; e d) a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Com base na revisão da literatura realizada por Paim e Silva (21), identificou-se pelo menos cinco condições de adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema. No caso do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais (23). A prática integral organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa (24). Um programa integral permite explicitar objetivos, recursos e atividades contemplando necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial (25). Políticas públicas integradas ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada. E por último o sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações fenomênicas (nós críticos e acumulações), assim como sobre as regras básicas.

O acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção (26). O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional (27). No contexto brasileiro, a atual Política Nacional de Saúde Bucal objetiva ampliar e garantir assistência odontológica a população para além dos pressupostos da reorganização da atenção básica, ou seja, busca o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância em saúde por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com atenção voltada e com ações organizadas em todos os níveis de atenção, objetivando o princípio da integralidade e do acesso universal (28). O conceito de acesso deve ser tomado de forma distinta do conceito de acessibilidade, e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e sua materialização em uso dos serviços (29). Por sua vez, Donabedian (30)

distingue duas dimensões de acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Silva et AL (31) defendem que a utilização dos serviços ultrapassa a presença física dos recursos, dependendo mais da coerência do padrão tecnológico com o tipo de demanda colocada. Já Souza (32) define acesso na atenção básica como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, família e comunidade, gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família permeada pelo vínculo e pela co-responsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação.

O estudo também realizou a análise dos procedimentos de saúde bucal realizados no SUS e considerou os códigos dos procedimentos descritos na tabela 1. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) entre os anos 2000 e 2012 e após a coleta utilizou-se a técnica da “média móvel” que possui como característica amenizar eventuais flutuações anuais dos dados informados (33) (34). Após o emprego da “média móvel” obteve-se uma série histórica dos procedimentos desde 2001 à 2011.

Tabela 1 - Códigos de procedimentos de saúde bucal elencados para análise conforme os respectivos períodos de vigência

| PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS | |
|-------------------------------------|---|
| PERÍODO* | CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2000 a Dez./ 2007 | 0301101 / 0301102 / 0301103 / 0301104 / 0301105 / 0302201 / 0302202 / 0302203 / 0302204 |
| Jan./2008 a Dez./ 2012 | 0101020015 / 0101020023 / 0101020031 / 0101020040 / 0101020058 0101020066 / 0101020074 / 0101020082 / 0101020090 |
| PROCEDIMENTOS RESTAURADORES | |
| PERÍODO* | CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2000 a Dez./2007 | 0303103 / 0303104 / 0303105 / 0303106 / 0303107 / 0303108 / 0303109 / 0303110 / 0303111 0303112 / 0303114 / 0303115 |
| Jan./2008 a Dez./2012 | 0307010023 / 0307010031 / 0307010040 |
| PROCEDIMENTOS DE PERIODONTIA | |
| PERÍODO* | CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |

| | |
|--|---|
| Jan./2000 a Dez./2007 | 0302206 / 0302207 / 1002106 |
| Jan./2008 a Dez./2012 | 0307030016 / 0307030024 /0307030032 |
| PROCEDIMENTOS DE ENDODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2000 a Dez./2007 | 1004102 / 1004103 / 1004104 / 1004105 / 1004201 / 1004202 / 1004301 / 1004303 / 1004401 1004402 |
| Jan./2008 a Dez./2012 | 0307020037 / 0307020045 / 0307020053 / 0307020061 / 0307020088 / 0307020096 / 0307020100 |
| PROCEDIMENTOS DE EXODONTIA | |
| PERÍODO | CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2000 a Dez./2007 | 0304101 / 0304102 / 0304103 / 1005114 |
| Jan./2008 a Dez./2012 | 0414020120 / 0414020138 / 0414020146 |
| PROCEDIMENTOS DE PRÓTESE DENTÁRIA | |
| PERÍODO | CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS ANALISADOS |
| Jan./2000 a Dez./2007 | 1008204 / 1008213 / 1008214 / 1008303 / 1008304 / 1008402 / 1008403 / 1008404 / 1008405 / 1008406 / 1008407 / 1008408 |
| Jan./2008 a Dez./2012 | 0701070099 / 0701070102 / 0701070129 / 0701070137 / 0701070145 |

Com a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS em novembro de 2007, em janeiro de 2008, novos códigos de procedimentos passaram a ser utilizados a partir desse período.

Os procedimentos preventivos e restauradores foram classificados como procedimentos da atenção básica e os procedimentos de periodontia e endodontia como procedimentos da atenção especializada.

Desta forma, a presente investigação procurou responder se houve ou não impacto nas categorias integralidade e acesso após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, tomando-se como referência o período de 2001 a 2002, ou seja antes da implantação e o período após, de 2003 a 2011.

O SIA-SUS Sistema de informação para facilitar o planejamento, controle e avaliação do atendimento ambulatorial, foi implantado em 1993 como um aprimoramento contínuo para atendimento às Normas Operacionais do SUS. Seu conteúdo é composto por; Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade / Custo – APAC, Tabela de Procedimentos Ambulatoriais, Identificação individualizada dos procedimentos e Descrição de atributo. Tem como

razão capturar as informações referentes aos atendimentos ambulatoriais, executar o processamento da produção ambulatorial, gestão das informações relacionadas à assistência ambulatorial, planejamento, programação, regulação, avaliação e auditoria, programação pactuada integrada – PPI, acompanhamento e análise da evolução de custos ambulatoriais e a avaliação quantitativa e qualitativa das ações de saúde. Por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS (CGAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. A disponibilização da base de dados do SIAB na internet, faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS.

Atualmente, para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o monitoramento e favoreça a avaliação da atenção básica, o Departamento de Atenção Básica/SAS em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS DATASUS/SE vem investindo em sua reformulação, articulada com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção. Este processo está envolvendo todas as áreas técnicas do MS que implementam ações básicas de saúde e, posteriormente, será discutido nas instâncias de deliberação do SUS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados na forma de seis artigos:

Artigo 1: Submetido e aprovado pela Brazilian Oral Research
National Policy on Oral Health in Brazil: Integrality and Access

Autores:

Gilberto Alfredo Pucca Junior
Nilce Santos de Melo
Edson Hilan Gomes de Lucena
Moacir Paludetto Júnior
Maria Fátima de Sousa

Artigo 2: Publicado pela Brazilian Oral Research - 2010; vol. 24, suppl. 1
p. 26-32

Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the
Unified Health System

Autores:

Gilberto Alfredo Pucca Junior
Edson Hilan Gomes de Lucena
Patricia Tiemi Cawahisa

Artigo 3: Publicado pela Brazilian Oral Research - 2009; vol. 23, suppl. 1
p. 9-16

Oral Health Policies in Brazil

Autores:

Gilberto Alfredo Pucca Junior
José Felipe Riani Costa
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Sivestre

Artigo 4: Publicado pela Tempus – Actas de Saúde Coletiva – 2011; vol. 5 nº 3 p. 53-63

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde

Autores:

Edson Hilan Gomes de Lucena

Gilberto Alfredo Pucca Junior

Maria Fátima de Sousa

Artigo 5: Publicado pela Brazilian Dental Journal – 2012; vol. 23 nº 3 p. 241-245

Reorganization of Secondary and Tertiary Health Care Levels: Impact on the Outcomes of Oral Cancer Screening in the São Paulo State, Brazil

Autores:

Fernanda Campos Sousa de Almeida

Claudia Cazal

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Dorival Pedroso da Silva

Antonio Carlos Frias

Maria Ercilia de Araújo

Artigo 6: Publicado pela Cadernos de Saúde Pública – 2012; vol. 28 suppl. p. 81-89

Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil

Autores:

Paulo Sávio Angeiras de Goes

Nilcema Figueiredo

Jerlucia Cavalcanti das Neves

Fabiana Moura da Motta Silveira

José Felipe Riani Costa

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Maritza Sosa Rosales

National Policy on Oral Health in Brazil: Integrality and Access

Name of the authors:

Gilberto Alfredo Pucca Junior^A

Nilce Santos de Melo^B

Edson Hilan Gomes de Lucena^C

Moacir Paludetto Júnior^C

Maria Fátima de Sousa^D

Abstract:

This article discusses the component of oral health in the Unified Health System (UHS), named Smiling Brazil, taking into consideration two of its main fundamentals: integrality and increase of access. Understanding that integrality is one of the doctrinal principles of UHS that proposes to united actions directed to the materialization of health as a right and as a service, and access as a dimension of the offer of services relative to the capacity of producing services and answering the health necessities of a certain population. Thus, Smiling Brazil is guided in integrality of actions of oral health, articulating individual and collective, the promotion and prevention with the treatment and recovery of health in the population. After the establishment of this Policy, there was an increase in the insertion of Oral Health Teams in the Family Health Strategy; reduction of the number of municipalities without oral health in basic care; increase of coverage of oral health services in basic care and the creation of Dental Specialty Centers, seeking to assure the integrality of attention and increase of access.

Keywords: Oral Health; Health Policies; Public Health.

Introduction

The Unified Health System (UHS), which is the policy of the Brazilian State for health, is constituted by a set of health actions and services, provided by public federal, state and municipal organs and institutions, of direct

A) General-Manager of Oral Health – Ministry of Health – Brazil. Masters in Epidemiology of Aging – Federal University of São Paulo – São Paulo – São Paulo – Brazil.

B) Associate Professor II in University of Brasília – Doctorate in Odontology (Oral Pathology) by University of São Paulo.

C) Technical Assistant of General Management of Oral Health – Ministry of Health – Brazil. Masters in Health Sciences by University of Brasília – Brasília – Brazil.

D) Professor – Department of Collective Health – University of Brasília – Coordinator of the Center for Research in Public Health (CRPH) – University of Brasília. Doctorate in Health Sciences – University of Brasília – Masters in Social Sciences and specialist in Collective Health by Federal University of Paraíba.

and indirect administrations and foundations maintained by the government. It has as objective to identify and divulge conditioning and determining factors to health; the formulation of health policy destined to promote, in the economic and social fields, the reduction of disease risks and other hazards in establishing conditions to assure universal and equal access to actions and to services for their promotion, protection and recovery; and assistance to people through health actions, with integrated realization of assistant actions and preventive activities¹.

With UHS, it is possible to observe advancements related to decentralization and democratization policies to assure the right to health services. Among these advances, in the year 2004, the launch of the National Oral Health Policy (NOHP) named Smiling Brazil, stands out, which allowed new perspectives to dental attention in Brazil by proposing to reorganize the dental health attention model and increase access to oral health actions and services, assuring the continuity of the integral care and attention to individuals and families².

According to NOHP directives, Smiling Brazil is based on integrality of oral health actions, articulating individual and collective, the promotion and prevention with treatment and recovery of health in the population, besides assuring attention to any citizen in an urgency situation³.

Integrality is one of the doctrinal principles of UHS that proposes to unite actions directed to the materialization of health as a right and as a service. Its origins date back to the history itself of the Brazilian Movement for Health Reform, which, during the decades of 1970 and 1980, enclosed different movements to fight for better life conditions, of work in health and the formulation of specific policies to attend users⁴.

In this sense, this study sought to analyze the NOHP, Smiling Brazil, taking into consideration its content and priority strategies, characterizing itself in the perspective of integrality and increase of access.

Integrality

In Brazil, integrality started spearing on governmental discourses through the Program for Integral Assistance to the Health of Women⁵, in a

sense relation to the articulation between prevention and assistance. In this same direction, the texts that sustained the discussions in the 8th National Council on Health pointed to this principle⁶. Further, the Constitution incorporated it as one of the directives for UHS: integral treatment, with priority to preventive activities, without loss to assistant services. However Law 8,080/1990 refers to the integrality of assistance, understood as a set of articulated and continuous preventive and healing, individual and collective actions and services, demanded to each case in every complexity level of the system¹.

According to Paim and Silva⁷, Brazilian Health Reform originally contemplated integrality in at least four perspectives: a) how to integrate the promotion, protection, recovery and rehabilitation of health, composing levels of primary, secondary and tertiary prevention; b) as a form of professional covering the biological, psychological and social dimensions; c) as a guarantee of continuity of care in the different levels of complexity of the healthcare system; and d) as an articulation of a set of public policies related to a totality of change projects that levied on living conditions, health determinants and risks of illness, through intersectional action.

Giovanella et al.⁸, admit that healthcare organized in the perspective of integrality of attention should adopt the following assumptions: a) primacy of actions for promotion and prevention; b) assurance of attention on three complexity levels of assistance; c) articulation of actions of promotion, prevention, cure and recovery; and d) the integral approach to individuals and families.

Based on the revision of the literature written by Paim and Silva⁸, five conditions for the adoption of integrality were identified: care, practice, program, policy and system.

Access

Access to healthcare is a multifaceted and multidimensional theme involving political, economic, social, organizational, technical and symbolic aspects, in establishing paths for the universalization of care⁹. Access to healthcare has been an objective of analysis in international literature¹⁰. In the

Brazilian context, the current NOHP seeks to increase and assure dental care to the population beyond the presupposed reorganization of basic care, meaning, it seeks to develop practices based on vigilance in health through actions of promotion, prevention, treatment and rehabilitation, with attention due and with actions organized in every level of care, maintaining the principle of integrality and universal access⁴. The concept of access should be taken in a distinct form of the concept of accessibility, and this is related to the perception of health needs and its materialization in the use of services¹¹. In his turn, Donabedian¹² distinguishes two dimensions of accessibility: social-organizational and geographic and indicates that these dimensions are inter-related. Silva et al.¹³ defend that the use of services overcomes the physical presence of resources, depending more on the coherence of the technological standard with the type of demand imposed. Yet Souza¹⁴ defines access in basic care as the interrelation established among individuals, family and community, administrators and Family Health Strategy teams (FHS) permeated by the link and co-responsibility, in a permanent exercise of generating opportunities and capabilities among subjects in processes of caring for health-illness-death as expressions of respects, autonomy and participation.

Components of National Oral Health Policy – Smiling Brazil

In 2003, by order President of the Republic, the Ministry of Health initiates the formulation of the current NOHP and seeks in the historical construction of researchers, technicians, and organized social movements linked to Brazilian Health Reform and National Council of Health Secretaries, the National Council of Municipal Health Secretaries and the National Health Council, the formulation of the Smiling Brazil, which is finally legitimized in the approval of the 3rd National Conference on Oral Health. The release of Smiling Brazil is not only the NOHP, but also the Oral Health component of the UHS. Thus began the development of a NOHP that rescued the right of the Brazilian citizen to dental care, through government actions articulated in the principles of UHS¹⁵.

Thus, the NOHP is structured in six important components:

- **Reorganization of Basic Case in Oral Health:** expansion of Oral Health Teams (OHT) in the FHS;
- **Expansion and Qualification of Specialized Care:** service deployment of medium complexity in oral health, through the Dental Specialty Centers (DSC) and the Regional Laboratories of Dental Prosthetics (RLDP);
- **Dental Care in Tertiary Attention:** dental treatment in a hospital environment for people with special needs and dental care in the Units and Oncology Service Centers (UNACON and CACON);
- **Promotion and prevention:** expanding the network of fluoridated public water supply;
- **Restructuring and Qualification:** donation of dental equipment and funding of research in collective oral health, and
- **Surveillance and monitoring:** deployment of a network of collaborating centers for oral health vigilance and transversal epidemiological research in oral health,

Methodology

When considering the principles of completeness and expansion of access, the study of characteristic type evaluative ex-post was to cut the programmatic NPSB launched in 2004.

Used secondary data extracted from the Outpatient Information System by UHS (OIS/UHS), Room Support Strategic Management Ministry of Health (RSSM/MH) and the National Health Fund (NHF).

The data analyzed refer to the implementation and financing of the OHT as well as oral health procedures performed by the UHS. The period of analysis deploying of the OHT understood the years 2002-2012. The analysis of procedures performed in oral health UHS comprised the period between the years 2000 to 2012 and considered clinical procedures, preventive and rehabilitative oral health performed in UHS described in Table 1.

| PREVENTIVE PROCEDURES | |
|-----------------------|-----------------------------|
| PERIOD | CODE OF PROCEDURES ANALYZED |
| | |

| | |
|--------------------------------|---|
| 2000/jan. to 2007/dec. | 0301101 / 0301102 / 0301103 / 0301104 / 0301105 / 0302201 / 0302202 / 0302203 / 0302204 |
| 2008/jan. to 2012/dec. | 0101020015 / 0101020023 / 0101020031 / 0101020040 / 0101020058 / 0101020066 / 0101020074 / 0101020082 / 0101020090 |
| RESTORATIVE PROCEDURES | |
| PERIOD* | CODE OF PROCEDURES ANALYZED |
| 2000/jan. to 2007/dec. | 0303103 / 0303104 / 0303105 / 0303106 / 0303107 / 0303108 / 0303109 / 0303110 / 0303111 / 0303112 / 0303114 / 0303115 |
| 2008/jan. to 2012/dec. | 0307010023 / 0307010031 / 0307010040 |
| PERIODONTICS PROCEDURES | |
| PERIOD* | CODE OF PROCEDURES ANALYZED |
| 2000/jan. to 2007/dec. | 0302206 / 0302207 / 1002106 |
| 2008/jan. to 2012/dec. | 0307030016 / 0307030024 / 0307030032 |
| ENDODONTICS PROCEDURES | |
| PERIOD* | CODE OF PROCEDURES ANALYZED |
| 2000/jan. to 2007/dec. | 1004102 / 1004103 / 1004104 / 1004105 / 1004201 / 1004202 / 1004301 / 1004303 / 1004401 / 1004402 |
| 2008/jan. to 2012/dec. | 0307020037 / 0307020045 / 0307020053 / 0307020061 / 0307020088 / 0307020096 / 0307020100 |
| EXTRACTION PROCEDURES | |
| PERIOD* | CODE OF PROCEDURES ANALYZED |
| 2000/jan. to 2007/dec. | 0304101 / 0304102 / 0304103 / 1005114 |
| 2008/jan. to 2012/dec. | 0414020120 / 0414020138 / 0414020146 |
| PROSTHESIS DENTISTRY | |
| PERIOD* | CODE OF PROCEDURES ANALYZED |
| 2000/jan. to 2007/dec. | 1008204 / 1008213 / 1008214 / 1008303 / 1008304 / 1008402 / 1008403 / 1008404 / 1008405 / 1008406 / 1008407 / 1008408 |
| 2008/jan. to 2012/dec. | 0701070099 / 0701070102 / 0701070129 / 0701070137 / 0701070145 |

* With the approval of the Schedule of Procedures, Drugs, Orthotics, Prosthetics and Special Materials - OPM's Unified Health System - UHS in November 2007, and implementation in January 2008, new codes of procedures started to be used from that period.

From this table, the preventive and restorative procedures were classified as primary care procedures and the procedures of periodontics and endodontics as procedures for specialized care.

To perform the analysis of procedures performed in oral health in UHS it was considered the codes described in Table 1. Data were extracted from the Outpatient Information System by UHS (OIS/UHS), and after collection and used the technique of "moving average" that has a characteristic mitigate annual fluctuations in the data informed^{17,18}. After the use of the "moving average", we obtained a time series of procedures from 2001 to 2011.

Results

Oral Health Teams in the Family Health Strategy

A new perspective for oral health in Basic Care arises in the early 2000s, with the insertion of the dental surgeon, the assistant in oral health, and the oral health technician in what was then referred to as Family Health Program¹⁹.

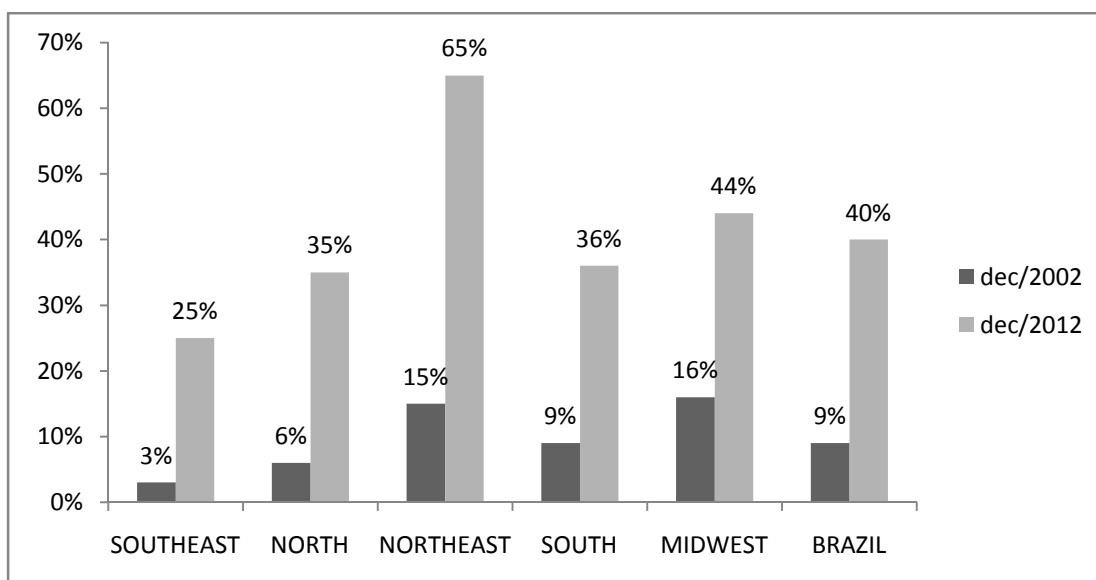
However, integrality understood as integration between levels or between promotional and rehabilitative actions requires good coverage of primary care to allow the interface and appropriate use of oral health services. This use, in turn, can also be influenced by the accessibility of services, understood as the relationship between the obstacles imposed by the services and the powers of the users to overcome such difficulties¹⁹.

In this sense, it is important to highlight that in the last ten years, after the implementation of Smiling Brazil, the number of OHT in the FHS passed from 4,261 (Dec. 2002) to 22,203 (Dec. 2012), an increase superior do 420%^{20,21}.

The greater increase in OHT was registered in the Southeast Region (718%), followed by Regions North (576%), Northeast (372%), South (348%) and West-Center (242%)^{20,21}.

The population coverage of OHT in Brazil increased more than 340%, from 9% coverage in 2002 to 40% in 2012. Although the Southeast has the smallest population coverage (25%) of OHT, was the region that most

increased their coverage (733%) between 2002 and 2012, going from 3% to 25%. The Northeast is the region that has the highest population coverage (65%) (Graph 1)^{20,21}.



Graph 1. Population coverage in Oral Health Teams by region, Dec/02 to Dec/12.

Financial incentives for deployment of OHT had increases in the period from 2002 to 2012, increasing 140% to mode I and 240% to mode II to. Now the monthly funding resources over the same period were increased by 106% and 124%, respectively^{20,21}.

Dental Specialty Centers (DSC)

An important strategy of Smiling Brazil to organize and structure the Network of Secondary Care in Oral Health in Brazil was through the creation and implementation of DSC, which are health facilities that provide services of medium complexity in oral health¹⁹.

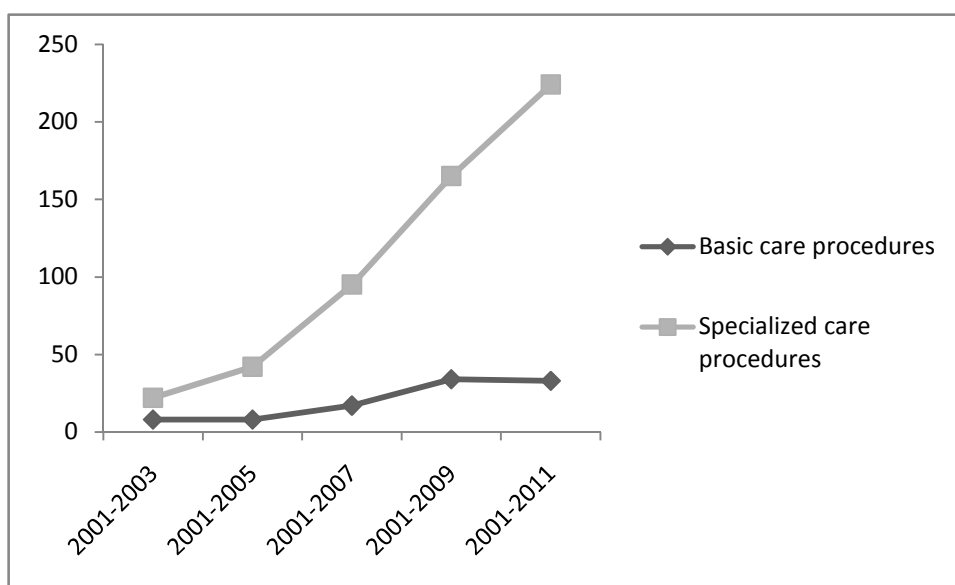
These establishments are designed to ensure the reference and counter reference for OHT in Primary Care aiming thereby to comprehensive care in health oral⁴.

DSCs are placed as central devices of Smiling Brazil because, through them, would be assured the continuation of care, which is a critical aspect for integrality³.

The implementation of these services began in 2004, and by January 2013 there are already implemented 951 DSCs in Brazil.

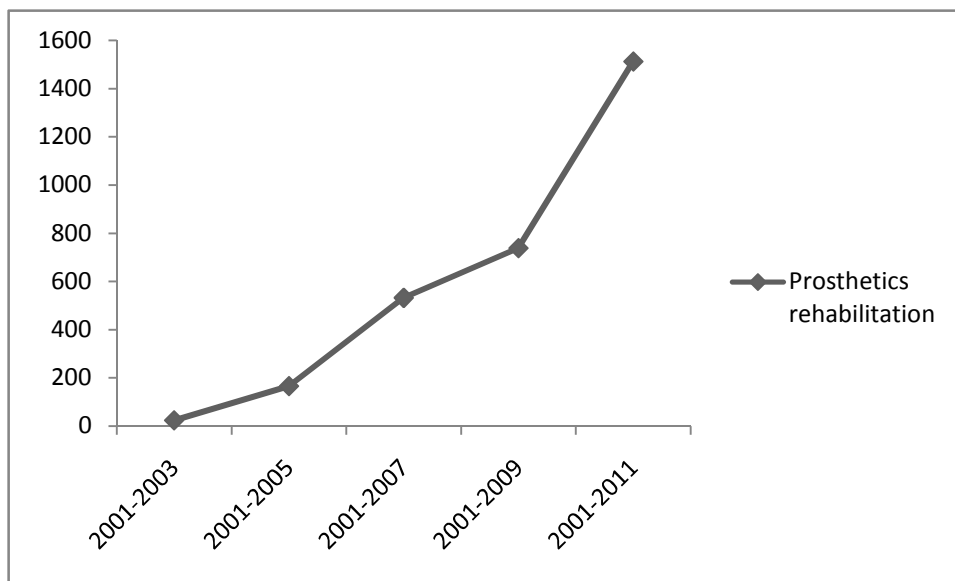
Oral health procedures performed by UHS

Thus, when comparing the production of procedures of primary care in Brazil between 2001 and 2007, there was an expansion of 17%, and between 2001 and 2011 an expansion of 33%. Similarly, when comparing the production of procedures of specialized care in Brazil between 2001 and 2007, there was an expansion of 95%, and between 2001 and 2011 an increase of 224% (Graph 2). These expansions are in line with the increased coverage of OHT in Basic Care in Brazil as well as the creation and implementation of DSC.



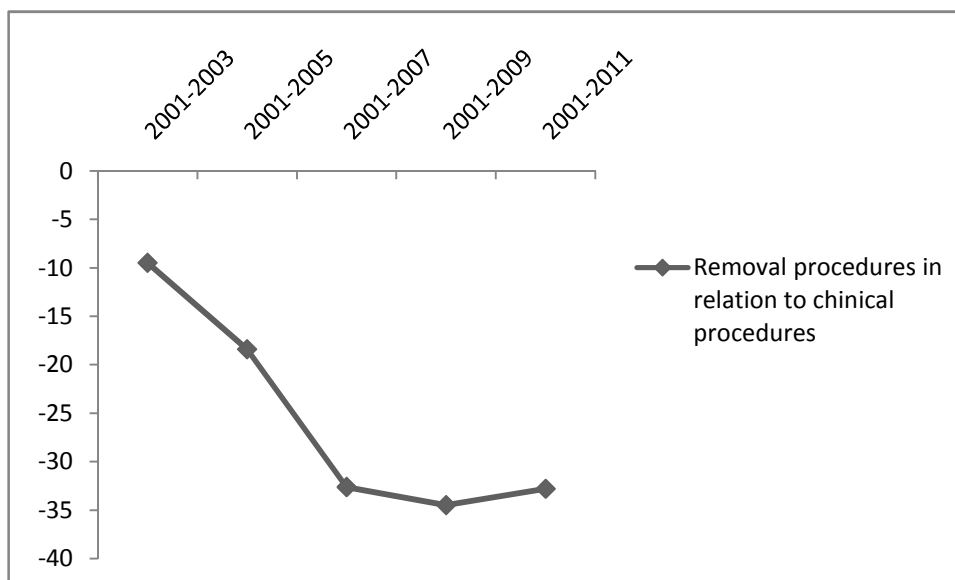
Graph 2. Percentage evolution in basic care procedures and specialized care in UHS, 2001 to 2011.

When we analyze the expansion in supply of prosthetic rehabilitation in UHS, between the times of 2001 to 2007, there was an increase of 5 times of these procedures, and between 2001 and 2011, the increase was 15-fold (Graph 3).



Graph 3. Percentage evolution of prosthetics rehabilitation in UHS, 2001 to 2011.

As the proportion of removal procedures in relation to clinical procedures, it showed a downward trend to be reduced by 18.4% in 2005 and 32.8% in 2011, when compared to 2001 (Graph 4).



Graph 6. Percentage evolution of the proportion of removal procedures in relation to clinical procedures, 2001 to 2011.

Discussion

According to a study of Chaves et al.¹⁹, analyzing the factors relevant to the integrity in oral health care, the best results are found where

the FHS is the form of organization of the municipal health system, with emphasis on a structured and articulate network services, able to operationalize the reference and counter reference of users.

One of the variables that most affect the completeness is the expansion of services in relation to basic and specialized care. Accessibility to services, understood as the relationship between the constraints imposed by the authorities and the powers of the users to overcome such difficulties, contributes to the proper use of the service²². Factors associated with greater service use are adequate supply of procedures according to population needs, organizational and geographical accessibility, and the definition of a health professional to monitor each case, especially for specialized procedures²³.

The expansion of OHT in primary care and deployment of DSC and RLDP constitute relevant strategies for the comprehensive care under the NOHP²⁴.

According to data from the National Survey on Oral Health - SB Brazil 2010, there was a reduction of 13 percentage points in the number of children at the age of 12 years, affected by caries, from 69% in 2003 to 56% in 2010. This decline corresponds to a 19% decrease in the prevalence of caries. The DMF index to 12 years was 2.1, representing a reduction of 26% in 7 years. This means that about 1.6 million teeth are no longer affected by caries in children of 12 years between 2003 and 2010. According to the criteria of the World Health Organization (WHO), Brazil emerged from a condition of average prevalence in caries (DMF from 2.7 to 4.4) in 2003, to a condition of low prevalence (DMF between 1.2 and 2.6) in 2010. In adolescents, reduction of the number of teeth that were spared from attack by caries, compared to 2003, was approximately 18 million. The needs of dental prostheses by teenagers fell by 52% and 70% in adults. Among adults, the prominent trend reversal occurred because the teeth extractions come ceding ground to restorative treatments²⁵.

With regard to access to oral health services, according to results of the National Household Sample Survey, in 1998, 18.7% of the population had never been to the dentist. In 2003, the number rose to 15.9%. Already in 2008, fell to 11.7%. In absolute numbers, this means an increase in access to more

than 22 million people. Between 1998 and 2003, access to dental care increased 4% (5 million people). Between 2003 and 2008, that is after the implementation of Smiling Brazil access expanded 3 times more, rising 12% (17.5 million people)²⁶.

Conclusions

Advances in oral health through the National Oral Health Policy, Smiling Brazil, are very positive. Since its release, many changes have occurred in the field of public policies for oral health in Brazil. Expansion of insertion of Oral Health Teams in the Family Health Strategy; Reduction in the number of municipalities without oral health in primary care, increasing access to oral health services, reduction of oral health indices, creation of Dental Specialty Centers and Regional Dental Prosthesis Laboratories, among others.

Smiling Brazil has allowed the expansion of access to all age groups and offer more services, ensuring attendance at primary, secondary and tertiary levels to ensure integrated care.

The actions proposed by Smiling Brazil should be articulated with the primary care and its implementation can only take effect in ensuring the integrality with adequate supply of oral health services and reducing barriers of oral health services, good rate of use by users.

However, a major challenge is to influence the process of working in oral health, organizing health actions in perspective for integration and universal access, related to continuous attention, through actions carried out in conjunction to promote the coordination of care between the various services.

References

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 20 set. 1990.
2. Junior GAP, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. Braz oral res. 2009;23:9-16.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

4. Pinheiro R. Integralidade em saúde. [Internet]. Available in: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/integralidade.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
6. Abrasco. Pelo direito universal à saúde. [Contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde; 1985 Novembro; Rio de Janeiro, Brasil].
7. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol. Inst. Saúde. 2010; 12(2):1-8.
8. Giovanella L, Lobato L de VC, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 2002; 26 (60): 37-61.
9. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004; 20 (05):1411-1416.
10. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 547-573.
11. Ribeiro C. A integralidade e seus percursos no SUS. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012. 17(11):2865-2875.
13. Knight AW, Padgett J, George B, Dato MR. Reduced waiting times for GP: two examples of "advanced access" in Australia. Med J Aust; 2005. 183(2):101-103.
14. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública; 2004. 2 (S): 190-198.
15. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York ; Oxford University Press; 2003.
16. Morettin PA e Toloí CMC. Previsão de séries temporais. São Paulo: Atual;1985.

17. Morettin PA e Toloí CMC. Análise de séries temporais. São Paulo: Edgard Blücher; 2006.
18. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso dos serviços de saúde: evidências de análise estratificada. Rev Saúde Pública; 2000. 34 (1); 44-49.
19. Pucca Junior GA, Lucena EHG; Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. Braz. oral res., São Paulo, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242010000500005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2013.
20. Coordenação Geral de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Available in: http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php
21. Frenk JM. El concepto y la medición de accesibilidad. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1992. p.929-43.
22. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saude Publica. 2001;17(4):819-32.
23. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S, organizador. A luta do Cebes. São Paulo: Lemos; 1997.
24. Coordenação Geral de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SBBrasil 2010: projeto técnico. Available in: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2008). Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

List of Figures:

Graph 1. Population coverage in Oral Health Teams by region, Dec/02 to Dec/12.

Graph 2. Percentage evolution in basic care procedures and specialized care in UHS, 2001 to 2011.

Graph 3. Percentage evolution of prosthetics rehabilitation in UHS, 2001 to 2011.

Graph 4. Percentage evolution of the proportion of removal procedures in relation to clinical procedures, 2001 to 2011.

Table 1. Procedure codes listed for analysis oral health examination according to their duration.

Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System[§]

Gilberto Alfredo Pucca Junior^(a)
Edson Hilan Gomes de Lucena^(b)
Patricia Tiemi Cawahisa^(c)

^(a)National Coordinator of Oral Health, Ministry of Health, Brazil. MSc in Epidemiology of Aging, São Paulo School of Medicine, Federal University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

^(b)Technical Advisor of the National Coordination of Oral Health, Ministry of Health, Brasília, DF, Brazil.

^(c)Technical Advisor of the National Coordination of Oral Health, Ministry of Health, Brasília, DF, Brazil. MSc in Dentistry, University of Maringá, PR, Brazil.

Abstract: This article discusses the model of oral health care implemented in the Unified Health System of Brazil in the last decade. This model was conceived as a sub-sector policy that, over the years, has sought to improve the quality of life of the Brazilian population. Through a chronological line, the study presents the National Policy on Oral Health as a counter-hegemonic patient care model for the dentistry practices existing in the country before this policy was implemented. The reorganization of the levels of oral health care, the creation of reference facilities for secondary and tertiary care, through Centers of Dental Specialties and Regional Dental Prosthesis Laboratories, and the differential funding and decentralized management of financial resources were able to expand the actions of oral health for more than 90 million inhabitants. The evolution shown after the deployment of the National Oral Health Policy, as of 2004, demonstrates the greater integration of oral health care under the Unified Health System and provides feedback information to help this policy to continue to be prioritized by the Federal Government and receive more support from the state and local levels in the coming years.

Descriptors: Dental Health Services; Oral Health; Health Policy; Public Health.

[§]Paper presented at the "Promotion of Oral Health in the Public and Private Context" National Symposium, held at the 15th Congress of the Brazilian Association for Oral Health Promotion (ABOPREV), May 27-29, 2010, Brasília, DF, Brazil.

Corresponding author:

Gilberto Alfredo Pucca Junior
SHIS, QL 10, conjunto 2, casa 15, parte 3,
Lago Sul.
Brasília - DF - Brazil
CEP: 71630-025
E-mail: gilberto.pucca@saude.gov.br or
gilberto.pucca@ig.com.br

Introduction

The Health System of Brazil (Unified Health System - UHS) consists of a set of actions and health services provided by agencies and federal, state and local public institutions, of direct and indirect administrations, and foundations maintained by the Government. It aims to identify and publicize the conditioning factors and health determinants for the formulation of health policy designed to reduce the risk of diseases and other health problems, by reformulating the economic and social policies, establishing conditions that ensure equal and universal access to the actions and services designed for the promotion, protection and recovery of health. The third aim of the UHS was to provide healthcare to the people by carrying out integrated care actions and preventive activities.^{1,2}

However, for years, dental care in the Brazilian public service has been characterized by providing care to restricted population groups, such as students. Moreover, the care was focused on dental caries and periodontal disease. The rest of the population was excluded and dependent on purely curative and mutilating services. This resulted in a low service

Received for publication on Jun 16, 2010
Accepted for publication on Jul 26, 2010

coverage and poorly solving care, which has become the target of criticism by the actors involved.³

The current stage of construction of the Unified Health System (UHS) has created the possibility of actions that allow attending to the needs of all people (principle of universality), thereby allowing them access to all dental and general health needs (principle of comprehensiveness), and offering more to those who need it the most (principle of equality). According to Narvai,⁴ to promote transformation, the Public Oral Health sector needed to build an agenda that took into account those relevant actions.

The Final Report of the 3rd National Conference on Oral Health (NCOH)⁵ demonstrated how this agenda should be established. The document was the expression of a process that had the direct participation of about 90,000 people across the country. The final report noted that “the conditions of oral health and the condition of teeth were, undoubtedly, one of the most significant signs of social exclusion. Therefore, the problems in this area required more than assistance-oriented actions undertaken by competent professionals. Intersectoral policies were necessary, as well as the integration of preventive, curative, and rehabilitation actions, and focusing on health promotion, universalization of access, public accountability of all segments of society and, above all, commitment of the State with the involvement of institutions of the three spheres of government”.

In that context, the federal government devised and launched the National Policy for Oral Health. This policy had been built for many years in Brazil by various sectors of society, linked to social movements by public health professionals and advanced organizations. For the organization of this model, it was essential to create lines of care by creating flows involving resolute actions by health teams, focusing on receiving, informing, answering and forwarding.⁶

Contextualization of the National Oral Health Policy

In 2003, the Ministry of Health published the broadest survey on oral health conducted so far – the National Epidemiological Survey on Oral

Health – which produced information about the status of oral health in the Brazilian population in order to support the planning and evaluation of actions in this area at different levels of management of the Unified Health System (UHS). In this survey, 108,921 people were examined, including babies (18-36 months old), children (5 years old), adolescents (12 and 15-19 years old), adults (35-44 years old) and the elderly (65-74 years old).⁷

The group of 12 years of age had, on average, 2.8 teeth with caries experience in the permanent dentition. The group between 15 and 19 years old had, on average, 6.2 teeth with this condition. For these ages, the lowest rates were found in the Southeast and South regions of the country, while the highest averages were found in the Northeast and Midwest. As to adults, the average Index of Decayed, Missing and Filled Permanent Teeth (DMF-T) was 20.1 in the 35-44 years age group, and 27.8 in the 65-74 years age group. In these groups, it was also noted that the regional differences in the components of the DMFT index were repeated: the North and Northeast had higher scores of decayed and missing teeth when compared with the other regions. In children and adolescents, the main problems were untreated caries, while in adults and the elderly, tooth loss arose as a more serious problem. Only 10% of seniors had 20 or more teeth, 75% did not show any functional teeth and 36% did not have dentures.⁸

Aiming to overcome the inequalities brought about by the traditionally hegemonic logic of care, the abandonment of and lack of commitment to the oral health of the population, the current guidelines of the National Policy for Oral Health (NPOH) were established in 2004 in Brazil. These guidelines aim to ensure the actions of promotion, prevention, rehabilitation and maintenance of oral health of Brazilians. These goals pursue the reorganization of the prevailing practices and the qualification of the actions and services provided, by assembling a series of oral health actions directed at citizens of all ages, by strengthening primary care, and ensuring universal access and the provision of full-fledged oral health care services as structural axes.

The National Policy for Oral Health was established and linked to other public health policies,

with the following main lines: reorganization of Primary Care (especially by means of the Oral Health Teams of the Family Health Strategy); reorganization of Specialized Care (through deployment of Centers of Dental Specialties and Regional Dental Prosthesis Laboratories); addition of fluoride in the public water supply; and oral health surveillance.^{9,10}

The guidelines of the National Oral Health Policy were set to meet the requirements established by the Constitution of Brazil (Chapter II, Section II, Article 196; 1988): *“Health is a right for all and a duty of the state, guaranteed by social and economic policies aimed at reducing the risk of disease and other health problems and the universal and egalitarian access to actions and services for its promotion, protection and recovery.”* Thus, it became essential to understand health in a comprehensive and universal way, not only with regard to access to services, but also considering social inequalities, seeking policies that could reduce these social inequities.¹¹

The public dental care in Brazil was historically restricted almost entirely to basic services, featuring a low capacity to offer secondary and tertiary care services, thus resulting in inadequate oral health systems of referral and counter-referral in almost all local and regional facilities.¹²

Reorganization of Primary Oral Health Care

The Family Health Strategy (FHS) has become the main developing program of the reorganization of primary health care services. It aimed to reformulate the work process observed in the context of the Unified Health System (UHS). It was also focused on health surveillance through health promotion, prevention and recovery, based on the new concept of the health-disease process, and on the family and organized actions in a defined territory. It became the UHS care model and was designed by the Ministry of Health as an alternative to promote the reform of health actions, considering that the hegemonic model of care entailed a mismatch between the UHS principles and the actual deployment of the health system.¹³

Understanding oral health as part of this process

and its incorporation into the FHS has been deemed as a chance to break the excluding oral health care models based on a curative approach, and on technicality and biologicism. The FHS has as one of its principles the active search for families, and not only articulates the proposed health surveillance based on comprehensiveness. In this new model, families are viewed as the primary social nucleus, serving as an invitation to the exercise of citizenship for those who often find themselves on the margins of society.

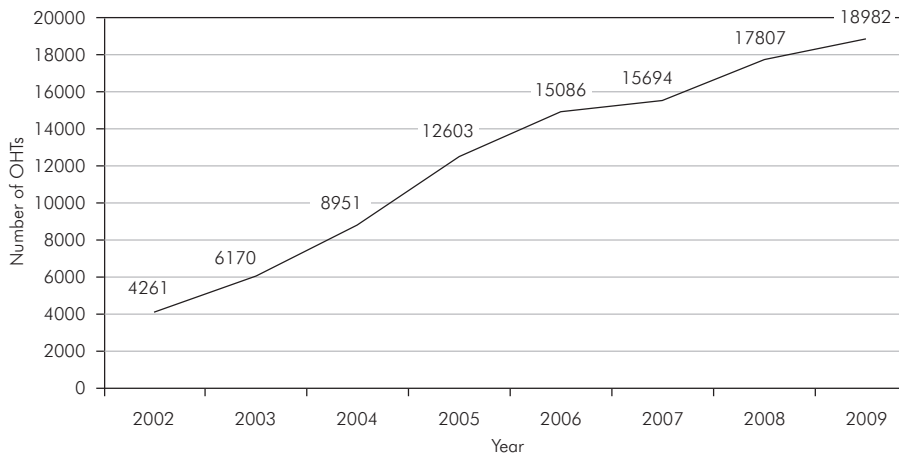
The official incorporation of the dentist in the family health team occurred only in 2000, because the National Household Sample Survey (NHSS) in 1998 found that access to dentists was extremely limited at the time. The Ministry of Health established, by Ordinance No.1444, the financial incentive for the inclusion of oral health teams in the FHS,^{10,14} which allowed an expansion of their deployment in Brazil.

From December 2002 to December 2009, the number of Oral Health Teams (OHT) in the Family Health Strategy (Graph 1) increased from 4,261 to 18,982 (345.5%), covering 4,717 municipalities, which corresponds to 84.8% of Brazilian cities (Graph 2).

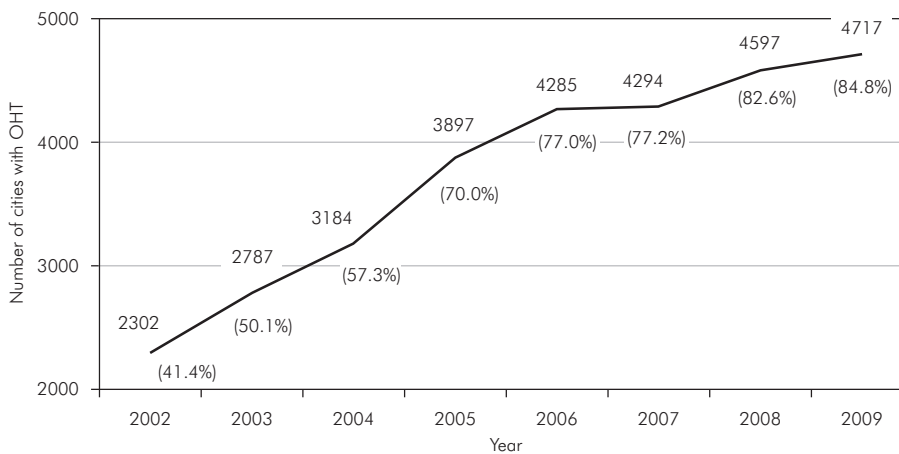
The highest growth was recorded in the Southeast (525.5%), followed by the North (477.7%), Northeast (328.8%), South (289.8%) and Midwest (181.6%) regions. The state with the highest percentage increase in the number of teams was Rio de Janeiro (1,580%), followed by Roraima (1,250%), Pará (1,135.3%) and Amapá (816.6%). The only federal unit that recorded a reduction in the number of teams was the Federal District, where the number fell from 20 to 7 between December 2002 and December 2009.

Access to oral health services and actions of the National Health System made a considerable leap. From December 2002 until December 2009, coverage of the OHNP went from 26.1 million to 91.3 million, an increase of 250%.

Thus, the percentage coverage of the Brazilian population grew from 15.2% in January 2002 to 53.2% in December 2009. The highest coverage is in the Northeast (75%), followed by the Midwest



Graph 1 - Oral Health Teams (OHT) deployed. Brazil, December 2002 to December 2009.



Graph 2 - Municipalities with Oral Health Teams (OHT) implemented. Brazil, December 2002 to December 2009.

(51.1%), North (47.8%), South (44%) and Southeast (29%) regions.

The investment in the National Oral Health Policy grew 944.2% from 2002 to December 2009. During this period, the value invested rose from US\$ 30,899,396 per year to US\$ 322,648,905 per year (Graph 3).

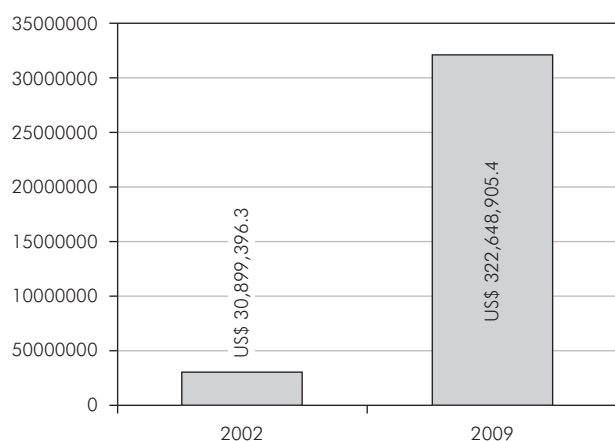
In October 2009, the Ministry of Health, through Decree no. 2,372, created a plan for the supply of dental equipment for the Oral Health Teams of the Family Health Strategy. Each regular team received a complete dental office. The strategy intended to reorganize primary oral health care, and to render more efficient the basic oral health actions.¹⁵ Besides the main goal of improving the working conditions for dentists, this action had an economic benefit as well, by saving public funds. The equipment being purchased in large quantities through the bidding process by the Ministry of Health was cheaper than

if it were to be bought individually for each municipality. The publication of this Ordinance also allowed the municipal managers to invest the entire deployment feature set by the Ministry of Health for each OHT deployed (a lump sum of US\$ 3,802.28) in the acquisition of other equipment and instruments necessary to carry out the clinical activities of the OHT.

Constitution of a specialized oral health network

The role of oral health secondary services in Brazil is two-fold: to offer specialty dental treatment, and to offer treatment plans made by dental specialists to referred users, where the treatment is finalized in primary care facilities after cross-referral of the case, i.e. acting as a consulting dental service.^{16,17}

Data from the last national epidemiological survey on oral health conducted in Brazil⁷ and selected



Graph 3 - Investments of the Ministry of Health in oral health. Brazil, 2002-2009.

data from the National Household Sample Survey (NHSS) from 1998¹⁸ and 2003¹⁹ showed that the major oral health problems to be faced was dental caries, its consequences (pain and tooth loss), and the lack of access to oral health actions and services. In addition, social inequalities were observed through analysis of the indicators of the health-disease process, involving inequities in the disease and in the service use patterns, to the detriment of those at higher social risk.²⁰ Reducing socioeconomic disparities and targeting public health measures at the more vulnerable groups remain a challenge for all those involved in formulating and implementing public policies in Brazil.²¹

For the implementation of the specialized oral health network in Brazil, the Ministry of Health created the Centers of Dental Specialties (CDS) which, according to Decree no. 599/MO of March 23, 2006, are to be reference facilities to perform specialized procedures that are not offered by the primary care network. These specialized procedures include oral diagnosis, with emphasis on the detection and diagnosis of oral cancer, periodontal procedures, minor oral surgery of hard and soft tissues, endodontic procedures, and providing care for patients with special needs.²²

The number of Centers of Dental Specialties (CDS) increased 708% between October 2004 and December 2009 (Graph 4). The largest number of CDSs is in the Northeast (314) followed by the Southeast (289), South (102), North (53) and Mid-

west (50) regions.

Given the demand for prosthetic rehabilitation and the prospect of comprehensive oral health care, the Ministry of Health started to fund the setting up of Regional Dental Prosthesis Laboratories (RDPL). According to Decree no. 599/MO of March 23, 2006, RDPLs are establishments that can perform total and partial dentures, and/or full crown prostheses.²² Investment in equipment installations in dental laboratories and training of Dental Prosthesis Technicians (DPT) and Dental Prosthesis Assistants (DPA) of the UHS network for deployment of these services are being conducted under the National Oral Health Policy.

Until April 2010, 530 RDPLs were installed in Brazil, representing an investment of US\$ 13,758,194 in five years (Graph 5).

Funding oral health research

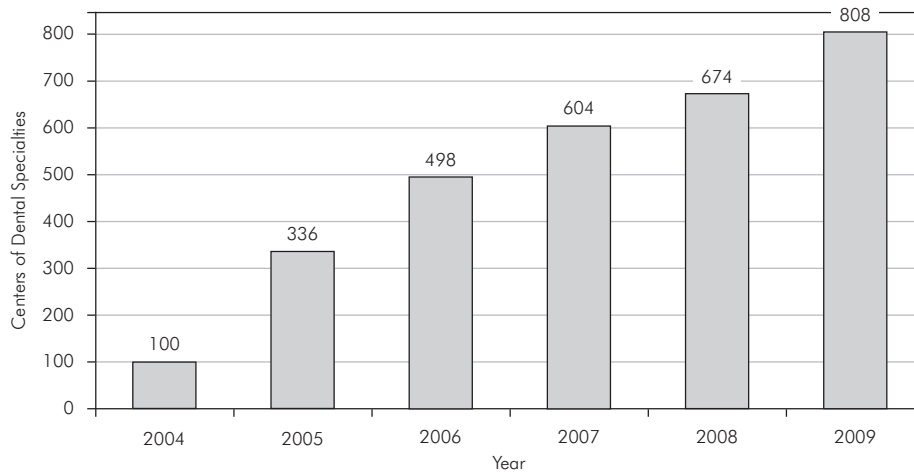
The National Oral Health Policy has invested, between 2005 and 2008, US\$1.1 million in funding for oral health research. The research projects thus financed aimed to expand knowledge about the area, and to contribute to the development of public actions. Consequently, the health conditions of the Brazilian population would be improved, and regional and socioeconomic inequalities overcome.

The Unified Health System (UHS) served as a reference for the research conducted, with the aim of strengthening the interaction between field studies, health services, research laboratories, the public and private sectors, and academic institutions, all in line with the guidelines of the National Oral Health Policy. Studies are underway and results are expected to be released in 2011.

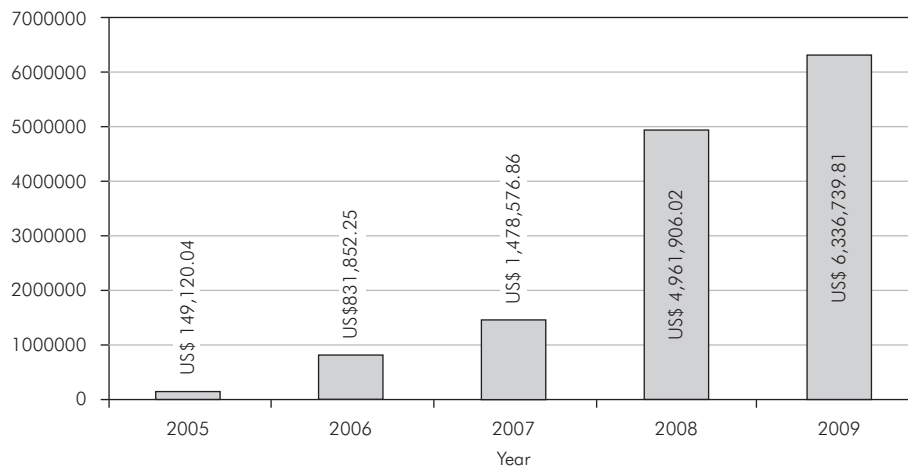
Oral health surveillance

As of the year 2006, the Ministry of Health, through the National Coordination of Oral Health, established a Technical Advisory Committee for the structuring and implementation of the Oral Health Surveillance approach (TAC-OHS) within the National Oral Health Policy through Ordinance no. 939, of December 21, 2006. In its Article 4, the powers of the TAC-OHS are defined:

I. To assist the Technical Department of Oral



Graph 4 - Number of Centers of Dental Specialties (CDS). Brazil, October 2004 to December 2009.



Graph 5 - Federal funds invested in the production of dental prosthesis. Brazil, 2005-2009.

Health - DAB / SAS / MH in establishing guidelines and defining strategies in the area of Oral Health Surveillance, considering the organization and epidemiological characteristics of federal, state and municipal health services.

- II. To propose criteria for the validation of data from information systems of the UHS, as well as strategies for the institutionalization of Oral Health monitoring and surveillance.
- III. To propose actions encouraging and promoting the production of knowledge and research on Oral Health.²³

The Ministry of Health is conducting, between the years 2009 and 2010, the National Survey on Oral Health - OH Brazil 2010. This is an important initiative that institutionalizes the Health Surveillance of the National Dental Health Policy component. Its predecessors were the epidemiological sur-

veys of 1986, 1996 and 2003. This research has the objectives of determining the oral health condition of the Brazilian population in 2010 and supporting the planning of actions and services at the different levels of management of the Unified Health System, thus contributing to the structuring of a national system of oral health epidemiological surveillance.

Conclusions

With the implementation of the National Oral Health Policy, a set of actions in the individual and collective areas has been developed, involving health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. These actions are developed through the exercise of democratic and participatory practices, and through the teamwork of the personnel responsible for providing oral health care, taking into account the specific dynamics of the ter-

ritory in which they live. Thus, the NOHP is articulated with other public policies, health oriented or otherwise, based on the concept of oral health as an integral and inseparable part of an individual's general health.

The actions undertaken have contributed in innumerable ways to improve access to and the quality of dental care for Brazilians, showing that it is possible to offer quality and comprehensive dental care within the Unified Health System.

References

1. Brasil. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília 1990 set.
2. Junqueira SR, Pannuti CM, Rode SM. Oral Health in Brazil – part I: public oral health policies. *Braz Oral Res.* 2008;22 Suppl 1:8-17.
3. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Cien Saude Colet.* 2005;10 Suppl:297-302.
4. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública.* 2006;40 N° espec:141-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. 2004. [cited 2010 jan.] Available from: <http://www.saude.gov.br/bucal>.
6. Pucca JR GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet.* 2006;11(1):243-6.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde; 2004. 68 p. [cited 2010 mar]. Available from: <http://www.saude.gov.br/bucal>.
8. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre M. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica [Internet] Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p. [cited 2010 abr]. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, 2004. [cited 2010 mar]. Available from: <http://www.saude.gov.br/bucal>.
10. Pucca Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009;23 Suppl 1:9-16.
11. Ibanhes LC, Heimann LS. A equidade nos anos 90 e sua emergência no campo da saúde. In: Um olhar sobre os 12 anos do SUS. Boletim do Instituto de Saúde. 2002;1(1)10-11.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 2004.
13. Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Odontol.* 2001;2(1):7-29.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444/GM Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília 2000 dec 28.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.372/GM Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2009 oct 9.
16. Fairbrother KJ, Nohl FSA. Perceptions of general dental practitioners of a local secondary care service in restorative dentistry. *Br Dent J.* 2000;188(2):99-102.
17. Pedrazzi V, Dias KRHC, Rode SM. Oral Health in Brazil – Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). *Braz Oral Res* 2008;22 Suppl 1:18-23.
18. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002;7(4):709-17.
19. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006;11(4):999-1010.
20. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenis W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):237-43.
21. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(6):385-93.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599/GM Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União, Brasília, 2006 mar 24.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 939/SAS Instituir o Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de vigilância em saúde bucal dentro da Política Nacional de Saúde Bucal - CTA-VSB. Diário Oficial da União, Brasília, 2006 dec 22.

Oral Health Policies in Brazil[§]

Gilberto Alfredo Pucca Junior^(a)
José Felipe Riani Costa^(b)
Luciana de Deus Chagas^(c)
Rosa Maria Sivestre^(d)

^(a)DDS, National Coordinator of Oral Health, Ministry of Health, Brazil. MSc in Epidemiology of Aging, São Paulo School of Medicine, Federal University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

^(b)DDS, Specialist in the regulation of Additional Health, National Agency for Additional Health, Ministry of Health, Brazil. Specialist in Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

^(c)DDS, Technical Advisor, Office of Representation of the Pan American Health Organization, World Health Organization, Brazil. MSc in Information Technology, University of Brasília, Brasília, DF, Brazil.

^(d)MSc in Social Sciences, Advisor, Health System and Services, Pan American Health Organization, Brasília, DF, Brazil.

Abstract: Since Oral Health policies in Brazil have been constructed according to circumstances and possibilities, they should be understood within a given context. The present analysis contextualizes several issues of the Brazilian Oral Health Policy, called “Smiling Brazil”, and describes its present stage of development. Today it involves re-organizing basic oral health care by deploying Oral Health Teams within the Family Health strategy, setting up Centers of Dental Specialists within an Oral Health network as a secondary care measure, setting up Regional Laboratories of Dental Prosthesis and a more extensive fluoridation of the public water supply.

Descriptors: Dental health services; Health services evaluation; Oral health / policies.

[§]Paper presented at the “Oral Health Self-Care Products: Realities and Myths” international symposium, sponsored by the Brazilian Association for Oral Health Promotion (ABOPREV), September 25-27, 2008, São Paulo, SP, Brazil.

Corresponding author:

Gilberto Alfredo Pucca Junior
Setor Habitacional Individual Sul
Quadra do Lago 10, cj 2, casa 15, Lago Sul
Brasília - DF - Brazil
CEP: 71630-025
E-mail: gilberto.pucca@saude.gov.br

Received for publication on Nov 28, 2008
Accepted for publication on Apr 30, 2009

Introduction

Traditional Brazilian Oral Health policies were based on an assistencialist model which featured the mother-infant parameter. Their aim was to reach population groups made up of children and pregnant mothers. Owing to the precariousness of the government's role in the supplying of services, the dominant pattern of oral health care was a curative one, largely within the private practice domain, coupled to an extremely unreliable intervention of the State. The latter was restricted to low-complexity procedures and exclusively for the cases requiring basic care.^{1,2} To make matters worse, the exclusion level was high as the needs of large segments of the population were not addressed by any oral health initiative, whether in health promotion or in health care. The situation was characterized by high levels of edentulous people and large unattended sections of the Brazilian population. The Brazilian Oral Health Policy – “Smiling Brazil” – was launched in 2004 under new political conditions. The policy involves an expansion in the deployment of Oral Health Teams within the Family Health strategy, thus involving an increase in the provision of federal funds to states and municipalities. The latter re-defined their activities and established a reference and counter-reference stance in secondary care through the setting up of Centers of Dental Specialists, included prosthetic rehabilitation through the setting up of Regional Laboratories of Dental Prosthesis, and expanded the fluoridation coverage of the public water supply in Brazil. The above-mentioned strategic fronts changed the Brazilian care model and made Oral Health an integral part of the Public Health System, which was defined by the principles of decentralization, equity, integrality and social control. Oral Health became a multi-interface policy based on basic care, health promotion activities within the structuring of a health care network. It not only incorporates medium- and high-complexity procedures and services but also articulates intersectional activities such as the fluoridation of the public water supply and other health supervision procedures.

The history of oral health in Brazil

Inauguration of the Public Health Special Service

in 1952 prompted the first dental health programs in Brazil.³ They were chiefly aimed at school children who were considered epidemiologically liable to disease and, at the same time, highly sensitive to public health intervention.^{3,4}

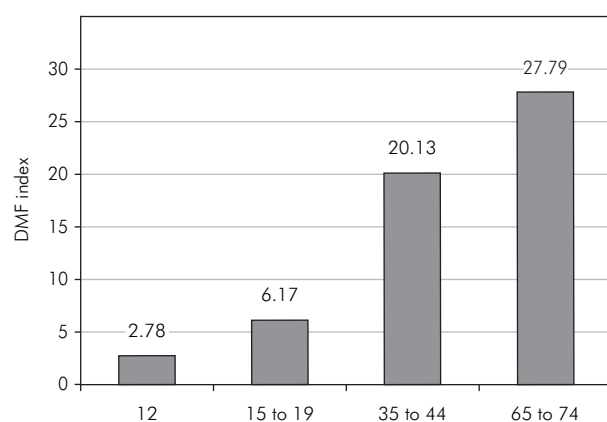
Although the care model was aimed at developing educational activities,⁵ the clinical practice actually reproduced what dentists did in their private clinics. The model conceived was highly individualistic and did not aim at developing a technology program as the result of a planning process. Nevertheless, an important landmark for health in Brazil was achieved during the 1980s owing to the deep transformation which occurred in health policies throughout the country after the Decentralized Unified Health System (SUDS in Portuguese) was inaugurated. Later on, this system evolved into the current Brazilian Health System (SUS in Portuguese). The same environment indicating the dire need for changes in the health care model was in place when the basic principles of the Brazilian Health System were defined. In fact, the Brazilian Health Conference in 1986, coordinated by Dr. Sérgio Arouca, President of the Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ) at the time,⁶ insisted on the guidelines of health care universality, decentralization, social control and equity. Decentralization of the Brazilian health policy, one of the foundational guidelines of the Health Reform movement, remained a basic premise of the Brazilian Health System within the 1988 Constitution and of Law n. 8080 of September 19, 1990 which regulated the Brazilian Health System. The establishment of the Basic Operational Norm (NOB-SUS, 1993) consolidated developments such as funding standardization and the decentralization process in the administration of services and other activities within the system.⁷ The incorporation of coverage of oral health collective procedures (CP), defined by Government Regulation n. 184 of October 9, 1991 published by the Ministry of Health, was a landmark during the 1990s of this important change from an individualistic-curative stance to a collective-preventive one.

The Family Health Program (FHP) was established in 1994. Since the focus was placed on the family, on patient registration and on a clinical

practice based on a social epidemiology rationale, it became an efficient strategy for the reorganization of basic care. The establishment of links, commitment and responsibility between professionals and the community is one of its high points (Ministério da Saúde, 1997).⁸ Inclusion of Oral Health Teams (OHT) within the Family Health Program was effectively defined by Government Regulation n. 1444 of December 28, 2000.⁹ The Brazilian Oral Health Policy launched by the Ministry of Health in March 2004 was the result of a long historical process of institutionalization of dentistry within the Brazilian Health System.

Epidemiological aspects

In 1986 the Brazilian Ministry of Health undertook the first Epidemiological Oral Health Survey with population samples from the greater areas of Brazilian capital cities. Its aim was the planning of programs and strategic fronts.¹⁰ A second National Oral Health Survey¹¹ was undertaken in 1996, and then again in 2003. The latter was called the “Oral Health Conditions in the Brazilian Population”. Several dental institutions and organizations, including the Brazilian Dentistry Organization and its regional sections, several universities and state and municipal health departments participated in the project. Some two thousand professionals (dentists and assistants, health agents and others) from 250 Brazilian municipalities also took part in the survey. Furthermore, 108,921 individuals including children (18-36



Graph 1 - Mean DMF Index and participation of subjects according to age.

months old; 5 years old and 12 years old); young people (15-19 years old), adults (35-44 years old) and elderly people (65-74 years old) from urban and rural areas were examined.¹² In spite of a sharp decrease in the level of dental caries among the children population during the last decades, high levels of oral diseases were still extant in certain population groups. Whole sections of the population remained without any sort of care. The results revealed that a mean of 14 teeth were still affected by caries during adolescence and adulthood¹³ (Graph 1).

The level of periodontal diseases was particularly high in all age brackets. Less than 22% of the adult population and less than 8% of elderly people had healthy gums. Data on edentulism in Brazil and the goals established by the World Health Organization (WHO) for 2000 are compared in Table 1.^{13,14}

The WHO goals were merely achieved in the case of 12-year-old children. Dental caries is undoubtedly an important public health issue featuring great macro-regional differences. Approximately 3 to 5 caries-affected teeth go without any treatment. Fluorosis has been detected in about 9% of 12-year-old children and in 5% of 15-19-year-old adolescents. Data on the population's access to dental services showed that over 13% of young people had never been to a dentist. This rate is lowered to 3% and 6% respectively in the adult and elderly populations.¹³ Owing to the observation of the data above, a Brazilian Health Policy started to be planned in 2003. It was meant to retrieve the right of Brazilian citizens to the provision of dental care by governmental programs, thus reversing a historical abandonment, and

Table 1 - Comparison between the WHO goals for 2000 and the Oral Health (OH) results in Brazil by 2003.

| Age | WHO goals for 2000 | OH Brasil, 2003 |
|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 5 - 6 years | 50% without any tooth caries | 40% without any tooth caries |
| 12 years | DMF Index \leq 3.0 | DMF Index = 2.78 |
| 18 years | 80% of the population with all teeth | 55% of the population with all teeth |
| 35 - 44 years | 75% with 20 or more teeth | 54% with 20 or more teeth |
| 65 - 74 years | 50% with 20 or more teeth | 10% with 20 or more teeth |

to follow the Brazilian Health System's principles of universality, equity, decentralization and integrality. Implementing this model required the setting up of "specialized care programs" for children, adolescents, adults and the elderly and the establishment of flows which would put into action the health team's decisions comprising data, information, care and guidance (reference and counter-reference). The patients would know the structure of the services available based on their experience as subjects included in the health process. Care guidelines would give a new orientation to the working policy, and teamwork would become one of the most important policy features. This new organization, fine-tuned with the patients' feed-back, is based on the constitutional principle of intersectionality. Furthermore, due to its potential of resolving problems, confidence links, indispensable for the improvement of health service quality and for the deepening of the humanization of practices, would be created. These guidelines represent a broadening and quality-building of basic care and enable an extended supply of services to all age groups. It also warrants the provision of care at the secondary and tertiary levels, with a view to integrating them.¹⁵

The Brazilian Oral Health Policy ("Smiling Brazil") comprises a set of activities at the individual and collective levels that involve health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. It is developed through democratic and participation practices, employing teamwork and focusing on the populations that accept the challenge of taking care of their oral health within their region's dynamics.¹⁵

Family Health as a strategic focus for the organization of basic health care

Based on the health reform movement of 1986, discussions on the health-disease concept demanded new health activities. The development of communal and family projects and a new model for the organization of health services became viable.

The Family Health Strategy is characterized by vast ramifications as, in fact, the guidelines of the Brazilian Oral Health Policy had emphasized. Its

activities confront health professionals with the demands of the population. They are pedagogical spaces in which practice is the object of the activity and in which the situations are taken for granted. As a result, the teams learn and understand the situations in a very real way, whenever they occur. They are a privileged space for patient-health team collaboration, in which action can closely respond to reality.

As a matter of fact, 12,541 new family health teams were established from December 2002 to October 2008, with a total of 29,239 teams spread throughout the whole country. Population coverage increased from 54 million in 2002 to 93 million in 2008.¹⁶

As to the Communitary Health Agents (CHA), 54,115 agents were included between December 2002 and October 2008, totaling 229,578 people involved in this work. CHA population coverage rose from 90.7 million in December 2002 to 113,536,269 in October 2008.⁷

Oral Health within the Family Health strategy

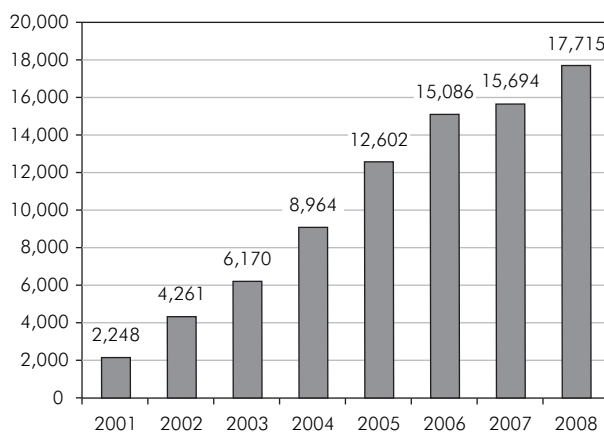
The inclusion of Oral Health in the Family Health Strategy has allowed practices and relationships which could re-orientate the working process and the activities related to Oral Health within health services. Oral Health care requires the setting up of a work team that establishes a relationship with patients. This team could then participate in service administration to meet the population's needs and to widen access to the activities and services designed to promote oral health, prevent oral diseases and recover oral health through collective measures and the establishment of territorial links.

Oral Health Teams were included in the Family Health strategy through Government Regulation (Ministry of Health) n. 1444 of December 28, 2000 to reorganize basic care and broaden the access to oral health care. In fact, it guaranteed an integrated care to individuals and families. The above-mentioned Regulation proposed a financial incentive for the reorganization of the oral health care offered by municipalities. Rules and guidelines were promulgated by Government Regulation (Ministry of Health) n. 267 of March 6, 2001, establishing two

types of Oral Health Teams:

- OHT 1, comprising a Dentist (DDS) and a Dental Assistant (DA). This modality received approximately US\$ 2,200 for setting up and approximately US\$ 5,600 per year for costs.
- OHT 2, comprising a DDS, a DA and a Dental Hygiene Technician (DHT). This modality received approximately US\$ 2,200 for setting up and approximately US\$ 7,000 a year for costs.

Each Oral Health Team was at first a reference for two family health teams, so that each OHT covered an average of 6,900 individuals. This average, however, became a restricting factor to the OHT establishment process since the demand for first-aid procedures was so high that it threatened the incorporation of the Family Health strategy in the working process of the OHT. Through Government Regulation n. 673 of 2003, the Ministry of Health started to fund OHTs in a proportion of 1 OHT for each Family Health Team (FHT). As a result, each OHT started to cover an average of 3,450 individuals. The same Government Regulation increased the incentives to US\$ 6,800 and US\$ 8,300 for yearly costs respectively paid to OHT 1 and OHT 2. Government Regulation n. 74 of January 20, 2004¹⁷ decreed new incentive readjustments, so that each OHT 1 and OHT 2 started to receive respectively US\$ 8,900 and US\$ 11,500 a year. The figures above amounted to a 56.9% increase for OHT 1 and a 65% increase for OHT 2 when compared to the 2001 and 2002 rates. Both modalities received an additional



Graph 2 - Number of Oral Health Teams throughout the years.

US\$ 2,727 for instruments and equipment. Through the above-mentioned Regulation, OHT 2 received complete dental equipment for the DHT. Government regulation 2489 of October 21, 2008 readjusted the funding to US\$ 10,364 and US\$ 13,364 a year respectively for OHT 1 and OHT 2.

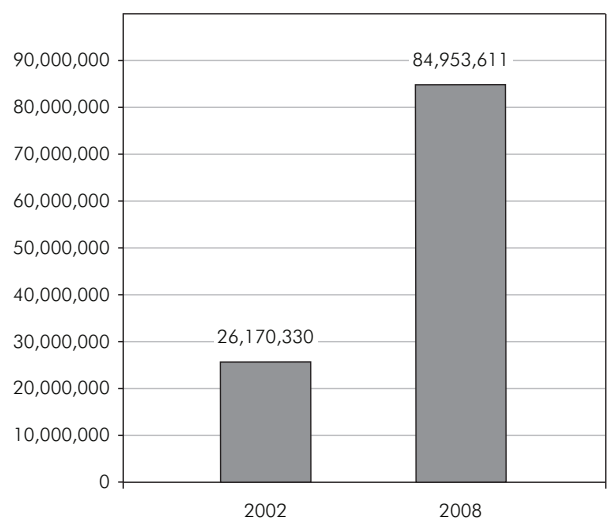
As a result, 13,454 new OHTs were established between December 2002 and October 2008 within the Family Health Strategy. A total of 17,715 OHTs were established, representing a 315% increase (Graph 2).¹⁶

An increase in the OHT population coverage of more than 58.7 million people occurred. The grand total reached 84,953,611 people covered by these teams¹⁶ (Graph 3).

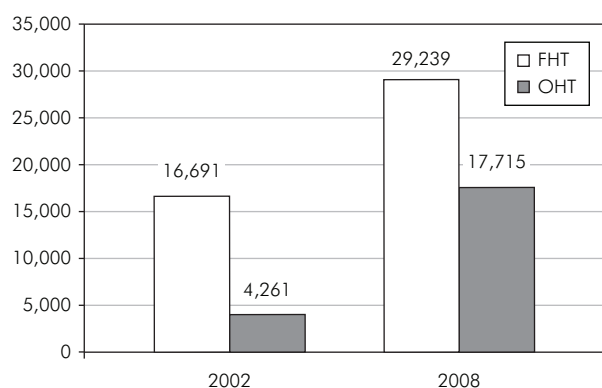
While approximately 25% of the FHTs had OHTs in December 2002, this rate reached 60.5% in October 2008¹⁶ (Graph 4).

Centers of Dental Specialists and Regional Laboratories of Dental Prosthesis

Data from the 2002 survey of the Brazilian Health System's ambulatory information show that specialized services did not exceed 3.5% of total clinical dental procedures.¹⁹ An inadequate supply of secondary and tertiary care was a fact and jeopardized the establishment of Oral Health reference and counter-reference systems in almost all



Graph 3 - Population coverage by Oral Health Teams.



Graph 4 - Comparison between the growth rates of Oral Health Teams (OHT) and Family Health Teams (FHT).

local and regional health systems. A broadening of the concept of basic care and a consequent increase in the supply of several procedures would increase access to the secondary and tertiary care levels. Through Government regulation n. 1570 of July 29, 2004,²⁰ criteria, rules and requirements were established for the setting up and registration of Centers of Dental Specialists (CDS). Furthermore, the funding of these centers was established by Government Regulation n. 1571 of July 29, 2004²¹ to increase and qualify the supply of specialized dental services. Government Regulation n. 283 of February 22, 2005²² anticipated financial resources for the setting up of these centers. CDSs are reference units for basic care integrated to the local and regional planning process. The role of secondary Oral Health care involves supplying medium-complexity dental treatment procedures and providing treatment planning to referred patients. Further treatment is then undertaken at the primary care level after the case's counter-reference. Since CDSs are ambulatory units featuring secondary Oral Health care, they should not be confused with specialized services. The CDSs' role is to supply dental procedures that are not primary care procedures within the Brazilian Health System. Besides, they are reference services, i.e., they are the system's structuring services and should not be confused with patient admittance units. The CDSs are thus the realization of the right to integral Oral Health care. Through them, the Brazilian State assumes the responsibility for supplying more complex services more extensively. They go beyond

the basic care package formerly supplied by the public system which left the supply of secondary procedures exclusively to the private sector. CDSs provide minimal periodontic, endodontic, oral diagnosis, minor oral surgery, and special patient procedures, and they were formerly classified in two types. Each CDS 1, with three dental units, received US\$ 17,400 for setting up and US\$ 2,600 a month for costs. Each CDS 2, with 4 to six dental units, received US\$ 21,700 for setting up and US\$ 3,500 a month for costs.

Government Regulation n. 1063 of July 4, 2005²³ restructured the CDSs and created the CDS 3, and Government Regulation n. 1069 of July 4, 2005²⁴ ruled that a CDS 3 would receive US\$ 36,364 for setting up and US\$ 7,000 a month for costs. Furthermore, 674 CDSs were set up in 575 municipalities up to October 2008.²⁵ Currently all Brazilian states have at least one CDS (Table 2).

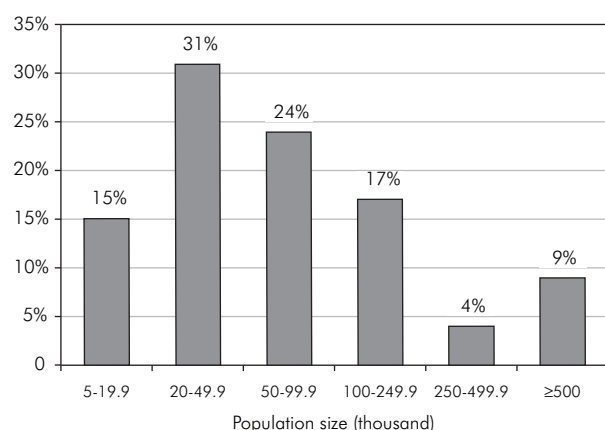
The ramification of CDSs may be perceived by the fact that 46% have been set up in municipalities with up to 50,000 inhabitants, 24% in municipalities with up to 100,000 inhabitants and 30% in municipalities with more than 100,000 inhabitants (Graph 5).

More than 17 million dental procedures were performed in the above-mentioned CDSs between January 2005 and October 2008.

Government regulation n. 74 of January 20, 2004¹⁷ included impression taking procedures for total prostheses in the scope of basic care. Financial resources have been allotted for total prosthesis procedures which may now be performed after an authorization for a high cost/high complexity procedure is obtained, up to a limit of US\$ 13 per total prosthesis. There are currently 323 Regional Labo-

Table 2 - Distribution of CDSs by macro-regions.

| Macro-region | Population | Municipalities with CDSs |
|------------------------|------------|--------------------------|
| Central-Western region | 13,501,615 | 33 |
| North-Western region | 15,591,792 | 31 |
| North-Eastern region | 52,121,727 | 234 |
| South-Eastern region | 79,633,696 | 201 |
| Southern region | 27,357,275 | 76 |



Graph 5 - Distribution of CDSs according to population size.

ratories of Dental Prosthesis²⁶ (Graph 6).

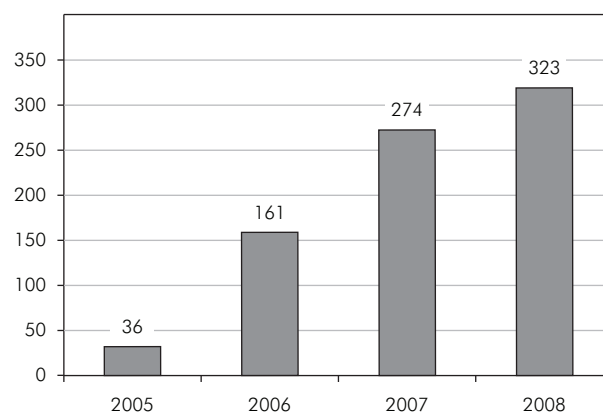
Fluoridation of the public water supply

Baixo-Guandu, ES, Brazil was the first Brazilian municipality to introduce fluoridation, undertaken by SESP in 1953, and Marília, SP, Brazil began fluoridating its water in December 12, 1956.²⁷ The third Brazilian city to do so was Taquara, RS, Brazil in October 1957. During the 1970s, approval of the Federal Law n. 6050 in 1974 was the first sign of the federal government to sanction its participation in the issue. In fact, the Law states that any water treatment station built or enlarged as of that date should have water fluoridation. A great expansion in water fluoridation occurred in the 1980s.^{28,29,30} Optimum fluoridation rate in the water supply was set at 0.8 ppm.³⁰

By 2003, more than 70 million Brazilians were supplied with fluoridated water. Since the launch of the “Smiling Brazil” policy, the setting up of 711 new fluoridation systems occurred, reaching 503 municipalities in 11 States and benefiting 7.6 million people. This feat was achieved through a joint

References

1. Pinto VG. A prevenção da cárie dental no Brasil. Brasília; 1982. [Paper read at the Seminary on Fluoridation of Public Water Supply Systems. São Paulo; 1982]



Graph 6 - Setting up of Regional Laboratories of Dental Prosthesis (RLDPs).

venture with the Brazilian Health Foundation (FUNASA) and the State Health Departments.⁵

Conclusions

Implementation of the “Smiling Brazil” program in March 2004 brought together several hitherto dispersed fronts, especially with regard to aspects related to the organization and planning of oral health services. A greater participation of the federal government in policy structuring, through an increase in funding to Oral Health Teams within the Family Health strategy coupled to the implantation of services featuring medium- and high-complexity procedures and the standardization of preventive oral health activities, has allowed the setting up of a network articulated in different health care levels. The concept of integrality has been included in the planning process. The Oral Health policy in Brazil has made a structuring effort to produce intra- and inter-sectional possibilities by deconstructing the false dichotomy between the concepts of health promotion and health care, preventive activities and curative activities.

2. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde -PREVSAÚDE: Projeto preliminar. Brasília, Ministério da Saúde/Ministério da Previdência e Assistência Social; 1981.

3. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
4. Moysés SJ, Gevaerd SP. A superação do sistema incremental de atenção a escolares em Curitiba. *In*: Silveira-Filho AD, Ducci L, Simão MG, Moysés SJ, Gevaerd SP, organizadores. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, Boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 17-26.
5. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2006. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Documento técnico. Agosto 2008. 8 p.
6. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
7. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6(2):269-91.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM 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 República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 de dezembro de 2000.
10. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal, zona urbana 1986. Brasília. Divisão Nacional de Saúde Bucal; 1988.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Especiais de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal 1996 (Primeira etapa - cárie dental). Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdesc.htm>.
12. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Available from: <http://www.saude.gov.br/bucal>, accessed Oct 2005.
14. World Health Organization. Oral Health. Available from: http://www.who.int/oral_health/en. Accessed Oct 2005.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004. Available from: www.saude.gov.br/bucal, accessed Oct 2005.
16. Sistema de Informação da Atenção Básica. Available from: www.datasus.gov.br/siab, accessed Oct 2008.
17. Portaria nº 74/GM Em 20 de janeiro de 2004. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-74.htm>, accessed Oct 2008.
18. Portaria nº 2489 de 21 de outubro de 2008. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria2489_21_10_08.pdf, accessed Oct 2008.
19. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>, accessed Oct 2008.
20. Portaria Nº 1570/GM Em 29 de julho de 2004. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1570.htm>, accessed Oct 2008.
21. Portaria Nº 1571/GM Em 29 de julho de 2004. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1571.htm>, accessed Oct 2008.
22. Portaria Nº 283/GM Em 22 de fevereiro de 2005. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-283.htm>, accessed Oct 2008.
23. Portaria Nº 1.063/GM de 4 de julho de 2005. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1063.htm>, accessed Oct 2008.
24. Portaria Nº 1.069/GM de 4 de julho de 2005. Sistema de Legislação da Saúde. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1069.htm>, accessed Oct 2008.
25. Fundo Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Governo Federal. Available from: www.fns.saude.gov.br, accessed Nov 2008.
26. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Available from: www.cnes.datasus.gov.br, accessed Nov 2008.
27. Buendia OC. Fluoretação de águas de abastecimento público no Brasil: atualização. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1984;38(2):138-58.
28. Vianna SM, Pinto VG. Programa de fluoretação da água de abastecimento público. IPEA/IPLAN-CNRH, Brasília; 1983. 18 pp. (Working Document 28).
29. Cury JA. Flúor: dos 8 aos 80? *In*: Bottino MA, Feller C (org.). Atualização na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 375-82.
30. Chaves MM, Frankel JM, Mello C. Fluoretação de águas de abastecimento público para prevenção parcial da cárie dentária. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1953;7(2):27-33.

A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde

The National Policy on Oral Health in Brazil in the context of the Unified Health System

La Política Nacional de Salud Bucal en Brasil en el contexto del Sistema Único de Salud

Edson Hilan Gomes de Lucena

Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Ministério de Saúde do Brasil

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Ministério de Saúde do Brasil

Maria Fátima de Sousa

Departamento de Saúde Coletiva
Faculdade de Ciências da Saúde
Núcleo de Estudos em Saúde Pública
Universidade de Brasília

RESUMO: O presente artigo discorre sobre o modelo de atenção em saúde bucal implantado no Sistema Único de Saúde do Brasil na última década. Este modelo pauta-se como uma política subsetorial que ao longo destes anos segue buscando a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Por meio de uma linha cronológica o estudo apresenta a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente como um modelo de atenção contra hegemônico às práticas odontológicas até então existentes no país. A reorganização dos níveis de atenção em saúde bucal, a criação de referências na atenção secundária, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), o financiamento diferenciado e a gestão descentralizada dos recursos financeiros mostraram-se capazes de ampliar as

ações de saúde bucal para mais de 90 milhões de habitantes. A evolução apresentada após a implantação do Brasil Sorridente, ocorrida no ano de 2004, comprova a maior inserção da atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, bem como a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde bucal em todo o Brasil.

Palavras-chave: saúde bucal; políticas de saúde; saúde pública

ABSTRACT: *This article discusses the model of care in oral health implanted in the Unified Health System of Brazil in the last decade. This model is guided a policy that over the following years trying to improve the quality of life of the population. Through a timeline study presents the National Policy on Oral Health - Smiling Brazil as a model of care against the hegemonic dental practices in the country until then. The reorganization of the levels of care in oral health, creating references in secondary care, through Specialized Dental Clinics and Regional Prosthodontics Laboratories, the differential funding and decentralized management of financial resources were able to expand the actions of oral health for more than 90 million inhabitants. The evolution*

shown after the implementation of Smiling Brazil, which occurred in 2004, testifies to the greater integration of oral health care in the National Health System as well as increasing the supply of shares and oral health services throughout Brazil.

Keywords: *oral health; health policy; public health*

RESUMEN: *En este artículo se discute el modelo de atención en salud oral implantado en el Sistema Único de Salud de Brasil en la última década. Este modelo es una política de guía subsectorial para que en los años siguientes se trate de mejorar la calidad de vida de la población. A través de un estudio de línea de tiempo se presenta la Política Nacional de Salud Oral - Brasil Sonriente como un modelo de atención contra las prácticas hegemónicas dentales en el país hasta entonces. La reorganización de los niveles de atención en salud oral, la creación de referencias en la atención secundaria, a través de clínicas especializadas en odontología y los Laboratorios Regionales de Prótesis, la financiación diferente y la gestión descentralizada de los fondos fueron capaces de amplificar las acciones de salud bucal por más de 90 millones de habitantes. La evolución muestra que después de la implementación de Brasil Sonriente, que se produjo en 2004, da testimonio de la mayor integración de la atención de la salud oral en el Sistema Nacional de Salud, así como aumentar la oferta de acciones y servicios de salud oral en todo Brasil.*

Palabras-clave: *salud oral; políticas de salud; salud pública*

INTRODUÇÃO

A tradição brasileira em políticas de saúde

bucal é resultante do modelo assistencial de corte materno infantil. Desta forma, objetivava os grupos populacionais constituídos por crianças e gestantes. Além disso, devido a fragilidade da participação do aparelho público no campo da prestação de serviços, vigorava uma prática fortemente curativa, com predominância do setor privado e uma tímida intervenção do setor público, restrita a procedimentos de baixa complexidade e exclusivo à atenção básica¹. Soma-se a isso um nível de exclusão muito importante, com grandes seguimentos populacionais que não acessavam ações de saúde bucal, tanto de promoção a saúde como ações assistenciais. Este quadro resultou em níveis de edentulismo elevados e grande parte da população desassistida.

Em 2004, dentro de uma nova conjuntura política lança-se a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, que investe na expansão da Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, aumentando o repasse do nível federal para municípios e redefinindo suas ações. Inicia a implantação de uma rede de referência e contra-referência, através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), agrega a reabilitação protética, via Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e expande a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil.

Estas frentes potencializam a alteração do modelo assistencial no Brasil, incorporando a saúde bucal dentro dos preceitos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a descentralização, equidade, a integralidade e o controle social. Portanto, a saúde bucal passa a se constituir como uma política estruturante de várias interfaces, apoiando-se nas ações de promoção à saúde,

no âmbito da atenção básica, na estruturação de uma rede de atenção à saúde, incorporando procedimentos e serviços de média e alta complexidade, e articulando ações de intersetorialidade, como a fluoretação das águas e ações de vigilância em saúde.

De forma sistemática, e entendendo saúde bucal como parte integrante das políticas públicas a serem adotadas para o enfrentamento dos desafios na efetiva concretização do SUS, tem o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil ainda como um dos principais desafios a ser enfrentado pelos sistemas públicos e foi neste contexto que a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi estruturada.

Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui um marco histórico das políticas públicas uma vez que agrega em seu conteúdo discussões desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e apresenta, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS. Ao trabalhar como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família), da Atenção Especializada (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde no Brasil^{2,3}.

Com o objetivo de superar as desigualdades trazidas pela lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento, o abandono e a

falta de compromisso com a saúde bucal da população, foram estabelecidas em 2004 no Brasil, as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal buscam contemplar o estabelecido pela Constituição Federal do Brasil (Capítulo II, Seção II, Artigo 196; 1988): *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco e de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Desse modo, tornou-se fundamental compreender saúde de um modo integral e universal, não apenas no que se refere ao acesso aos serviços, mas também se considerando as desigualdades sociais, visando políticas que reduzam as iniquidades ou falta de equidade sociais³.

A assistência odontológica pública no Brasil foi construída historicamente se restringido quase que completamente aos serviços básicos. Apresentando baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de inadequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde².

Para Sousa (2007) o Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar é aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, enquanto uma política pública que possa responder aos desafios contemporâneos em um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais⁴.

O Brasil Sorridente é desenvolvido por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Esta Política tem o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde e ampliar o acesso às ações de saúde bucal, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias por meio da estruturação e reorganização da atenção básica².

Atenção Básica em Saúde Bucal

No Brasil, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela Estratégia da Saúde da Família, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades⁵.

Segundo Souza e Roncalli (2007)⁶ a construção da atenção básica no SUS tem contado com a participação da saúde bucal, principalmente após a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabeleceu os incentivos financeiros de saúde bucal para o financiamento de ações e da inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Nessa Portaria a relação de equipes de saúde bucal por equipe de saúde da família era da seguinte

forma: Cada equipe de saúde bucal deveria atender em média 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes e para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveriam ser implantadas duas equipes de saúde da família⁷.

Entretanto, somente após a edição da Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001, foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inclusão das ESB nas suas duas modalidades possíveis de implantação, a saber: modalidade I, composta por 01 Cirurgião-Dentista (CD) e 01 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), e modalidade II, composta por 01 CD, 01 ASB e 01 Técnico em Saúde Bucal (TSB)⁸.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003, os incentivos financeiros de implantação e custeio para ambas as modalidades foram reajustados. E estabeleceu que poderiam ser implantadas, nos Municípios, quantas equipes de saúde bucal fossem necessárias, a critério do gestor municipal, desde de que não ultrapassem o número existente de equipes de saúde da família, e considerassem a lógica de organização da atenção básica. Ademais, a Portaria nº 673/GM, de 2003, permitiu uma redução da proporção de implantação, que era até então de uma ESB para cada duas ESF, para uma relação de 1:1, ou seja: uma ESB para uma ESF⁹.

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar

resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, coordenação do cuidado, responsabilização e vínculo, estímulo à participação popular e controle social, planejamento e programação descentralizados (em consonância com a realidade local e necessidades identificadas junto à comunidade), avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados.

Com a implantação do Brasil Sorridente, até junho de 2011, o número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família passou de 4.261 para 20.763, um crescimento aproximadamente de 390%. Atuando em 4.843 municípios, o equivalente a 87% das cidades brasileiras com no mínimo uma ESB na

Estratégia Saúde da Família¹⁰.

O maior crescimento foi registrado na região Sudeste (620%), seguido pelas regiões Norte (545%), Nordeste (359%), Sul (312%) e Centro-Oeste (211%). O estado com maior percentual de ampliação no número de equipes foi o Rio de Janeiro (2.206%), seguido por Pará (1.447%), Roraima (1.275%) e Bahia (810%). A única unidade que registrou redução no número de equipes foi o Distrito Federal, onde a quantidade caiu de 20 para 19 entre dezembro de 2002 e junho de 2011¹⁰.

Quando analisamos a distribuição das ESB de acordo com porte populacional dos municípios brasileiros verificamos que o maior número dessas Equipes encontram-se nos municípios de até 30 mil habitantes (57% em 2002 e 50,5% em 2011) seguido pelos municípios maiores de 100 mil habitantes (19,9% em 2002 e 25,7% em 2011).

Quanto a média de cobertura populacional das ESB, os municípios de até 30 mil habitantes também apresentam os melhores resultados, tanto em 2002 quanto em junho de 2011 (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das Equipes de Saúde Bucal por porte populacional, dezembro de 2002 e junho de 2011, Brasil.

| População | Dez/02 | | | | Jun/11 | | | |
|------------------|--------------|--------------------|--------------|----------------------------|--------------|--------------------|---------------|----------------------------|
| | Município | População | Nº ESB | Média de Cobertura de ESB* | Município | População | Nº ESB | Média de Cobertura de ESB* |
| 0 - 30.000 | 4.619 | 47.245.269 | 2.444 | 18% | 4.495 | 46.667.883 | 10.486 | 78% |
| 30.001 - 50.000 | 408 | 15.385.860 | 481 | 11% | 462 | 17.337.035 | 2.530 | 50% |
| 50.001 - 100.000 | 307 | 21.551.198 | 489 | 8% | 325 | 22.314.204 | 2.423 | 38% |
| > 100.001 | 226 | 88.200.866 | 847 | 4% | 283 | 104.436.677 | 5.324 | 18% |
| Total | 5.560 | 172.383.193 | 4.261 | 9% | 5.565 | 190.755.799 | 20.763 | 38% |

Fonte: Histórico dos Municípios (site: http://dab.saude.gov.br/CNSB/historico_cobertura_sf.php) e IBGE.

*Base populacional de cobertura para as Equipes de Saúde Bucal= 3.450 pessoas.

Solla et. al.¹¹, destacam o forte papel indutor do nível federal de gestão do SUS, que por meio de novos mecanismos de financiamento garantiu forte expansão de cobertura da atenção básica, por intermédio das equipes de saúde da família e incorporação dos profissionais de saúde bucal, neste nível de assistência.

Recursos Federais para a Saúde Bucal na Atenção Básica

O segundo reajuste das Equipes de Saúde Bucal, após a inclusão no Programa Saúde da Família aconteceu em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004, que estabeleceu novos valores aos incentivos de custeio mensal para as ESBs, que passaram a receber R\$ 1.700,00 e R\$ 2.400,00, de acordo com a modalidade implantada – I e II, respectivamente. Ademais, esta portaria determinou que as ESBs passassem a receber R\$ 6.000,00 como incentivo adicional para implantação, em parcela única. Para as equipes já implantadas, a referida portaria determinou o pagamento de R\$ 1.000,00 em parcela única, como incentivo adicional para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses¹².

Em março de 2006, com a publicação da Portaria GM/MS nº 648, aprovando e regulamentando a Política Nacional de Atenção Básica, ficou estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para reorganizar a atenção básica e assim este programa passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF)¹³. Ainda em 2006, em março, a Portaria GM/MS nº 650 reajustou o incentivo adicional das ESBs (modalidades I e II) para R\$7.000,00, entendendo-o como um recurso destinado à investimentos nas Unidades Básicas de Saúde e à realização do Curso Introdutório¹⁴.

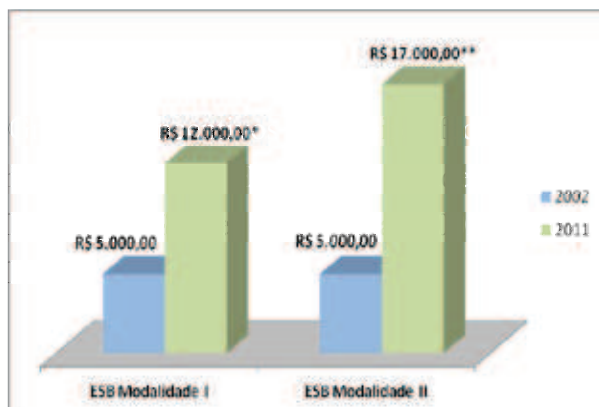
Outra Portaria GM/MS nº 1.434, de 14 de julho de 2004, que ressalta o princípio da equidade, aumenta em 50% o incentivo financeiro na Equipe de Saúde da família e Equipe de Saúde Bucal, privilegiando municípios com população inferior a 30.000 habitantes, baixo índice de desenvolvimento humano, com populações quilombolas ou assentamentos, objetivando melhorar o acesso aos serviços de saúde, diminuir desigualdades regionais e aumentar a cobertura da estratégia de Saúde da Família¹⁵.

Em outubro de 2008, a Portaria GM/MS nº 2.489 definiu novos valores de incentivo financeiro para o custeio mensal das ESBs, que assim passaram a receber R\$ 1.900,00 e R\$ 2.450,00 de acordo com a sua modalidade de implantação¹⁶. Seguida, no mesmo ano, da Portaria GM/MS nº 3.066, reajustando mais uma vez os valores dos incentivos federais para o custeio mensal das ESBs. Assim estas equipes passaram a receber R\$ 2.000,00 e R\$ 2.600,00¹⁷.

Atualmente as ESBs receberam o último reajuste por meio da Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011, que definiu os seguintes valores do incentivo financeiro das Modalidades 1 e 2, no valor de R\$ 2.100,00 e R\$ 2.800,00, respectivamente¹⁸.

Os incentivos financeiros de implantação das ESBs tiveram um reajuste, no período de 2002 a 2011, de 140% para modalidade I e 240% para a modalidade II (Gráfico 1). Já os recursos de custeio mensal, no mesmo período, foram reajustados em 94% e 110%, respectivamente (Gráfico 2).

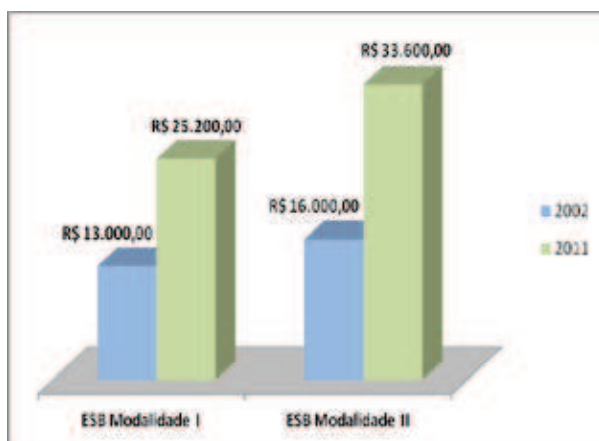
Gráfico 1. Incentivos financeiros federais para implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, 2002 e 2011, Brasil.



* Considerando os R\$ 7.000,00, parcela única, mais o valor de referência da doação de uma cadeira odontológica completa.

** Considerando os R\$ 7.000,00, parcela única, mais o valor de referência da doação de duas cadeiras odontológicas completas.

Gráfico 2. Incentivos financeiros federais anuais para custeio mensal das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, 2002 e 2011, Brasil.



As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal apontam, fundamentalmente, para o fortalecimento da atenção básica e para a ampliação da oferta de serviços, assegurando também o atendimento nos níveis de atenção secundário e terciário, de modo a buscar integralidade da atenção¹⁹.

Atenção Secundária em Saúde Bucal

Com a expansão do conceito de atenção básica e o consequente, aumento na oferta e diversidade dos procedimentos fazem-se necessários, também, investimentos e a organização da média e alta complexidade na efetivação dos princípios do SUS. Dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS de 2002 indicaram que no Brasil os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. Este dado evidenciou a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial para média complexidade ambulatorial e para a alta complexidade hospitalar não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica²⁰.

Segundo o Ministério da Saúde a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento²¹.

Para a implementação da rede especializada de saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde cria os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Que de acordo com a Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006, são serviços de referência para realizar procedimentos especializados, que não são

oferecidos pela rede de Atenção Primária tais como: 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 especiais²².

O número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) cresceu 767% entre 2004 a setembro 2011¹⁰. Em números absolutos a maior quantidade de CEOs encontra-se na região Nordeste (341) seguido das regiões Sudeste (309), Sul (104), Norte (58) e Centro-Oeste (55).

O Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal – SB-2003²³ reforça uma demanda social histórica, quando aponta um elevado edentulismo, principalmente para a população adulta e idosa e a pouca posse da prótese. Para oferecer uma oportunidade de intervenção, o Ministério da Saúde edita a Portaria GM/MS nº 1.572, de 29 de julho de 2004, que cria os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)²⁴.

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, outra frente de atuação do Programa Brasil Sorridente, são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas unitárias. Por meio da Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004, os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total foram incluídos na Atenção Básica²⁵.

Para apoiar a confecção das próteses totais, removíveis e fixas unitárias, foram instituídos recursos financeiros repassados para os municípios ou estados por faixa de produção,

sendo que o valor unitário de cada prótese acima citada atualmente é de R\$ 100,00.

CONSIDERAÇÕES

Com a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente além da expansão e criação dos serviços odontológicos, reorientou-se completamente o modelo assistencial. Iniciou-se a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, horizontal e vertical, que articula não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares e intersetoriais. Esse parece ser um dos grandes desafios da odontologia, se constituir como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odonto-biológicas.

Com a implementação do Brasil Sorridente passou-se a desenvolver um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que envolve a promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas democráticas e participativas, contando com um trabalho em equipe e dirigida à populações que assumem a responsabilidade do cuidado com a saúde bucal, considerando o aspecto dinâmico do território que se vive. O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Cabe registrar que o aumento dos repasses federais para atenção básica, em especial para

a equipe de saúde bucal, possibilitou uma forte indução para ampliação do número de equipes em atividade. Entre dezembro de 2002 e junho de 2011 observa-se um aumento de 91,8% no número de equipes de saúde da família, 387% no número de equipes de saúde bucal e 40,8% no número de agentes comunitários de saúde.

Na atenção secundária, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias possibilitaram a criação e estruturação da rede de saúde bucal nos municípios, lembrando que até então os serviços especializados de saúde bucal eram restritos quase que exclusivamente para aqueles que tinham recursos para comprarem os serviços na rede privada de saúde.

A alteração de quadros populacionais não será alcançada exclusivamente dentro de consultórios odontológicos. Impactos epidemiológicos são produtos de ações intersetoriais, onde a prática odontológica é parte integrante e constituinte de um todo que agrega outras ações setoriais, educacionais, ambientais, sociais, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. Pinto, VG. Prevenção da cárie dental: a questão da fluoretação do sal. *Rev. Saúde Pública*. 1982; 16(1): 66-72.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
3. Pucca-Jr GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Braz Oral Res*. 2009; 23:9-16.

4. Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

5. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. *Ciênc. saúde coletiva*. [acesso 29 set. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt.>.

6. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(11):2727-39.

- 7.. Brasil. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.

8. Brasil. Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de marco de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. *Diário Oficial da União* 2001; 07 mar.

9. Brasil. Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos programas de saúde da família, de agentes comunitários de saúde e as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e da outras providencias. *Diário Oficial da União* 2003; 24 abr.

10. Brasil. Sala de Situação. [acesso 28 set. 2011]. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.

11. Solla JJSP, Reis AAC, Soter APM, Palma JLL. Mudanças recentes no financiamento

federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2007; 7(4): 495-502.

12. Brasil. Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros as ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e da outras providencias. Diário Oficial da União 2004; 22 jan.

13. Brasil. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de marco de 2006. 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). Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

14. Brasil. Portaria GM/MS nº 650, de 28 de marco de 2006. 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. Diário Oficial da União 2006; 29 mar.

15. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.434, de 14 de julho de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União 2004; 15 jul.

16. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.489, de 21 de outubro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da

União 2008; 22 out.

17. Brasil. Portaria GM/MS nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2008; 24 dez.

18. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2011; 11 jul.

19. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21(1): 197-215.

20. Martelli PJJ. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2008.

22. Brasil. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias

(LRPD) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União 2006; 24 mar.

23. 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, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.

24. Brasil. Portaria GM/MS nº 1572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Diário Oficial da União 2004; 30 jul.

25. Brasil. Portaria GM/MS nº 74, 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 União 2004; 22 jan.

Reorganization of Secondary and Tertiary Health Care Levels: Impact on the Outcomes of Oral Cancer Screening in the São Paulo State, Brazil

Fernanda Campos Sousa de ALMEIDA¹

Claudia CAZAL²

Gilberto Alfredo PUCCA JÚNIOR³

Dorival Pedroso da SILVA⁴

Antonio Carlos FRIAS⁵

Maria Ercilia de ARAÚJO⁵

¹Biodentistry Program, UNIB - Ibirapuera University, São Paulo, SP, Brazil

²Department of Clinical and Community Dentistry, Dental School,

UEPB - Federal University of Paraíba, João Pessoa, PB, Brazil

³Department of Dentistry, UEM - State University of Maringá, Maringá, PR, Brazil; and Ministry of Health, Brazil

⁴Department of Maxillofacial Prosthodontics, Dental School, USP - University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

⁵Department of Community Dentistry, Dental School, USP - University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

This study presents the strategies for prevention and early detection of oral cancer by means of screening in the elderly population of São Paulo, the richest and the most populous state of Brazil. This research was a retrospective longitudinal study based on the analysis of secondary data. The variables - number of participating cities, coverage of screening, and number of suspicious and confirmed cases of oral cancer - were divided into two periods: 2001-2004 and 2005-2008. Data were analyzed statistically by the chi-square test at 5% significance level. The implementation of a nationwide public oral health policy in 2004 and the reorganization of the secondary and tertiary health care were evaluated as mediator factors able to interfere in the achieved outcomes. From 2001 to 2008, 2,229,273 oral examinations were performed. There was an addition of 205 participating cities by the end of the studied period ($p < 0.0001$). The coverage of oral cancer screening increased from 4.1% to 16% ($p < 0.0001$). There was a decrease in the number of suspicious lesions (from 9% in 2005 to 5% in 2008) ($p < 0.0001$) and in the rate of confirmed oral cancer cases *per* 100,000 examinations (from 20.89 in 2001 to 10.40 in 2008) ($p < 0.0001$). After 8 years of screening, there was a decrease in the number of suspicious lesions and confirmed cases of oral cancer in the population. The reorganization of secondary and tertiary health care levels of oral care seems to have contributed to modify these numbers, having a positive impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State.

Key Words: oral neoplasms, public health, public policy, campaign, screening.

INTRODUCTION

After H1N1 influenza pandemic, the media, scientific community and general population turned their eyes to an ordinary disease and public policies were implemented to restrain its possible complications in high-risks groups (1,2). In Brazil, a nationwide governmental mobilization (primary health care level) has been organized since 1999 in the form of a 15-day campaign in which all elderly individuals aged 60

years and older are invited to attend the basic health units for influenza immunization. Later, this 15-day campaign was thought to be an appropriated moment for monitoring this population with regard to their health and the increased risk of developing degenerative diseases. Since 2001, the São Paulo State Secretariat of Health has coordinated a screening for oral cancer by oral clinical examination, which occurs simultaneously with the influenza immunization of the elderly population. Oral screening has demonstrated a reduction in the mortality

Correspondence: Prof. Dra. Maria Ercilia de Araújo and/or Dra. Fernanda Campos S. de Almeida, Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, USP, Avenida Prof. Lineu Prestes, 2227, Cidade Universitária, 05508-000 São Paulo, SP, Brasil. Tel: +55-11-3091-7878. e-mail: mercilia@usp.br / fernandacs@usp.br

rate in high-risk oral cancer individuals (3).

After 8 years of monitoring of the elderly population of São Paulo State through the campaigns, and considering the major changes occurred in the setting of public oral health policies, it seems advisable to evaluate critically the official data of the applied screening program. It is the moment to propose solutions and revise strategies from the perspective of the nationwide oral health care network in order to contribute with an academic discussion, and perhaps cooperate in the dissemination of similar programs in other regions and countries. Therefore, the aim of this study was to examine the outcomes obtained during 8 years of campaign for oral cancer prevention and early detection in the Brazilian State of São Paulo, and to confront data recorded before and after the implantation of a national oral health policy in 2004.

MATERIAL AND METHODS

This was a retrospective and longitudinal study based on the analysis of secondary official data disclosed by the São Paulo State government (4-7). During 8 years (2001-2008), oral examinations were performed in the elderly population during the annual public and free campaign for influenza vaccination. The examinations were carried out by dentists from the public health service using wooden spatulas and under natural light.

The variables 'number of participating cities', 'coverage of screening', 'number of suspicious lesions' and 'number of confirmed cases of oral cancer' were recorded and divided into two periods: 2001-2004 and 2005-2008. Data were analyzed statistically by the chi-square test at a significance level of 5%.

The implementation of a national public oral health policy and the reorganization of the secondary and tertiary health care networks were evaluated as possible mediator factors able to interfere in the results.

The obtained data were compared before and after establishment of the CEO (specialized dental clinics) and CACON (Oncology Care Centers) in 2004.

RESULTS

Along 8 years of campaign, 2,229,273 oral examinations were performed with an average of 278,559 examinations *per* year (Table 1). By 2008, other 205 cities had joined the campaign, totalizing 539 (83.5%) of the 645 cities of São Paulo State. This adherence rate to the campaign is significantly higher than that observed in 2004 (51.8%) ($p < 0.0001$).

In 2001, only 4.1% of vaccinated elderly were examined for oral cancer, while in 2008 this percentage increased to 16% (chi-square, $p < 0.0001$).

In 2001, only 7.8% of examined elderly presented soft tissue alterations. This percentage reached its peak in 2002, with 9.7% of detected lesions. Starting in 2005, a gradual decrease occurred and the lowest percentage of soft tissue lesions were detected in 2008 (5.0%). The increase of diagnostic tests conducted in 2001 compared with 2004, and the decrease in the number suspicious cases from 2005 to 2008 (Table 1) were statistically significant ($p < 0.0001$).

Table 2 presents the reduction of positive cases of oral cancer between 2005 and 2008. The number of confirmed malignancies varied from 20.89 to 10.40 *per* 100,000 examined elderly ($p < 0.0001$).

DISCUSSION

The São Paulo state is the richest and the most populous in Brazil and has 645 cities distributed in an area of 248,209.23 km². Its extension represents a challenge to joint public actions to the prevention of diseases. The implementation of oral cancer screening together a another kind of public health campaign was

Table 1. Descriptive data of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil.

| Year | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Number of cities | 334 | 443 | 512 | 490 | 317 | 509 | 503 | 539 |
| Number of examinations | 90,886 | 142,774 | 226,54 | 238,087 | 253,648 | 360,76 | 435,971 | 480,607 |
| Screening coverage (%) | 4.1 | 6.4 | 8.8 | 8.7 | 10.8 | 12 | 15 | 16 |
| Suspicious soft tissue lesions [n(%)] | 7,028 (7.80%) | 13,801 (9.70%) | 18,059 (8.0%) | 20,270 (8.50%) | 22,939 (9.0%) | 30,481 (8.40%) | 34,346 (7.90%) | 24,280 (5.0%) |

Source: Ministry of Health, São Paulo State Secretariat of Health and Cancer Foundation of São Paulo.

hard and demanded persistence, but was worthy. A significant increase in the number of engaged cities and a gradual increase in the number of examined elderly were observed after a periodical 8 years of campaigns.

The campaign for prevention and early diagnosis of oral cancer aimed to insert educational and preventive activities related to oral cancer in São Paulo State. It was an pioneering initiative in Brazil and is still undergoing adjustments over the years, as seen by the adherence of new 205 cities to the campaign ($p < 0.0001$). International literature (8,9) indicates that, despite the recognized advances experienced so far, it remains a daily challenge dealing with complex structural problems in public health, which, in most cases, require different levels of governmental public interventions, multiple professional skills and varied levels of information. In these changing scenarios, the implementation and evaluation of social policies/programs have gained greater complexities and cannot be considered as ordinary instruments (or “kits”) that can be applicable indistinctly to any kind of social context (8,9).

At this point, for a better understanding of the presented data, it is important to elucidate how the Brazilian public health system is organized. Since 1988, the Federal Constitution guarantees free health care access to the entire population. Thus, it is considered a universal system that ensures, for example, influenza

vaccination coverage for all elderly in Brazil. The state may propose actions and guidelines, but the cities can adhere or not to the proposed programs on a voluntary basis, respecting the principle of decentralization of the system (10). It is necessary an effort from the state managers to articulate and convince the cities to engage the programs on timely basis. As a result, the goals can only be observed after a certain period of time, and for that reason, the present research adequately examined the results after the period of 8 years.

The campaign for prevention and early detection of oral cancer was strategically combined with the national campaign for influenza vaccination because the highest incidence of oral cancer is between the fourth and fifth decades of life (11). Additionally, the Brazilian incidence of oral cancer in the elderly population over 60 years reaches 40% of all positive cases (12), which justifies an action of this magnitude in the country (13). Screening for degenerative diseases, mainly those related to smoking habits, in the elderly population is of great importance (14).

Furthermore, actions of this magnitude created a singular opportunity for oral health teams examine elderly individuals who tend to believe that oral examination are unnecessary because they usually are completely edentulous. The last database from epidemiological survey on Brazilian oral health showed that 64% of elderly people between 65 and 74 years old were completely edentulous (15).

A fact that has a decisive impact on the prognosis of the patient refers to the delay of about 4.5 months on average between the patient’s first perception of oral lesions and

Table 2. Number of confirmed cases of oral cancer *per* 100,000 screened elderly patients.

| Year | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---------|--------|---------|---------|
| Number of examined elderly patients | 253,648 | 360,76 | 435,971 | 480,607 |
| Confirmed oral cancer cases | 53 | 72 | 54 | 50 |
| Confirmed oral cancer cases/100,000 elderly | 20.89 | 19.95 | 12.39 | 10.4 |

Source: Cancer Foundation of São Paulo.

Table 3. Criteria and codes used to identify the oral soft tissues aspect at the time of examination. Codes 1 and 2 refer to secondary level of health care.

| Classification | Codes | Criteria |
|--|-------|--|
| Low risk | 0 | Healthy oral soft tissues |
| High risk | 1 | Altered oral soft tissues without malignant aspect (alterations not listed in code 2) |
| Patient re-examined by a specialist of the secondary oral health care level from the same district | 2 | Altered oral soft tissues with malignant aspect: > 14 days of evolution of painless ulcers, ulcers with endured or elevated boundaries, white lesions (leukoplakia) or pigmented lesions; 14 days evolution of reddish lesions with well-defined borders suggesting erytroleukoplakias; vegetative lesions with significant growth rate (papules, nodes, granulated verrucous or ulcerated surfaces) |

the first consultation with a physician or dentist in order to investigate the complaints (13). A recent study (16) pointed that cancer survivors presented a significant decrement for the overall and domain-specific quality of life ratings at 1-year follow-up. Therefore, the screening performed in an asymptomatic population might be more relevant on patient's prognosis and quality of life (16).

In the present study, recording of oral soft tissue lesions was based on a specific classification developed by the São Paulo State Secretariat of Health (Table 3). Traditionally, it allows dentists who are not used to perform oral diagnosis for their everyday work to undertake patient categorization without major difficulties, and to select those cases that need a more specialized attention.

All cases of soft tissue lesions (Table 2) were later re-examined by a specialist of the secondary health care level from the same district in order to avoid detachment of the elderly or the lost of the follow-up of those cases. It increased the resolution of the campaign and avoided the losses observed by Antunes in 2004 (17). Moreover, since 2008, the Cancer Foundation of São Paulo State tracks all positive cases of oral cancer through its own cancer registry, and the 37 positive cases detected in 2008 were treated and properly monitored in public hospitals (5).

In this study, it was interesting to register a decrease of new cases of oral cancer and suspicious lesions among the elderly over the years ($p < 0.0001$). It could be seen that, by 2004, the campaign was structured with the gradual adherence of new cities and, later, by reorganizing the system of reference and counter-reference for both diagnosis and treatment. In the initial period of the campaign (2001-2004), there was an increase in the incidence of suspicious cases occurred, which is probably explained by the enclosed demand until that historic moment. Moreover, there was a lack of access to public medical care services and also a lack of structure for reference and counter-reference for the detected cases.

The second period (2005-2008) of the campaign showed a reduction of both rates of confirmed cases and suspicious lesions. This period coincided with the implementation of a new national policy for oral health care (18), the secondary oral health care network, and the CEOs. Still, it was in 2005 that the Cancer Foundation of São Paulo State started a much more direct and effective dialog with the tertiary health care network and the CACONs, which were responsible for

oral cancer treatment of the cases from the secondary health care network.

The design of the current campaign seems to be effective, as it was able to maintain a specific population under control, starting with those individuals who complete 60 years of age every year. The increasing number of detected suspicious lesions might be explained by the deficient access to public dental services or may be indicative of inefficient solvability of the secondary and tertiary health care levels by the years 2004 and 2005.

After 2004, when the CEOs were implemented through federal government financial incentive (19), there were an increasing availability of skilled professionals in the field of oral diagnosis, which enable to respond more adequately to the identified demands. The following reduction of suspicious lesions and confirmed cases of oral cancer may be attributed to the saturation of the sample and equally to the improvement of the patients' access to secondary and tertiary levels of oral health service care.

Finally, in 2010, Pereira-Torres (20) published an important analysis of the impact of public policies on data on oral cancer and concluded that from a strict scientific standpoint, there is no evidence to support the claim that any public intervention might have a quantitative impact on oral cancer incidence and morbidity other than tobacco and alcohol consumption control. These factors should be regarded as major targets for public policies aimed to impact positively the cases of oral cancer. Moreover, there seems to be a low recognition that reducing inequalities could decrease oral cancer numbers. Government, research community and clinical dentists should combine efforts in order to demand and produce more consistent scientific evidence of impact when evaluating or proposing oral cancer public policies.

It is expect that the present results could contribute to the debate about the importance of public policies in oral health because we are convinced that they are fundamental to the organization of services and demand for improvement of the indices and indicators in health.

Concomitant oral cancer prevention campaign and influenza vaccination campaign has been proven quite effective in the reduction of suspicious lesions and confirmed cases of oral cancer. Apparently, the saturation of the sample, implementation of a national oral health policy, the establishment of a more efficient secondary oral health care level, and a greater involvement of the tertiary network services for oral oncology care, might explain the gradual decrease of suspicious lesions and

new cases of oral cancer among the screened population.

The campaign model used in the state of São Paulo have shown that the involvement of all levels of health care can be efficient if well articulated and undertaken in compliance with the federal government public policies, producing successful efforts in the prevention and early detection of oral cancer.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo apresentar as estratégias de prevenção e detecção precoce de câncer bucal, através de triagem (rastreamento) na população idosa do Estado de São Paulo. Esta pesquisa foi um estudo longitudinal retrospectivo baseado na análise de dados secundários. As variáveis - número de cidades participantes, a cobertura da triagem e o número de casos suspeitos e confirmados de câncer bucal - foram divididos em 2 períodos (2001-2004 e 2005-2008). As variáveis foram testadas através do teste do qui-quadrado. A implantação da política nacional de saúde bucal, em 2004, foi incluída como variável capaz de interferir nos resultados alcançados. De 2001 a 2008, 2.229.273 exames foram realizados. Foi observado um aumento de 205 cidades participantes até o final do período estudado ($p < 0,0001$). A extensão do rastreamento para o câncer de boca aumentaram de 4,1% para 16% ($p < 0,0001$). Houve uma diminuição no número de lesões suspeitas (de 9% em 2005 para 5% em 2008) ($p < 0,0001$) e na taxa de casos confirmados de câncer bucal por 100.000 (20,89 em 2001 e 10,40 em 2008) ($p = 0,0003$). Após 8 anos de triagem, observamos uma diminuição no número de lesões suspeitas e casos confirmados de câncer bucal entre os voluntários. É possível que a reorganização dos níveis secundário e terciário de cuidados bucais ajudou na modificação desses números.

REFERENCES

1. OMS. Experts advise WHO on pandemic vaccine policies and strategies. 2009. Available from: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091030/en/index.html [Latest access: May 2012].
2. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Cox NJ, Fukuda K. Influenza vaccination among the elderly in the United States. *Arch Intern Med* 2005;165:2038-2039.
3. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, et al.. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2005;356:1927-1933.
4. São Paulo State, Secretariat of Health, Health Planning Coordination, Oral Health Technical Center. Prevention and early diagnosis of oral cancer [final report]. Impact project: oral examination and educational actions between April 24 and May 5, 2001 – vaccination of elderly population. Project oral examination and educational actions during the elderly vaccination campaign, in April 2002 - version 2002. São Paulo State: Secretariat of Health; 2002.
5. São Paulo State Cancer Foundation. Reports of the oral cancer prevention campaign - 2005/2008. São Paulo (SP), 2008. Available from: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br/> [Latest access: May 2012].
6. São Paulo State Secretariat of Health. Coordination of Health Planning - Technician Center of Dental Health. Prevention and early diagnosis of oral cancer: final report. São Paulo (SP), 2003. Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoos-estrategicasgtae/saudebucal/artigoseteses/estudosepidemiologicos/estudosepidemiologicos/prevencao_e_diagnostico_do_cancer_bucal_-_2003.pdf [Latest access: May 2012].
7. São Paulo State Secretariat of Health. Coordination of Health Planning - Technician Center of Dental Health. Prevention and early diagnosis of oral cancer: final report. São Paulo (SP), 2004. Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoos-estrategicasgtae/saudebucal/artigoseteses/estudosepidemiologicos/estudosepidemiologicos/prevencao_e_diagnostico_do_cancer_bucal_-_2004.pdf [Latest access: May 2012].
8. Magalhães BRR. Evaluation of initiatives and programs across sectors in health: challenges and learnings. *Bull World Health Organ* 2009;14:861-868.
9. Weiss C. Nothing as practical theory of the good: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and family. In: JP Connell, AC Kubisch, LB Schorr, CH Weiss, editors. *New Approaches to Evaluating Community Initiatives*. Washington, D.C.: Aspen Institute, 1995. p. 65-93.
10. Collins C, Araujo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil Health Policy. 2000;52:113-127.
11. Cornwall A, Shankland A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Soc Sci Med* 2008;66:2173-2184.
12. Perussi MM, Denardin VOP, Fava AS, Rapoport A. Oral squamous cell carcinoma in the elderly in São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:341-344.
13. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. Idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2005;41:396-403.
14. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric screening and preventive care. *Am Fam Physician* 2008;78:206-215.
15. São Paulo. Oral health status in São Paulo in 2002: Final Report. Available from: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/saude_bucal/condicoes_de_saude_bucal,_2002.pdf [Latest access: May 2012].
16. Biazevic MGH, Antunes JLP, Togni J, Andrade FP, Carvalho MB, Wunsch-Filho V. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. *J Appl Oral Sci* 2010;18:279-284.
17. Antunes JLF, Toporcov TN, Wunsch-Filho V. The effectiveness of the oral cancer prevention and early diagnosis program in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2007;21:30-36.
18. INCA. Estimativa 2010. Incidence of cancer - Brazil. Rio de Janeiro, 2009. Available from: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home> [Latest access: May 2012].
19. Brazil. Ministry of Health. Secretary of Health Assistance. Department of Primary Health Care. Monitoring and Evaluation Coordination. Evaluation of Primary Health. National Policy on Oral Health. Brasília, Ministry of Health, 2004.
20. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz Oral Res* 2010;37-42.

Received July 17, 2011
Accepted January 13, 2012

Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil

Evaluation of secondary care in oral health: a study of specialty clinics in Brazil

Paulo Sávio Angeiras de Goes ¹
 Nilcema Figueiredo ²
 Jerlucia Cavalcanti das Neves ¹
 Fabiana Moura da Motta Silveira ¹
 José Felipe Riani Costa ³
 Gilberto Alfredo Pucca Júnior ⁴
 Maritza Sosa Rosales ⁵

Abstract

This article discusses the evaluation of secondary care in the area of health surveillance. This was a descriptive and normative/evaluative study. Performance analysis drew on secondary data, based on a historical series of dental procedures conducted at the specialized dental clinics implemented in Brazil and recorded by the Outpatient Information System of the Unified National Health System (SIA/SUS) in 2007, as well as primary data from site visits to the clinics, based on questionnaires completed by clinic staff. Performance of the clinics was poor in most regions of the country, and the North of Brazil had the lowest percentage of specialty services implemented. The indicator "Performance of Secondary Care in Oral Health" was 64.4%. The type 3 specialty clinics showed better results in terms of performance and achievement of targets. The study showed the need to review the legal framework for implementing specialized dental clinics by adjusting the criteria and norms, as well as definition of new standards for achievement of goals in the evaluation and monitoring of these services.

Health Services Evaluation; Dental Health Services; Dental Specialties; Oral Health

¹ Departamento de Odontologia Clínica e Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

³ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Coordenação de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

⁵ Dirección Nacional de Estomatología, Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba.

Correspondência

P. S. A. Goes
 Departamento de Odontologia Clínica e Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco.
 Rua Engenheiro Cloves de Castro 210, apto. 804, Recife, PE 52060-180, Brasil.
 psagoes@uol.com.br

Introdução

A institucionalização da avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais ^{1,2,3,4}, vem ganhando força em diferentes áreas do setor público em saúde. No Brasil, e mais especificamente no campo das políticas de saúde, a avaliação parece tomar um lugar central nas organizações ⁵, apesar de essa atividade ainda se apresentar de forma incipiente, pouco incorporada às práticas, possuindo quase sempre um caráter prescritivo e burocrático ^{6,7}.

Fatores como as mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); a maior complexidade do perfil epidemiológico do país; e a exigência cada vez maior do controle dos gastos em saúde podem ser apontados como fatores envolvidos no interesse crescente em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil ⁸.

No entanto, extrapolando a necessidade de avaliar a eficiência dos serviços e do sistema de saúde, outros fatores contribuíram para que a avaliação em saúde se firmasse como um novo campo de conhecimento e de práticas, destacando-se: a incorporação contínua de novas tecnologias; a ampliação da oferta e da complexidade organizacional dos serviços de saúde; e a crescente necessidade de informação sobre a eficácia, a efetividade e o funcionamento do sistema ^{9,10}.

De modo que a prática da avaliação nos serviços de saúde deve ser compreendida em duas perspectivas, o tipo mais comum de avaliação de serviços utiliza indicadores gerais de monitoramento do serviço e/ou do sistema, sendo usadas em situações pontuais, buscando gerar ações que garantam a melhoria da qualidade. Por outro lado, pode se recorrer à pesquisa avaliativa, que resulta de um esforço acadêmico que tem por objetivo estudar o desempenho dos serviços e produzir recomendações que orientem soluções para os problemas identificados ¹¹.

Para a área de saúde bucal, além da utilização da avaliação em saúde para tomada de decisão, conseqüentemente reordenamento das políticas, programas e serviços de saúde, outro desafio posto é conjugar essa tarefa ao constante monitoramento dos serviços para melhoria da qualidade, bem como vigilância em saúde bucal.

Embora haja na área da Saúde Bucal uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos, já existem evidências de alguns estudos avaliativos realizados, com esforços no sentido de desenvolver instrumentos válidos para tal fim ¹².

Estudos avaliativos em saúde bucal têm versado sobre: avaliação de modelos de atenção em saúde bucal ¹³; avaliação sobre serviços de atenção básica ¹⁴, particularmente sobre o Programa Saúde da Família (PSF) ^{15,16,17,18,19}; estudos que analisaram o Sistema de Informações Ambulatorial em Saúde (SIA/SUS) ^{20,21}; estudos de caso com a construção de modelos lógicos ²²; e estudos sobre o papel dos serviços odontológicos, no que se refere ao perfil de demanda, e estudos de qualidade de serviços odontológicos, especificamente sob a ótica do usuário ^{23,24,25,26}.

As avaliações sobre serviços de atenção secundária em saúde bucal, particularmente no Brasil, estão em fase incipiente de construção de evidência, sobretudo com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) sendo objeto desses estudos ^{27,28,29,30}.

Os CEO têm sido a estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (*Brasil Sorridente*) para garantir a atenção secundária. Tais serviços devem se constituir em unidades de referência para a Atenção Primária, integrados ao processo de planejamento loco-regional, ofertando minimamente as especialidades: periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgia oral menor. Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas); e CEO tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número

de profissionais variável em função do tipo de serviço ³¹. Atualmente, no Brasil, são mais de 900 CEO implantados.

Diante do exposto e pelo atual contexto organizacional de rede de atenção integral em saúde bucal, o objetivo deste trabalho foi avaliar a atenção secundária em saúde bucal dos CEO, a qual se constituiu na primeira fase da *Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil*, estudo resultante do Projeto de Cooperação Internacional entre Brasil e Cuba, financiado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Material e métodos

A proposição da metodologia avaliativa deste trabalho esteve baseada em estudos anteriores desenvolvidos pelos autores ^{27,28}.

O estudo teve caráter avaliativo normativo, no qual foram analisados dados secundários da produção ambulatorial do ano de 2007 de todos os CEO implantados no Brasil, bem como critérios e normas instituídos para implantação desses serviços, sendo dividido esquematicamente em três etapas: 1ª etapa – Avaliação do Desempenho dos Serviços; 2ª etapa – Avaliação do Cumprimento da Atenção Secundária; e 3ª etapa – Avaliação do Subgrupo de Metas.

A coleta dos dados foi realizada diretamente do banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), informações do SIA/SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) dos CEO pesquisados. Como critério de inclusão deste estudo, foram admitidos todos os CEO do Brasil credenciados até 31 de dezembro de 2007, resultando em 613 CEO.

Os dados obtidos foram tabulados pelo programa TabWin (Departamento de Informática do SUS. http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=732), sendo exportados para o programa Excel, versão 2000 (Microsoft Corp.), no qual foi feita consolidação e agrupamento de acordo com os subgrupos de procedimentos odontológicos que deveriam ser analisados: Subgrupo de procedimentos de Atenção Básica [03.020.00-2 (Procedimentos Individuais Preventivos), 03.030.00-8 (Dentística Básica) e 03.040.00-3 (Odontologia Cirúrgica Básica)]; Subgrupo de procedimentos de Periodontia (10.020.00-4); Subgrupo de procedimentos de Endodontia (10.040.00-5); e, Subgrupo de procedimentos de Cirurgia Oral Menor [Odontologia Cirúrgica (10.050.00-0), Traumatologia Bucamaxilofacial (10.060.00-6) e Procedimentos/Ci-

rurgias de pele Tecido Subcutâneo e Mucosa (08.010.00-1)] e depois exportados para o programa estatístico SPSS versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Para avaliar o desempenho dos serviços, foi construído o indicador denominado: Cumprimento Global de Metas dos CEO. Era o quociente resultante da média mensal de procedimentos realizados de cada subgrupo de especialidades odontológicas pelo número de procedimentos correspondente à meta desse subgrupo multiplicado por 100, normatizado pela Portaria Ministerial nº. 600 de 2006³². Foram considerados meta atingida aqueles serviços que cumpriram percentual igual ou superior a 100% da meta normatizada para cada subgrupo.

A partir daí, classificou-se o desempenho dos serviços em: desempenho péssimo (CEO que não cumpriu nenhuma meta); desempenho ruim (CEO que cumpriu apenas 1 meta); desempenho regular (CEO que cumpriu 2 metas); desempenho bom (CEO que cumpriu 3 metas); e desempenho ótimo (CEO que cumpriu a totalidade das metas).

A Avaliação da Atenção Secundária foi operacionalizada pelo indicador denominado Cumprimento da Atenção Secundária, que era a transformação do indicador da etapa anterior (Cumprimento Global das Metas) em variável binária. Os serviços que o cumpriram corresponderam àqueles que pelo menos uma meta do Subgrupo de Especialidades (Periodontia, Endodontia ou Cirurgia Oral Menor) foi atingido; os serviços que não o cumpriram foram aqueles com nenhuma meta atingida ou apenas a Meta do Subgrupo Atenção Básica.

Na 3ª etapa, foi avaliado o cumprimento da cada subgrupo de metas, ou seja, o cumprimento da Meta de Atenção Básica, Endodontia, Periodontia e Cirurgia.

As variáveis exploratórias⁵ deste estudo se referiram às características estruturais dos serviços: tipo de CEO (I, II ou III); as variáveis contextuais foram: Localização da Macrorregião geográfica do país; Situação do município no Plano Diretor de Regionalização (PDR); Porte populacional distribuídos em municípios: com até 30 mil habitantes, entre 30-50 mil habitantes, entre 50-100 mil habitantes e municípios acima de 100 mil habitantes; Cobertura populacional das Equipe de Saúde Bucal (ESB) no PSF (municípios com cobertura acima ou abaixo de 50% de sua população); e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal do ano 2000.

As análises estatísticas operacionalizadas foram do tipo descritiva e analítica inferencial, pelas quais foram testadas as diferenças entre as proporções com o qui-quadrado de Pearson,

sendo utilizado o teste de Fisher quando necessário, com um nível de significância de 5%, operacionalizadas no programa estatístico SPSS versão 16.0.

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE), com finalidade de obtenção de um parecer favorável ao desenvolvimento do estudo em questão. O parecer concedido à pesquisa, sob o número do registro CAEE: 3840.0.097.000-08.

Resultados

Foram estudados 613 CEO. Segundo macrorregião geográfica, a maior proporção de CEO está localizada nas regiões Nordeste e Sudeste (36,9% e 36,7%), respectivamente; seguida pela Região Sul (14,5%), Centro-Oeste (6,5%); e a menor proporção de serviços foi encontrada na Região Norte (5,4%).

A maioria dos CEO era do Tipo II (58,2%), com apenas 7,4% de CEO tipo III. A quase totalidade dos municípios investigados era referência de média complexidade em odontologia segundo o Plano Diretor de Regionalização (90,4%).

O maior percentual de CEO (42%) estava localizado em cidades com mais de 100 mil habitantes, porém a distribuição percentual teve a seguinte sequência decrescente: municípios com até 30 mil habitantes (21,6%); municípios entre 50-100 mil habitantes (20,1%) e municípios entre 30-50 mil habitantes (16,3%).

Levando-se em conta a cobertura municipal de ESB no PSF, 56% tinham cobertura municipal superior a 50% e maioria dos CEO estava localizada em municípios com IDH superior 0,7 (69,5%).

A avaliação do Desempenho, pela medição do Cumprimento Global das Metas segundo macrorregião mostrou que na maioria das regiões o desempenho dos CEO foi ruim. A exceção encontrada foi nas macrorregiões Centro-Oeste (30,6%) e Sudeste (26,2%), onde a maioria dos serviços obteve bom desempenho. Na última, foi encontrada a maior percentagem (24,4%) de CEO com ótimo desempenho; por outro lado, na macrorregião Sul foi encontrado o maior percentual (22,5%) de serviços com desempenho péssimo (Tabela 1).

A avaliação da atenção secundária com a operacionalização do indicador Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal evidenciou que dos 613 CEO pesquisados a maioria, ou seja, 64,4% dos CEO cumpriram-no. Na macrorregião Sudeste, foi encontrado o maior percentual de serviços que cumpriram o indicador

Tabela 1

Avaliação do desempenho da produtividade dos Centros de Especialidades Odontológicas informada no Sistema de Informações Ambulatoriais em Saúde (SIA/SUS), segundo macrorregião. Brasil, 2007.

| Macrorregião | Desempenho | | | | | | | | | | χ ² | | |
|--------------|------------|------|------|------|---------|------|-----|------|-------|------|----------------|-------|---------|
| | Péssimo | | Ruim | | Regular | | Bom | | Ótimo | | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | n | % |
| Norte | 5 | 15,2 | 11 | 33,3 | 6 | 18,2 | 5 | 15,2 | 6 | 18,2 | 33 | 100,0 | 46,28 * |
| Nordeste | 46 | 20,4 | 57 | 25,2 | 44 | 19,5 | 45 | 19,9 | 34 | 15,0 | 226 | 100,0 | |
| Centro-oeste | 3 | 7,5 | 11 | 27,5 | 5 | 12,5 | 12 | 30,0 | 9 | 22,5 | 40 | 100,0 | |
| Sudeste | 13 | 5,8 | 44 | 19,6 | 54 | 24,0 | 59 | 26,2 | 55 | 24,4 | 225 | 100,0 | |
| Sul | 20 | 22,5 | 26 | 29,2 | 9 | 10,1 | 23 | 25,8 | 11 | 12,4 | 89 | 100,0 | |
| Total | 87 | 14,2 | 149 | 24,3 | 118 | 19,2 | 144 | 23,5 | 115 | 18,8 | 613 | 100,0 | |

* Valor de $p < 0,05$.

(75,6%) enquanto na Região Sul, o menor percentual (52,8%) (Tabela 2).

A análise do Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal em função das variáveis exploratórias apontou que no segundo tipo de CEO houve o maior cumprimento do indicador naqueles serviços tipo III.

Dentre as variáveis contextuais, observou-se que o cumprimento da atenção secundária teve o maior percentual (67,5%) nos municípios que são referência para média complexidade, em oposição aos municípios que não são referência. Esse dado não foi identificado para um dos serviços avaliados.

Foi verificado um incremento no percentual de serviços que cumpriram a atenção secundária em saúde bucal em função do aumento do porte populacional, vale dizer, quanto maiores as cidades, melhores foram os resultados para o indicador. Apontando um percentual de serviços que o cumpriram na sequência crescente de cidades: com até 30 mil habitantes (49,2%); entre 30-50 mil habitantes (54,0%); entre 50-100 mil habitantes (61,0%); e acima de 100 mil habitantes (77,8%).

Quando verificada a relação com a cobertura de ESB no PSF os resultados mostraram que nos municípios com cobertura menor que 50% (condição prevalente dos municípios de médio e grande porte) obtiveram o melhor cumprimento de atenção secundária em saúde bucal (73,6%). Tal dado não foi identificado para dois dos serviços avaliados.

Já quando comparado o cumprimento de atenção secundária em função do IDH, os municípios com maior IDH lograram melhores resultados (69,7%); esse dado não foi identificado para quatro dos serviços avaliados. Os resultados dos parágrafos supracitados podem ser observados na Tabela 3.

A avaliação do Cumprimento de Subgrupo de Metas verificou que a maioria dos CEO cumpriu a meta do Subgrupo Atenção Básica (80,3%), os Subgrupos Periodontia e Endodontia alcançaram o mesmo percentual de cumprimento (50,9%). Ressalta-se que para o Subgrupo Cirurgia Oral Menor, os CEO apresentaram o menor percentual de cumprimento (26,3%).

A análise do Cumprimento das Metas segundo macrorregião apontou que para todas as metas os serviços da macrorregião Sudeste tiveram os melhores resultados. Os resultados com menor Cumprimento da Meta Atenção Básica foram dos serviços localizados nas macrorregiões Nordeste e Sul, obtendo percentual semelhante para ambas as macrorregiões (70,8%). Para a Meta da especialidade Periodontia, os CEO da macrorregião Sul (37,1%) obtiveram o menor percentual de cumprimento do indicador. Sobre a Meta da Endodontia, os menores resultados foram encontrados nos serviços da macrorregião Nordeste (43,4%); e para Meta Cirurgia, nos serviços da macrorregião Norte, obtiveram-se os piores resultados, com apenas 18,2% dos serviços cumpridos (Tabela 4).

Discussão

Este estudo esteve baseado em pressupostos importantes para a avaliação das políticas, programas e serviços de saúde, particularmente a avaliação da atenção secundária, mediante avaliação dos CEO brasileiros. Tais pressupostos dizem respeito: (1) ao reconhecimento da Saúde como um direito e ao reconhecimento de que a saúde bucal é parte da saúde geral; (2) à utilização da informação para ação (aperfeiçoamento do processo de tomada de decisão); e (3) ao uso da avaliação para melhoria da qualidade.

Tabela 2

Avaliação da Atenção Secundária segundo macrorregião. Brasil, 2007.

| Macro- região | Cumprimento da Atenção Secundária | | | | | | χ^2 |
|------------------|-----------------------------------|------|--------|------|-------|-------|----------|
| | Não cumpre | | Cumpre | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Norte | 13 | 39,4 | 20 | 60,6 | 33 | 100,0 | 21,8 * |
| Nordeste | 95 | 42,0 | 131 | 58,0 | 226 | 100,0 | |
| Centro-oeste | 13 | 32,5 | 27 | 67,4 | 40 | 100,0 | |
| Sudeste | 55 | 24,4 | 170 | 75,6 | 225 | 100,0 | |
| Sul | 42 | 47,2 | 47 | 52,8 | 89 | 100,0 | |
| Total | 218 | 35,6 | 395 | 64,4 | 613 | 100,0 | |

 * Valor de $p < 0,05$.

Tabela 3

Análise da Atenção Secundária em função das características avaliativas dos serviços e dos municípios. Brasil, 2007.

| Características avaliativas | Cumprimento da Atenção Secundária | | | | | | Valor de p |
|--|-----------------------------------|------|--------|------|-------|-------|------------|
| | Não cumpre | | Cumpre | | Total | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Serviços | | | | | | | |
| Tipo de CEO | | | | | | | |
| I | 88 | 41,7 | 123 | 58,3 | 211 | 100,0 | < 0,05 * |
| II | 121 | 33,9 | 236 | 66,1 | 357 | 100,0 | |
| III | 9 | 20,0 | 36 | 80,0 | 45 | 100,0 | |
| Municípios | | | | | | | |
| Plano Diretor de Regionalização | | | | | | | |
| Município referência | 180 | 32,5 | 373 | 67,5 | 553 | 100,0 | < 0,05 ** |
| Município não referência | 38 | 64,4 | 21 | 35,6 | 59 | 100,0 | |
| Porte populacional | | | | | | | |
| 0-30.000 | 67 | 50,8 | 65 | 49,2 | 132 | 100,0 | < 0,05 * |
| 30.001-50.000 | 46 | 46,0 | 54 | 54,0 | 100 | 100,0 | |
| 50.001-100.000 | 48 | 39,0 | 75 | 61,0 | 123 | 100,0 | |
| 100.001 e mais | 57 | 22,2 | 200 | 77,8 | 257 | 100,0 | |
| Cobertura populacional de Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família | | | | | | | |
| > 50% | 146 | 42,7 | 196 | 57,3 | 342 | 100,0 | < 0,05 ** |
| < 50% | 71 | 26,4 | 198 | 73,6 | 269 | 100,0 | |
| Índice de Desenvolvimento Humano municipal | | | | | | | |
| < 0,7 | 128 | 30,3 | 295 | 69,7 | 423 | 100,0 | < 0,05 * |
| > 0,7 | 87 | 46,8 | 99 | 53,2 | 186 | 100,0 | |

* Teste qui-quadrado;

** Teste de Fisher.

Estudos evidenciam que os serviços de saúde não são os principais determinantes no processo saúde-doença, porém a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles

podem determinar algum impacto na saúde da população. Isso é válido na saúde geral e também exerce influência na saúde bucal. Os CEO podem ser exemplos de serviços que promovam

Tabela 4

Análise do Cumprimento das Metas segundo macrorregião. Brasil, 2007.

| Macrorregião | Cumprimento da atenção básica * | | | | Cumprimento da periodontia * | | | | Cumprimento em endodontia * | | | | Cumprimento em cirurgia ** | | | |
|--------------|---------------------------------|------|---------|------|------------------------------|------|---------|------|-----------------------------|------|---------|------|----------------------------|------|---------|------|
| | Não cumpriu | | Cumpriu | | Não cumpriu | | Cumpriu | | Não cumpriu | | Cumpriu | | Não cumpriu | | Cumpriu | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Norte | 9 | 23,7 | 24 | 72,7 | 16 | 48,5 | 17 | 51,5 | 18 | 54,5 | 15 | 45,5 | 27 | 81,8 | 6 | 18,2 |
| Nordeste | 66 | 29,2 | 160 | 70,8 | 122 | 54,0 | 104 | 46,0 | 128 | 56,6 | 98 | 43,4 | 172 | 76,1 | 54 | 23,9 |
| Centro-oeste | 4 | 10,0 | 36 | 90,0 | 18 | 45,0 | 22 | 55,0 | 17 | 42,5 | 23 | 57,5 | 28 | 70,0 | 12 | 30,0 |
| Sudeste | 16 | 7,1 | 209 | 92,9 | 89 | 39,6 | 136 | 60,4 | 91 | 40,4 | 134 | 59,6 | 155 | 68,9 | 70 | 31,1 |
| Sul | 26 | 29,2 | 63 | 70,8 | 56 | 62,9 | 33 | 37,1 | 47 | 52,8 | 42 | 47,2 | 70 | 78,7 | 19 | 21,3 |
| Total | 121 | 19,7 | 492 | 80,3 | 301 | 49,1 | 312 | 50,9 | 301 | 49,1 | 312 | 50,9 | 452 | 73,7 | 161 | 26,3 |

* Valor de $p < 0,05$ (teste qui-quadrado);** Valor de $p > 0,05$ (teste de Fisher).

a prevenção secundária e terciária da atenção em saúde, por meio de ações de diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de limitação do dano e reabilitação de casos, gerando melhores condições de saúde.

Inicialmente, a análise da distribuição macrorregional dos CEO demonstrou uma desigualdade regional na implantação dos serviços, em que a Região Norte possuiu o menor percentual de serviços implantados. Isso sugere que a baixa capacidade de oferta dos serviços especializados pode comprometer, por conseguinte, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal nos sistemas loco-regionais de saúde, interferindo, inclusive negativamente, no perfil epidemiológico da região, além de comprometer o princípio da integralidade do SUS.

O Modelo Donabediano^{33,34} para avaliação de qualidade de serviços de saúde considera que as condições estruturais, a saber, aquelas condições que constroem e condicionam o universo de práticas a ser avaliado (recursos financeiros, humanos, físicos, organizacionais, entre outros), podem favorecer os dados relativos aos processos que definem essas práticas à medida que permitem a mensuração de resultados das mesmas.

Mesmo que existam autores que tenham discordado deste modelo de avaliação, seja pela inter-relação unidirecional entre os fatores avaliados e/ou por entendê-lo reducionista³⁵, os resultados deste estudo verificaram, em função do tipo de CEO, que embora a maioria dos serviços tenha cumprido o indicador avaliado, os resultados sugerem que em serviços mais estruturados haja um melhor cumprimento da atenção secundária, mesmo não sendo considerado como principal entrave à avaliação.

Em relação à organização dos sistemas e redes de serviços de saúde, a literatura evidencia uma preferência por modelos assistenciais piramidais, hierarquizados, de base loco-regional, estabelecendo-se como porta de entrada da atenção básica, que, quando consegue uma cobertura universal, possibilita uma diminuição de demanda de atenção secundária e terciária, além de priorizar investimentos tanto em recursos humanos, quanto na construção de novos equipamentos, na medida em que fica mais fácil perceber onde estão localizadas as reais necessidades da população³⁶.

Caso semelhante pode ser percebido em se tratando de um modelo de atenção em saúde bucal³⁷. Os dados do presente estudo sugeriram que nos municípios de maior população, com uma insuficiente cobertura de ESB/PSF, referiu-se uma maior demanda espontânea de atenção básica aos CEO. Fato que pode comprometer interação entre a Atenção Secundária e Atenção Primária, havendo incoerência para referência dos casos em função de suas necessidades de tratamento.

Como poucos serviços se baseiam em estudos epidemiológicos para sua implantação, isso pode determinar que os CEO não atendam a real necessidade de saúde de uma dada população, bem como os resultados por subgrupo de meta apontam que ocorre o maior cumprimento para atenção básica em detrimento das demais especialidades, especialmente a cirurgia oral menor. Esses resultados apontam a necessidade de adequação da oferta de especialidades do CEO que possibilitem outras especialidades e aperfeiçoamento das metas existentes, sobretudo cirurgia, tanto em número quanto em critérios de inclusão.

Ademais, deveriam ser revisadas as especialidades ofertadas segundo tipo de CEO para garantir que aquelas de maior demanda que respondem à morbidade da população brasileira passem a ser garantidas em todos os serviços, como endodontia e prótese dental, que satisfaçam a conservação dos dentes, como tratamento para as consequências da cárie dentária e a reabilitação dos dentes perdidos. A inclusão de outras especialidades deve responder a análises locais e regionais que satisfaçam o seu quadro epidemiológico.

Na perspectiva de enfrentamento das dificuldades encontradas nesta avaliação, tomada de decisão importante seria o fortalecimento da capacidade gerencial com ênfase na avaliação e monitoramento das ações para a melhoria da qualidade. Uma alternativa seria a continuidade da Pesquisa Nacional de Avaliação do CEO, realizada pelo Ministério da Saúde, bem como o estabelecimento de processo contínuo de autoavaliação para melhoria da qualidade por intermédio de portal eletrônico de avaliação da atenção secundária com o acompanhamento de indicadores de estrutura e processo.

Ainda visando à melhoria de qualidade desses serviços, em relação aos profissionais, a qualificação do processo de trabalho seria fundamental de ser instituída, com ações de educação permanente e criação de residência em atenção secundária para formação de habilidades e competências voltadas aos CEO. Outro aspecto importante seria a avaliação de tecnologias e procedimentos próprios aos CEO, podendo ser conduzido mediante o estabelecimento de Rede de Pesquisas Clínicas para atenção secundária e ainda, a realização de pesquisa sobre o impacto sobre a implantação do CEO no Brasil.

Finalmente, o uso de sistemas de informação em saúde, a exemplo do SIA/SUS, pode ser descrito como um fator limitante deste estudo, visto que os dados disponíveis são de procedimentos realizados, restringindo a análise da utilização dos serviços e não permitindo um levantamento de perfis de morbidade. Além disso, em sua origem, foi implantado para fins de pagamento dos procedimentos realizados, o que pode interferir no registro dos dados, seja no supra ou sub-registro²⁰.

No entanto, em razão da rápida e ágil captação de informações, o SIA/SUS fornece aos gestores um material imprescindível para a tomada de decisão, objetivo principal dos processos avaliativos de programas e serviços de saúde, sobretudo se associados a outras fontes documentais, sendo usado em estudos sobre a utilização de serviços em saúde bucal^{21,22}. A escolha por este método neste estudo foi coerente com os nossos objetivos, uma vez que uma análise quantitativa e normativa das metas do CEO, construída com dados dos procedimentos do SIA/SUS e associada a outras fontes de informação, permitiu uma avaliação da atenção secundária em saúde bucal nos CEO do Brasil.

Considerações finais

Do total dos CEO analisados, observou-se que na maioria das regiões houve dificuldade de cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS, com exceção das regiões Centro-oeste e Sudeste. Sendo a Região Norte com menor percentual de serviços implantados.

O maior cumprimento de metas foi obtido pelo subgrupo atenção básica em detrimento dos demais, particularmente cirurgia.

Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Nos municípios de menor porte populacional e desenvolvimento humano, piores desempenhos foram encontrados.

Foi evidenciada a necessidade de revisão no marco legal para a implantação e implementação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também, definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento de tais serviços.

A principal contribuição desta pesquisa, além de evidenciar aspectos teóricos e metodológicos da utilização da avaliação da atenção secundária, foi estabelecer que esta estratégia de ação que privilegia a tomada de decisão pela gestão da informação com intuito de reordenamento dos serviços à melhoria da qualidade, deve possibilitar relação estreita com vigilância em saúde bucal.

Resumo

Este trabalho discorre a respeito da avaliação da atenção secundária no âmbito da vigilância em saúde. Estudo descritivo, de caráter avaliativo normativo. Para análise de desempenho, foram utilizados dados secundários, com base na série histórica da produção de procedimentos odontológicos realizados nos CEO implantados no país e registrados pelo SIA/SUS no ano de 2007, e dados primários, pela visita in loco de 10% dos serviços implantados, com uso de questionários dirigidos à equipe profissional do CEO. Dentre os CEO analisados, observou-se que na maioria das regiões houve dificuldade no cumprimento das metas relativas à quantidade de procedimentos a serem informados no SIA/SUS. Sendo a Região Norte com menor percentual de serviços implantados. O indicador Cumprimento da Atenção Secundária em Saúde Bucal foi de 64,4%. Os CEO tipo III tiveram melhores resultados para o desempenho e cumprimento das metas. Foi evidenciada a necessidade de revisão no marco legal para a implantação dos CEO pela readequação dos critérios e normas, como também definições de novos padrões e cumprimento de metas para avaliação e monitoramento desses serviços.

Avaliação de Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Especialidades Odontológicas; Saúde Bucal

Colaboradores

P. S. A. Goes e M. S. Rosales participaram da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados e da aprovação final da versão a ser publicada. N. Figueiredo, J. F. R. Costa e G. A. Pucca Júnior participaram da concepção, projeto, análise e interpretação dos dados. J. C. Neves e F. M. M. Silveira participaram da redação do artigo e da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

À Organização Pan-Americana da Saúde.

Referências

1. Aquino EML. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:229-31.
2. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12.
3. Contandriopoulos A. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:705-11.
4. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:553-63.
5. Figueiró AC, Frias PG, Navarro L. Avaliação em saúde: conceitos básicos. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Recife: Medbook; 2009. p. 1-14.
6. Ministério da Saúde. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Costa JMB. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município do Recife – PE [Dissertação de Mestrado]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
8. Figueiró AC, Thuler LC, Dias ALF. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 49-70.
9. César CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 Suppl 2:559-70.
10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
11. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:220-30.
12. Fernandes LMAG. Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, 2002.
13. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista; 2000.
14. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:599-609.

15. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1026-35.
16. Padilha WWN, Valença AMG, Cavalcanti AL, Gomes LB, Almeida RVD, Taveira GS. Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005; 5:65-74.
17. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:53-61.
18. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:2727-39.
19. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2871-80.
20. Barros SG, Chaves SLA. Utilização do Sistema de informações Ambulatoriais (SIA-SUS) com instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol Serv Saúde* 2003; 12:41-51.
21. Volpato LER, Scatena JH. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, BRASIL, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:47-55.
22. Chaves SCL, Vieira SL. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1119-31.
23. Fernandes T. Satisfação do usuário da rede pública de saúde da Zona Urbana de Natal-RN [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2004.
24. Fernandes T. Satisfação do usuário da rede pública de saúde da zona urbana de Natal-RN [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2004.
25. Carnut L, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas na cidade do Recife. *UFES Rev Odontol* 2008; 10:10-5.
26. Oliveira SR, Magalhães BG, Gaspar GS, Rocha RACP, Goes PSA. Avaliação do grau de satisfação dos usuários de saúde da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2009; 11:34-8.
27. Figueiredo N. Centros de Especialidades Odontológicas. CEO: um estudo linha de base para a avaliação e monitoramento dos serviços [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco; 2008.
28. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: 259-67.
29. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MMVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:991-1002.
30. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:143-54.
31. Ministério da Saúde. Portaria nº. 599 de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
32. Ministério da Saúde. Portaria nº. 600 de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União* 2006; 24 mar.
33. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health* 1981; 71:409-12.
34. Donabedian A. The quality care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260:1743-8.
35. Tanaka OU, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercato FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Editora Vozes; 2004. p. 121-36.
36. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:469-78.
37. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *Br Dent J* 2001; 191:666-70.

Recebido em 31/Dez/2010

Versão final reapresentada em 29/Set/2011

Aprovado em 03/Out/2011

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem dúvida há uma linha divisória entre a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” em março de 2004 e o conjunto das ações de saúde bucal anteriores. O amadurecimento das propostas de ações e serviços de saúde bucal pós reforma sanitária brasileira aliada a possibilidade institucional que se deu com a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, aliou acúmulo teórico democrático e espaço institucional. Por dever com a verdade, não se pode omitir que o espaço institucional conferido a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal foi conferido por fruto e obra do Presidente da República, que determinou ao Ministério da Saúde a tarefa de construir e implantar uma política nacional de saúde bucal, universalizada e equânime, que chega, no limite ao conjunto da classe trabalhadora brasileira que até então era alijada das ações e serviços de saúde bucal. Palavras do Presidente Lula na cerimônia de lançamento do Brasil Sorridente: “Sabem porque saúde bucal nunca foi prioridade? Porque saúde bucal não é problema de todos, é problema de quem não pode compra-lá”. Essa é a síntese. Esta determinação encontrou no conjunto de técnicos e gestores do Ministério da Saúde ambiente impulsionador para a construção/implantação, visto que hegemonicamente esse conjunto de novos atores não apenas se filiavam a reforma sanitária mas também se alinhavam a um conjunto de forças democráticas, partidos e movimentos sociais até então contra-hegemônicos, que com uma agenda de inclusão social e inversão de prioridades assumiu a gestão do país. O Estado brasileiro sofreu quatro grandes reformas ao longo do século XX. A primeira se deu entre 1930 e 1945. Getúlio Vargas alterou a política fiscal, direcionando parte da arrecadação para iniciativas industrializantes, para a adoção de políticas sociais permanentes – Consolidação das Leis do Trabalho e previdência social – e para a reforma da própria máquina pública. Criou um Estado com maior poder de intervenção na economia. A segunda reforma do Estado aconteceu por obra da ditadura militar (1964-1985). Embora seus governos não tenham sido uniformes, ela aumentou o poder de intervenção na economia, através da criação de centenas de empresas estatais e órgãos públicos. A terceira não chegou a ocorrer totalmente. Foi esboçada pela Constituição de 1988, através da ampliação de

direitos sociais universais, especialmente nas áreas de saúde (SUS) e previdência social. Havia na Carta uma tentativa de se criar uma versão nacional de Estado de Bem Estar Social. No capítulo da ordem econômica, a Constituição estabelecia diferenças entre empresa estrangeira e nacional, retiradas no governo Fernando Henrique Cardoso. A quarta e radical mudança veio nos anos de 1990, nos governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso. Ela pode ser sintetizada como uma tentativa de desconstrução da primeira (Vargas) e terceira (Carta de 1988). Essa mudança começa com a aprovação do Programa Nacional de Desestatização em 1990, renovado em 1997. A lei pretendia “reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo à iniciativa privada atividades indevidamente exploradas pelo setor público”. Ela possibilitou uma radical alteração do papel do Estado. Juntamente com 34 emendas constitucionais, aprovadas entre 1995 e 2002, o governo Cardoso ajustou o país à nova ordem mundial, pautada pelos preceitos do Consenso de Washington. É neste quadro que as eleições de 2002 conferem ao Brasil a primeira alternância real de poder. O governo Lula cumpriu uma dupla missão histórica. De um lado, resgatou parte significativa da imensa dívida social herdada dos séculos anteriores, garantindo direitos básicos de cidadania, incluindo aí setores da saúde até então negligenciados a dezenas de milhões de pessoas até então excluídas da sociedade e da esfera de ação do Estado. De outro, utilizando-se dos mesmos instrumentos de gestão do estado mas com forte componente de controle social, modernizou e democratizou o país, colocando o Brasil em melhores condições de enfrentar os desafios do século 21. Desde a primeira campanha eleitoral do período de redemocratização em 1989, o Presidente Lula já incorpora a necessidade de ações de saúde bucal

[...] desde a campanha de 1989 eu tive a primeira briga, enquanto candidato, por conta da saúde bucal no Brasil. [...] E porque a saúde bucal nunca foi tratada como questão de saúde? Porque a questão de 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.

Neste contexto que se institui a comissão de assessoramento da Coordenação Nacional de Saúde Bucal que define as “Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal”.

Portanto, estrutura-se uma Política Nacional de Saúde Bucal alicerçada nos princípios do Sistema Único de Saúde, contudo, muitos desafios se colocam para torná-la efetiva e perene. Além do binômio clássico financiamento e gestão, no campo da especificidade da saúde bucal elenca-se, preferencialmente três grandes desafios: o primeiro; a desnaturalização da perda dentária. Os níveis epidemiológicos de saúde bucal, principalmente perdas dentárias, colhidos pelo Levantamento Epidemiológico Nacional em 2003 (SB Brasil - 2003), eram de tal ordem que se criou um padrão estético da exclusão social, bocas proletárias são bem diferentes de bocas burguesas, a boca na realidade era um estatuto de classe, resultado da ausência de políticas públicas de promoção a saúde bucal para o setor. Desta forma, esta padronização estética do excluído gerou a naturalização que por sua vez atenuou as demandas populares por saúde bucal. Somada a esse fator, o tema necessidade sentida ou não de saúde bucal, em certa medida, é estranho a grande parte dos gestores, por ser fortemente vinculado aos setores de maior exclusão social, camadas sociais que normalmente não ocupam instancias de direção, colegiadas ou não. Guardadas as devidas proporções, pode-se por esse raciocínio estabelecer simetria com a questão da fome, tendo porém como um dos fatores diferenciais, por certo, é que nesta última gera-se necessidade sentida em maior escala. Portanto, como vemos, uma das tarefas da construção do componente saúde bucal no SUS é pavimentar um caminho para a legitimação da saúde bucal como um direito de cidadania.

Aliado a este primeiro, coloco um segundo; a construção dos componentes da Política Nacional de Saúde Bucal e seus princípios fundamentais como a universalização, a integralidade e a equidade devem ser concretizados, estrategicamente, dentro de uma lógica de intersetorialidade,. A intersetorialidade implica envolver no planejamento os diferentes setores que influem na saúde humana: entre outros a educação, agricultura, comunicação, tecnologia, esportes, saneamento, trabalho, meio ambiente, cultura e assistência social. O que impacta quadro epidemiológico não é assistência e

sim ações intersetoriais. As duas grandes potencias da assistência são; ser um direito de todos e portanto um direito inalienável e o segundo galvanizar forças para legitimar ações de saúde não assistenciais, principalmente as estruturantes., incluídas ai as ações de vigilância e promoção.

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, as ações de promoção e proteção da saúde representam uma combinação de estratégias para enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações, envolvendo as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e parcerias intersetoriais. Desse modo, credita-se ao setor saúde uma importante função na construção da intersectorialidade.

A Política Nacional de Saúde Bucal baseia-se na concepção de saúde bucal centrada na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção sobre os fatores que a colocam em risco pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais, não se restringindo apenas à assistência aos doentes.

A área da saúde bucal no Brasil, como parte integrante dos três níveis de atenção à saúde e das ações de vigilância em saúde, depara-se com desafios importantes para responder com efetividade às situações e problemáticas que exigem enfrentamento cotidiano. Tais desafios manifestam-se tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica, como na formulação de políticas intersetoriais sustentáveis, de natureza mais abrangente e que possam impactar positivamente os principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal.

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ressaltou-se que o enfrentamento, em profundidade, dos problemas na área de saúde bucal, assim como na saúde em geral, requerem 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.

Por último, enumera-se o terceiro desafio, porém, um dos maiores; impactar o processo de trabalho. O processo de trabalho em saúde bucal,

organizando as ações de saúde na perspectiva da integralidade e do acesso universal, relacionada a uma atenção contínua, por meio de ações articuladas em rede que promovam a coordenação do cuidado entre os diversos serviços. Entende-se o processo de trabalho, como a atividade do homem operando uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho. Importante lembrar que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso, as práticas de saúde, cujo trabalho constitui a base mais fundamental de sua efetivação. O conceito “processo de trabalho em saúde” diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir o aspectos mais centrais do trabalho que é o conceito de trabalho em Marx, que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de “processo de trabalho em saúde”. Guardadas suas especificidades, construir processos em que profissionais de saúde compartilhem o trabalho, de uma maneira democrática e solidaria, tendo o usuário ou a coletividade como os grandes beneficiários, não é tarefas das mais fáceis e exequíveis, porque a relação que o trabalhador guarda com o processo de trabalho não deriva de vontades individuais. Nesta perspectiva entende-se o processo de produção, as relações sociais e portanto o modo de produção capitalista como determinantes do processo de trabalho, que se aparenta como individual mas na realidade resulta da macro estrutura. Como, hegemonicamente, profissionais de saúde no Brasil, incluindo cirurgiões-dentistas não provém das classes populares, alterar processo de trabalho para uma lógica de não acumulação do conhecimento ou de capital não se coloca

hegemonicamente na sociedade. Além disso, a aparelho formador, enquanto um aparelho ideológico do estado, reproduz nas suas práticas e estrutura curricular a divisão social das classes e portanto do conhecimento.

Os avanços da saúde bucal através da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, são bastante positivos. Desde o seu lançamento, muitas mudanças ocorreram no campo das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. Ampliação da inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, redução no número de municípios sem saúde bucal na atenção básica, aumento do acesso aos serviços de saúde bucal, redução dos índices de perda dentária, criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, entre outros.

O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação do acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis primário, secundário e terciário de modo a assegurar a integralidade da atenção. A grande possibilidade que temos a partir de 2003, é de fato construirmos o componente de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, portanto coerente com todos os seus princípios. Além disso, as ações propostas pelo Brasil Sorridente devem estar articuladas com a atenção básica, como eixo norteador e sua implementação somente poderá produzir efeitos na garantia da integralidade com a oferta adequada dos serviços de saúde bucal e a redução de obstáculos dos serviços de saúde bucal, com boa taxa de utilização pelos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 20 set. 1990.
 2. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2005; 10: 297-302.
 3. Carvalho CL, Loureiro CAS. A inserção da odontologia na saúde escolar. Caderno de Odontologia. Belo Horizonte, 1997; 1(1): p. 43-57.
 4. Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 1994
 5. Serra CGA. Saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1998
 6. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
 7. Pinto VG. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos; 1993.
 8. Sheiham A, Joffe M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). Risk markers for oral diseases. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 485-81.
 9. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2006; 40: 141-7.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 11. Mendes EV (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; 1994.
-

12. Yin R. Case Study Research: Design and Methods. 2ª ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1994.

13. Bell J. Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science. 2ª reimp. Milton Keynes, England: Open University Press; 1989.

14. Fidel R. The case study method: a case study, In: Glazier JD. & Powell RR. Qualitative research in information management. Englewood, CO: Libraries Unlimited; 1992. p 37-50.

15. Coutinho C, Chaves J. O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. Revista Portuguesa de Educação. Braga, 2002; 15(1): 221-244.

16. Lenin W. Cahiers Philosophiques. Paris: Ed. Sociales M; 1965.

17. Habermas J. Dialética e Hermenêutica. Porto Alegre: LPM; 1987.

18. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1993; 9 (3): 239-262.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

20. Abrasco. Pelo direito universal à saúde. [Contribuição da Abrasco para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde]. Rio de Janeiro; 1985.

21. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol. Inst. Saúde. São Paulo, 2010; 12(2): 109-14.

22. Giovanella L, Lobato L de VC, Conill EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, 2002; 26 (60): 37-61.

23. Mattos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004; 20 (05):1411-16

24. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 547-573.

25. Ribeiro C. A integralidade e seus percursos no SUS. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.

26. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2012; 17(11): 2865-75.

27. Knight AW, Padgett J, George B, Datto MR. Reduced waiting times for GP: two examples of “advanced access” in Australia. Med J Aust; 2005; 183(2): 101-103.

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

29. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004; 2(S): 190-198.

30. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York ; Oxford University Press; 2003.


31. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso dos serviços de saúde: evidências de análise estratificada. Rev Saúde Pública; 2000. 34 (1); 44-49.

32. Sousa MF. Programa saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 599/2006. Define a implantação de especialidades odontológicas (CEOs) e de laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

ANEXO I


| | | | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------|---------------------------|---|---------|--|--|
|  | | Sistema Único de Saúde | | Ministério da Saúde | | SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS Boletim de Produção Ambulatorial / BPA (Consolidado) | | | |
| | | Dados Operacionais | | | | | | | |
| CNES do Estabelecimento | | | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | | | | |
| UF | | MÊS | | | ANO | | FOLHA | | |
| ATENDIMENTO REALIZADO | | | | | | | | | |
| SEQUÊNCIA | PROCEDIMENTO | CBD | | IDADE | | QUANTIDADE | | | |
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | |
| Formalização | | | | | | | | | |
| RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde) | | | | | GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL | | | | |
| CARMBO | | RUBRICA | | | CARMBO | | RUBRICA | | |
| DATA / / | | | | | DATA / / | | | | |

BPA-CONSOLIDADO-26-12-07.xls

ANEXO II

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| SUS | | MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) - BPA-I | MÊS/ANO: <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> | FOLHA: <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| Dados Operacionais | | | | | |
| UF: | Código CNES: | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: | CNS DO PROFISSIONAL: | CBO: | |
| ATENDIMENTO REALIZADO | | | | | |
| SEQ. | NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO | NOME DO PACIENTE | DATA NASCIMENTO(jd/mv/aaaa) | CÓDIGO MUNIC. RESIDÊNCIA | |
| 01 | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | DATA DO ATENDIMENTO(jd/mv/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QFD | CID-10 |
| | | | | CAR. ATEND. | RAÇA COR |
| | | | | | NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | | | |
| CARIMBO _____ RUBRICA _____ DATA / / | | | GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL CARIMBO _____ RUBRICA _____ DATA / / | | |

ANEXO III

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|---|-----------------|-------------|----------------------------|----------------|---------------------------------------|-----|---------|------|
|  | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL-SIA/SUS | | | | Folha nº _____ | | | | |
| Ficha da Programação Físico Orçamentária - FPO | | | | | | | | | | | |
| 1 - Dados Operacionais | | | | | | | | | | | |
| UF | CNES | | | NOME DA UNIDADE | | | | | | | |
| 2 - Dados de Controle | | | | | | | | | | | |
| MES/ANO REFERÊNCIA | | OPERAÇÃO | | | PROGRAMAÇÃO | | | DATA DO PREENCHIMENTO (OBRIGATORIO) → | | | |
| | | Inclui | Altera | Exclui | PAISY.SAÚDE | MACENC-MAC | EXCAL.FARM. | DIA | MÊS | ANO | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3 - Dados da Programação | | | | | | | | Nível de Apuração | | | |
| QT | Código (Grupo; Subgrupo; Nível Organização; Proc.) | | | | META FÍSICA | VALOR UNIT. VALOR MEDIO | VALOR TOTAL | GR | SG | FO | PROC |
| 01 | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| Total → | | | | | | | | | | | |
| Formalização | | | | | | | | | | | |
| GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL | | | | | | | | | | RUBRICA | |
| CARIMBO | | | | | | | | | | | |
| DATA / / | | | | | | | | | | | |

ANEXO IV

Anexo A – Ficha A (frente)

| FICHA A | | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA | | | | | | UF |
|---|---------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------|-------------------------------------|
| ENDEREÇO | | | NÚMERO | | BARRIO | | CEP | |
| MUNICÍPIO | | SEGMENTO | ÁREA | MICROÁREA | FAMÍLIA | DATA | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| CADASTRO DA FAMÍLIA | | | | | | | | |
| PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS | NOME | DATA NASC. | IDADE | SEXO | ALFABETIZADO | | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla) |
| | | | | | sim | não | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| PESSOAS DE 0 A 14 ANOS | NOME | DATA NASC. | IDADE | SEXO | FREQUENTE A ESCOLA | | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla) |
| | | | | | sim | não | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| <i>Síglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i> | | | | | | | | |
| ALC - Alcoolismo | EPI - Epilepsia | HAN - Hanseníase | | | | | | |
| CHA - Chagas | GES - Gestação | MAL - Malária | | | | | | |
| DEF - Deficiência | HA - Hipertensão Arterial | | | | | | | |
| DIA - Diabetes | TB - Tuberculose | | | | | | | |

ANEXO V

Anexo A – Ficha A (verso)

| SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| TIPO DE CASA | | TRATAMENTO DA AGUA NO DOMICILIO | |
| Tijolo/Adobe | <input type="checkbox"/> | Filtração | <input type="checkbox"/> |
| Taipa revestida | <input type="checkbox"/> | Fervura | <input type="checkbox"/> |
| Taipa não revestida | <input type="checkbox"/> | Cloração | <input type="checkbox"/> |
| Madeira | <input type="checkbox"/> | Sem tratamento | <input type="checkbox"/> |
| Material aproveitado | <input type="checkbox"/> | ABASTECIMENTO DE AGUA | |
| Outro - Especificar: | <input type="text"/> | Rede pública | <input type="checkbox"/> |
| Numero de cômodos / peças | <input type="checkbox"/> | Poço ou nascente | <input type="checkbox"/> |
| Energia elétrica | <input type="checkbox"/> | Outros: | <input type="checkbox"/> |
| DESTINO DO LIXO | | DESTINO DE FEZES E URINA | |
| Coletado | <input type="checkbox"/> | Sistema de esgoto (rede geral) | <input type="checkbox"/> |
| Queimado / Enterrado | <input type="checkbox"/> | Fossa | <input type="checkbox"/> |
| Ceu aberto | <input type="checkbox"/> | Ceu aberto | <input type="checkbox"/> |

| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Alguem da familia possui Plano de Saude? | | Numero de pessoas cobertas por Plano de Saude | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Nome do Plano de Saude: _____ | | | |
| EM CASO DE DOENÇA PROCURA | | PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITARIOS | |
| Hospital | <input type="checkbox"/> | Cooperativa | <input type="checkbox"/> |
| Unidade de Saude | <input type="checkbox"/> | Grupo religioso | <input type="checkbox"/> |
| Benzedeira | <input type="checkbox"/> | Associações | <input type="checkbox"/> |
| Farmácia | <input type="checkbox"/> | Outros - Especificar: | <input type="text"/> |
| Outros - Especificar: | <input type="text"/> | MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA | |
| MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA | | Ônibus | <input type="checkbox"/> |
| Radio | <input type="checkbox"/> | Caminhão | <input type="checkbox"/> |
| Televisão | <input type="checkbox"/> | Carro | <input type="checkbox"/> |
| Outros - Especificar: | <input type="text"/> | Carroça | <input type="checkbox"/> |
| MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA | | Outros - Especificar: | <input type="text"/> |
| A familia é beneficiária do Programa Bolsa Família? | | NIS do Responsavel | |
| <input type="checkbox"/> | | _____ | |
| A familia está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)? | | <input type="checkbox"/> | |

| OBSERVAÇÕES |
|-------------|
| |

