

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL
DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília - DF
2007

JULIANA ARAÚJO PINHEIRO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL
DO DISTRITO FEDERAL**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro N. Evangelista

Brasília - DF
2007

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profa. Dra. Maria do Socorro Nantua Evangelista
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

2º. Membro: Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo
Departamento de Odontologia
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

3º. Membro: Profa. Dra. Marisa Pacini Costa
Escola Superior de Ciências da Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

4º. Membro: Dra. Suzanne Jacob Serruya (Suplente)
Departamento de Ciência e Tecnologia
Ministério da Saúde

Aos meus pais Manoel e Edna
Aos meus irmãos André e Fábio
Ao meu esposo Fabiano, pela constante
dedicação e incentivo

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. **Maria do Socorro Nantua Evangelista**, por sua dedicação e disposição em ensinar.

À minha família, pelo apoio e estímulo incondicionais.

À **Cristina Lobo**, chefe incentivadora e compreensiva.

Aos **colegas da CGGC**, que me apoiaram nos momentos difíceis. Em especial, **Beatriz, Raquel, David e Alfredo**. Vocês sabem do meu carinho!

À minha querida sobrinha **Fernanda**, pelos abraços e beijos carinhosos.

E a todos os amigos e colegas que me incentivaram e acreditaram na proposta.

Os meus sinceros agradecimentos, obrigada!

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL	12
1.1.1 Contextualizando as políticas de saúde no início do século XX	12
1.1.2 A política de saúde a partir de 1923	14
1.1.3 A política de saúde de 1945 a 1960	15
1.1.4 A política de saúde entre 1964 e 1980	17
1.1.5 A política de saúde dos anos 1980	20
1.1.6 A Reforma Sanitária	23
1.1.7 O processo de construção e de implementação do SUS	26
1.2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE	30
1.2.1 Promoção da saúde: resgate histórico	32
1.2.2 A Promoção da Saúde no Brasil	38
1.3 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO DISTRITO FEDERAL	42
2. JUSTIFICATIVA	48
3. OBJETIVOS	50
3.1 OBJETIVO GERAL	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4. METODOLOGIA	51
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	51
4.2. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	53
4.3 ÁREA DO ESTUDO.....	59
4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	61

5. RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO	62
5.1 ANÁLISE DOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL..	62
5.2 ANÁLISE DA PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA DO DISTRITO FEDERAL.....	74
5.2.1 Perfil do atendimento odontológico da rede de saúde do DF.....	74
5.2.2 Análise das informações sobre a produção odontológica do DF	84
5.2.3 Análise dos indicadores de saúde bucal nos Pactos de Atenção Básica	88
5.2.4. Recursos investidos no atendimento odontológico no DF	95
6. CONCLUSÕES	97
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Quadro 1 – Resumo das metas apresentadas para o Programa de Atenção à Saúde Bucal nos Planos Estaduais de Saúde de 2001 a 2003 e de 2004 a 2007.....	62
Gráfico 1 – Distribuição do número de atendimentos odontológicos realizados segundo unidade de saúde. Distrito Federal, 2000 – 2006	64
Gráfico 2 – Distribuição do número de atendimentos odontológicos realizados segundo a natureza do atendimento. Distrito Federal, 2000 – 2006	65
Gráfico 3 – Distribuição do número de atendimentos odontológicos segundo Unidade de Saúde por ano. Distrito Federal, 2000 a 2006	66
Tabela 1 – Número de habitantes e média anual de atendimentos odontológicos realizados por Diretoria Regional de Saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006	67
Gráfico 4 – Distribuição percentual da cobertura populacional segundo Diretoria Regional de Saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	68
Gráfico 5 – Distribuição percentual dos atendimentos odontológicos ambulatoriais segundo faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	69
Gráfico 6 – Distribuição do percentual de cobertura do atendimento ambulatorial segundo faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2006	70
Gráfico 7 – Distribuição do perfil de atendimento ambulatorial por faixa etária segundo unidade de saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	71
Gráfico 8 – Perfil de atendimento da população de 0 a 4 anos segundo os indicadores primeira consulta odontológica, dentes restaurados e exodontias. Distrito Federal, 2000, 2002 a 2005.....	73
Gráfico 9 – Perfil de atendimento da população de 5 a 14 anos segundo os indicadores primeira consulta odontológica, dentes restaurados e exodontias. Distrito Federal, 2000 e 2002 a 2005.....	74
Gráfico 10 – Perfil de atendimento da população de 15 anos e mais segundo os indicadores primeira consulta odontológica, dentes restaurados e exodontias. Distrito Federal, 2000, 2002 a 2005.....	75
Gráfico 11 – Distribuição da produção odontológica realizada segundo grupo de procedimentos. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	76

Tabela 2 – Distribuição dos procedimentos odontológicos executados segundo nível de complexidade. Distrito Federal, 2000 a 2006	77
Gráfico 12 – Distribuição percentual da produção odontológica segundo subgrupo de ações. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	78
Gráfico 13 - Cobertura de primeira consulta odontológica. Distrito Federal, 2000 a 2006	79
Gráfico 14 - Razão entre procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos. Distrito Federal, 2000 a 2005	80
Gráfico 15 – Distribuição dos atendimentos em higiene bucal supervisionada segundo grupo de atendimento. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	81
Gráfico 16 – Distribuição das ações em educação em saúde bucal segundo grupo de atendimento. Distrito Federal, 2000 a 2006	81
Gráfico 17 – Média de procedimentos odontológicos básicos individuais. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	82
Gráfico 18 - Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	83
Gráfico 19 - Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Distrito Federal, 2000 a 2006.....	84

RESUMO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, a promoção da saúde tornou-se uma estratégia importante para a melhoria da qualidade de vida da população, particularmente, na área de saúde bucal. Sendo assim, as ações de promoção prioritárias nesse campo abrangem atividades educativo-preventivas de natureza coletiva. O estudo objetivou analisar as políticas de saúde bucal e o tipo de assistência odontológica prestada entre 2000 e 2006 pela SES-DF na perspectiva da promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa conduzida em duas etapas: na primeira, são abordados os Planos Estaduais de Saúde do Programa de Atenção à Saúde Bucal da SES-DF utilizando-se a análise documental. A segunda etapa é centrada numa análise descritiva das informações contidas nos relatórios estatísticos da SES-DF e no banco de dados do SIA-SUS. As variáveis pesquisadas foram: perfil de atendimento, cobertura populacional dos serviços, indicadores dos Pactos de Atenção Básica e recursos investidos na assistência odontológica. Os dados foram submetidos ao software Microsoft Access 2003. Os resultados revelaram que a promoção da saúde se insere de forma restrita na saúde bucal do DF, havendo reduzida cobertura de serviços odontológicos à população e predomínio de procedimentos básicos individuais no grupo zero a 14 anos. Observou-se uma taxa de cobertura de consulta odontológica de 10,5% e uma proporção de exodontias de 6,49%. As ações preventivas individuais excederam as de natureza coletiva. Torna-se mister adequar o plano de saúde bucal às políticas de promoção da saúde vigentes, ampliar o acesso do usuário aos serviços odontológicos na atenção básica e investir em procedimentos coletivos.

Palavras-chave: promoção da saúde, saúde bucal, políticas de saúde

ABSTRACT

With the implementation of the Unified Health System of Brazil, health promotion has become an important strategy for improving the health of the population, particularly, in the oral health field. Being thus, the priority actions of promotion in this field enclose community educative-preventive activities. The purpose of this study was to analyze the oral health policy and the oral health attendances between 2000 and 2006 in Distrito Federal in the perspective of health promotion. It was a quali-quantitative research divided in two stages: the first one, analyzes the health plans of the oral health program of Distrito Federal. The second stage was based on a descriptive analysis of the information from the statistical reports of the SES-DF and the Outpatient Information System (SIA-SUS) database. The variables analyzed were: profile of attendance, population covered by public dental services, pointers of the Pacts of Basic Attention and resources invested in the oral health care program. The data were analyzed by the software Microsoft Access 2003. The results had disclosed that the participation of health promotion in the oral health police of Distrito Federal was limited; a low coverage of dental services and a predominance of individual basic procedures in the group the 0 14 years. One observed a coverage tax of dental appointments of 10,5% and a ratio of exodontias of 6,49%. Preventive individual procedures had overlap of nature. There is an effective need to adjust the oral health planning to the health promotion policies, to extend the access to the oral health services in the primary health care and to invest in community actions.

Key-words: health promotion, oral health, health policies

1. INTRODUÇÃO

1.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

1.1.1. Contextualizando as políticas de saúde no início do século XX

A política de saúde do início do século XX teve como base o modelo sanitarista, considerando a intervenção social, campanhista, fundamentada em um modelo institucional unitário, centralizado e vertical em termos de poder político (LUZ, 2000).

Esse modelo centrado na unificação administrativa começa a se esboçar durante o império, em decorrência, sobretudo, da necessidade de estancar as freqüentes epidemias de febre amarela, de peste e de varíola que se concentram nas áreas de urbanização mais intensa como o litoral e os pólos de desenvolvimento para onde convergiam os movimentos migratórios. Segundo HOCHMAN (2006, p. 95):

Essas ações não tinham grande alcance territorial; em geral tratava-se de intervenções emergenciais sobre o meio ambiente. De fato, a última grande reformulação dos serviços sanitários no Império ocorreu em 1886 com a criação do Conselho Superior de Saúde Pública. Os serviços sanitários foram, então, divididos em duas inspetorias gerais: uma de higiene, encarregada da higiene terrestre, com ênfase na capital imperial; e outra de saúde dos portos, responsável pela higiene marítima, que se organizava ao longo dos portos do país.

Ainda segundo o autor, a organização dos serviços sanitários, restritos territorialmente e limitados quanto ao seu poder de intervenção, era de competência do Governo Provisório da República, ou seja, do poder central do Estado. Essa situação foi revertida na Constituição de 1891, que delegou aos estados e municípios a responsabilidade sobre os serviços de saúde e o saneamento das cidades.

Em sendo assim, ao Governo Federal competiam, no final da década de 1890, basicamente as ações de saúde do Distrito Federal, a vigilância sanitária dos portos e a assistência aos estados em casos previstos constitucionalmente. O órgão federal responsável era a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1896, e vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, com a atribuição de ordenar os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; fiscalizar o exercício da medicina e farmácia; e auxiliar os Estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em caso de epidemia (HOCHMAN, 2006).

A ampliação da autoridade pública federal ocorreu entre 1902 e 1904, em um cenário de altos índices de mortalidade devido às recorrentes epidemias que ameaçavam os centros urbanos, desorganizando a economia nacional e manchando a imagem do país e, sobretudo, de sua capital. O combate a essas endemias coube à DGSP que incorporou as ações de higiene defensiva no Distrito Federal, além de criar o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e instituir o regulamento processual da justiça sanitária. A partir dessa nova legislação sanitária, a União passou a responder não somente por todos os serviços de higiene, até então da competência dos estados e municípios, mas também pela gestão dos médicos, dos funcionários da limpeza urbana e de todas as ações de profilaxia de doenças infecciosas (HOCHMAN, 2006).

Nesse cenário, pode-se dizer que o primeiro período do denominado movimento sanitário brasileiro foi caracterizado pelo saneamento urbano e pelo combate às constantes epidemias que assolavam as cidades e os portos. As primeiras políticas públicas de saúde do país têm, portanto, uma conotação de natureza econômica. A preocupação maior do governo era a manutenção da força de trabalho para assegurar a expansão das atividades capitalistas, livrando o país dos prejuízos causados ao comércio exterior pelas péssimas condições sanitárias.

Na década de 1910, teve início o segundo momento do movimento sanitário que tinha como característica fundamental a ênfase no combate às chamadas endemias rurais, tais como a ancilostomíase e a malária. A campanha pelo saneamento rural, iniciada nesse período e ampliada com a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, teve impacto significativo na sociedade brasileira. A saúde pública passou a ocupar um lugar de destaque no debate político nacional (HOCHMAN, 2006).

Paralelamente a essas ações, a odontologia insere-se na assistência pública com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, em São Paulo. As práticas odontológicas da época restringiam-se basicamente às extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares, baseadas no modelo norte-americano da *Baltimore College of Dental Surgery*, primeira escola de odontologia do mundo que serviu de modelo para as escolas de Odontologia do Brasil, fundadas em 1884 (ROSENTHAL, 2001).

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1919, resultado das discussões entre entidades de profissionais de saúde e membros do Poder Legislativo, das manifestações por reforma sanitária e por inovações nos serviços sanitários, inaugurou uma nova etapa no desenvolvimento de políticas de saúde pública e saneamento no Brasil. Pautado no princípio da centralização administrativa, o DNSP ampliou o poder de intervenção e de regulação da União no campo da saúde pública (HOCHMAN, 2006).

1.1.2. A política de saúde a partir de 1923

O reconhecimento legal das medidas de proteção social e, em particular, da assistência médica como políticas públicas só ocorreu a partir da aprovação da Lei n.º 4.682 de 24 de Janeiro de 1923, conhecida como Lei Eloi Chaves, cuja regulamentação se deu por meio da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Foi nesse contexto que se instituiu o marco da Previdência Social no Brasil, com o Estado passando a se responsabilizar pela regulação da concessão de benefícios e serviços aos trabalhadores.

As CAP's eram organizadas por empresas, administradas e financiadas por empresários e trabalhadores. Tratava-se, portanto, de uma previdência social de caráter civil, na qual os anseios das classes trabalhadoras eram parcialmente refletidos, já que cada órgão estabelecia seu regulamento. A oferta de serviços, que dependia da capacidade de receita disponível, arrecadada por meio de contribuições, incluía a assistência médica, o fornecimento de medicamentos, os atendimentos de natureza previdenciária, as pensões e as aposentadorias (MERCADANTE, 2002).

De 1930 a 1945 os benefícios da previdência social foram estendidos a quase todas as categorias do operariado urbano organizado, tendo em vista a necessidade de manter o apoio da classe trabalhadora às políticas de Estado. Data desse período a criação dos vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), com regulamento próprio, nos quais os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não mais por empresa (MERCADANTE, 2002).

Nesse novo modelo de Previdência Social, as instituições previdenciárias têm por finalidade primordial oferecer aposentadorias e pensões, com a prestação de serviços médicos sendo relegada ao segundo plano. Enquanto, no modelo das CAP's, a assistência médica era

uma das atribuições das instituições previdenciárias, no regime dos Institutos a saúde passa a ser vista como uma concessão, ou seja, os serviços de assistência médica vão depender da disponibilidade financeira de cada instituto (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

No que diz respeito especificamente à saúde bucal, cabe salientar que o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), criado em 1938, foi a primeira instituição a prever em sua legislação a prestação de “assistência dentária a seus contribuintes e beneficiários” (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Todavia, como assinala ZANETTI (1993), a odontologia já havia sido incorporada ao pacote de benefícios de algumas CAP's e IAP's. PINTO (1977, p. 87) expressa a situação precária desses serviços, diante da demanda crescente:

Uma crescente população de beneficiários do sistema previdenciário, pressionou continuamente – desde as primeiras CAP'S e IAP's – por serviços de saúde bucal. Buscando proporcionar cuidados pelo menos emergenciais, ou satisfazer a demanda mais ativa por tratamento radical, surgiram, nos órgãos próprios de assistência médica, consultórios odontológicos sem qualquer orientação técnica definida a não ser aquela proveniente de cada profissional em nível local.

Ressalte-se que os serviços odontológicos oferecidos por essas instituições previdenciárias partiam de um pressuposto de reduzido horizonte, segundo o qual ter saúde era estar bem para poder trabalhar. Por isso mesmo, as ações desenvolvidas no âmbito da saúde bucal limitavam-se a remover os focos de infecção dentária. Tratava-se de um modelo de assistência curativo e mutilador, que desconsiderava qualquer tipo de tratamento restaurador conservador ou preventivo (ZANETTI, 1993).

É oportuno acrescentar que, enquanto a assistência médica e odontológica na previdência social evoluía de forma segmentada e restrita aos contribuintes da área urbana, surgia, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Esse serviço, criado em decorrência de um acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, objetivava o apoio médico-sanitário aos trabalhadores das regiões de produção de materiais estratégicos ligados à borracha e ao minério (MERCADANTE, 2002).

1.1.3. A política de saúde de 1945 a 1960

A legislação previdenciária no período de 1945 a 1960 foi caracterizada por uma ampliação dos serviços prestados pelos diversos institutos, em especial a assistência médica.

Em março de 1945, o Decreto-Lei n.º 7.380 estendeu aos aposentados e pensionistas o direito à assistência médica, hospitalar e farmacêutica até então oferecida apenas aos segurados ativos e a seus familiares (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Em setembro de 1946, com a promulgação da nova Constituição Federal consolida-se, formalmente, o vínculo entre a Previdência Social e a assistência médica, incluindo-se “a assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante” como preceito a ser seguido pela previdência social (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986, p.158).

Alguns anos mais tarde, em 1949, presencia-se a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social (SAMDU), seguindo-se a unificação dos diversos IAP's e CAP's, visando à assistência domiciliar e de urgência. Com a intenção de padronizar o atendimento aos segurados pelas diversas instituições previdenciárias, foi promulgado, em maio de 1954, o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ficando estabelecido que os serviços médicos deveriam proporcionar “assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica ou odontológica aos beneficiários em ambulatório, hospital ou domicílio com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem” (OLIVEIRA e TEIXEIRA ,1986, p.161).

Segundo esses mesmos autores, a partir desse momento a assistência médica deixa de ser considerada como um serviço provisório, complementar, secundário, com limites financeiros definidos, para ser inserido num contexto bem mais abrangente. Em 1960, a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), ratifica a extensão de benefícios e serviços à totalidade de beneficiários da previdência, deles fazendo parte o direito à assistência odontológica.

Esse período é marcado por significativos avanços para a odontologia no Ministério da Saúde. Em 1951, é criada a Seção de Odontologia do SESP, espaço institucional de coordenação de uma estrutura pública regionalizada de proteção sanitário-bucal destinada a uma clientela específica. De inspiração norte-americana, as ações e serviços coordenados pelo SESP se desenvolvem com a implantação da fluoretação das águas de abastecimento público

e de uma rede básica de atendimento odontológico na forma do Sistema Incremental de Atenção¹ (ZANNETI, 1993).

Todavia, tratava-se de uma estrutura reducionista, de vez que a população-alvo dos serviços era formada exclusivamente por escolares. Ao deixar sem assistência o conjunto da população exposta ao risco de adoecer, reproduzia-se o sistema de exclusão (GARCIA, 2006).

1.1.4. A política de saúde entre 1964 e 1980

Com a tomada do poder pelos militares em 1964, são criadas as condições políticas para a implantação de um modelo hegemônico de saúde, no qual o papel regulador do Estado é incrementado, ocorrendo a expulsão dos trabalhadores do controle da Previdência Social.

A centralização do poder sufocou o debate sobre alternativas de políticas de saúde no seio da sociedade, bem como permitiu ao governo militar a implantação de reformas institucionais que afetaram a saúde pública e a medicina previdenciária. Data desse período a unificação dos IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorrida em 1966. Todas as contribuições previdenciárias e a gestão de aposentadorias, assim como as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores urbanos formais, passaram para esse órgão (ESCOREL, 2005).

Segundo MENDES (1993), a criação do INPS levou à conformação do modelo médico-assistencial brasileiro, pautado na extensão da cobertura previdenciária; na ênfase à prática curativa, individual, assistencialista e especializada; e, finalmente, no desenvolvimento de um padrão de organização centrado na compra de serviços privados e orientado para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Com o INPS são definidas diretrizes gerais nacionais para o atendimento odontológico uniformizado às populações previdenciárias. A partir do Ato Normativo nº 47 de 17 de outubro de 1969, observou-se um nivelamento da assistência odontológica, enfocada na manutenção e no reforço do padrão de intervenção oferecido à população, que se limitava à

¹ “Modelo que visa ao completo atendimento dental de uma dada população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas bucais” (PINTO, 1989, p. 43).

extração de dentes com focos de infecção, auxiliada por meio de raios X. A proposta visava, ainda, ao acesso ao tratamento odontopediátrico de livre demanda, incluindo a profilaxia da cárie dental, o que de certo modo abria na história da previdência social uma perspectiva de ampliação de serviços na visão preventiva (ZANETTI, 1993).

A assistência odontológica se dava, pois, tanto por serviços próprios, prestados diretamente por instituições públicas, como por meio da compra de serviços de terceiros, disponibilizados sob a forma de convênios e contratos com entidades particulares, assim como por meio de credenciamento de profissionais que atuavam em consultórios privados (PINTO, 1977). Observa-se, portanto, que a atenção odontológica prestada aos beneficiários da Previdência Social durante esse período é orientada pela lógica da atenção médica, que se materializa em uma assistência curativa, especializada e individual.

O período que vai de 1966 até 1979 é marcado pela consolidação da duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, dividida entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), registrando-se avanço em termos de extensão de cobertura à saúde, inclusive, com a incorporação da população rural, a partir da criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Em 1974, enquanto a proposta do MS era pautada por um sistema de saúde universal, o MPAS implanta o Plano de Pronto Ação (PPA), com a universalização da atenção assistencial nas urgências. A importância histórica dessa política está no fato de que, pela primeira vez após a extinção do SAMDU, a Previdência Social admitia o uso de seus recursos no atendimento universal à população (MERCADANTE, 2002).

Dentre as propostas estabelecidas no PPA para a assistência odontológica previdenciária, tem destaque a inclusão do tratamento preventivo aos segurados adultos, que, até então, era destinado à população infantil. Além disso, seguindo a tendência previdenciária de utilizar procedimentos de maior complexidade, instituiu-se o tratamento protético complementar aos atos cirúrgicos. Foi dada ênfase ao tratamento odontopediátrico orientado por medidas preventivas articuladas às ações de caráter promocional, profiláticas e interceptivas. O Plano propunha ainda a prestação da assistência odontológica de urgência na rede hospitalar pública (LANA, 1984).

A institucionalização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, viabilizou a organização da complexa rede de serviços do setor público e privado, com a inclusão de atividades de promoção e de proteção da saúde, além da recuperação das pessoas, competindo aos estados, aos territórios e ao Distrito Federal o planejamento integrado das ações, a criação e a operacionalização dos serviços em apoio às atividades municipais. Por sua vez, aos municípios, caberia, prioritariamente, a manutenção dos serviços de emergência e de vigilância epidemiológica, atribuindo-se ao setor privado a prestação de serviços de saúde às pessoas, mediante contratos com a Previdência Social, sob a fiscalização do Estado (MERCADANTE, 2002).

Na visão de MERCADANTE (2002), o SNS pode ser reconhecido como um modelo orientado para um processo de ampliação do acesso aos serviços e da oferta de atenção no que diz respeito à prevenção e à promoção da saúde da população. Apesar de suas limitações, trata-se da primeira tentativa concreta de racionalização do sistema de saúde no quadro político e financeiro vigente.

Em 1975, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por intermédio de seu Diretor-Geral, ao considerar o contexto da saúde nos países em desenvolvimento, propõe a utilização de técnicas simples e de baixo custo, aplicáveis por pessoal de nível elementar e recrutado na própria comunidade, como a única possibilidade de levar a assistência médico-sanitária à totalidade da população. Esse enfoque orientou a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), aprovado pelo Decreto nº 76.307 de 24/8/1976, com o propósito de estender os serviços de atenção básica à saúde na Região Nordeste, reconhecendo-se, a partir daí, a necessidade de definir políticas para além dos centros urbanos e de ampliar o acesso à saúde em todo o território nacional.

Elaborado pela equipe de saúde do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, o PIASS tinha como principais diretrizes a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária na assistência à saúde (SCOREL, 2005).

Nesse mesmo ano, foi elaborado pela Divisão Nacional do Câncer do MS o Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal – CABUL, com a intenção de instituir uma rede permanente e hierarquizada com abrangência nacional para o combate

dessa doença. Entretanto, os esforços do MS e das entidades prestadoras dos serviços não lograram êxito, pois o projeto, assim como os que o antecederam, não foi implantado (ZANETTI, 1993).

Em 1977, segundo esse mesmo autor (1993), foi sugerida a inclusão da odontologia no PIASS, por meio da formulação de um projeto que estabelecia a construção de uma rede básica de serviços sanitário-bucais. Nesse projeto, a odontologia estaria inserida nos níveis elementar e intermediário das ações, em localidades de 500 a 5.000 habitantes, onde se executaria programa preventivo baseado em bochechos com flúor e operacionalizado por pessoal auxiliar. No nível avançado, seriam realizados programas do tipo incremental para escolares com idade de seis a 14 anos, em localidades de 5.000 a 20.000 habitantes. No entanto, a proposta não foi aceita sob o argumento de que a prioridade era a implantação de uma rede de centros e postos de saúde exclusivos para serviços médicos.

1.1.5. A política de saúde dos anos 1980

A década de 1980 se inicia com um movimento, cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde pública, integrado ao cenário de redemocratização do país. As propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde pautavam-se nos conceitos estabelecidos pela Conferência de Alma-Ata (1978) e na eclosão da crise financeira da Previdência Social, caracterizando-se o período pelo apoio à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do serviço público de saúde e à descentralização (NETO, 2003).

É nesse contexto de efervescência das reivindicações populares que surge a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços de saúde, organizar o serviço de forma regionalizada e hierarquizada, baseado na participação comunitária, na integralização das ações de saúde, no uso de técnicas simplificadas, na utilização de pessoal auxiliar e na inclusão do setor privado no sistema (MENDES, 1993).

No Prev-Saúde, a Odontologia foi considerada uma das cinco atividades que deveriam estar presentes na atenção básica, como mostrara a avaliação realizada pelo relatório da VII Conferência Nacional de Saúde. As análises produzidas durante a conferência concluíram que o modelo vigente de atenção em odontologia era ineficaz, ineficiente, descoordenado, mal

distribuído, de baixa cobertura, de alta complexidade, curativo, mercantilista, fortemente monopolista e com preparação inadequada dos recursos humanos (ZANETTI, NARVAI e TOLEDO, 1992).

Naquele momento, a Política de Saúde Bucal proposta pelo Prev-Saúde consistia em reduzir a incidência dos problemas bucais de maior prevalência por meio da generalização de medidas preventivas e da expansão da atenção odontológica a todas as camadas populacionais de forma diferenciada, favorecendo as ações básicas e os grupos mais vulneráveis.

O programa previa para a saúde bucal três vertentes de prestação de serviços: a primária, compreendendo a prevenção maciça e a prestação de cuidados elementares; a secundária, com atividades de apoio ao primeiro nível e atendimento a escolares de primeiro grau, via sistema incremental, e a terciária, com referência para casos complexos e oferta de próteses (PINTO, 1992).

No entanto, embora haja incorporado o ideário do movimento sanitário construído ao longo de amplos debates oficiais, como o I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde e a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, o Prev-Saúde não foi assumido pelo governo, nem tampouco teve conseqüências na prática, constituindo um projeto “natimorto” e, como tal, permanece como paradigma das reformas sanitárias desejadas pela sociedade civil, mas não atendidas pelo governo (NETO, 2003).

Em 1981, para debelar a crise financeira da Previdência Social, foi instituído o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), tendo como finalidade estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária. O diagnóstico do Conasp revela uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa. Os serviços oferecidos pelo MS e pelo MPAS/INAMPS são paralelos e independentes, gerando duplicidade de ações e dificuldade tanto no planejamento dos investimentos como nos gastos do setor saúde. Essa avaliação levou o Conselho a propor um Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.

O Plano Conasp que, de certa forma, resgata alguns princípios do Prev-Saúde, estrutura-se em três etapas. A primeira, teria por escopo a contenção de gastos, projetando a substituição da modalidade então vigente de pagamento das despesas médicas com base na remuneração de atos isolados, por um novo sistema de contas, remuneradas por

procedimentos mais agregados, com a eliminação da Unidade de Serviço. A segunda etapa referia-se à eficácia técnica, buscando reorientar os conteúdos e as estratégias de programas como saúde mental, odontologia, procedimentos de alto custo, entre outros. Finalmente, a terceira fase estava voltada para uma maior racionalidade na rede assistencial, pela melhoria dos serviços próprios e pela criação do projeto de Racionalização Ambulatorial (ESCOREL, 2005).

Seguindo a estratégia de reorientação dos programas de saúde, em 1982 foi instituída uma comissão para realizar estudos e propor uma nova política de assistência odontológica para o INAMPS. Em decorrência das discussões realizadas no âmbito da comissão, foi elaborada a Proposta de Reorientação da Assistência Odontológica, tendo como objetivos a extensão da cobertura dos serviços odontológicos básicos a toda a população; a redução da incidência das doenças bucais de maior expressão epidemiológica; o aumento da produtividade do sistema; e a integração dos órgãos públicos, instituições de ensino e outras entidades com vistas a proporcionar uma descentralização das atividades, propiciando, maiores possibilidades de acesso da população ao atendimento odontológico. (ZANETTI, 1993).

Nessa perspectiva, o modelo de atenção odontológica proposto deveria enfatizar a implementação de medidas preventivas de atendimento às massas; o desenvolvimento de programas educativos; o atendimento a crianças de seis a 12 anos, via sistema incremental; a assistência a adultos e gestantes e a integração interinstitucional (ZANETTI, 1993).

O Plano Conasp, mesmo sem ter sido implantado integralmente, criou as bases para as políticas públicas de expansão de cobertura nos anos seguintes. A discussão por ele suscitada configurou um novo marco político para o debate da reforma setorial, a partir da qual foram elaboradas propostas mais operacionais para a reestruturação do sistema, como é o caso das Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais propostas visavam a dar maior racionalidade, integração e controle aos serviços, com a programação e a orçamentação de recursos para a saúde, com a integração das ações do setor público e conveniado, além do controle de recursos para o setor privado contratado. (MERCADANTE, 2002).

As AIS surgiram sob a forma de programa inserido no Plano do Conasp, e se concretizaram por meio de convênios, assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o

MPAS/MS/MEC e as secretarias estaduais de saúde, com a incorporação progressiva dos municípios. Em maio de 1984, todos os estados brasileiros haviam adotado as AIS (ESCOREL, 2005).

MENDES (1993) observa que, em um primeiro momento, as AIS caracterizavam-se como um programa de atenção médica, com mecanismos de administração por convênio. Em um segundo momento, essas ações adquiriram qualidade pela introdução de um mecanismo de planejamento descentralizado e integrado, o que implicou a valorização dos mecanismos de co-gestão, na introdução de financiamento a ações preventivas, na democratização do controle e avaliação por meio da participação social nas comissões interinstitucionais.

No âmbito das AIS, os programas de saúde bucal vão apresentar sensível expansão. A extensão dos convênios com os municípios e a adoção do tratamento completado, como forma de remuneração específica dos serviços odontológicos no grupo populacional de 6 a 12 anos, e do procedimento, quando realizado em unidade médico-assistencial das secretarias de saúde, facilitou a implementação de programas incrementais pelas secretarias estaduais e municipais de saúde no país (ZANETTI, 1993).

1.1.6. A Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

O período entre 1985 e 1988 caracterizou-se pelo desencadeamento do processo da Reforma Sanitária Brasileira, entendido como um conjunto articulado de políticas, visando à modificação das condições de vida e de saúde da população e à reformulação do setor. Esse processo pautou-se na necessidade de contenção das políticas de privatização da Previdência Social, na priorização e fortalecimento dos serviços públicos, na transferência de recursos financeiros para estados e municípios a fim de descentralizar as ações e serviços de saúde, assim como na participação popular na gestão do setor (AROUCA, 1988).

Com o advento da Nova República, a partir de 1985, lideranças do movimento sanitário assumem posições em postos-chave nas instituições responsáveis pelas políticas de

saúde no País. Como expressão dessa nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CN), considerada o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde (NETO, 2003).

A questão fundamental para os participantes dessa conferência residiu na dupla indefinição entre a natureza institucional – se estatal ou não – e a urgência da implantação – se imediata ou progressiva – do novo sistema de saúde. Recusada a idéia da estatização, manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público. O documento final serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte, que adotou o conceito de saúde como um processo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986a, p.4).

Assim, a 8ª CNS é um marco na história da saúde no Brasil, uma vez que nela foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde, que viria a constituir um novo arcabouço institucional, com a saúde desvinculando-se totalmente da previdência. A questão do financiamento e a discussão sobre a operacionalização ainda ficaram pendentes, sendo necessário um aprofundamento quanto à organização de fundos únicos de saúde nos três níveis da administração pública. Nesse sentido, propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo MS para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte com os princípios do movimento sanitário – a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) (CORDEIRO, 2004).

Vale destacar que, juntamente com a 8ª CNS, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), responsável pela inserção dessa modalidade como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde e a informação”. Essa conferência apresentou, ainda, um diagnóstico da situação de saúde bucal no país, classificando-a como caótica, sendo o modelo de atenção caracterizado como ineficaz, ineficiente, de altos custos, elitista, iatrogênico e mutilador (BRASIL, 1986b, p.3).

Em julho de 1987, enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tentou incorporar alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária, a saber: a universalização, a descentralização e a democratização das instâncias gestoras (BRASIL, 2007).

A proposta do SUDS fundamentava-se no princípio de que os recursos federais deveriam ampliar o acesso à atenção à saúde de toda a população. Ao mesmo tempo, pretendia-se garantir que os recursos destinados à saúde não fossem pulverizados nem tampouco utilizados para outros fins.

À medida que se instalava a CNRS, o SUDS ia sendo operacionalizado, uma vez que se tratava de uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto desenvolviam-se os trabalhos da Assembléia Constituinte e a elaboração da legislação ordinária para o setor (CORDEIRO, 2004).

Para a saúde bucal, foi esse um momento de expansão das ações e serviços. Segundo ZANETTI (1993), com as AIS e o SUDS, diversas secretarias municipais de saúde implementaram programas do tipo incremental, estendendo a cobertura já prestada pelo Programa Saúde Escolar executado pelas secretarias de educação. Ainda segundo esse autor, a quase totalidade desses programas teve como população-alvo os escolares da rede pública de ensino da faixa etária de seis a 12 anos.

Com a promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, presenciou-se uma redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Em seu artigo nº 196, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (ESCOREL, 2005, p. 80).

Segundo GARCIA (2006), o texto constitucional estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde, que rompeu com a dicotomia até então existente entre o MS e a Previdência Social, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para seguridade social, com

base nos princípios e diretrizes da universalização, equidade, descentralização, atendimento integral e controle social.

Ao longo do ano de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que instituiria as bases operacionais para a reforma do setor saúde. Durante esse período de discussões, os reformistas puderam contribuir efetivamente para a formulação do projeto da Lei Orgânica da Saúde. Foi nessa conjuntura que teve início a construção do SUS.

1.1.7. O processo de construção e de implementação do SUS

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, composta pela Lei n.º 8.080/90² e pela Lei n.º 8.142/90³, determinavam a estrutura institucional do sistema público de saúde. De acordo com essas disposições legais, o governo federal seria encarregado das funções de financiamento e de coordenação intergovernamental, sendo da competência dos municípios a responsabilidade pela gestão dos programas locais de saúde, enquanto os governos estaduais responderiam pelo suporte aos sistemas municipais. Essa distribuição de funções autorizava o governo federal a tomar as principais decisões referentes à política nacional de saúde (ARRETCHE, 2005).

Uma vez aprovada a legislação mencionada, a implementação da reforma passou para o primeiro plano na agenda dos órgãos competentes, operando um deslocamento da arena principal de formulação da política de saúde. As discussões que vinham tendo como palco o Parlamento deslocam-se para o Poder Executivo. A avaliação feita pelos encarregados da execução das políticas nacionais para o setor indicou que as disposições constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde não eram suficientes para orientar o processo de descentralização. Para preencher as lacunas então detectadas, o Ministério da Saúde elaborou as Normas Operacionais Básicas (NOB's), que passaram a constituir o principal instrumento da reforma a partir da década de 1990 (ARRETCHE, 2005).

² Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

³ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

As duas primeiras NOB's foram editadas ainda sob forte influência das práticas centralizadoras do INAMPS, embora apresentassem significativos avanços em direção à descentralização. A NOB 01/91 passou para a competência dos prestadores de serviço do setor público o pagamento por faturamento apresentado pelos prestadores do setor privado. Por sua vez, a NOB 01/92 redefiniu alguns critérios para a aplicação de recursos, propondo mecanismos de estímulo às gerências municipal e estadual.

A NOB 01/93, fundamentada no documento do Ministério da Saúde, “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, foi responsável pelo impulso dado à descentralização do sistema de saúde (NEGRI, 2002). Essa norma possibilitou sensível avanço na descentralização e na organização desse processo, criando as condições para mudanças significativas. No final de 1996, foi editada a NOB 01/96.

Dentre as diversas alterações introduzidas no SUS, cabe ressaltar o tratamento especial para as ações básicas de saúde e o estabelecimento de dois sistemas de descentralização nos municípios: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira modalidade, o município recebia recursos para a administração autônoma das ações básicas e, na segunda, essa responsabilidade é ampliada para toda a assistência ambulatorial e hospitalar (NEGRI, 2002).

A partir daí, a preocupação com a atenção básica passou a ser evidenciada nas políticas públicas de saúde, principalmente com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), que introduziu o critério de pagamento aos municípios de um valor *per capita*, além dos recursos pagos pela produção de serviços de saúde. A definição desses critérios abriu a possibilidade para que os municípios que não tinham rede básica de saúde pudessem organizá-la (GARCIA, 2006).

O processo de construção do SUS, desencadeado com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde e aprimorado com a municipalização das ações e serviços, a partir de 1993, significou uma expansão extraordinária dos espaços, nos quais haviam sido introduzidas mudanças na organização dos serviços e nas práticas de saúde. O eixo em torno do qual esse processo veio a se irradiar, não somente nos estados, mas praticamente em todos os municípios do país, resultou da transferência paulatina da responsabilidade de gestão pela Atenção Básica aos

gestores municipais, concomitantemente à implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (CORDEIRO, 1996; MS,1998).

O PSF, criado pelo MS em 1994 e formulado, inicialmente, para as regiões Norte e Nordeste do país, deixou de ser um programa de operacionalização de política focada na atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para se concretizar como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Na verdade, o programa possibilitou a criação de um instrumento para a implantação de uma política de universalização da cobertura da atenção básica, constituindo, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nessa modalidade. (TEIXEIRA, 2004).

A proposta de inclusão de equipes de saúde bucal no PSF foi concretizada em 2000, por meio da Portaria n° 1.444/GM do MS, após a divulgação dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio/PNAD (1998) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa revelou que 29,6 milhões de brasileiros nunca haviam tido acesso a dentista, e que, entre aqueles que ganhavam até um salário mínimo, o número dos que nunca haviam estado em um consultório odontológico era nove vezes maior do que o número dos que ganhavam mais de 20 salários mínimos (LOURENÇO, 2005).

A Portaria mencionada estipulou incentivos para o financiamento de ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no PSF, bem como determinou que o trabalho das equipes de saúde bucal teria o mesmo objetivo das equipes de saúde da família, ou seja, deveria estar voltado para a reorganização do modelo de atenção em saúde e para a ampliação do acesso aos serviços (GARCIA, 2006).

Nesse mesmo ano, tem início no MS a discussão de um amplo projeto de levantamento epidemiológico para avaliar os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana como a rural. O referido projeto foi identificado como SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira 2002-2003 (BRASIL, 2004b).

Em março de 2001, foi publicada a Portaria MS n.º 267/GM que regulamenta a Portaria MS n.º 1.444 de 28/12/2000 e estabelece o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica com os seguintes objetivos: melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal, assegurar o

acesso progressivo de todas as famílias residentes em áreas cobertas pelo PSF às ações de promoção, de prevenção e de caráter curativo-restauradoras em saúde bucal; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal; e, avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações de saúde bucal desenvolvidas (LOURENÇO, 2005).

Os resultados do levantamento epidemiológico do Projeto SB Brasil, divulgados em 2004, demonstraram avanços na prevenção e no controle da cárie em crianças. Contudo, os dados revelaram que, em relação aos adolescentes, aos adultos e aos idosos a situação do Brasil estava entre as piores do mundo. Com o objetivo de transformar essa dura realidade, foi instituída, em 2004, a Política Nacional de Saúde Brasil (PNSB), com o propósito de garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, considerada como requisito fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

No âmbito da assistência, as diretrizes da PNSB são orientadas para a ampliação e a qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso, independentemente da idade do seu demandante e a ampliação da oferta de serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário e buscando a integralidade da atenção, bem como a equidade e a universalização do acesso às ações e serviços públicos de saúde bucal. As principais linhas de ação inseridas nessa Política referem-se à viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (BRASIL, 2004a).

Recentemente, em 2006, estabeleceu-se o Pacto pela Saúde a partir de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Trata-se de um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas da administração pública, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde no

País, a partir das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Esse pacto implica uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados (BRASIL, 2006a).

Dentre as prioridades selecionadas e objetivos traçados pelo Pacto pela Vida para 2006, vale destacar a elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, e a consolidação e qualificação da estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, sendo a saúde bucal um de seus eixos principais. (BRASIL, 2006a).

A opção por reorientar o modelo de atenção à saúde bucal a partir da mudança na organização das ações básicas parece ser uma prioridade na agenda política atual. Atualmente, existem cerca de 15.000 equipes de saúde bucal em funcionamento, atuando em 4.300 municípios, estando em processo de implantação Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese habilitados em todo o país.

A análise das políticas de saúde que vem de ser feita constitui o pano de fundo para que se possa entender como os modelos de saúde foram-se consolidando a partir do contexto da promoção da saúde. Considerado numa perspectiva histórica, pode-se afirmar que se trata de um processo de construção que vem se concretizando ao longo das últimas décadas, com a implementação de modelos que refletem as políticas de saúde hegemônicas de cada período.

1.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

No mundo inteiro, a promoção da saúde tem exercido uma crescente influência na organização das políticas públicas visando ao bem-estar do ser humano. A partir da realização de conferências internacionais e regionais, tem-se observado uma evolução progressiva, mas também contraditória, com relação a premissas e estratégias. Essas contradições originam-se de diferentes concepções de promoção da saúde. Numa tentativa didática de entender as diferenças, essas concepções podem ser agrupadas em dois grandes grupos: o comportamental, de mudança de estilo de vida, e aquele que busca articular o conceito da saúde com a temática das condições e qualidade de vida (HEIDMANN et al., 2006).

O discurso que subsidia tanto os debates em torno da saúde pública quanto o direcionamento das práticas desenvolvidas nos últimos anos vem-se articulando em torno da evolução do próprio conceito de saúde. A compreensão da saúde como um processo, no qual se prioriza a vida com qualidade em detrimento de uma concepção fundamentada prioritariamente na ausência de doença, parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder aos processos saúde-doença (MARCONDES, 2004).

A interação entre condição de vida e saúde vem sendo amplamente destacada ao longo da história. A própria tradição do modelo biomédico, baseado na doença e na medicalização da vida social, foi questionada nos séculos XVIII e XIX nas origens da medicina social por sanitaristas que identificavam, ao lado dos fatores físicos, fatores sociais e econômicos como causadores de epidemias (BUSS, 2003).

A ampliação do conceito de saúde acarretou um aprimoramento do conceito de promoção da saúde. Segundo BUSS (2003), embora o termo ‘promoção’ tenha sido inicialmente usado para caracterizar um dos níveis de atenção da medicina preventiva, seu significado vem sofrendo alterações ao longo do tempo, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Ainda segundo o autor, atualmente, a expressão ‘promoção da saúde’ está associada a um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, paz, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, dentre outros. Refere-se, também, a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Nessa perspectiva, o conceito de promoção da saúde se estrutura sob o enfoque da responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para resolver tais questões.

Em consequência desses pressupostos, entende-se que, no conceito moderno de promoção da saúde, a relação entre saúde e condições de vida é fundamental, devendo ser enfatizada a importância da vinculação dos demais elementos da natureza, sejam eles físicos, psicológicos ou ainda sociais para a conquista de uma vida saudável. As atividades desenvolvidas nesse campo devem, portanto, estar voltadas para o coletivo e para o ambiente

em sua concepção mais ampla, por meio da formulação de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde e ao reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Ao assumir o conceito multidimensional de saúde, o enfoque da promoção torna-se mais amplo e abrangente do que o da prevenção, como acontecia anteriormente, procurando identificar e enfrentar os determinantes do processo de adoecimento e buscando transformá-los favoravelmente em direção à saúde (GUTIERREZ et al., 1997).

Nessa perspectiva, a promoção da saúde passa a ser definida como um processo que visa a possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde. Representa, ainda, uma estratégia de mediação de pessoas e de seu meio ambiente que combina escolha pessoal e responsabilidade social voltadas para a saúde, com vistas a um futuro saudável (CARVALHO, 2005).

Uma vez feita a introdução do tema, a seguir são apresentados os antecedentes históricos do movimento internacional de promoção da saúde.

1.2.1 Promoção da saúde: resgate histórico

O conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores em diferentes conjunturas no decorrer dos últimos 25 anos.

A referência mais remota à expressão promoção da saúde foi feita por Sigerist em 1946 (BUSS, 2003). O autor definiu como tarefas significativas da medicina a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa. Posteriormente, Leavell & Clark (1976), em sua conhecida História Natural da Doença, apresentaram uma leitura da promoção da saúde como um conjunto de ações preventivas mais gerais visando à saúde e ao bem-estar, requerendo intervenção intersetorial (PASCHE & HENNINGTON, 2006, p. 23).

Enquanto a Europa se reconstruía após os estragos causados pela Segunda Grande Guerra e consolidava políticas públicas direcionadas ao bem-estar e à proteção social, na América do Norte e na América Latina, a lógica liberal, pautada no individualismo, no crescimento econômico e na acumulação privada, se disseminava. Na área da saúde, a abordagem liberal permitiu o desenvolvimento de um modo de organização dos serviços sob a lógica de mercado, gerando como conseqüências a elevação de custos das ações desenvolvidas, o baixo impacto na saúde da população e a ampliação das barreiras de acesso devido à inserção das necessidades de saúde na esfera do consumo privado (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Na metade da década de 1970, os sistemas de saúde começam a ser fortemente questionados nos países desenvolvidos. As críticas têm como pano de fundo as novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, que procuravam articular as quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde (BUSS, 2003).

É nesse contexto que o movimento de Promoção da Saúde ressurgiu no cenário internacional como nova concepção, resultado de uma reação à abordagem centrada exclusivamente na medicalização. A compreensão da saúde e de seus determinantes tem seu horizonte sensivelmente ampliado, resultando numa prática bem mais abrangente, de vez que passa a enfatizar propostas de articulação dos diferentes saberes técnicos e populares e de mobilização dos recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde da sociedade (BUSS, 2003).

Em decorrência da mobilização internacional, no que diz respeito à reconceitualização da promoção da saúde, foi divulgado no Canadá, em 1974, o documento *A new perspective on the health of Canadians*, conhecido como Informe Lalonde. Sobre a necessidade de estabelecer novos parâmetros para tratar a questão da saúde, sobretudo em decorrência das transformações que se aceleraram a partir da metade do século XX, é oportuno mencionar o que diz CARVALHO (2005, p. 46):

O documento (Informe Lalonde) argumenta que, ante a diminuição da morbimortalidade por causas infecciosas, o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônico-degenerativas, as ações de saúde devem ter por objetivo adicionar anos à vida e também acrescentar vida aos anos. O argumento é simples: a saúde resulta de um conjunto de determinantes localizáveis no campo da saúde.

Os limites teóricos e práticos da perspectiva de promoção apresentada no Relatório Lalonde estimularam o surgimento da denominada Nova Promoção da Saúde. Apesar de apresentar avanços ao reconhecer a promoção da saúde como uma estratégia além da prevenção, o conceito defendido no referido documento ainda é restrito, limitando-se a uma “estratégia destinada a informar, influenciar e assistir indivíduos e organizações, de modo que ... aceitem mais responsabilidade e sejam mais ativos em questões que afetem a saúde física e mental” (CARVALHO, 2005, p. 51)

Ao influenciar as políticas sanitárias de outros países como Inglaterra e Estados Unidos, o Informe Lalonde estabeleceu as bases para a conformação de um novo paradigma,

formalizado na 1.^a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1978), com a proposta de Saúde para todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2002).

A conferência de Alma-Ata recomendou a adoção de oito elementos essenciais para os cuidados primários de saúde: educação dirigida aos problemas de saúde mais prevalentes; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil e planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado para doenças comuns e acidentes, além da distribuição de medicamentos básicos (BRASIL, 2002).

A Declaração de Alma-Ata reconheceu a saúde como um direito humano fundamental, enfatizando que a consecução do mais alto nível possível de saúde deveria ser a meta social mundial mais importante, cuja realização requereria a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirmou, ainda, a promoção e proteção da saúde como essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, aspectos que contribuiriam para a qualidade de vida e a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de estratégias para seus cuidados de saúde (BRASIL, 2002).

Outra contribuição relevante dessa conferência foi o destaque dado à necessidade de que todos os governos, em cooperação e espírito de comunidade, assegurassem os cuidados primários de saúde à totalidade da sociedade, uma vez que a saúde da população de um país interessa e beneficia os demais, pois a saúde global depende diretamente da saúde de todos os habitantes do planeta.

As conclusões e as recomendações dessa conferência trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 2002). Segundo CARVALHO (2005), o relatório de Alma-Ata teve um relevante papel na conformação de um novo paradigma ao afirmar a necessidade de mobilização da comunidade internacional, dos governantes e dos trabalhadores com o objetivo de garantir a proteção da saúde de toda a população.

A partir de 1980, o Ministério da Saúde do Canadá e a OMS passaram a desenvolver uma produtiva cooperação no desenvolvimento de conceitos e práticas voltadas para a promoção da saúde, que culminou na realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa em 1986. A conferência contou com a participação de trinta e cinco países e resultou na aprovação da Carta de Ottawa, que se tornou, desde então, uma referência para o desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p.19). Insistiu, ainda, na afirmação de que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002, p. 20). Para alcançá-la, “os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas” (BRASIL, 2002, p. 19)

O documento defendeu o pressuposto de que a equidade em saúde é um dos focos da promoção, cujas ações objetivavam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável. Ressaltou, ainda, os determinantes múltiplos da saúde e a intersectorialidade ao afirmar que “o conceito de saúde como bem-estar global transcende a idéia de estilos de vida saudáveis, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, acrescentando, ainda, que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BRASIL, 2002, p. 20).

Como princípios fundamentais, a carta identificou cinco campos de ação para a promoção da saúde, a saber: a construção de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o desenvolvimento de habilidades individuais; o reforço da ação comunitária, assim como a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Esses princípios tornaram-se o principal marco de referência da promoção à saúde em todo o mundo, reconhecidos por conferências não somente internacionais, mas também

regionais. No contexto internacional, podem ser mencionadas as de Adelaide (1988), de Sundsvall (1991), de Jacarta (1997), do México (2000) e de Bangkok (2005). Dentre as regionais estão as realizadas em Bogotá (1992) e no Caribe (1993). Nesse elenco ainda pode ser incluída a formação da Rede de Megapaíses (1998). Essas iniciativas trouxeram avanços consideráveis à questão, contribuindo, como se verá a seguir, para a consolidação dos conceitos estratégicos da proposta de promoção da saúde. (BRASIL, 2002).

A Declaração de Adelaide, resultado da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1988), reafirmou as cinco linhas de ação previstas na Carta de Ottawa, dando destaque para as políticas públicas saudáveis. No que diz respeito a essas políticas a sua formulação deveria ser caracterizada pelo interesse e preocupação explícitos de todos os setores em relação à saúde e à equidade. No âmbito dessa estratégia, foram ainda identificadas quatro áreas prioritárias nas quais deveriam ser promovidas ações imediatas: saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool e, por fim, criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2002).

Por sua vez, a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1991 em Sundsvall/Suécia,

foi a primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. Tomando como tema os ambientes favoráveis à saúde ou ambientes saudáveis, a conferência lançou uma declaração convocando as pessoas, as organizações e os governos, em todas as partes do mundo, a se engajarem ativamente no desenvolvimento de ambientes – físicos, sociais, econômicos e políticos – mais favoráveis à saúde. (BUSS, 2003, p. 29),

Dessa forma, a Declaração de Sundsvall conclamou a população mundial para o desenvolvimento de ambientes saudáveis. Para tanto, identificou quatro estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, a saber: reforço da proposta de promoção por meio de ações comunitárias; capacitação da comunidade e dos indivíduos para adquirir maior controle sobre sua saúde e ambiente; construção de alianças para o desenvolvimento da saúde; e mediação de interesses conflitantes na sociedade, de modo a assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde. Nela afirmou-se, ainda, que a educação, além de um direito humano básico, é um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida, com base nos princípios da igualdade (BRASIL, 2002).

Dando continuidade à idéia de promover saúde, a Conferência de Bogotá, em 1992, apresentou estratégias para a América Latina, assinalando a criação de condições que garantissem o bem-estar geral da população, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Alertou, ainda, para a gravidade do quadro social da região, em decorrência da iniquidade econômica. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde, nesse caso, consistia em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos. (BRASIL, 2002).

A I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, realizada em 1993, estabeleceu as seguintes estratégias para garantir o planejamento e a execução da promoção da saúde para os povos da região: formulação de normas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; “empoderamento” das comunidades para alcançar o bem-estar; criação de ambientes saudáveis; desenvolvimento de habilidades pessoais para a saúde; e construção de alianças com os meios de comunicação (HEIDMANN et al., 2006).

Em 1997, foi realizada em Jacarta a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo como tema central a promoção da saúde no século XXI. Naquela ocasião, refletiu-se sobre o estágio do conhecimento na área, visando ao reexame dos determinantes de saúde e à identificação das orientações e estratégias necessárias para enfrentar os desafios. Como resultados das discussões, foram estabelecidas as seguintes prioridades: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; além de conseguir uma infra-estrutura voltada para a promoção de saúde (BRASIL, 2002).

Em 1998 ocorre a formação da Rede de Mega-Países, que nasce do reconhecimento e da necessidade de possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos, a saber: Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América.. Para alcançar essa meta, foram estabelecidos os seguintes objetivos: melhorar a capacidade nacional voltada para a promoção da saúde; aumentar a consciência sobre o tema entre os tomadores de decisão e o público em geral; implementar estratégias de promoção em torno das questões prioritárias de saúde; assim como disseminar políticas e programas para outras nações.

A continuidade das propostas é assegurada na cidade do México em 2000, com a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A Declaração do México reforçou a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, nos níveis local, regional, nacional e internacional. Confirmou, ainda, o valor de ações intersetoriais para assegurar a implementação das atividades de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde (BRASIL, 2002).

Em 2005, a cidade de Bangkok sedia a VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde com o tema “Políticas e Parcerias para a ação objetivando os determinantes da saúde em um mundo globalizado”. Os propósitos dessa conferência foram situar a saúde no centro do desenvolvimento global, nacional e local, assim como complementar e reafirmar os princípios e as estratégias sobre a promoção da saúde estabelecidas na Carta de Ottawa e nas conferências anteriores (HEIDMANN et al., 2006).

A análise da perspectiva histórica da proposta da promoção da saúde revela que o conjunto das idéias apresentadas e defendidas nesses fóruns de discussão vem-se disseminando não só para subsidiar a formulação de políticas em vários planos, mas também em diversos níveis de governo de diferentes países. No Brasil, a temática alcançou notória projeção, gerando propostas de caráter reformista que serão abordadas a seguir.

1.2.2 A Promoção da Saúde no Brasil

A difusão das idéias do movimento pela promoção da saúde no Brasil ocorreu em um contexto marcado pela formulação e implementação das propostas oriundas do movimento da reforma sanitária.

Enquanto no cenário internacional lutava-se pela ruptura dos paradigmas biomédicos, curativo e hospitalocêntrico, no Brasil, os atores envolvidos na reforma sanitária, influenciados pelo doutrinário da Saúde Coletiva, compartilhavam as preocupações quanto aos modelos de atenção à saúde predominantes no país (CASTRO & MALO, 2006).

Segundo PASCHE e HENNINGTON (2006, p. 28):

A chegada no Brasil da Promoção da Saúde coincide com o processo de reformulação do sistema de saúde, que apresentava como desafio substantivo a reconstrução das práticas e estratégias de intervenção em saúde, identificadas como inadequadas. Sua emergência no âmbito do Sistema Único de

Saúde se dá num contexto de crítica ao *status quo* do campo sanitário, apresentando-se como estratégia de transformação de serviços, práticas e saberes da saúde.

As reivindicações por mudanças na organização da saúde induzem o sistema criado a incorporar à sua base doutrinária um ideário de políticas públicas embasado na universalidade do acesso a serviços integrais. Nesse sentido, é plausível afirmar que o processo de construção do SUS e o movimento internacional de promoção da saúde apresentam princípios sinérgicos, uma vez que ambos ratificaram a indissociabilidade entre políticas de saúde e políticas dos demais setores; gestão e atenção; clínica e política (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Dessa forma, pode-se atribuir ao efervescente cenário de mudanças vigente naquele momento a incorporação da estratégia de promoção no âmbito da política de saúde brasileira. No entanto, promover a reorganização das práticas em saúde de forma integral e universal era – como, de resto, ainda é – um desafio para a agenda sanitária do país. A realidade da atenção à saúde no Brasil mostra a distância que ainda separa a teoria da prática em relação ao SUS. As análises evidenciam que a transformação prevista na concepção do sistema ainda está muito distante de ser alcançada, demandando profundas reformas em sua lógica de gestão, de organização e de oferta de serviços de saúde. Da mesma forma, é possível observar que as ações de promoção da saúde propostas ainda se apresentam, em sua maioria, separadas das atividades clínicas e focadas na modelização de comportamentos individuais. (PASCHE & HENNINGTON, 2006).

Por outro lado, é sabido que, na perspectiva ampliada de saúde, a forma como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis está diretamente associada ao processo de construção e organização do ambiente em que vivem. Em sendo assim, para que as intervenções ampliem seu escopo na promoção, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes, a organização da atenção, das ações e dos serviços deve ser estruturada de maneira a atuar diretamente sobre os efeitos do adoecer, por meio da formulação de propostas que incidam sobre as condições de vida da população, além do sistema de saúde, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades (BRASIL, 2006b).

Orientada nessa direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, cuja articulação reforça um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais

favoráveis à saúde e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação (BRASIL, 2006b).

O discurso da promoção – embora tenha permeado o ideário da construção do SUS, conforme atestam os testemunhos arrolados no decorrer do presente estudo – somente com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, voltou a integrar de forma mais evidente a agenda política dos gestores da saúde sendo, inclusive, incorporado entre as prioridades e diretrizes do Pacto pela Vida.

Nesse documento, a promoção da saúde é definida como:

uma das estratégias de produção da saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar que, articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006b, p.10).

A idéia de elaborar a PNPS surgiu a partir da constatação de que, até aquele momento, a grande maioria das iniciativas desenvolvidas nesse campo estavam vinculadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Ficou, pois, evidente a necessidade de se retomar as proposições da Carta de Ottawa e investir em ações de promoção mais amplas como integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação, comunicação e sustentabilidade (BRASIL, 2006b).

A partir do objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes”, o documento oficial estabelece estratégias de implementação voltadas para os gestores da saúde, a saber: estruturação e fortalecimento da promoção da saúde no SUS; estímulo à inserção de ações de promoção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento de estratégias de qualificação para profissionais de saúde inseridos no SUS, principalmente aqueles que atuem na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde; apoio à criação de observatórios de experiências e redes de cooperação técnica nesse campo; inclusão da saúde e de seus determinantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e agrário; apoio ao estabelecimento de parcerias que viabilizem a

formulação de políticas públicas saudáveis; e, por fim, apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto da promoção na situação de saúde da população (BRASIL, 2006b).

Embora represente uma abordagem atualizada da temática da saúde, no documento, segundo TRAVERSO-YÉPEZ (2007), não há reflexão sobre os empecilhos e dificuldades para a implementação dessas estratégias no SUS, especialmente no contexto da atenção primária, caracterizado pelo baixo poder aquisitivo dos usuários do serviço e pela hegemonia do modelo biomédico centrado na cura.

Além disso, as iniciativas focais da PNPS para o biênio 2006-2007 – divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; estímulo à alimentação saudável e à prática de atividades físicas; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência; e promoção do desenvolvimento sustentável – representam ações importantes, mas que precisam ser situadas no contexto sociocultural correspondente, ou seja, na realidade de cada região (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Vale destacar que, apesar de expressar o conceito amplo de promoção da saúde, a política proposta ainda prioriza ações focadas em intervenções no estilo de vida dos sujeitos e no incentivo à adoção de hábitos saudáveis. Os avanços no âmbito da formulação de políticas públicas saudáveis e no incentivo à participação popular ainda são muito tímidos.

No panorama geral, embora sejam apresentadas iniciativas de modelos assistenciais alternativos como a Estratégia de Saúde da Família e a de vigilância da saúde e até mesmo a própria PNPS,

o sistema de saúde brasileiro continua garantindo a reprodução dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, mutirões, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária) (PAIM, 2003, p. 163).

As conseqüências desse modelo se refletem nas políticas e nos programas de saúde vigentes, cujo corpo doutrinário, apesar de influenciado pela promoção da saúde, ainda enfoca os sujeitos como responsáveis pelo processo de adoecimento, propondo mudanças no estilo de

vida como forma de solucionar os problemas de saúde da população. São exemplos dessas políticas os programas de controle do tabagismo, da Aids, da hipertensão e diabetes, de saúde da mulher e o próprio programa de saúde bucal.

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída em 2004, determina em seu espectro de atividades ações de promoção e proteção da saúde. Em linhas gerais, eis como essa política aborda a questão:

A promoção de saúde bucal está inserida em um conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde bucal coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de abordagens sobre fatores de risco tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos, tais como: políticas de alimentação saudável, políticas de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL, 2004a, p. 8).

Embora adote o conceito amplo de saúde e reconheça a importância da formulação de políticas públicas saudáveis, as atividades propostas de promoção da saúde apresentadas no documento ainda se restringem a ações essencialmente preventivas como a higiene bucal e a aplicação tópica de flúor, destinadas a grupos populacionais específicos como escolares, gestantes, hipertensos e diabéticos.

1.3 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO DISTRITO FEDERAL

A organização do sistema de saúde do Distrito Federal, iniciada em 1959, não adotou as características do modelo de saúde vigente na época, ou seja, o previdenciário. Ao contrário, desde sua concepção, o modelo de assistência à saúde idealizado para a nova capital tinha como princípios básicos o acesso universal e o atendimento integral às necessidades da população. Segundo Ernesto Silva,

o planejamento médico-hospitalar de Brasília veio revolucionar os sistemas de saúde até então conhecidos, romper com a rotina, corrigir métodos ora existentes nas velhas cidades e impedir que, pela multiplicidade de meios de assistência, a medicina se torne onerosa e paradoxalmente insuficiente (MELLO, 1959, p. 5).

A construção da nova capital atraiu um número considerável de imigrantes de diversas partes do país, que vieram em busca de novas oportunidades de vida. Esse elevado contingente de pessoas associado à falta de condições socioeconômicas e de saneamento adequado acarretou uma série de problemas de saúde pública e de assistência médica o que

obrigou o governo a tomar medidas imediatas, visando a reduzir a morbidade observada no período (PINHEIRO et al., 1989).

Como plano de ação imediato foi construído um hospital de emergência ao mesmo tempo em que foram implantados alguns programas do Ministério da Saúde como o de combate a endemias rurais, tuberculose e hanseníase, entre outros (PINHEIRO et al, 1989).

Juntamente com o planejamento da cidade, foi desenvolvido por Henrique Bandeira de Mello a pedido da Novacap, o Plano Geral da Rede Médico Hospitalar do Distrito Federal (1959), o qual previa um modelo regionalizado de atenção à saúde, tendo como base uma unidade hospitalar que ofereceria toda e qualquer atividade de saúde, contemplando ações preventivas, curativas e de reabilitação (MELLO, 1959).

Segundo o autor (1959: p. 11), “várias soluções poderiam ser apresentadas para a organização dos serviços médico-sanitários da nova capital do país. Entre elas, a que nos parece melhor, implicava a criação de um órgão com a finalidade única e exclusiva de cuidar dos problemas de saúde locais”.

Com a inauguração da capital federal, foi instituída a Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF, subordinada diretamente à Secretaria de Saúde, como órgão central coordenador de um sistema de saúde com previsão e proposta de criação de uma rede assistencial composta por um hospital de base, 11 hospitais distritais e seis hospitais rurais, em torno dos quais haveria tantas unidades satélites (postos de saúde), quantas fossem necessárias (DISTRITO FEDERAL, 2001).

Desse complexo, como apoio ao sistema, fariam parte: um hospital para crônicos e convalescentes, um hospital de tuberculose, um hospital para doentes mentais e psiquiátricos, um centro de reabilitação e medicina física, um laboratório industrial e farmacêutico, uma escola e residência em enfermagem, além de um laboratório central (MELLO, 1959).

Quanto ao atendimento em saúde bucal, o Plano Bandeira de Melo, como ficou conhecido, propôs a instituição de odontoclínicas nas unidades ambulatoriais dos hospitais e das unidades satélites. Entretanto, o plano não fazia menção à forma como seria organizado o atendimento à população e quais seriam os procedimentos odontológicos oferecidos.

Vale ressaltar que o referido documento, apesar de privilegiar o enfoque da estruturação física da rede de serviços de saúde, pode ser considerado revolucionário para a época, uma vez que, contrariando o modelo de saúde previdenciário hegemônico –

individualista, curativista, hospitalocêntrico e mercantilista – assegurava o acesso universal e integral a toda a população urbana e rural do Distrito Federal.

Apesar de tratar-se de uma proposta de organização do sistema de saúde apresentada em 1959, vinte anos depois haviam sido criados apenas seis hospitais regionais, o Hospital de Base e cinco postos de saúde. O crescimento desordenado da população – devido, sobretudo, ao surgimento de novas cidades, habitadas em sua maioria por pessoas de baixo poder aquisitivo – aliado às precárias condições de saneamento dos núcleos populacionais que se formavam, tornaram a oferta dos serviços de saúde existentes insuficientes frente à demanda cada vez maior. Os ambulatórios passaram a não responder às necessidades, provocando um aumento do número de emergências, demonstrando uma inversão dos parâmetros preconizados pela OMS de 80,0% de atendimento ambulatorial e 20,0% de emergência (DISTRITO FEDERAL, 2001).

Diante desse cenário, foi elaborado, em 1979, o Plano de Assistência à Saúde para o Distrito Federal, que, sob influência do ideário da Conferência de Alma-Ata, tinha como base a regionalização, a hierarquização da rede e a extensão da cobertura, objetivando valorizar a saúde em detrimento da doença, mediante o investimento em programas preventivos e em cuidados primários de saúde (PINHEIRO et al, 1989).

Segundo o Plano de Assistência, os níveis de atenção foram definidos em grau de complexidade crescente (primária, secundária e terciária). A fim de ampliar o acesso à atenção primária, foram construídos 35 centros de saúde com capacidade para atender a uma população de 30.000 habitantes, adstrita a cada centro, além de seis postos rurais para o atendimento às comunidades situadas fora do espaço urbano (DISTRITO FEDERAL, 2001).

De acordo com a estrutura proposta, os hospitais regionais funcionariam como unidades intermediárias que não só prestariam assistência especializada mediante encaminhamento das unidades básicas, exceto os casos de emergência, mas também coordenariam as atividades dos centros e postos de saúde a ele vinculados. O Hospital de Base seria a unidade terciária do sistema, atendendo pacientes referenciados pelos hospitais regionais, quando ultrapassado o limite de resolutividade. O sistema teria, ainda, como apoio o Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico, a Central de Radiologia de Taguatinga, as inspetorias de saúde para as ações de vigilância sanitária, o Instituto de Saúde do Distrito Federal e o Hemocentro de Brasília (DISTRITO FEDERAL, 2001).

O atendimento odontológico, nesse contexto, como no plano anterior, seria prestado nas unidades básicas de saúde a grupos populacionais específicos, sendo as emergências encaminhadas para os hospitais regionais e para o Hospital de Base. Foi, a partir desse momento, que se instaurou o processo de consolidação do modelo de atenção à saúde bucal até hoje vigente no Distrito Federal (DISTRITO FEDERAL, 1979).

A atenção a saúde bucal na capital brasileira assume, então, as mesmas características encontradas no restante do país, ou seja, o atendimento prioritário às crianças – especialmente as de idade escolar – e a indivíduos integrantes de programas de atenção à saúde específicos como o de gestantes, diabéticos, hipertensos, portadores de HIV e portadores de deficiência.

Durante a trajetória da institucionalização da saúde bucal no DF, propostas algumas iniciativas propostas são relevantes para a compreensão da organização da assistência odontológica na região e das ações de promoção da saúde desenvolvidas nesse campo. Dentre essas, merecem destaque a criação do Programa Cárie Zero, a inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, a elaboração da Política Estadual de Saúde Bucal e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO's.

O Programa Cárie Zero, implantado na Secretaria de Saúde do Distrito Federal em 1993, foi desenvolvido a partir da constatação da existência, tanto nos serviços de natureza pública quanto privada, de uma priorização da doença, com predomínio das ações curativas, no atendimento odontológico. “Com isso, os serviços de saúde não conseguiam suprir as necessidades de tratamento, pois a demanda era sempre crescente, tornando difícil a sua cobertura”(DISTRITO FEDERAL, 1993, p. 3).

Nesse contexto, a proposta do Programa surgiu como uma tentativa de transformação do modelo de assistência odontológica essencialmente curativo, vigente na época, para um modelo educativo-preventivo, baseado na mudança do foco da atenção do controle e tratamento da doença para ações de promoção da saúde (DISTRITO FEDERAL, 1993).

Atualmente, o Cárie Zero atende crianças de zero aos seis anos de idade, executando atividades de educação em saúde, controle de placa bacteriana, orientação sobre a dieta e aplicação tópica de flúor. Além disso, são executados procedimentos restauradores e cirúrgicos segundo a necessidade de tratamento dos pacientes que integram o programa (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Por significar uma tentativa de reorientação no modelo de assistência odontológica realizado no DF em direção à promoção da saúde, por meio de atividades comprovadamente eficazes, de baixa tecnologia e baixo custo, considera-se relevante e oportuna a ampliação de suas atividades, no momento em que a promoção da saúde assume papel de destaque nas recentes propostas de reorganização da atenção à saúde bucal.

As equipes de saúde bucal foram incluídas no Programa de Saúde da Família a partir de 2001. Desde então, foram implantadas cerca de 64 equipes de saúde bucal, sendo que apenas 7 encontram-se cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. O amplo desenvolvimento do Programa de Saúde da Família constitui um importante fator para a promoção da saúde, tendo em vista que segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2006):

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

- I. Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atuam.
- II. Atuar no território, realizando o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde da população.
- III. Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.
- IV. Buscar a integração com instituições e organizações sociais em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.
- V. Ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006c, p. 20).

Ainda nesse campo, a Política Nacional de Saúde Bucal (2004), acrescenta que:

Para a Saúde Bucal essa nova forma de se fazer as ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2004a, p. 70).

No ano de 2005, diante da constatação da alta prevalência de cárie e necessidade de prótese na Região Centro-Oeste e no Distrito Federal, foi estabelecida a Política de Saúde Bucal do DF. Apesar de ter como objetivo “estabelecer diretrizes que visam à ampliação do atendimento assim como a melhoria da saúde bucal da população do Distrito Federal”

(DISTRITO FEDERAL, 2005, p. 4), o documento nada mais é que um manual de conduta para a assistência odontológica no na região.

No Distrito Federal o atendimento proposto na Política de Saúde Bucal continua a ser dividido segundo grupo etário e programas específicos da Secretaria de Estado. Sua organização obedece à seguinte forma: Programa Cárie Zero, para crianças de zero a seis anos; Programa de Saúde Bucal, destinado a crianças em idade escolar e adolescentes; e Programa de Saúde Bucal do Adulto, para indivíduos de 20 anos e mais encaminhados de programas existentes nos Centros de Saúde como os direcionados a gestantes, a hipertensos e a diabéticos.

A Política de Saúde Bucal ampliou a oferta dos serviços prestados à população do DF, com procedimentos odontológicos especializados, em decorrência da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e da inclusão desses procedimentos nos hospitais regionais das regiões fora da área de abrangência dos CEO's. No momento, existem no DF seis CEO's credenciados, a saber: o Centro de Saúde 08 do Gama, o Hospital Regional de Planaltina, a Unidade Mista de Taguatinga, o Hospital Regional de Taguatinga, a Diretoria de Saúde do Trabalhador - DISAT e o Hospital Regional da Asa Norte (DISTRITO FEDERAL, 2005).

No que se refere à promoção, o acesso a uma assistência integral à saúde é importante para o restabelecimento físico e social dos indivíduos e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida. Restam dúvidas, no entanto, se essa ampliação da oferta de ações especializadas em odontologia irá repercutir em melhoria no acesso a esses serviços, tendo em vista que o documento não apresenta proposta concreta de ampliar o acesso aos serviços odontológicos prestados nas unidades básicas de saúde que, segundo a Política de Saúde Bucal do DF, atuarão como porta de entrada para o atendimento dos CEO's (DISTRITO FEDERAL, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

No Brasil, a temática da promoção da saúde vem-se fortalecendo desde a criação do Sistema Único de Saúde, organizado a partir do reconhecimento constitucional de um conceito ampliado de saúde e balizado em princípios como universalidade, integralidade e equidade. Concebida como uma iniciativa de substituição ao modelo assistencial de caráter previdenciário individualista, curativista, hospitalocêntrico e mercantilista, a promoção da saúde emerge do Movimento da Reforma Sanitária com a proposta de reorientar os serviços de saúde com uma abordagem centrada na atenção integral às pessoas em suas necessidades e em busca de qualidade de vida.

Passados vinte anos desde a criação do SUS, constata-se que pouco se avançou no sentido de proporcionar à população o modelo idealizado de atenção à saúde. Diante de uma realidade nada promissora, a promoção da saúde ressurgiu, permeando as discussões sobre os novos rumos da saúde no país, por meio da implantação da Política Nacional de Saúde e de sua inserção como prioridade no Pacto pela Vida.

Na atenção à saúde bucal, também é percebida uma tentativa de mudança no modelo de assistência, predominantemente marcado por uma prática pontual e de feição essencialmente curativo-reparadora restrita a grupos específicos da população. A inserção da promoção da saúde nas políticas públicas que norteiam a organização da atenção nesse setor, ainda que manifestada de forma discreta, pode representar um avanço em direção ao reconhecimento da saúde bucal como fator essencial para a preservação da qualidade de vida.

Destarte, torna-se imprescindível que o modelo de assistência prestada no SUS rompa as barreiras de suas limitações, buscando soluções para enfrentar as necessidades de saúde bucal da população, investindo na estruturação e na implementação de uma rede de serviços que inclua ações de promoção e proteção da saúde. A viabilização de uma prática de saúde bucal inserida numa política de promoção da qualidade de vida requer a estruturação de um modelo de atenção não somente orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, e da equidade, mas também caracterizado pela resolutividade das ações realizadas, requisitos indispensáveis à sustentabilidade do SUS.

De um lado, o panorama traçado evidencia a precariedade dos estudos sobre o desenvolvimento das práticas de saúde bucal nos serviços odontológicos no DF. De outro, as análises que vêm de ser realizadas, – e que tiveram como foco principal a orientação da

promoção da saúde, – contribuíram para o entendimento da maneira como a questão vem sendo abordada no âmbito das políticas de saúde bucal da capital do país. Os questionamentos decorrentes dessa análise podem ser sintetizados nas questões a seguir formuladas. Em quais momentos o modelo de promoção se inseriu e ou se incorporou nas políticas atuais de saúde bucal? Quais foram as estratégias utilizadas para viabilizar a promoção da saúde no contexto das políticas de saúde bucal no Distrito Federal? Que propostas de promoção à saúde bucal foram apresentadas nos planos estaduais de saúde para o Programa de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal? Quais as relações que podem ser identificadas entre as metas estabelecidas nos planos, a organização dos serviços de saúde bucal e o paradigma da promoção da saúde? Como se situam as metas de promoção constantes nos planos estaduais de saúde em relação aos resultados alcançados? Quais os reais benefícios que a população do Distrito Federal recebeu com as ações de atenção à saúde bucal desenvolvidas? Em que medida o atendimento prestado está sendo realizado segundo os princípios de universalidade, de integralidade e de equidade?

3. OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as propostas de promoção da saúde bucal apresentadas nos planos de saúde do Distrito Federal, bem como o custo financeiro dos procedimentos odontológicos oferecidos no âmbito da atenção básica pela SES – DF, no período de 2000 a 2006.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil do atendimento da saúde bucal realizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal na perspectiva da promoção da saúde.
- Avaliar as taxas de cobertura dos serviços de saúde bucal no Distrito Federal, correlacionando-as com os recursos financeiros aplicados no período.
- Relacionar a produção odontológica do Distrito Federal com os indicadores estabelecidos nos Pactos de Atenção Básica.

4. METODOLOGIA

O trabalho foi estruturado em duas etapas, e em cada uma delas foi empregado um método específico de análise, assim caracterizado:

- Na primeira etapa, foi realizada uma análise documental dos Planos Estaduais de Saúde correspondentes ao período de 2000 a 2006, nos quais foram identificadas as propostas de promoção estabelecidas para o Programa de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
- Na segunda parte, realizou-se uma avaliação quantitativa dos dados apresentados sobre a produção e os gastos odontológicos registrados no período entre 2000 e 2006, a partir dos relatórios estatísticos de atividades da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS).

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para a análise documental realizou-se um estudo exploratório, centrado numa abordagem qualitativa, com o propósito de ampliar a área de compreensão do objeto.

A abordagem qualitativa foi utilizada para proceder à análise dos Planos Estaduais de Saúde vigentes no período de 2000 a 2006, com o intuito de identificar as propostas apresentadas para o Programa de Atenção à Saúde Bucal da SES-DF e avaliar o seu papel no contexto da Promoção da Saúde e o seu custo para o setor saúde. Essa opção metodológica para a análise dos resultados obtidos está apoiada na literatura pertinente, como registram autores como MINAYO.

As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos autores, de relações e para análises de discursos e documentos. Esse tipo de método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do processo em estudo (MINAYO, 2007, p. 57).

BOGDAN e BIKLEN (1982) assinalam que as pesquisas qualitativas têm por características principais: descrever o processo de realização e não somente o produto; utilizar o ambiente, em seu estado de natureza, como fonte de dados, reconhecendo a não neutralidade do pesquisador, apoiar a análise de dados na lógica indutiva e manter a preocupação essencial com o significado dos achados de pesquisa.

Na primeira fase de análise, o estudo utilizou a técnica da pesquisa documental. Essa técnica, segundo MARCONI e LAKATOS (2003), caracteriza-se por utilizar como fonte de dados, documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina fontes primárias.

A pesquisa documental integra os estudos sistemáticos e busca mostrar, por meio da análise de documentos, o estado atual e a trajetória do fenômeno que está sendo analisado. Os documentos, segundo GUBA e LINCOLN (1989), consistem em fontes ricas em dados e contexto possibilitando várias leituras e enfoques.

Para LUDKE e ANDRÉ (1986) a análise documental envolve o uso de técnica exploratória com vistas a desvendar aspectos novos de um dado tema e supõe a existência de valores, sensações, ideologias e intenções por parte dos autores dos escritos. Implica escolha do tipo de documento a ser analisado e reflete idéias e propósitos pré-delimitados. À primeira seleção dos documentos, segue-se a análise do conteúdo por meio da avaliação do texto, que envolve as etapas de classificação, codificação e conceituação.

Tomando por base as orientações de MINAYO (2007) e BARDIN (1977), a análise documental foi realizada de acordo com as etapas referenciadas na metodologia de Análise de Conteúdo e definidas a seguir:

- a. Pré-análise: Nessa etapa, procedeu-se à organização do material, à seleção e à escolha dos documentos pertinentes e à leitura exhaustiva de todo o conteúdo.
- b. Descrição Analítica / Exploração do Material: Nessa etapa, o material documental foi submetido a um estudo aprofundado orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, resultando na codificação, na classificação e na categorização dos dados.
- c. Tratamento dos dados obtidos e interpretação: Nessa etapa, procedeu-se ao reexame do material com o objetivo de ampliar o conhecimento acerca dos dados.

GUBA e LINCOLN (1981) esclarecem que as categorias de análise são construídas com o uso de processos denominados convergentes e divergentes e devem ser adequadas aos objetivos do estudo. No processo convergente identificam-se, na documentação estudada, os aspectos recorrentes dos temas a serem destacados de forma isolada, agregados ou desagregados. No processo divergente buscam-se as correlações do material obtido com outros contextos de análise, que não os documentos. Ressalta-se que a categorização não

esgota a análise, pois o pesquisador acrescenta a ela as possíveis conexões e inter-relações aprofundadas, de acordo com o referencial teórico que subsidia a pesquisa.

Realizada a análise documental procedeu-se à análise quantitativa com o uso de um corte transversal baseado nos dados obtidos sobre os serviços odontológicos prestados à população do Distrito Federal durante o período de abrangência do estudo.

4.2. DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

A análise dos Planos Estaduais de Saúde do Distrito Federal foi realizada de forma a permitir não somente a identificação das metas estabelecidas para o Programa de Atenção à Saúde Bucal, mas também a avaliação de sua dimensão prática, segundo os princípios da promoção da saúde. Para a consecução desse duplo objetivo, procedeu-se, inicialmente, à leitura flutuante dos documentos, seguida da análise das metas identificadas com o propósito de determinar sua adequação ao discurso da promoção da saúde. As metas foram agrupadas em três categorias, a saber: prevenção da saúde, promoção da saúde e assistência curativa.

Quanto à análise quantitativa, os dados referentes ao período de 2000 a 2006 foram compilados a partir dos Relatórios Estatísticos de Atividades da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) disponibilizado pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde, o Datasus, no site <http://www.datasus.gov.br>.

A esses dados foram acrescentados o levantamento de informações acerca da população local por ano, a faixa etária e a Região Administrativa de residência no Distrito Federal. Para identificação da faixa etária, a população foi dividida em três grupos, sendo um de zero a 4 anos, outro de 5 a 14 anos e um terceiro, com idade igual ou superior a 15 anos. Por sua vez, os dados referentes à Região Administrativa foram agrupados segundo a respectiva Diretoria Regional de Saúde.

As informações populacionais foram coletadas a partir do *site* do Datasus, que tem como fonte as bases demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados apresentados pela Secretaria de Saúde nos planos estaduais. Para a identificação da população residente por Região Administrativa, foram utilizadas as informações disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Habitação – SEDUH para os anos de 2000 a 2006.

Após a coleta dos elementos essenciais à análise, as informações foram organizadas em planilhas do programa *Microsoft Office Excel 2007* e transferidas para o programa *Microsoft Office Access 2007*, visando a constituir o banco de dados da pesquisa. No que diz respeito às informações do SIA-SUS, a tabulação, com base no ano de atendimento, foi realizada no programa Tabwin, possibilitando a criação de uma planilha-mestra com as informações pertinentes, tais como: código do procedimento, grupo, subgrupo, complexidade, fonte de financiamento, frequência e valor aprovado pelo Ministério da Saúde.

A construção do banco de dados foi sistematizada em série histórica de 2000 a 2006, com a descrição do perfil dos serviços de saúde bucal no Distrito Federal. A análise foi estruturada conforme os passos descritos a seguir.

4.2.1 Perfil de atendimento odontológico da rede de saúde do DF

Os atendimentos odontológicos registrados pela SES-DF, no período considerado, foram classificados segundo a unidade de saúde de realização e a natureza do atendimento, com a discriminação dos dados segundo o seu caráter ambulatorial ou emergencial. A distribuição das instituições – Hospitais e Unidade Mista de São Sebastião, Centros e Postos de Saúde e DISAT e Unidades Mistas da Asa Sul e de Taguatinga – seguiu o mesmo padrão da organização apresentada nos relatórios estatísticos de atividades, tendo em vista que as unidades agregadas prestam serviços odontológicos de igual natureza.

A taxa de cobertura dos serviços de saúde bucal no DF, para cada ano considerado, foi calculada de acordo com a Portaria n.º 1.101/GM de 12/06/2002, da seguinte forma:

$$\text{Taxa de cobertura populacional} = \frac{\text{Número de atendimentos realizados em determinado período}}{\text{Número de habitantes no mesmo período}} \times 100$$

Para a análise da cobertura de assistência odontológica por Diretoria Regional de Saúde, a intenção era de avaliar a cobertura média em relação ao total do período analisado. Com esse propósito, o cálculo foi realizado da seguinte forma:

$$\text{Taxa de cobertura populacional por DRS} = \frac{\text{Média anual de atendimentos realizados em cada DRS}}{\text{Número médio de habitantes no}} \times 100$$

mesmo período

Para a análise por faixa etária, calculou-se o total de atendimentos registrados e a média de atendimentos/ano correspondente. O percentual de cobertura de serviços de saúde bucal, segundo os grupos etários da população do DF, foi obtido a partir da razão entre a média de atendimentos realizados de 2000 a 2006, em uma determinada faixa etária, e o número médio de indivíduos na mesma faixa etária.

A análise considerou, ainda, o perfil do atendimento ambulatorial oferecido a cada grupo etário por ano, segundo a unidade de saúde de realização do atendimento e a primeira consulta odontológica, o número de dentes restaurados e de exodontias. O estudo dessas variáveis, estruturadas a partir dos dados apresentados nos relatórios estatísticos, permitiu avaliar o acesso de cada grupo etário aos serviços de atenção à saúde bucal e a relação entre as medidas conservadoras e radicais, considerando os indicadores propostos nos planos estaduais de saúde em cada ano considerado.

O cálculo do indicador foi realizado de acordo com as determinações constantes dos planos de saúde, da seguinte forma:

$$\text{Relação entre medidas conservadoras e radicais} = \frac{\text{Número dentes restaurados em determinado período}}{\text{Número de dentes extraídos no mesmo período}} \times 100$$

4.2.2 Análise da produção odontológica registrada no SIA-SUS

O Sistema de Informações Ambulatoriais constitui uma importante ferramenta na avaliação das políticas de saúde bucal nos níveis municipal, estadual e nacional, sobretudo, se associado a outras fontes documentais. Ao informar quantidades, tipos de procedimentos e gastos efetuados, o SIA-SUS também fornece aos gestores um material imprescindível à gestão dos serviços de saúde, todavia estas informações ainda são pouco utilizadas na tomada de decisão, finalidade de qualquer sistema de informações (VOLPATO & SCATENA, 2006).

As informações obtidas foram divididas segundo o grupo da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do SIA-SUS em ações básicas em odontologia (Grupo 3) e ações

especializadas em odontologia (Grupo 10). Além disso, a produção odontológica foi avaliada segundo a complexidade dos serviços.

Em seguida, procedeu-se à classificação e à análise da produção realizada, segundo o ano de atendimento, por subgrupo da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS. Os procedimentos foram classificados em 13 subgrupos, que são a seguir enumerados:

Cirurgia Básica: exodontia de dente decíduo ou permanente, remoção de resto radicular, tratamento de alveolite e pequenas hemorragias e ulotomia.

Cirurgia Especializada: procedimentos com maior nível de complexidade como apicectomia, enxertos ósseos, correção de tuberosidade, exodontias múltiplas com alveoloplastia, remoção de tórus e exostoses, dentes inclusos e/ou impactados.

Dentística: capeamento pulpar direto e indireto, selamento de cavidade com cimento provisório, restaurações de compósito, silicato, resina fotopolimerizável, amálgama ou cimento de ionômero de vidro e restaurações a pino em dentes decíduos e permanentes.

Endodontia: necropulpectomia, tratamento e retratamento endodôntico de dente permanente ou decíduo.

Implantodontia: implantes ósseo-integrados.

Odontoradiologia: radiografias oclusais, periapicais, de arcada dentária e telerradiografia com e sem traçado.

Ortodontia: colocação de mantenedores de espaço, aparelhos fixos e removíveis.

Periodontia: procedimentos de raspagem, alisamento e polimento coronário ou radicular, curetagem subgingival, gengivectomia e tratamento periodontal em situação de emergência.

Procedimentos Coletivos: conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que incluem o levantamento epidemiológico, a educação em saúde bucal e a higiene bucal supervisionada, devendo ser registrado na forma de um procedimento por indivíduo no mês.

Procedimentos Individuais Preventivos: procedimentos: de aplicação tópica de flúor, de aplicação de selante ou de cariostático e de controle de placa bacteriana e escariação.

Prótese: coroas provisórias, coroas dentárias, placas oclusais, próteses parciais e totais, próteses fixas, próteses nasais, auriculares, infra-orbitárias e mandibulares.

Reabilitação oral: moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias.

Traumatologia Buco-Maxilo-Facial: contenção, redução cruenta e incruenta de fraturas alvéolo-dentárias.

Realizada a análise da totalidade de procedimentos executados, optou-se, para otimizar a apresentação dos resultados, por agrupá-los nas seguintes categorias: Cirurgia (básica e especializada), Dentística, Procedimentos Coletivos, Procedimentos Individuais Preventivos e “Outros” (endodontia, implantodontia, odontoradiologia, ortodontia e periodontia).

4.2.3 Indicadores dos Pactos de Atenção Básica

Considerando a relevância dos Pactos de Atenção Básica como instrumentos nacionais de monitoramento e de avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção, realizou-se o cálculo dos indicadores propostos para a saúde bucal nos pactos estabelecidos durante o período de 2001 a 2006, incluindo-se o ano 2000.

A seguir, são apresentados os indicadores utilizados, juntamente com suas definições, possíveis interpretações e métodos de cálculo.

Cobertura de primeira consulta odontológica: percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no SUS. Sua utilização permite analisar a cobertura da população em relação à primeira consulta, identificando variações geográficas e temporais que demandem a implementação de medidas de ampliação do acesso a serviços básicos de odontologia.

Método de Cálculo:

$$\text{Cobertura de primeira consulta odontológica} = \frac{\text{Número de 1.ª consultas odontológicas programáticas* realizadas em um determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

* Código do SIA-SUS: 03.021.01-7.

Média de procedimentos odontológicos básicos individuais: número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Permite não só avaliar a necessidade de ampliação

de ações individuais, preventivas ou terapêuticas, mas também monitorar o grau da assistência odontológica básica individual.

Método de Cálculo:

$$\text{Média de procedimentos odontológicos básicos = individuais} = \frac{\text{Número de procedimentos odontológicos básicos individuais* realizados em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$$

*Procedimentos odontológicos básicos que compõem o Grupo 3, à exceção dos procedimentos coletivos e da primeira consulta odontológica programática, mais os procedimentos do Grupo 10 que a partir da NOAS/01 passaram a compor o elenco de procedimentos básicos individuais (10.041.01-0 – necropulpectomia de dente decíduo/permanente; 10.051.15-5 – glossorafia e 10.051.36-8 – ulectomia).

Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais: consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS.

Possibilita avaliar o acesso da população ao atendimento odontológico especializado.

Método de Cálculo:

$$\text{Proporção de procedimentos odontológicos especializados = em relação às ações odontológicas individuais} = \frac{\text{Número de procedimentos odontológicos individuais especializados* realizados em determinado local e período}}{\text{Número total de procedimentos odontológicos individuais** realizados em determinado local e período}} \times 100$$

* Códigos do SIA-SUS: procedimentos odontológicos especializados que compõem o Grupo 10.

** Todos os códigos do SIA-SUS que compõem o elenco de procedimentos odontológicos individuais do Grupo 03 e o Grupo 10.

Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais: proporção, em percentual, das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia. Avalia a necessidade de ampliação das ações preventivas coletivas e individuais de caráter conservador.

Método de Cálculo:

$$\text{Proporção de exodontias em relação às ações = odontológicas básicas individuais} = \frac{\text{Número total de exodontias de dentes permanentes* realizadas em determinado local e período}}{\text{Total de ações básicas individuais em odontologia** realizadas em determinado local e período}}$$

* Código SIA-SUS: 03.041.02-6

** Códigos do SIA-SUS: somatório de todos os procedimentos básicos que compõem o Grupo 03.

Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de zero a 14 anos: indica a relação entre os procedimentos odontológicos coletivos realizados e a população de zero a 14 anos de idade. Apesar de ter como numerador um procedimento do SIA-SUS, o indicador reflete a população de um determinado local que está sendo beneficiada pelas ações de promoção e prevenção da saúde bucal.

Método de Cálculo:

$$\text{Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e população de 0 a 14 anos} = \frac{\text{Média anual da população coberta por procedimentos odontológicos coletivos* em determinado local}}{\text{População de 0 a 14 anos de idade, no mesmo local e período}}$$

*Código SIA-SUS: 03.011.01-1

É oportuno ressaltar que os resultados obtidos foram comparados com as metas estimadas para o Programa de Atenção à Saúde Bucal da SES-DF, durante o período analisado.

4.2.4 Gastos com atendimento odontológico no Distrito Federal

Os recursos investidos no atendimento odontológico no Distrito Federal foram obtidos a partir do SIA-SUS e de informações disponibilizadas no sítio da Secretaria de Estado de Planejamento, Coordenação e Parcerias (<http://www.seplan.df.gov.br>) e do Tribunal de Contas do Distrito Federal (www.tc.df.gov.br) acerca dos Planos Plurianuais de 2001 a 2007.

4.3. ÁREA DE ESTUDO

O Distrito Federal (DF), sede do governo brasileiro instalado no Planalto Central em 1960, possui uma população de aproximadamente 2.383.400 habitantes. Seu território, com 5.783 km² de extensão, faz limites com municípios dos Estados de Goiás e Minas Gerais. A região abriga a população do Entorno que chega a 974.873 habitantes e possui 22 municípios dos estados de Goiás e Minas Gerais (DISTRITO FEDERAL, 2003).

Administrativamente, o território do DF encontra-se dividido em 29 regiões administrativas, sendo elas: Brasília; Gama; Taguatinga; Águas Claras; Brazlândia; Sobradinho; Sobradinho II; Planaltina; Paranoá; Itapuã; Núcleo Bandeirante; Park Way; Ceilândia; Guará; Cruzeiro; Sudoeste/Octogonal; Samambaia; Santa Maria; São Sebastião; Recanto das Emas; Lago Sul; Riacho Fundo; Riacho Fundo II; Lago Norte; Candangolândia; Varjão; Setor de Indústria e Abastecimento; Setor Complementar de Indústria e

Abastecimento (Estrutural) e Jardim Botânico. As Regiões Administrativas apresentam diferenciações socioeconômicas entre si, com impacto nos dados do Índice de Desenvolvimento Humano, diferenças essas evidenciadas, particularmente, pela renda domiciliar (DISTRITO FEDERAL, 2006b).

O sistema de saúde local está dividido em 15 Diretorias Regionais distribuídas em sete Regiões de Saúde, com as seguintes atribuições: planejar ações de saúde a partir das necessidades sócio-sanitárias da população, garantindo o controle social; fomentar e coordenar as ações de saúde das unidades executivas e programas existentes na sua área de abrangência, incluídas as de referência e de contra-referência; articular as políticas e os recursos intra-setoriais e intersetoriais; coordenar a execução de políticas de recursos humanos, recursos materiais e recursos econômico-financeiros das unidades de saúde na sua área de abrangência (DISTRITO FEDERAL, 2003).

Atualmente, a rede de serviços de saúde do DF conta com 61 Centros de Saúde; 03 Unidades Mistas (São Sebastião, Asa Sul e Taguatinga); 08 Postos de Saúde Urbanos; 23 Postos de Saúde Rurais; 11 Hospitais Regionais; o Hospital de Base; o Hospital Universitário de Brasília, assim como, 03 Hospitais Especializados (Hospital de Apoio, São Vicente de Paulo e Instituto de Saúde Mental), o Hospital SARAH, além de várias unidades contratadas (DISTRITO FEDERAL, 2003).

Para dar suporte às atividades dessas unidades assistenciais, o sistema de saúde da Capital brasileira conta ainda com uma Central de Radiologia; 02 Laboratórios Regionais; o Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica; a Fundação Hemocentro de Brasília; o Laboratório Central de Saúde Pública; 21 Núcleos de Saúde; 134 equipes do Programa Saúde da Família; 64 equipes do Programa Saúde Bucal; a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde; e a Diretoria de Saúde do Trabalhador - DISAT (DISTRITO FEDERAL, 2003).

O atendimento odontológico é realizado nos Hospitais Regionais, Centros de Saúde, Hospital de Apoio, Hospital de Base, Unidades Mistas de São Sebastião, da Asa Sul e de Taguatinga, DISAT e Centros de Especialidades Odontológicas, que vêm sendo implantados desde 2005, com equipes de saúde da família e da Secretaria de Saúde do DF. Essas unidades

são responsáveis não somente pelo atendimento da população residente no DF, mas também de grande parte da população da Região do Entorno.

4.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente proposta teve como fio condutor a descrição e a avaliação da atenção odontológica prestada pelo Programa de Atenção à Saúde Bucal do Distrito Federal no período de 2000 a 2006, segundo a orientação da promoção da saúde. Seu desenvolvimento deu-se a partir da análise de documentos técnicos e da consulta a bancos de dados de livre acesso ao público, sem a necessidade, portanto, da elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a sua execução, foram respeitadas as determinações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

5. RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

O estudo apresentou limitações, em virtude das informações disponibilizadas sobre os serviços de saúde bucal no DF não permitirem um maior detalhamento das atividades realizadas e, especialmente, dos recursos investidos.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: na primeira, procedeu-se à análise documental das propostas apresentadas para a saúde bucal nos planos estaduais de saúde do DF. Na segunda etapa, por sua vez, foram analisados os procedimentos odontológicos oferecidos na rede pública da SES-DF e os custos desses procedimentos para o setor saúde. Em ambas as etapas o foco da abordagem foi a promoção da saúde.

5.1 ANÁLISE DOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Durante o período de 2000 a 2006, objeto de análise deste estudo, foram estabelecidos dois planos estaduais de saúde: o primeiro apresentou as diretrizes políticas propostas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal para o intervalo de 2001 a 2003, enquanto o segundo trata das prioridades de saúde para o período de 2004 a 2007.

Os planos estaduais de saúde não só constituem exigências formais como dispositivos legais – tais como a Lei n.º. 8.080/90, a n.º. 8.142/90 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e de 2002 – mas também são considerados *instrumentos fundamentais na construção do Sistema Único de Saúde no processo de descentralização e organização dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica* (DISTRITO FEDERAL, 2003, p. 2).

Ao longo do processo de análise dos referidos documentos, observou-se que a promoção da saúde e o conceito amplo de saúde, embora não tenham sido explorados em profundidade, não só influenciaram, mas também nortearam as discussões que antecederam a sua elaboração. Essa afirmação pôde ser percebida em referências como as seguintes:

O grande desafio está na busca de ações e soluções que nos levem a uma nova situação, onde se alcance melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde, proporcionando apoio ao desenvolvimento econômico-social da população (DISTRITO FEDERAL, 2001, p. 6).

Saúde é o resultado da articulação de diferentes setores, àqueles envolvidos na área social. O incremento das políticas de saúde busca melhorar o padrão dos serviços prestados ao cidadão (DISTRITO FEDERAL, 2003, p. 2).

A saúde, conforme atestam esses documentos, é concebida como um processo dinâmico e dependente da articulação de múltiplos setores e fatores não devendo, portanto,

ser dissociado do contexto social no qual se insere. Quanto à dimensão da promoção, os textos analisados reconhecem a saúde como um objetivo de vida, pré-requisito indispensável para o desenvolvimento socioeconômico da população e resultado de uma articulação intersetorial, especialmente, com os da área social. Além disso, os documentos legais preconizam a elaboração de políticas públicas de saúde como forma de melhorar os serviços oferecidos à comunidade local.

Os fundamentos e princípios propostos na política de saúde do DF, no período analisado, refletem a influência do ideário da promoção da saúde orientados pela Carta de Ottawa e reafirmados nas Conferências Internacionais e Regionais subseqüentes, em especial, a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de habilidades individuais, a participação comunitária, assim como a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Considerando o período de 2001 a 2003, foram estabelecidas como prioridades: a redução da mortalidade materna e perinatal; a implementação do Programa Saúde da Família; o fortalecimento das ações de vigilância sanitária, de controle de zoonoses e de vigilância epidemiológica; a recuperação e manutenção física da rede pública; a ampliação da rede de insumos específicos; o cadastramento dos usuários do SUS; o recadastramento das Unidades de Saúde; a implementação da faculdade de medicina; e o reordenamento do modelo de assistência. Em relação às prioridades propostas nos planos de saúde realizadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, não foi dado destaque para as ações de saúde bucal (DISTRITO FEDERAL, 2001).

Dentre as ações definidas como prioritárias no Plano Estadual de 2004 a 2007, destacam-se a construção de novas unidades de atendimento; a ampliação das equipes de saúde da família e do número de agentes comunitários de saúde; a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde; assim como a qualificação e o aperfeiçoamento dos servidores da rede de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2003).

Observados a partir de uma perspectiva mais geral, os planos de saúde apresentaram uma situação contraditória. Apesar de apresentarem em suas concepções um entendimento de promoção à saúde, compreendendo que as ações nesse campo devem decorrer de intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e pela participação social, as estratégias de promoção particularmente no âmbito da saúde bucal foram limitadas. De fato, dentre as prioridades estipuladas em ambos os documentos foram reduzidas as propostas para atuar no sentido mais abrangente de promoção. As ações preconizadas estão mais direcionadas para uma

reorientação e para a ampliação do setor saúde, voltadas à prevenção de doenças e à capacitação de profissionais da rede, expressando, portanto, uma concepção mais restrita da promoção da saúde.

O programa de odontologia proposto no plano estadual para a saúde bucal, para o período de 2001 a 2003 tem como objetivo geral a redução dos índices de cárie dental e de doença periodontal. No entanto, o documento não apresenta um planejamento centrado em metas quantitativas, bem como não define as estratégias e os recursos a serem empregados para a redução desses indicadores, o que inviabiliza o estabelecimento de critérios objetivos para a análise, o monitoramento e a avaliação posterior dos dados.

O Plano Estadual de Saúde de 2004 a 2007 apresentou propostas mais abrangentes para a saúde bucal. O referido Plano não só manteve o objetivo de reduzir os índices epidemiológicos dos principais problemas bucais que atingem a população, mas também acrescentou a redução da relação entre procedimentos restauradores e mutiladores e o aumento da cobertura de procedimentos odontológicos individuais. Vale ressaltar que a determinação de novas metas para o programa pode ser atribuída à apresentação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004. Observou-se, ainda, a mesma dificuldade na definição de estratégias e de indicadores de monitoramento e avaliação para o cumprimento das metas previstas na proposta do plano.

O Quadro 1 apresenta um resumo das propostas apresentadas nos planos de saúde para o Programa de Atenção à Saúde Bucal no período de 2001 a 2007, agrupadas nas categorias promoção da saúde, prevenção e assistência curativa pré-estabelecidas durante o processo da análise documental.

Quadro 1 – Resumo das metas apresentadas para o Programa de Atenção à Saúde Bucal nos Planos Estaduais de Saúde de 2001 a 2003 e de 2004 a 2007. Distrito Federal, 2007.

Categoria	Propostas apresentadas nos Planos de Saúde do Distrito Federal
Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação das ações do Programa Cárie Zero em todas as Regionais de Saúde do DF • Implementação dos procedimentos coletivos em odontologia
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos índices de cárie dental e doença periodontal
Assistência Curativa	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da relação entre medidas conservadoras e radicais • Aumento da cobertura de procedimentos odontológicos individuais • Implementação das ações de saúde do escolar em todas as Regionais de Saúde do DF • Ampliação das atividades das clínicas de especialidades para escolares e adultos em todas as Regionais de Saúde do DF • Ampliação das atividades do atendimento aos pacientes especiais em todas as Regionais do DF

Fonte: Planos Estaduais de Saúde - SES/DF.

A análise das propostas estabelecidas nos Planos de Saúde para o programa de saúde bucal do DF revelou que grande parte dos serviços públicos odontológicos prestados/previstos no período analisado limitou-se à assistência curativa. Em sua quase totalidade, as atividades envolveram a ampliação da cobertura de atendimento de procedimentos básicos e especializados destinados a grupos específicos como escolares ou a pacientes especiais.

Observou-se, ainda, que outra proposta apresentada no âmbito da assistência previa o direcionamento para a redução da relação entre medidas conservadoras e radicais, ou seja, entre um tratamento conservador e um mutilador, encontrando-se em consonância com as propostas estabelecidas para a Saúde Bucal no Brasil na Política Nacional.

A constatação de que a maioria das propostas apresentadas para a atenção em saúde bucal no DF insere-se no contexto da assistência curativa pode ser considerada um reflexo da realidade desses serviços no País. A análise do processo de institucionalização das políticas de saúde bucal no Brasil mostra que, na prática, essa área é sempre colocada em segundo plano, com pouca ou nenhuma visibilidade no planejamento governamental. Inicialmente considerada como um serviço complementar na medicina previdenciária, a saúde bucal aparece no cenário dos serviços públicos nacionais como uma iniciativa destinada a grupos populacionais específicos, tais como os escolares.

Essa realidade está retratada no texto da Política Nacional de Saúde Bucal (2004):

A prestação de serviços de saúde no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativas e mutiladoras, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (COSTA, CHAGAS e SILVESTRE, 2006, p. 41).

Diante desse modelo fundamentalmente individualista e excludente, torna-se evidente que, ao lado de ações de prevenção e promoção da saúde, há necessidade de investimentos substanciais em propostas de ampliação do acesso e da cobertura de procedimentos curativos que visem a restabelecer a função e a saúde oral dos indivíduos já acometidos por doenças bucais.

Essa dimensão mais ampla é explicitada nas diretrizes nacionais que definem as atribuições para o setor, segundo as quais “a Política Nacional de Saúde Bucal compreende 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” (COSTA, CHAGAS e SILVESTRE, 2006, p. 42).

Esse mesmo documento prevê a busca pelo acesso universal para a assistência e o atendimento a toda a demanda expressa ou reprimida, priorizando os casos de sofrimento, dor e infecção, sendo um dos princípios norteadores das ações a serem desenvolvidas na perspectiva do cuidado em saúde bucal. Ainda, segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, é preciso “organizar o processo de trabalho para garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, com o intuito de resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras seqüelas” (COSTA, CHAGAS e SILVESTRE, 2006, p.60).

A meta de “redução dos índices de cárie dental e de doença periodontal” foi incluída na categoria prevenção da saúde, tendo em vista que, segundo CZERESNIA (2003) as ações desenvolvidas nesse campo podem ser definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e a prevalência dessas doenças nas populações.

Para essa mesma autora, o conhecimento epidemiológico moderno é a base do discurso preventivo, tendo como objetivo o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos, por meio de mudanças de comportamento e cuidados primários em saúde.

A situação da saúde bucal é descrita em relatos como o que segue

As doenças cárie e periodontal continuam se constituindo em imensos problemas da Saúde Pública no mundo, sendo que a primeira ainda é, seguramente, uma das doenças infecciosas de que mais padecem as pessoas. E esta situação se materializa com dolorosa nitidez mesmo em países ricos, onde existem, surpreendentemente, expressivos contingentes de pessoas que carregam pesado acúmulo de doenças bucais. No nosso país, o quadro de doenças bucais ainda é preocupante, pois nossas crianças e adolescentes continuam ostentando elevados índices de cárie e doença periodontal. Muitos adultos e idosos, em consequência dos resultados avançados dessas patologias e dos desfavoráveis condicionantes sócio-econômicos-culturais ainda prevalentes, não conseguem manter mais do que alguns dentes na boca, o que faz com que a necessidade e o uso de extensas próteses e dentaduras seja quase inexorável na faixa etária próxima dos 60 anos (WEYNE, 2003, p.4).

A redução dos índices epidemiológicos desses agravos envolve um conjunto de atividades preventivas, como visitas regulares ao dentista, profilaxia, aplicação de flúor e selantes, além de orientações sobre higiene e alimentação.

Mesmo em se tratando de um contexto desfavorável, é oportuno assinalar uma sensível mudança no paradigma das práticas, quer específicas de saúde bucal, quer no que diz respeito à saúde em geral. A forma de tratamento centrada na doença, hegemônica até muito recentemente, está gradualmente cedendo espaço para um outro tipo de atenção, com

fundamento na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Em países que ainda apresentam alta prevalência de doenças bucais – como é o caso do Brasil – é evidente que o incentivo às atividades de prevenção desses agravos e à promoção da saúde da população deve vir acompanhado de estratégias de ampliação da cobertura e da oferta de procedimentos na assistência curativa a fim de favorecer a integralidade do cuidado na saúde bucal.

Vale ressaltar, como marco na conformação desse novo paradigma, a realização da 1.^a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (1978), que apresentou a proposta de Saúde para todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde (BRASIL, 2002).

A Declaração de Alma-Ata reconheceu a saúde como um direito humano fundamental, a ser assegurado pela ação integrada do setor saúde com outros setores sociais e econômicos. Reafirmou, ainda, a promoção e a proteção da saúde como essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, de vez que contribuem efetivamente para a qualidade de vida e a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de estratégias para seus cuidados de saúde (BRASIL, 2002).

A conferência de Alma-Ata recomendou a adoção de oito pressupostos essenciais para os cuidados primários de saúde: educação dirigida aos problemas de saúde mais prevalentes; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil e planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado para doenças comuns e acidentes, além da distribuição de medicamentos básicos (BRASIL, 2002).

Outra contribuição relevante dessa conferência foi o destaque dado à necessidade de que todos os governos, em cooperação e espírito de comunidade, assegurassem os cuidados primários à totalidade da sociedade, uma vez que a saúde da população de um país interessa e beneficia os demais, pois a saúde global depende diretamente da saúde de todos os habitantes do planeta.

A realização da Conferência de Alma-Ata foi relevante, não somente para a atenção primária em saúde e para o modelo preventivo, mas também para o delineamento de um novo conceito de Promoção da Saúde, formalizado na I Conferência Internacional sobre Promoção

da Saúde (1986). Essa última teve como principal produto a Carta de Ottawa, que se tornou, desde então, um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo (BRASIL, 2002).

Segundo BUSS (2003), o conceito de promoção da saúde, ao longo do tempo, teve uma evolução bastante acentuada, passando do nível restrito da prevenção a um enfoque político e técnico do processo saúde-doença-cuidado, até ser definida na Carta de Ottawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2002, p.20).

Para alcançar o objetivo da melhoria da qualidade de vida e saúde, o documento propôs cinco áreas centrais de ação: a construção de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o desenvolvimento de habilidades individuais; o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. As estratégias estabelecidas em Ottawa foram reafirmadas nas conferências internacionais e regionais realizadas nos anos subsequentes.

Segundo GUTIERREZ et al. (1997), ao assumir o conceito multidimensional de saúde, o enfoque da promoção torna-se mais amplo e abrangente do que o da prevenção, como acontecia anteriormente. Ao identificar e enfrentar os determinantes do processo de adoecimento, essa abordagem da promoção busca transformá-los, redirecionando-os em favor da saúde.

A organização da atenção, das ações e dos serviços, conforme estabelece a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), deve ser estruturada de maneira a atuar diretamente sobre os efeitos do adoecer por meio da formulação de propostas que incidam sobre as condições de vida da população, situadas além do sistema de saúde, e que sejam capazes de favorecer a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades.

Na citação a seguir, são identifica algumas dessas propostas que foram recomendadas na Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004, p.08).

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a

disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. A busca da autonomia dos cidadãos é outro requisito das ações de promoção de saúde. A equipe de saúde deve fazer um esforço simultâneo para aumentar a autonomia e estimular práticas de autocuidado por pacientes, famílias e comunidades. Também é recomendável trabalhar numa linha de combate a automedicação, medicalização, e dependência excessiva dos profissionais ou serviços de saúde.

Com base nas concepções de promoção apresentadas e nas propostas estabelecidas na Política Nacional de Saúde Bucal, as estratégias de “implementação das ações do Programa Cárie Zero” e de “implementação de procedimentos coletivos em odontologia” foram inseridas na categoria promoção da saúde, por envolverem atividades de educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor.

O Programa Cárie Zero vem sendo desenvolvido a partir da necessidade de reorientação do modelo de atenção em saúde bucal prestado pelo Distrito Federal. Nesse modelo, caracterizado por refletir uma realidade em que existia “uma priorização da doença, as ações odontológicas têm sido predominantemente curativas e os serviços de saúde não conseguem suprir as necessidades de tratamento”. Para reorientar o modelo prioritariamente curativo o Programa surgiu com uma proposta de atividades de educação em saúde dirigida aos pais e responsáveis pelas crianças atendidas, de controle de placa bacteriana, de controle de dieta e de fluoroterapia, sendo até hoje implementado na rede de serviços odontológicos da SES – DF (DISTRITO FEDERAL, 1993, p.1).

Os procedimentos coletivos, entendidos como um conjunto de ações a serem desenvolvidas com todos os membros de grupos populacionais previamente definidos, foram estabelecidos na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS em 1992, o que representou sensível avanço para a saúde bucal, até então de caráter individualista, como mostra a literatura pertinente.

No atendimento às crianças e adolescentes, o critério para conceder “alta” era o término de todo o tratamento restaurador, como se as restaurações tivessem a capacidade miraculosa de controlar, por elas próprias, as condições intra e extrabucais que modulam a atividade da doença cárie. Para os adultos, a situação era usualmente pior, pois, em um expressivo número de serviços, as extrações em massa se constituíam na única forma de atendimento disponível. Ainda mais grave e chocante era a constatação de que as extrações incluíam-se entre os procedimentos melhor remunerados pelo Sistema Único de Saúde até o início de 1992 (WEYNE, 2003, p. 13).

Observa-se, portanto, uma valorização dos eventos clínicos relacionados com a prevenção de doenças e a promoção de saúde, bem como a elevação dos níveis de

remuneração dos tratamentos conservativos, incluindo-se nesse elenco os endodônticos e os cirúrgicos. As extrações deixaram de figurar entre os atos clínicos mais bem remunerados, tendo sido autorizado o fornecimento de escovas de dente e dentifrícios com flúor para aqueles grupos que estivessem em atendimento regular nos programas públicos de saúde bucal (WEYNE, 2003).

O significado educativo do Programa é lembrado por JÚNIOR e SOUZA (2004, p.69):

Os procedimentos coletivos incorporam o conceito de promoção da saúde, através de ações de cunho educativo-preventivo, direcionadas ao universo da população residente na área de influência do serviço. Com as ações educativas, espera-se alcançar gradativa mudança de hábitos através da incorporação de práticas saudáveis. As ações educativas buscam colocar à disposição das clientelas, técnicas adequadas de autoproteção à saúde bucal. Assim, mais do que ensinar medidas de higiene bucal, trata-se de orientar sobre alimentos cariogênicos, informar sobre outros fatores de risco relacionados às doenças bucais e sobre a utilização do flúor.

Os procedimentos coletivos em odontologia, educação em saúde bucal, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de flúor encontram-se assim descritos na Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004, p.09 e 10):

A educação em saúde bucal deve compreender ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilidade do usuário mudar hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia. A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas, mas realizá-la adequadamente requer aprendizado. Uma das possibilidades para esse aprendizado é o desenvolvimento de atividades de higiene bucal supervisionada pelos serviços de saúde nos mais diferentes espaços sociais. A aplicação tópica de flúor visa ao controle da cárie pela utilização de produtos fluorados em ações coletivas. Para instituir essa atividade, recomenda-se levar em consideração a situação de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada.

É importante ressaltar que as propostas apresentadas nos planos estaduais de saúde do Distrito Federal no período não contemplam o compromisso com o conceito ampliado de promoção. Nos documentos analisados, não constam propostas diretamente vinculadas à execução de políticas públicas saudáveis.

É oportuno lembrar que a elaboração e implementação de políticas públicas foi uma das estratégias estabelecidas na Carta de Ottawa. Com propósito idêntico, a Conferência de Adelaide (1988), identificou quatro áreas prioritárias para a promoção de ações em políticas públicas, a saber: o apoio à saúde da mulher, a alimentação e nutrição, o tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis.

Segundo BUSS (2003), as decisões, em qualquer campo das políticas públicas e em todos os níveis de governo, têm influências favoráveis ou desfavoráveis sobre a saúde da população. A promoção da saúde propugna a formulação e a implementação de políticas públicas saudáveis, o que implica a prioridade a ser conferida a essa área pelos políticos e

dirigentes de todos os setores e em todos os níveis e a conseqüente responsabilidade pelas ações exercidas sobre a saúde da população.

Para a promoção da saúde bucal, faz-se necessária a implementação de políticas públicas de fluoretação das águas de abastecimento, de alimentação saudável com vistas a reduzir o consumo de açúcares, bem como de eliminação do tabagismo. Por isso mesmo, é importante o investimento na formação de parcerias inter-setoriais, ou seja, de cooperação entre o setor saúde e demais áreas que possam contribuir para o alcance dos objetivos da promoção, tais como a de saneamento, de educação, de comércio e da indústria.

O programa de saúde bucal do DF tem limitações no que tange à incorporação em seu planejamento da questão da fluoretação das águas de abastecimento de sua região de abrangência ou de propostas para sua ampliação e melhoria. Da mesma forma, não são mencionadas estratégias para a promoção de uma alimentação saudável e para a redução do consumo de açúcares. Também não são previstos mecanismos para o controle da propaganda e venda de produtos com alto teor de açúcar, principalmente nas escolas, para a promoção de uma merenda escolar mais saudável, bem como para a colocação de avisos sobre higiene bucal e cárie dentária nos produtos de maior risco. A programação deveria incluir também estratégias para a eliminação do tabagismo – um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca – como campanhas educativas e propostas para o aumento de impostos e taxas sobre o cigarro.

No que se refere à saúde bucal, a análise dos planos estaduais de saúde do DF não detectou a existência de propostas concretas para a reorientação do sistema de saúde, essencialmente voltado para a assistência curativa. Tampouco constam da programação oficial propostas ou estratégias de capacitação de recursos humanos para atuar nesse novo modelo de atenção, embora constituam ações claramente explicitadas na Carta de Ottawa (1986):

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, bem como mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. (BRASIL, 2002, p. 24).

A análise dos planos estaduais de saúde bucal do Distrito Federal entre 2000 a 2006 será complementada com o perfil de atendimento odontológico por procedimentos e recursos investidos junto ao Sistema Único de Saúde, segundo a proposta prevista para o desenvolvimento das ações de saúde bucal nos serviços de saúde do DF.

5.2 ANÁLISE DA PRODUÇÃO ODONTOLÓGICA DO DISTRITO FEDERAL

5.2.1 Perfil do atendimento odontológico da rede de saúde do DF

5.2.1.1 Serviços odontológicos realizados

Durante o período de 2000 a 2006, a rede de saúde do DF registrou 1.871.569 atendimentos odontológicos, dos quais, conforme mostra o Gráfico 1, 62,0% ocorreram nos Centros e Postos de Saúde, ou seja, estavam diretamente ligados à atenção básica. Cerca de 33,0% foram realizados nos hospitais e Unidade Mista de São Sebastião, bem como, 5,0% da atenção foi prestada pelo DISAT e nas Unidades Mistas da Asa Sul e de Taguatinga.

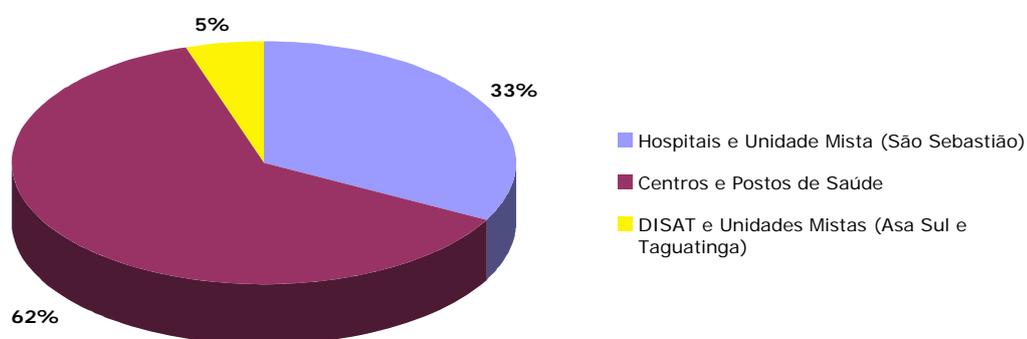


Gráfico 1 – Distribuição do número de atendimentos odontológicos realizados segundo unidade de saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES/DF.

Quanto à natureza do atendimento, os serviços de saúde bucal no Distrito Federal concentraram-se 90,0% da atenção, cerca de 1.679.381 atendimentos, na área ambulatorial, conforme mostra o Gráfico 2. Desse total, 67,0 % foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde, 27,0 % ocorreram nos hospitais e Unidade Mista de São Sebastião e 6,0 % foram prestados pelo DISAT e Unidades Mistas da Asa Sul e de Taguatinga.

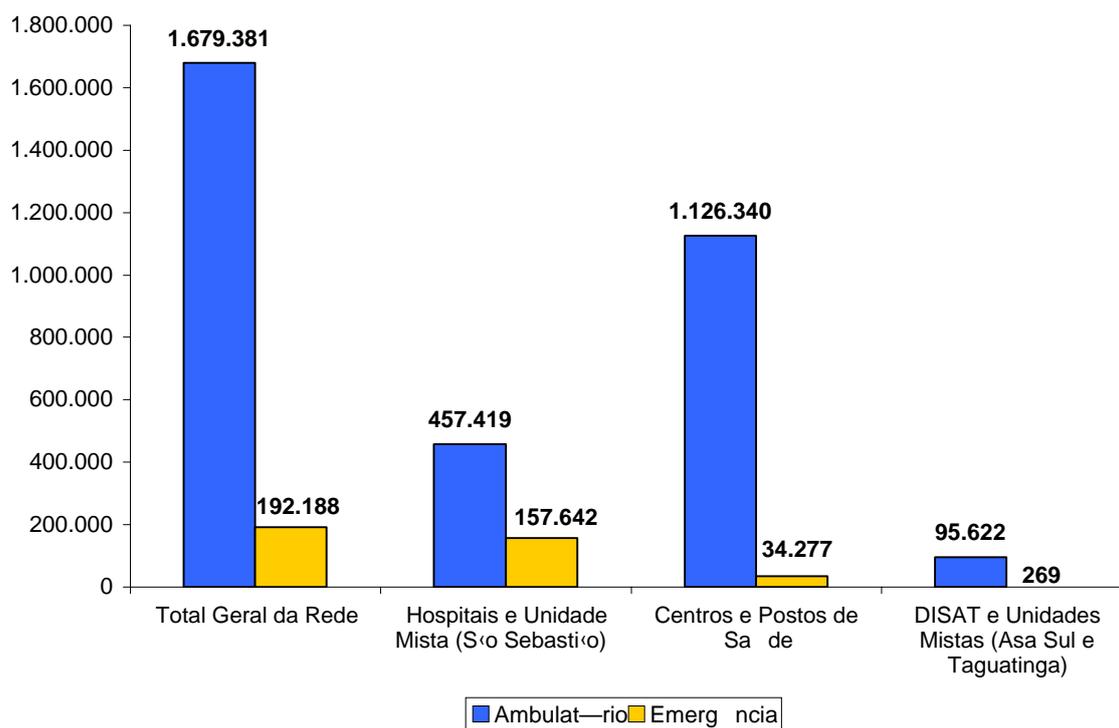


Gráfico 2 – Distribuição do número de atendimentos odontológicos realizados segundo a natureza do atendimento. Distrito Federal, 2000 – 2006.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES/DF.

Em relação ao serviço de emergência em saúde bucal, foram registrados 192.188 casos de atendimento nos hospitais e Unidade Mista de São Sebastião, totalizando 82,0% dos procedimentos, conforme mostra o Gráfico 2. Os demais serviços prestados estão distribuídos da seguinte forma: 17,9% pelos Centros e Postos de Saúde e 0,1% pelo DISAT e Unidades Mistas da Asa Sul e de Taguatinga. Segundo a Política de Saúde Bucal do DF são consideradas urgências os casos de odontalgia aguda, hemorragia, abscessos, alveolites e traumatismos (DISTRITO FEDERAL, 2005).

É oportuno esclarecer que, dentre as propostas de ampliação e qualificação da assistência apresentadas na Política Nacional de Saúde Bucal (2004) para a reorganização do modelo de atenção e ampliação da atenção básica, está a de ampliar e garantir o atendimento de urgência nas unidades básicas de saúde, assegurando cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde como hospitais e pronto-socorros e garantindo a continuidade ao tratamento dos pacientes assistidos (BRASIL, 2004a). Embora ainda não seja possível mensurar resultados concretos, espera-se que a garantia de cuidados complementares e de continuidade do tratamento nos próximos anos possam acarretar uma inversão da distribuição encontrada.

Quanto à previsão de atendimentos odontológicos para o período verificou-se uma média anual equivalente a 405.000 atendimentos para uma meta de aproximadamente 2.280.000 de atendimentos, o que equivale a um volume total das atividades executadas pelo programa de saúde bucal de 73,0% da meta esperada, com uma média de 267.400 atendimentos/ano.

5.2.1.2 Cobertura dos serviços de atenção à saúde bucal no DF

Em relação à cobertura dos serviços de saúde bucal no ano considerado, observa-se que houve pouca variação no total de atendimentos odontológicos realizados no período de abrangência deste estudo, conforme mostra o Gráfico 3. A ausência de oscilação denota que não houve ampliação da população-alvo na atenção à saúde bucal no DF. De fato, A média de pessoas atendidas no DF no período ficou em torno de 2.231.325 de habitantes, mantendo-se o atendimento em 0,1 hab/ano, valor abaixo do recomendado pela Portaria nº 1.101/GM/MS de 12/06/2002, que estabelece em 0,5 a 2 atendimento/hab/ano o parâmetro de cobertura assistencial para o atendimento odontológico no SUS.

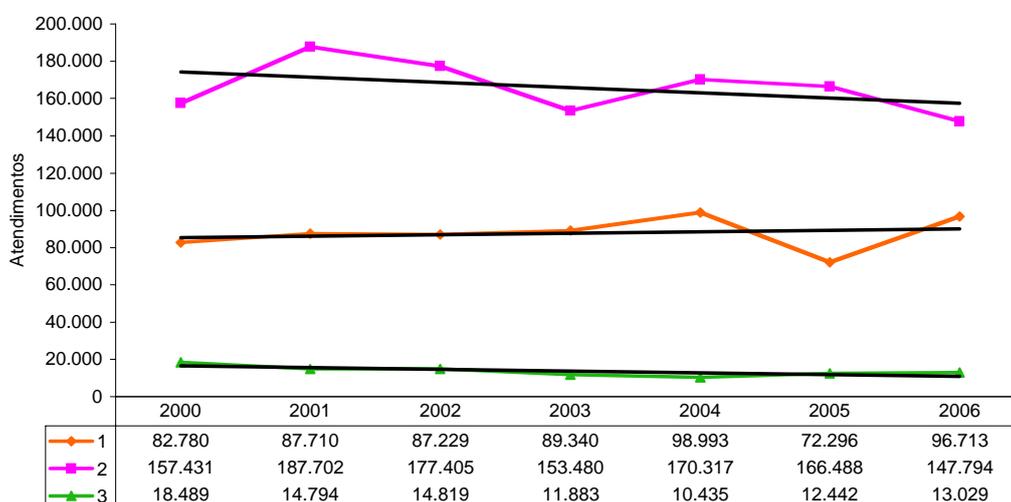


Gráfico 3 – Distribuição do número de atendimentos odontológicos segundo Unidade de Saúde por ano. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Legenda: 1 - Hospitais e Unidade Mista de São Sebastião; 2 - Centros e Postos de Saúde; 3 - DISAT e Unidades Mistas da Asa Sul e Taguatinga.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES/DF.

A análise do Gráfico 3 evidencia uma tendência à estabilidade no número de atendimentos realizados pelo DISAT e Unidades Mistas da Asa Sul e de Taguatinga, apresentando uma discreta elevação da assistência prestada nos hospitais e Unidade Mista de São Sebastião. Em relação aos Centros e Postos de saúde, também se observa uma propensão à redução no volume de atendimentos realizados.

Essa realidade indica que, durante o período analisado, as metas físicas estabelecidas no planejamento das ações da saúde bucal e descritas nos planos estaduais não foram alcançadas. Na verdade, o aumento gradual do número de vagas disponíveis para a assistência odontológica, que passaria de 300 mil casos a serem assistidos no ano 2000 para 390 mil em 2003, caindo para 300 mil no período de 2004 a 2007, não se concretizou, mantendo-se a cobertura executada abaixo da meta estipulada em todos os anos.

A atenção à saúde bucal no DF também foi analisada considerando as Diretorias Regionais de Saúde – DRS. A Tabela registra o total médio de habitantes, bem como a média de atendimentos/ano realizados em cada regional de saúde. A partir desses dados procedeu-se ao cálculo da cobertura populacional por DRS, a qual é expressa no Gráfico 4.

Tabela 1 – Número de habitantes e média anual de atendimentos odontológicos realizados por Diretoria Regional de Saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Diretoria Regional de Saúde	População	Média de atendimentos
Brasília	326.808	40.441
Brazlândia	55.310	6.289
Ceilândia	346.867	27.344
Gama	135.662	31.490
Guará	122.675	19.022
Paranoá	59.504	7.211
Planaltina	170.375	15.419
Recanto das Emas	107.922	5.812
Samambaia	171.050	10.884
São Sebastião	80.342	7.467
Sobradinho	150.392	19.941
Taguatinga	253.600	46.049
Núcleo Bandeirante	104.186	8.591
Santa Maria	104.970	9.390

Fonte: Relatórios estatísticos da SES-DF; dados sobre a população das Regiões Administrativas da SEDUH (2000 a 2006).

Nota 1: A região de Brasília corresponde às áreas compreendidas nas Diretorias Regionais da Asa Norte (Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte e Varjão) e da Asa Sul (Asa Sul e Lago Sul). Esse agrupamento foi realizado em virtude da forma de apresentação dos dados populacionais obtidos na SEDUH.

Nota 2: A Diretoria Regional de Saúde do Núcleo Bandeirante engloba a população do Núcleo Bandeirante, da Candangolândia e do Riacho Fundo I e II.

O Gráfico 4 revela uma baixa cobertura de assistência odontológica em todas as regionais, sendo as do Gama, de Taguatinga e do Guará responsáveis pelos melhores índices, com 23,0%, 18,0% e 16,0% da população residente atendida, respectivamente. Dentre as demais regiões, o Recanto das Emas detém o menor índice, com apenas 5,0%, ficando pouco abaixo de Samambaia, com 6,0 %, e de/da Ceilândia e do Núcleo Bandeirante, ambos com 8,0% da população local coberta com serviços públicos de saúde bucal.

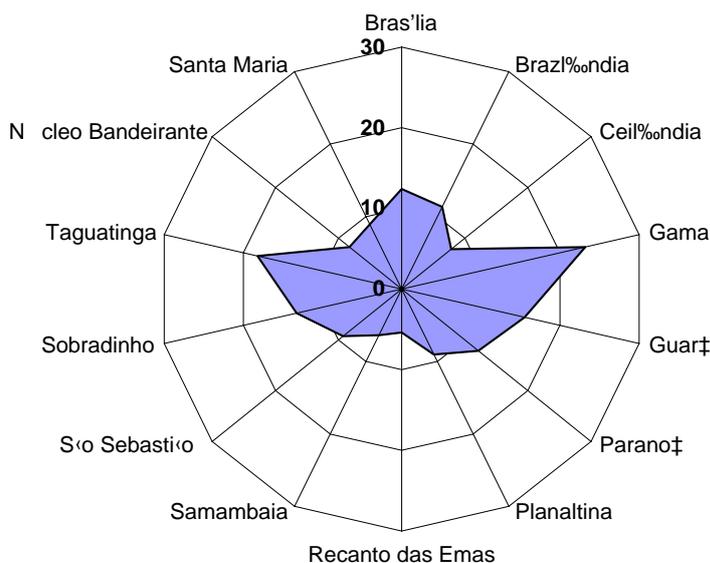


Gráfico 4 – Distribuição percentual da cobertura populacional segundo Diretoria Regional de Saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES-DF; dados sobre a população das Regiões Administrativas da SEDUH (2000 a 2006).

Nota 1: A região de Brasília corresponde às áreas compreendidas nas Diretorias Regionais da Asa Norte (Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte e Varjão) e da Asa Sul (Asa Sul e Lago Sul). Esse agrupamento foi realizado em virtude da forma de apresentação dos dados populacionais obtidos na SEDUH.

Nota 2: A Diretoria Regional de Saúde do Núcleo Bandeirante engloba a população do Núcleo Bandeirante, da Candangolândia e do Riacho Fundo I e II.

As DRS's de Planaltina, Santa Maria e São Sebastião registraram uma cobertura de 9,0% cada uma, enquanto a de Brasília a taxa de 11,0%. O Paranoá e a região de Brasília ocupam a mesma posição com 12,0% de cobertura de atendimentos, enquanto a área de Sobradinho atinge 13,0%.

5.2.1.3 Perfil do atendimento odontológico segundo grupo etário

Para a análise da cobertura por faixa etária, organizou-se o atendimento odontológico no DF de acordo com os seguintes grupos de idade: zero a 4 anos; 5 a 14 anos e 15 anos e mais, por ser essa a distribuição presente nos relatórios estatísticos da Secretaria de Saúde.

Vale ressaltar que a análise somente foi possível para os atendimentos ambulatoriais, tendo em vista que os dados referentes às urgências não adotam essa divisão.

O Gráfico 5 apresenta o percentual de atendimentos registrados segundo a faixa etária. Observou-se um maior número de atendimentos no grupo de 15 anos e mais com uma representação em termos relativos de 40,0% da assistência, ou seja, 671.752 atendimentos, em números absolutos, o que equivale a uma média de aproximadamente 95.000 atendimentos/ano. As faixas etárias de 5 a 14 anos e de zero a 4 anos foram alvo de 35,0% e 25,0% da assistência odontológica prestada no período, respectivamente. O número absoluto de atendimentos registrados para o grupo de 5 a 14 anos foi de 587.783 enquanto o grupo de zero a 4 anos teve um total de 419.846 atendimentos.

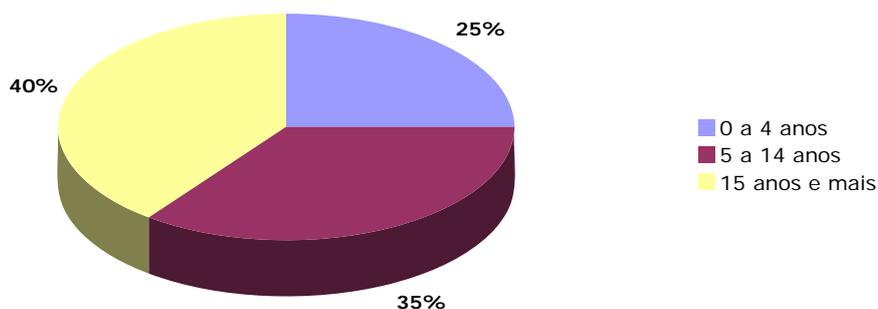


Gráfico 5 – Distribuição percentual dos atendimentos odontológicos ambulatoriais segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES-DF

Nota: Os dados referentes aos anos de 2001 e 2006 foram estipulados com base em relatórios preliminares.

Considerando as estimativas de atendimento apresentadas pelos planos estaduais de saúde, a previsão era de que 60,0% dos atendimentos fossem destinados à população de zero a 14 anos e 40,0% ao segmento populacional de 15 anos e mais. O Gráfico 5 revela que os percentuais constantes da programação foram mantidos durante o período em questão.

Quanto à distribuição de atendimento em termos relativos, o estudo mostrou que não houve preocupação em organizar a assistência de forma a privilegiar o grupo mais numeroso. Essa constatação é revelada na análise da cobertura de atendimento por grupo etário, cuja representação, em termos relativos, é apresentada no Gráfico 6.

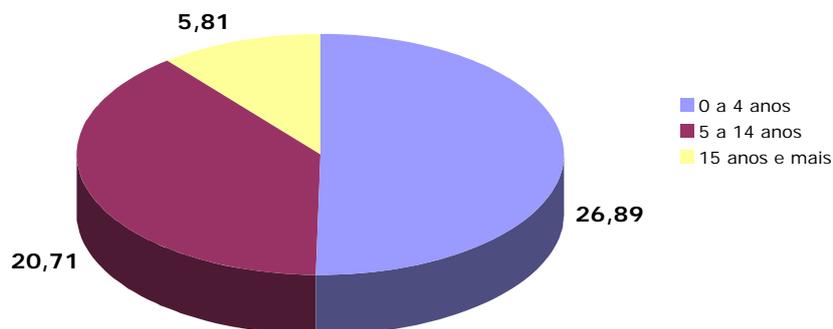


Gráfico 6 – Distribuição do percentual de cobertura do atendimento ambulatorial segundo a faixa etária. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES-DF

Nota: Os dados referentes aos anos de 2001 e 2006 foram estimados com base em relatórios preliminares.

O gráfico mostra que, apesar de contar com o maior número de atendimentos registrados, o grupo etário de 15 anos e mais foi o segmento menos coberto pelos serviços de atenção à saúde bucal no DF. De fato, no período analisado, a taxa de cobertura anual foi de apenas 5,81%, representando cerca de 0,06 atendimentos/hab/ano. A população de 5 a 14 anos apresentou uma taxa de cobertura de 20,71%, ou seja, 0,21 atendimentos/hab/ano.

Observa-se, ainda, que o grupo de zero a 4 anos apresenta a maior cobertura assistencial com cerca de 26,89%, atingindo 0,27 atendimentos/hab/ano. A realidade retratada, além de corroborar com a baixa cobertura da assistência odontológica observada no DF, atesta o declínio na cobertura assistencial com a elevação da faixa etária, o que pode representar uma exclusão gradual do acesso aos serviços odontológicos.

Os reduzidos índices de cobertura na assistência odontológica retratam a realidade de todo o país. Para reverter esse quadro, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe que a ampliação do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal seja feita pelo atendimento por linhas de cuidado e por condição de vida. A primeira forma de organização prevê o reconhecimento das especificidades em saúde bucal próprias de cada idade. Por essa razão, o atendimento deve ser organizado por grupo etário, segundo as faixas de zero a 5 anos, de 6 a 18 anos, adultos e idosos. O documento enfatiza a necessidade de organizar o fluxo de atendimento ao grupo de 6 a 18 anos, de forma a assegurar esse direito aos adolescentes. Recomenda, ainda, a organização do atendimento aos adultos e idosos, segundo as suas

necessidades de tratamento e em horários compatíveis com a realidade de cada grupo, de forma a facilitar o acesso desses indivíduos aos serviços de saúde (BRASIL, 2004a).

A proposta de organização por condição de vida prevê o atendimento odontológico com parte dos cuidados prestados em programas de atenção à saúde como os de saúde da mulher, de gestantes, do trabalhador, de hipertensos, de diabéticos, dentre outros, de maneira que todos tenham acesso a um atendimento integral e com capacidade resolutiva (BRASIL, 2004a).

Quanto ao perfil do atendimento realizado, na população de zero a 4 anos (Gráfico 7), verificou-se que os serviços oferecidos concentraram-se, em sua quase totalidade, nas Unidades Básicas de Saúde, alcançando cerca de 99,0%. Nessas mesmas unidades os índices são ainda bastante elevados na população de 5 a 14 anos, respondendo por aproximadamente 90,0% da assistência odontológica prestada, ou seja, em números absolutos, 530.000 atendimentos realizados nos sete anos analisados.

O atendimento no grupo de 15 anos e mais, por sua vez, é mais representativo quando realizado em unidades hospitalares, com cerca de 60,0% dos serviços executados. Esse dado merece destaque, uma vez que os procedimentos odontológicos realizados nessas unidades, segundo os relatórios estatísticos do DF, resumem-se basicamente a procedimentos cirúrgicos como exodontias de dentes permanentes, remoção de dentes inclusos e remoção de restos radiculares.

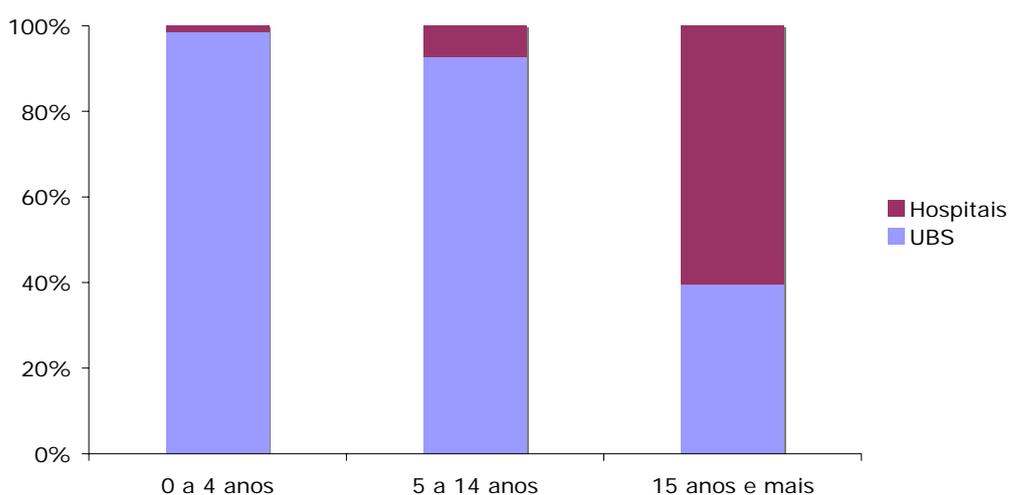


Gráfico 7 – Distribuição do perfil de atendimento ambulatorial por faixa etária segundo unidade de saúde. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios estatísticos da SES-DF.

A situação encontrada na população maior de 15 anos é um reflexo do processo de organização da saúde bucal no Distrito Federal e no Brasil. É sabido que, desde o início da institucionalização da saúde bucal no país, a demanda desse segmento populacional não foi considerada no planejamento. A prioridade para o atendimento odontológico no país sempre foi dada às crianças, especialmente às de idade escolar, embora possam ser contabilizadas algumas atividades destinadas a gestantes, adolescentes e adultos, no âmbito de programa de saúde específico como os destinados a diabéticos, a portadores de HIV e hipertensos. À população em geral eram e, ainda são, destinados os serviços de emergência e o limitado atendimento ambulatorial prestado nas unidades hospitalares.

Esse cenário representa um sério obstáculo à melhoria da qualidade de vida da população, quando se pretende a integralidade na atenção e, sobretudo, a promoção da saúde. Seria lícito esperar que a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, reforçada com a Política de Saúde Bucal do DF, funcionassem como instrumentos decisivos para a ampliação do acesso e da oferta de serviços odontológicos a toda a população. No entanto, os dados não indicam que as ações caminhem nesse sentido, de vez que retratam/sugerem limitações no atendimento.

A série de gráficos a seguir apresenta os serviços de atenção à saúde bucal realizados nas unidades básicas de saúde, referentes aos indicadores de cobertura populacional de primeira consulta odontológica e de relação entre medidas conservadoras e radicais (número de dentes restaurados/número de exodontias) segundo a faixa de idade dos indivíduos atendidos.

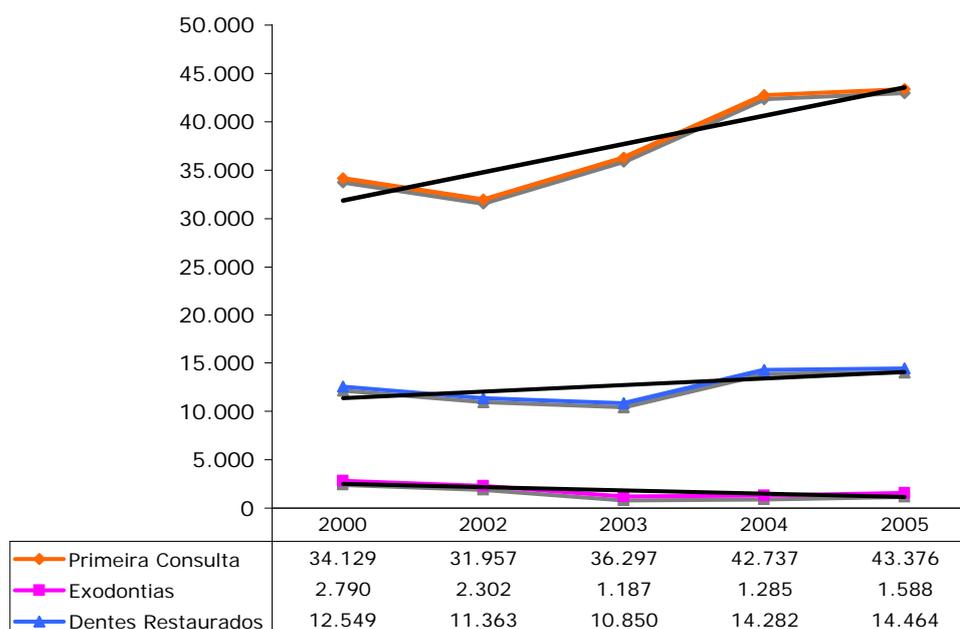


Gráfico 8 – Perfil de atendimento da população de 0 a 4 anos segundo os indicadores primeira consulta odontológica, dentes restaurados e exodontias. Distrito Federal, 2000, 2002 a 2005.

Fonte: Relatórios Estatísticos SES-DF

Nota: Dados referentes aos anos de 2001 e 2006 indisponíveis.

Na população de zero a 4 anos observa-se um elevado número de primeiras consultas, particularmente nos anos de 2004 e 2005 (Gráfico 8), com uma tendência de incremento nos últimos anos. Esses dados, embora ainda reflitam uma realidade aquém da ideal, confirmam a melhoria nos índices de acesso e cobertura de serviços odontológicos nesse grupo etário. Ainda é possível constatar um crescimento gradual no número de dentes restaurados – apesar da queda registrada em 2003 – acompanhado de uma tendência de manutenção no número de exodontias realizadas.

O aumento no total de primeiras consultas nesse mesmo grupo etário pode significar o cumprimento da meta de implementação das ações do Programa Cárie Zero em todas as regionais do Distrito Federal, prevista no plano estadual de saúde para o período de 2004 a 2007. No que diz respeito à relação entre as medidas conservadoras e radicais, calculada por meio da razão entre o número de dentes restaurados e o número de dentes extraídos, verifica-se que a meta de redução dessa taxa não foi alcançada, uma vez que os dados revelam um aumento de 4,5 dentes extraídos/restaurados em 2000 para 9,1 dentes extraídos/restaurados em 2005.

A tendência de elevação no total de dentes restaurados suscita o questionamento quanto à eficácia das ações desenvolvidas no Programa Cárie Zero, uma vez que o mesmo

prioriza ações preventivas e educacionais, envolvendo a participação dos pais e responsáveis pelas crianças. Sendo assim, era de se esperar que houvesse uma redução na incidência de cárie nessa população, acompanhada de uma conseqüente redução no total de restaurações.

Os dados apresentados no Gráfico 9 indicam uma tendência de aumento da totalidade de primeiras consultas na população de 5 a 14 anos, o que significa o cumprimento da meta de ampliar as ações de saúde bucal em escolares em todo o Distrito Federal. Em relação ao número de dentes restaurados e exodontias, esses procedimentos apresentaram uma tendência de aumento, embora não tão acentuada quanto a registrada no número de consultas. Observa-se, ainda, uma redução na relação entre a execução de medidas restauradoras e cirúrgicas, que alcançou 3,1 dentes extraídos/restaurados em 2000, taxa reduzida a 2,7 dentes extraídos/restaurados em 2005.

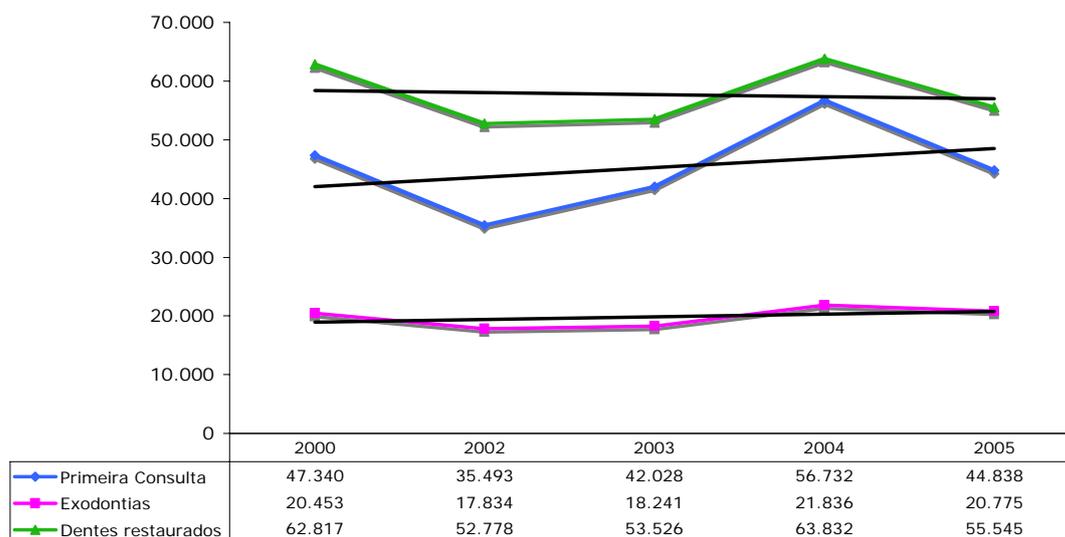


Gráfico 9 – Perfil de atendimento da população de 5 a 14 anos segundo os indicadores primeira consulta odontológica, dentes restaurados e exodontias. Distrito Federal, 2000 e 2002 a 2005.

Fonte: Relatórios Estatísticos SES-DF

Nota: Dados referentes aos anos de 2001 e 2006 indisponíveis.

A elevação na média de elementos dentais restaurados constitui um fato relevante, quando se consideram os valores registrados para a população de zero a 4 anos e de 5 a 14 anos. A taxa passou de 0,06 dentes restaurados/hab/ano no grupo de zero a 4 anos para 0,15 dentes restaurados/hab/ano na faixa etária seguinte, o que representa um aumento de mais de 100%. Esse aumento pode significar a ausência de transição gradual dos pacientes entre os programas por grupo etário e os programas de atenção subseqüentes, ou seja, nem todos os indivíduos que atingem a idade limite de atendimento no Programa Cárie Zero estão incluídos

em outro programa, o que os torna passíveis de vulnerabilidade a problemas bucais. Para que os resultados sejam duradouros e, de fato, representem um avanço, é necessário reforçar as ações de promoção e prevenção da saúde, realizadas em ambos os grupos, conforme as metas previstas nos planos de saúde.

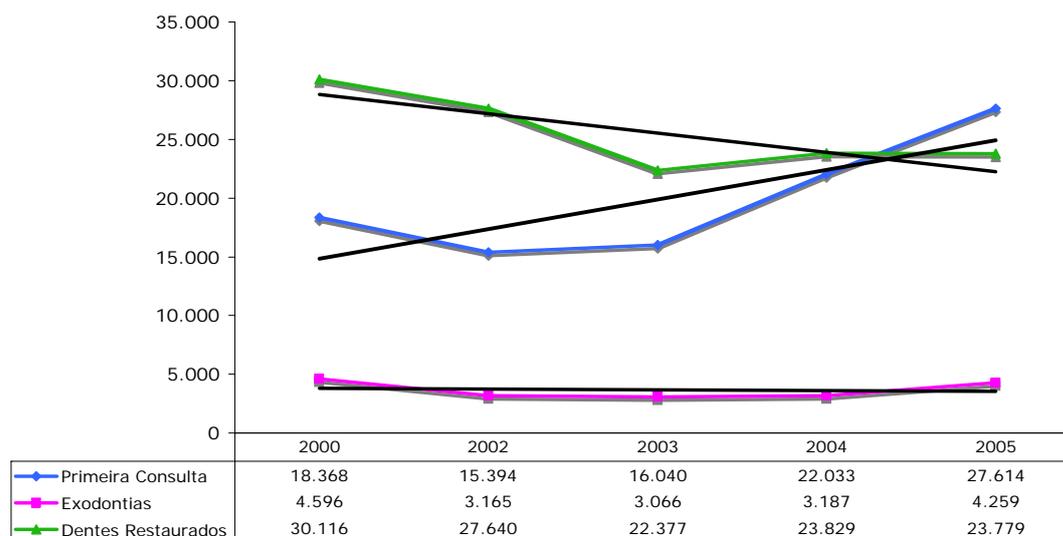


Gráfico 10 – Perfil de atendimento da população de 15 anos e mais segundo os indicadores primeira consulta odontológica, dentes restaurados e exodontias. Distrito Federal, 2000, 2002 a 2005.

Fonte: Relatórios Estatísticos SES-DF

Nota: Dados referentes aos anos de 2001 e 2006 estavam indisponíveis.

O Gráfico 10 mostra que o atendimento prestado à população de 15 anos e mais apresentou, durante o período analisado, um aumento de 50,0% no total de primeiras consultas, com 18.368 em 2000 e 27.615 no ano de 2005. Essa elevação indica uma tendência de crescimento na cobertura de serviços de atenção à saúde bucal nessa população, embora a cobertura nessa faixa etária ainda seja inferior à oferecida aos demais grupos etários.

A evolução no número de atendimentos a adolescentes e adultos, ocorrida, especialmente, a partir de 2004, pode ser um reflexo das discussões que nortearam a elaboração e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. Dentre as principais propostas contidas nesse documento destaca-se a inclusão desse segmento populacional no planejamento das ações em saúde bucal, enfatizando-se a importância do acesso a atividades especializadas em odontologia, essencial à integralidade no atendimento.

Observa-se, ainda, no Gráfico 10, uma tendência à estabilidade na totalidade de exodontias realizadas e uma queda no número de restaurações. Acredita-se, no entanto, que os resultados encontrados podem não ser uma expressão fiel da realidade, uma vez que os dados apresentados referem-se a atividades realizadas nas unidades básicas de saúde, responsáveis por apenas 40,0% do atendimento à população considerada. Cabe ressaltar que os indicadores de saúde bucal não apresentaram melhorias significativas nos últimos levantamentos. Nesse caso, o decréscimo nos procedimentos restauradores executados pode representar uma dificuldade no acesso desses indivíduos aos serviços prestados pelas referidas unidades.

As informações sobre as características dos procedimentos odontológicos realizados no Distrito Federal durante o período foram obtidas a partir da utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), que serviram de base para a análise dos dados.

5.2.2 Análise das informações sobre a produção odontológica do DF

Entre 2000 e 2006 registraram-se cerca de 7,5 milhões de procedimentos odontológicos. Desse total, somente 5,0% dizem respeito a ações especializadas com abrangência das atividades de média e alta complexidade, sendo as demais consideradas da atenção básica.

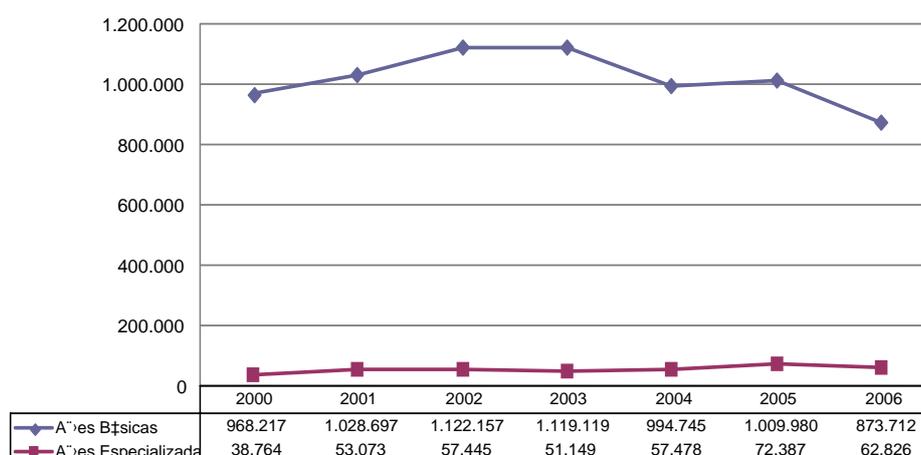


Gráfico 11 – Distribuição da produção odontológica realizada segundo grupo de procedimentos. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: SIA-SUS

O Gráfico 11 apresenta a relação entre as ações especializadas e as da atenção básica, que se manteve no mesmo patamar com tendência à estabilidade. Essa relação era esperada, tendo em vista que os serviços odontológicos especializados passaram a ser priorizados e ampliados junto ao SUS somente nos últimos dois anos, com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir do incentivo à criação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO’s em todo o país.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da produção odontológica por complexidade. Predominam os procedimentos da atenção básica em todos os anos, apesar de visível o declínio de aproximadamente 20,0% nos procedimentos registrados no ano de 2006. Quanto às atividades de média complexidade, embora possa ser notada uma diminuição no quantitativo de atividades desenvolvidas entre 2005 e 2006, houve uma tendência à ampliação dessas ações. Observa-se, ainda, que só há registro de realização de procedimentos no nível de alta complexidade em 2000.

Tabela 2 – Distribuição dos procedimentos odontológicos executados segundo nível de complexidade. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Ano	Atenção Básica	Média Complexidade	Alta Complexidade
2000	968.217	38.736	28
2001	1.028.697	53.073	0
2002	1.122.157	57.445	0
2003	1.119.119	51.149	0
2004	994.745	57.478	0
2005	1.009.980	72.387	0
2006	873.712	62.826	0
Total	7.116.627	393.094	28

Fonte: SIA-SUS

O predomínio dos procedimentos na atenção básica era esperado em função da proposta de organização da atenção em saúde bucal, tanto no Distrito Federal, quanto no Brasil, uma vez que, “a assistência odontológica pública no Brasil tem-se restringido quase que completamente aos serviços básicos que correspondem a cerca de 97,0% da produção registrada” (BRASIL, 2004, p.69). A semelhança existente entre os procedimentos da atenção básica realizados no Brasil e no Distrito Federal (95,0%) no período analisado refletem, portanto, uma tendência esperada.

Os procedimentos odontológicos apresentados no SIA-SUS foram, ainda, analisados segundo subgrupo de ações (Gráfico 12). Em relação à produção odontológica realizada no DF, observa-se um predomínio dos procedimentos individuais preventivos que constituem

cerca de 58,0% do total da assistência prestada. Esse fato pode significar uma ênfase maior da gestão, no período estudado, em aspectos relacionados à prática preventiva realizada individualmente, em detrimento dos procedimentos de natureza coletiva, orientados para a promoção da saúde.

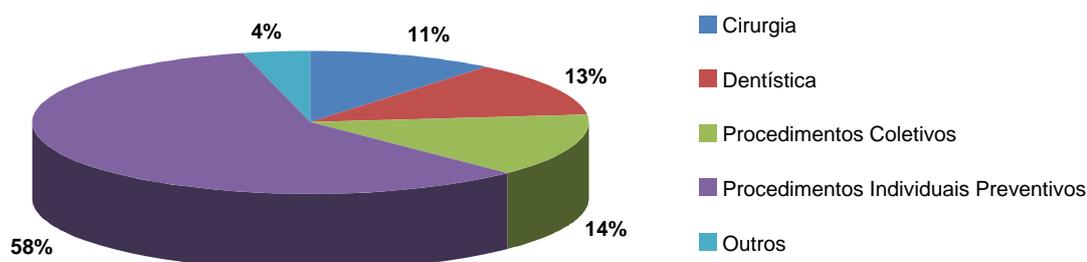


Gráfico 12 – Distribuição percentual da produção odontológica segundo subgrupo de ações. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: SIA-SUS

Os subgrupos referentes a atividades de cirurgia, dentística e procedimentos coletivos, detêm uma participação semelhante, com um total de 11,0% , 13,0% e 14,0%, respectivamente. Os procedimentos executados em endodontia, implantodontia, odontoradiologia, ortodontia, periodontia, prótese, reabilitação oral e traumatologia buco-maxilo-facial, agrupados na categoria “outros”, alcançam cerca de 4,0% do total de procedimentos odontológicos executados entre 2000 e 2006 no Distrito Federal.

5.2.3 Análise dos indicadores de saúde bucal nos Pactos de Atenção Básica

Os dados apresentados pelo SIA-SUS permitiram observar a situação da saúde bucal no DF frente aos indicadores estabelecidos nos pactos de atenção básica, durante o período considerado. Em relação à cobertura de primeira consulta odontológica (Gráfico 13), observa-se uma tendência de redução nesse indicador, particularmente no ano de 2006, quando é registrada uma queda de 42,2% em relação ao ano anterior, ou seja, a atenção prestada aos usuários do SUS caiu de 11,1% para 6,4%.

Considera-se como primeira consulta aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Esse indicador é utilizado para estimar o acesso da população aos serviços

odontológicos voltados para a assistência individual no SUS, desconsiderando os atendimentos eventuais como os de urgência e de emergência, que não têm seguimento previsto.

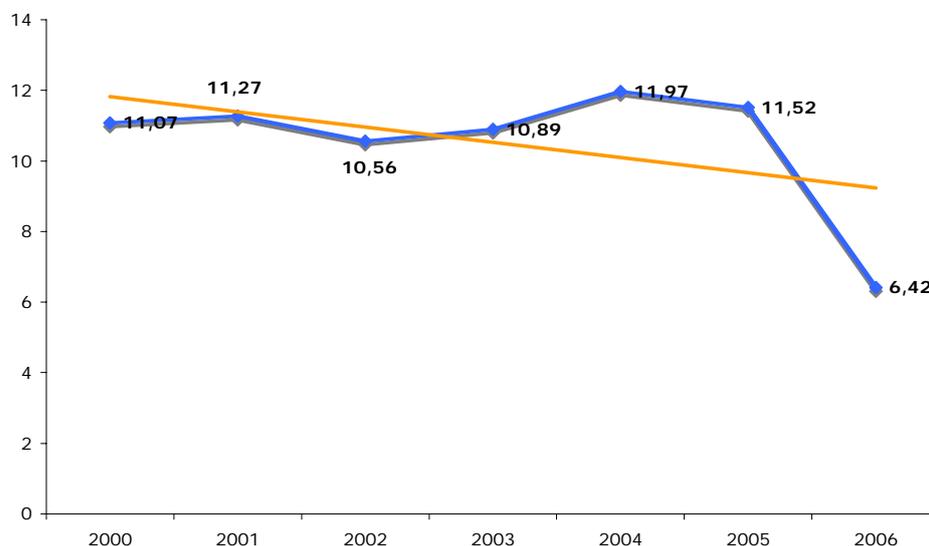


Gráfico 13 - Cobertura de primeira consulta odontológica. Distrito Federal, 2000 a 2006.
Fonte: SIA-SUS; base populacional IBGE

A análise da realidade mostra que as ações de atenção à saúde bucal no DF apresentaram uma baixa cobertura de primeiras consultas. De fato, a reduzida média anual de 10,5% evidencia a necessidade de implementação de medidas para a ampliação do acesso da comunidade aos serviços odontológicos no SUS. Esse quantitativo registrado pelo Programa de Saúde bucal vem colocando o Distrito Federal entre as unidades da federação com as menores taxas de cobertura de primeira consulta odontológica no país, sendo superior apenas aos índices registrados na Bahia (10,22%), no Rio Grande do Sul (10,07%), no Espírito Santo (9,31%), no Acre (9,29%), em Rondônia (7,67%) e no Amapá (7,25%). Vale ressaltar que o Rio Grande do Norte apresentou a maior média anual de primeiras consultas/hab com 22,2%, ficando acima da média nacional de 12,5%.

Conforme ficou evidente, o acesso da população brasileira aos serviços públicos odontológicos ainda é bastante precário. A reduzida cobertura em todo o território nacional denota que até o momento as ações odontológicas têm sido, em parte, desconsideradas como prioridade nas políticas de atenção básica do SUS.

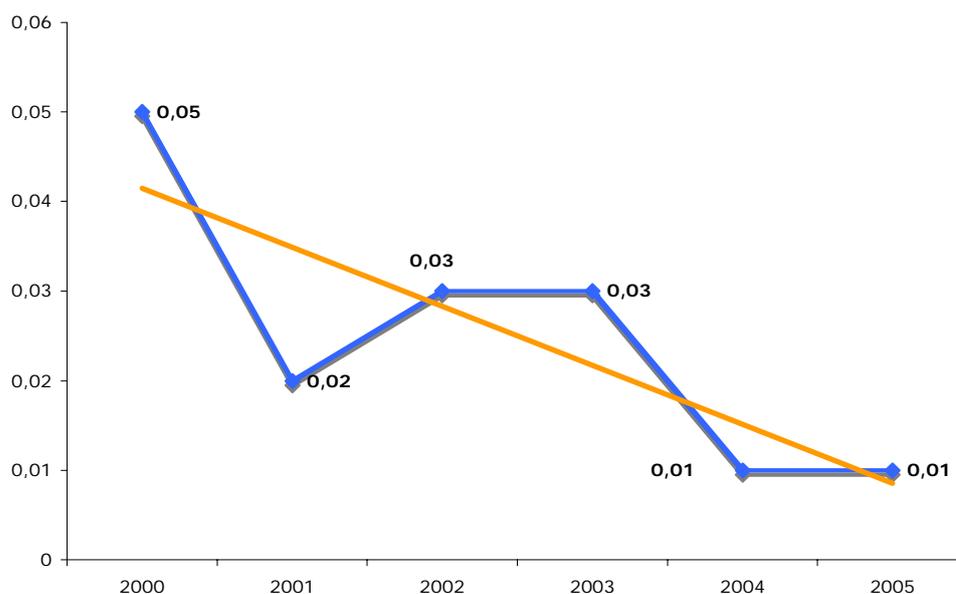


Gráfico 14 - Razão entre procedimentos odontológicos coletivos na população de 0 a 14 anos. Distrito Federal, 2000 a 2005.

Fonte: SIA-SUS; base populacional IBGE

Nota: O item procedimentos coletivos foi excluído da tabela de procedimentos do SIA-SUS em 2006 pela Portaria no. 95/SAS de 14/02/2006.

Para dimensionar o acesso da população do DF às ações de promoção e prevenção da saúde bucal foi calculada a razão entre os procedimentos odontológicos coletivos – exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada – na população de 0 a 14 anos (Gráfico 14). Observa-se que, durante o período analisado, houve uma baixa cobertura dessas atividades com tendência ao declínio, sobretudo nos anos de 2004 e 2005 quando o atendimento reduz-se a 0,01.

A média anual de procedimentos odontológicos coletivos registrados foi de 0,03 por indivíduo de zero a 14 anos, valor que corresponde a apenas 17,6% da média nacional para o período, o que equivale a 0,17 procedimentos coletivos/hab. O resultado encontrado para o Distrito Federal foi, ainda, o mais baixo registrado na Região Centro-Oeste que apresentou uma média de 0,19 procedimentos coletivos/hab de zero a 14 anos. O Mato Grosso do Sul alcançou a média de 0,45 procedimentos coletivos/hab para o mesmo grupo de idade, a mais alta registrada em todo o território nacional. O Estado de Goiás ficou em segundo lugar com 0,16 procedimentos coletivos/hab de zero a 14 anos, enquanto o Mato Grosso obteve uma média de 0,15 procedimentos coletivos/hab.

A análise do perfil da população coberta pelas ações de higiene bucal supervisionada e da educação em saúde no DF revela que, dentre as atividades de higiene bucal supervisionada

realizadas no período considerado (Gráfico 15), 91,0% eram destinadas ao grupo etário de zero a 14 anos, e 2,0% direcionadas às gestantes. O restante foi distribuído entre indivíduos integrantes de programas de atenção à saúde desenvolvidos no DF como hipertensos, diabéticos, adolescentes e idosos.

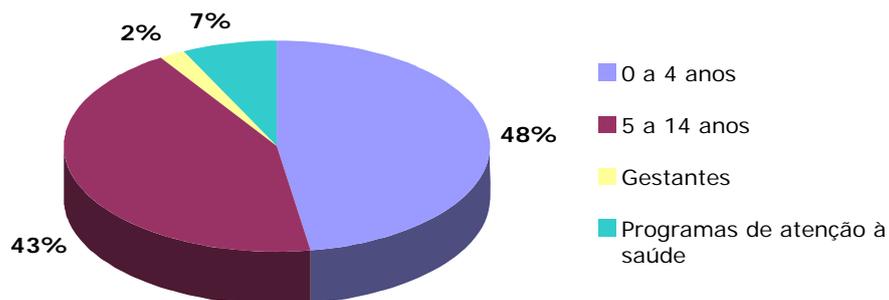


Gráfico 15 – Distribuição dos atendimentos em higiene bucal supervisionada segundo grupo de atendimento. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios Estatísticos da SES-DF.

Uma distribuição semelhante foi observada em relação à educação em saúde bucal, área na qual cerca de 76,0% das atividades executadas atingiram indivíduos de zero a 14 anos. Somente 6,0% das ações foram realizadas no âmbito do programa de atenção à gestante. Dessas ações, 18,0% destinaram-se a pacientes de outros programas de atenção.

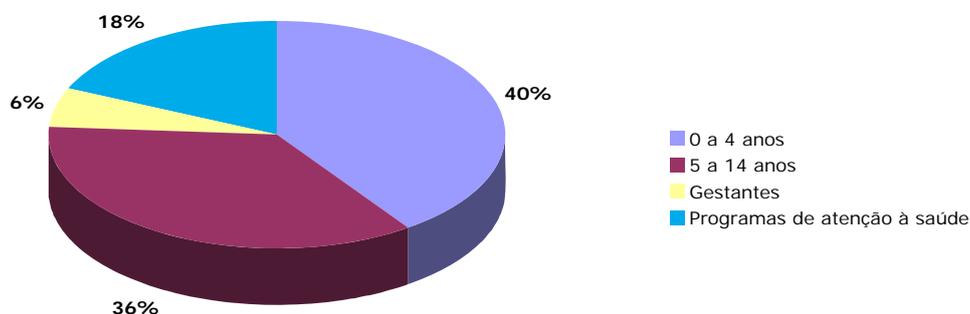


Gráfico 16 – Distribuição das ações em educação em saúde bucal segundo grupo de atendimento. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: Relatórios Estatísticos da SES-DF.

A análise desse indicador revelou uma situação crítica para o modelo de atenção à saúde bucal vigente no Distrito Federal, uma vez que os dados refletem uma realidade que fere os princípios da promoção da saúde. A fundamentação que permeia as discussões sobre os rumos da saúde no Brasil e que vem subsidiando a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde pressupõe a inclusão desse tema como uma das prioridades do Pacto pela Vida. Especificamente no que se refere à saúde bucal, a Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a) defende a elevação dos indicadores nessa área como pré-requisito para a melhoria da qualidade de vida da população.

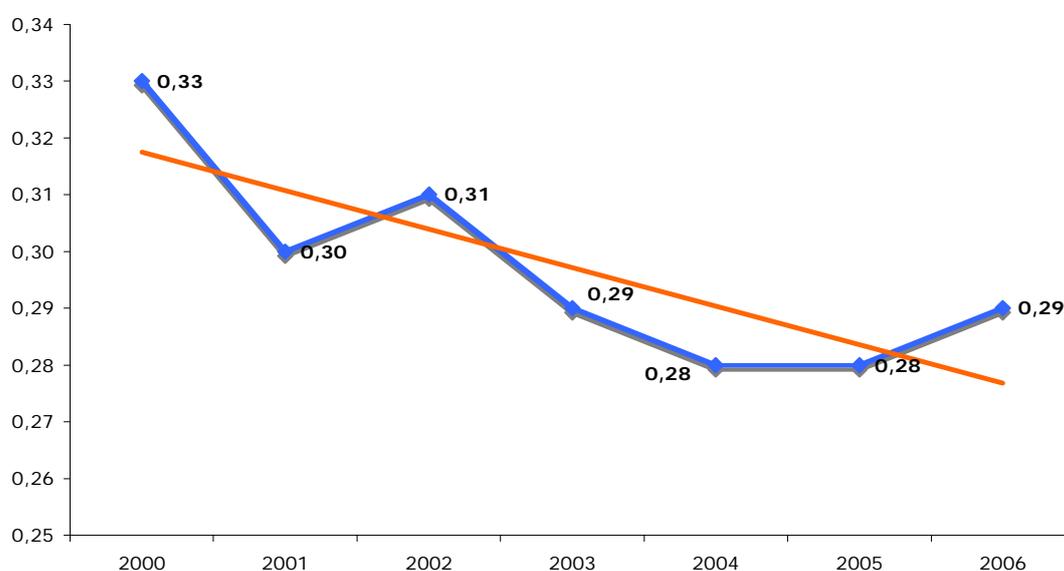


Gráfico 17 – Média de procedimentos odontológicos básicos individuais. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: SIA-SUS; base demográfica do IBGE

Quanto à concentração de ações referente a procedimentos clínico-cirúrgicos realizados por pessoa pelos serviços odontológicos básicos do SUS no DF (Gráfico 17), o resultado obtido revelou uma tendência à estabilidade em todo o período. Esses serviços apresentam uma média de 0,30 procedimentos básicos/hab/ano, sendo o valor encontrado 30,0% inferior ao parâmetro mínimo de procedimentos básicos/hab/ano estipulado pela Portaria no. 1.101/GM e 45,5% inferior à média nacional. Cabe ressaltar que a média nacional observada no período analisado foi de 0,55 procedimentos básicos/hab/ano.

Por sua vez, a Portaria no. 1.101/GM definiu uma variação de cobertura para as ações básicas em odontologia de 0,40 a 1,60 procedimentos básicos/hab/ano para o país. No entanto, observou-se que a produção odontológica individual realizada no DF ficou abaixo

dos índices considerados aceitáveis, o que reforça ainda mais a necessidade de ampliação dessa assistência, visando a incrementar as ações preventivas.

Ainda em relação à cobertura, a melhor média de procedimentos básicos/hab/ano coube à Região Sul, com um valor de 0,68, com destaque para os Estados do Paraná e Santa Catarina que obtiveram médias de 0,98 e 0,77 procedimentos básicos/hab/ano, respectivamente. A Região Nordeste registrou a menor média para o período, com 0,46 procedimentos básicos/hab/ano. Considerado no contexto nacional, o Distrito Federal apresentou a segunda menor média de procedimentos odontológicos individuais a cada ano, ou seja, ----??, índice superior apenas à média alcançada pelo Amapá, com cerca de 0,16 procedimentos básicos/hab/ano. Esses resultados refletem a extensão das dificuldades que a população da capital brasileira vem encontrando no acesso aos serviços odontológicos públicos.

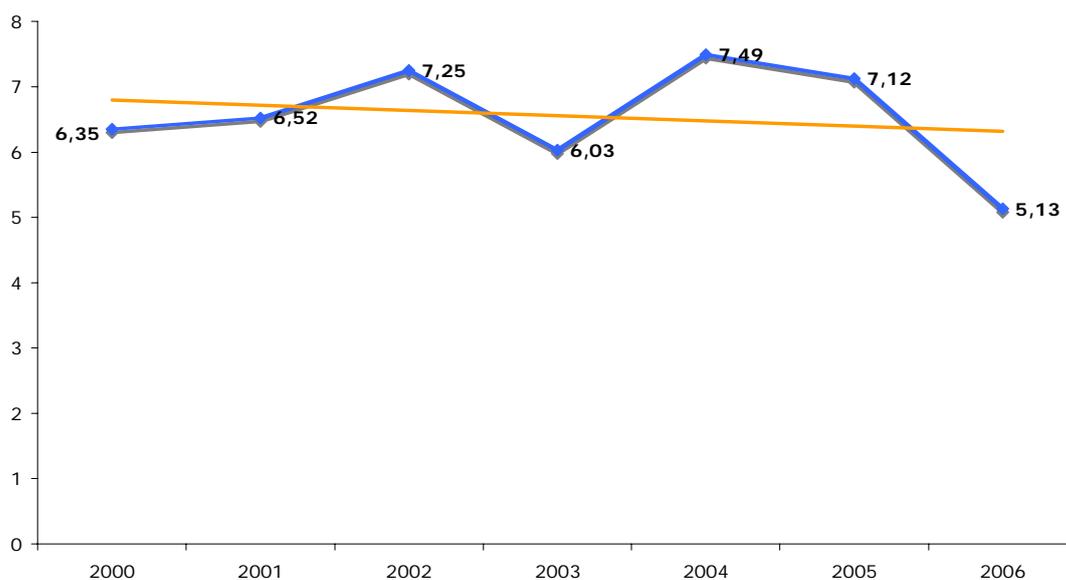


Gráfico 18 - Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: SIA-SUS

O indicador “proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais” expresso no Gráfico 18 retrata a baixa proporção de procedimentos mutiladores em relação à produção de ações básicas, com uma média de 6,79 exodontias/procedimentos básicos individuais. Além disso os dados evidenciam uma tendência de queda desse

indicador, particularmente em 2006, ano no qual é registrado um valor de 5,13 exodontias/procedimentos básicos individuais.

No que diz respeito à proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais, os valores encontrados para o Distrito Federal são de 20,0%, índice situado abaixo da média registrada para todo o Brasil e cerca de 25,0% abaixo da média para a Região Centro-Oeste. No interior dessa região, observa-se, ainda, uma oscilação nos procedimentos de exodontias em relação às ações básicas individuais. Os índices registrados para Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás alcançam 12,96, 7,82 e 7,75 exodontias/procedimentos básicos individuais, respectivamente.

A realidade observada mostra que, no período analisado, o enfoque dado às ações odontológicas realizadas no Distrito Federal esteve voltado para procedimentos preventivos e restauradores conservadores individuais, o que pode ser interpretado como um aspecto positivo na assistência prestada. Todavia, deve-se ressaltar que essa perspectiva de melhoria não descarta a necessidade de ampliação de ações preventivas coletivas e de ações individuais de caráter conservador e profilático no DF.

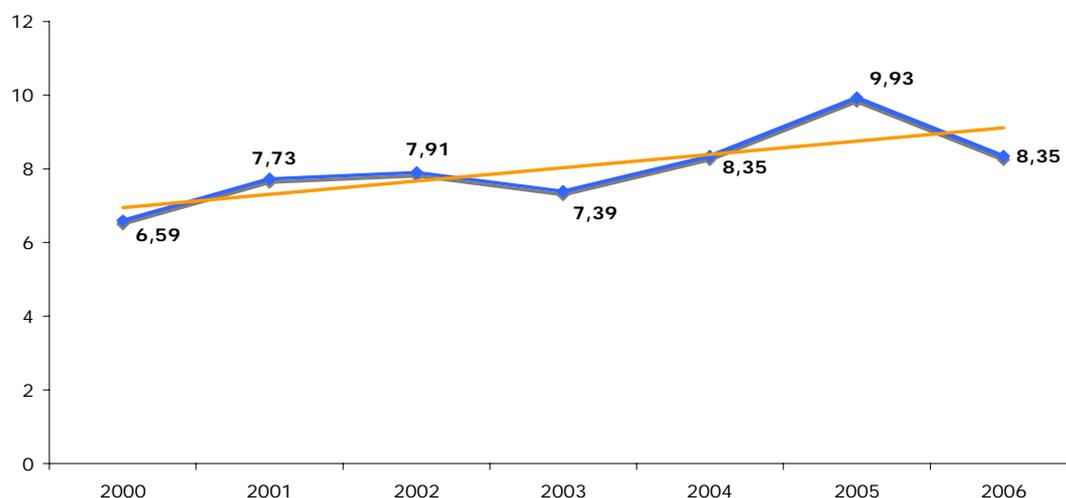


Gráfico 19 - Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais. Distrito Federal, 2000 a 2006.

Fonte: SIA-SUS

A proporção de procedimentos odontológicos especializados – média e alta complexidade – em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS no Distrito Federal no período de 2000 a 2006 encontra-se expressa no Gráfico 19. O cálculo

desse indicador serviu para confirmar a situação retratada anteriormente, ou seja, o reduzido acesso da população do Distrito Federal aos serviços públicos odontológicos especializados. No entanto, a média anual da capital do país de 8,03 procedimentos especializados para cada 100 ações individuais realizadas, é ainda superior aos índices nacionais em todos os anos analisados, de vez que a média anual para todo o Brasil durante esse período foi de apenas 7,02 procedimentos especializados/ações individuais realizadas.

Ainda que a média dos procedimentos odontológicos especializados seja baixa, o Distrito Federal se encontra entre as sete unidades federadas que apresentaram melhores índices de acesso aos procedimentos odontológicos especializados, ficando abaixo apenas do Amapá, do Pará, do Ceará, do Rio de Janeiro, de Mato Grosso do Sul e de São Paulo. Vale ressaltar que os procedimentos ambulatoriais especializados abrangem atividades nas áreas de endodontia, periodontia, prótese, odontoradiologia, cirurgia especializada, dentre outras. A realidade do acesso da população a esses serviços deve ser enfatizada, quando se consideram a integralidade do cuidado oferecido à população e a proposta a ser pactuada a cada ano, para o atendimento da demanda de assistência em saúde bucal.

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004a), reconhecendo essa realidade, propôs a ampliação do acesso da população brasileira aos serviços odontológicos especializados por meio de duas estratégias: a inclusão de alguns procedimentos de maior complexidade na atenção básica – como a instalação de próteses dentárias elementares – e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas destinados a atuar de forma a complementar as atividades realizadas pelas equipes de saúde bucal da atenção básica.

5.2.4. Recursos investidos no atendimento odontológico no DF

De 2000 a 2006, o Distrito Federal investiu cerca de R\$ 9,7 milhões em programas de atenção à saúde bucal, o que representa uma média anual de R\$ 1,4 milhões. As despesas referentes ao atendimento odontológico encontram-se inseridas no Programa de Governo 0400 – Atendimento Médico-Hospitalar e Ambulatorial, que tem como objetivo proporcionar assistência médico-sanitária à população, sob regime ambulatorial e de internação. Os recursos investidos na assistência odontológica correspondem a 0,5% do total dos recursos destinados ao programa, que compreende também atividades de assistência médico-

hospitalar; ações básicas de saúde do adulto; prevenção, controle e assistência oncológica, bem com ações básicas de atendimento ao diabético, dentre outras.

Aproximadamente 76,0% dos recursos investidos em procedimentos odontológicos destinaram-se a serviços da atenção básica. O restante, cerca de R\$ 2,3 milhões, foi distribuído entre as ações especializadas em odontologia, que incluem procedimentos de média e alta complexidade. Considerando que, segundo dados do SIA-SUS, praticamente não foram registradas atividades de alta complexidade, pode-se afirmar que os recursos utilizados com serviços especializados foram gastos em procedimentos de média complexidade.

6. CONCLUSÕES

A análise deste estudo permitiu concluir que:

- A promoção da saúde ainda é limitada, inserindo-se nas políticas de saúde bucal do Distrito Federal de forma restrita. As metas definidas nos planos estaduais de saúde para o Programa de Atenção à Saúde Bucal indicam que o foco do cuidado em saúde bucal está prioritariamente voltado para a assistência curativa e a prevenção individual.
- As propostas de ampliação da cobertura, da integralidade dos serviços e da implementação de procedimentos coletivos são descritas como atividades a serem executadas, sem a apresentação de um plano definido com metas a serem atingidas, visando à sua execução e avaliação.
- Em relação ao perfil de atendimento, a assistência odontológica, no intervalo de 2000 a 2006, não só apresenta uma taxa de cobertura abaixo dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, mas também revela que a maioria dos serviços de atenção à saúde bucal estão sendo realizados nas Unidades Básicas de Saúde e direcionados à população de zero a 14 anos. O grupo de 15 anos e mais apresentou a menor taxa de cobertura de atendimento, refletindo a dificuldade desse segmento populacional no acesso aos serviços públicos de saúde bucal. É oportuno lembrar que os atendimentos odontológicos oferecidos a esse grupo foram, em sua maioria, realizados em unidades hospitalares, característicos de procedimentos cirúrgicos, ou seja, específicos da atenção básica.
- A produção odontológica registrada durante o período no SIA-SUS diz respeito, em sua maioria, a procedimentos realizados no âmbito das ações básicas em odontologia. Dentre ações executadas, observa-se o predomínio de procedimentos preventivos individuais em detrimento dos restauradores, cirúrgicos e de natureza coletiva. O reduzido quantitativo de procedimentos coletivos restringiram-se a ações de educação em saúde e higiene bucal supervisionada, revelando a necessidade de ampliação das atividades de promoção da saúde bucal no DF.
- A análise da situação da saúde bucal, segundo os indicadores propostos nos Pactos de Atenção Básica firmados no período, revelou que o Distrito Federal detém uma das menores taxas de cobertura de primeira consulta odontológica programada em relação ao

restante do país. Além disso, a média de procedimentos básicos individuais é muito baixa, o que contribui para acentuar ainda mais a precariedade do cenário da saúde pública na capital federal, diante da insuficiente cobertura de assistência odontológica. A análise mostrou, ainda, a necessidade de um maior investimento nas ações coletivas, destinadas em sua maioria para a população de zero a 14 anos. No que se refere a indicadores positivos, a realidade observada detectou uma reduzida proporção de exodontias em relação a ações odontológicas básicas individuais o que indica um predomínio de medidas de tratamento conservadoras. Também foi registrado um discreto aumento na realização de procedimentos odontológicos especializados.

- Os recursos financeiros destinados ao atendimento odontológico no DF são extremamente reduzidos em relação aos destinados à assistência médico-hospitalar.

Por fim, deve-se acrescentar que a situação encontrada no Distrito Federal não permite assegurar que a saúde bucal vem sendo priorizada como programa de governo. De fato, a realidade dos atendimentos realizados no período considerado indica que o foco de atenção não está voltado para a promoção da saúde como prevê a Política Nacional de Saúde Bucal (2004) com vistas à melhoria da qualidade de vida. Dentre as deficiências que caracterizam essa realidade, algumas foram evidenciadas ao longo do estudo, tais como a limitada oferta de serviços públicos de atenção odontológica à população e obstáculos que interferem na universalização do acesso com equidade. Tais deficiências demandam uma atuação mais efetiva do poder público, não só com a adoção de políticas públicas especificamente voltadas para o setor, mas também com a contrapartida de investimentos que, de fato, garantam o aumento da capacidade de atendimento instalada e de reorientação do modelo de atenção em direção à promoção da saúde dos indivíduos na comunidade.

Como recomendação, sugere-se o desenvolvimento de estudos complementares com o objetivo de:

- Promover uma apropriação mais efetiva sobre os recursos investidos na atenção à saúde bucal no DF, que constitui uma das limitações deste estudo.
- Dimensionar os recursos humanos disponíveis para o Programa de Atenção à Saúde Bucal no DF.
- Avaliar a participação das equipes de saúde bucal na assistência odontológica do DF.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AROUCA, S. Reforma Sanitária. Disponível em <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em: março de 2007.
- ARRETCHE, M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 1977.
- BOGDAN,R.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research of education**. Boston: Allyn and bacon, 1982.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde -Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde , 1986a.
- _____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal -Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde , 1986b.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução CNS no. 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>> Acesso em: março 2007.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do módulo assistencial**. 2ª. Edição. Brasília: Ministério da Saúde,1998.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no. 1.101/GM, de 22 de fevereiro de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>> Acesso em: março de 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf> Acesso em: março de 2007. 2004a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Projeto SB Brasil – Condições de saúde bucal da população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria no. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: março de 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: março de 2007.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao conceito de promoção da saúde. In: D. Czeresnia e C. M. D. Freitas (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. 2005. (Saúde em Debate).

- CASTRO, A. e MALO, M. **SUS resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. (Saúde em Debate).
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial. **Cadernos Saúde da Família**, v. 1, n.11, p. 13-15, 1996.
- CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**. v. 2, p. 343-362 .2004.
- COSTA., J. F. R.; CHAGAS., L. D.; SILVESTRE, R. M. (Orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- CZERESNIA, D.. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano de Assistência à Saúde no Distrito Federal**. Brasília, 1979.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO DISTRITO FEDERAL. **Apoio técnico-científico ao Programa Cárie Zero**. Brasília, 1993.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Estatístico de Atividades**. Brasília, 2000.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde 2001-2003**. Brasília - 2001a.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Estatístico de Atividades - preliminar**. Brasília, 2001b.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Estatístico de Atividades**. Brasília, 2002.

- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Estadual de Saúde 2004-2007**. Brasília, 2003a.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Estatístico de Atividades**. Brasília, 2003b.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Estatístico de Atividades**. Brasília, 2004.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política de Saúde Bucal do Distrito Federal**. Brasília, 2005a.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Relatório Estatístico de Atividades**. Brasília, 2005b.
- _____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE . **Relatório Estatístico de Atividades - preliminar**. Brasília, 2006.
- _____. COMPANHIA DO DESENVOLVIMENTO DO PLANALTO CENTRAL . **Distrito Federal: síntese de informações socioeconômicas**. Brasília, 2006b.
- ESCOREL, S. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (Org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- GARCIA, D. D. V. **A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação**. Rio de Janeiro, 2006. 96 p . Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y.S. **Effective evaluation**. São Francisco: Jossey-Bass, 1981.
- GUTTIERREZ, M. L. La promoción di salud. In: H. V. Arroyo e M. T. Cerqueira (Org.). **La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en América Latina**. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.
- HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

- HOCHMAN, G. **A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública**. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.
- LANA, F. A odontologia na Previdência social história e evolução. **Boletim dos Centros de Estudos INAMPS/MG**, v.6, n.18, jan-jun. 1984.
- LOURENÇO, E. D. C. **A Inserção de Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais**. Piracicaba - SP, 2005. 93 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas.
- LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986 (Tema Básico de Educação e Ensino, 3) p. 17-18.
- LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.293-312. 2000.
- MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p. 5-13, jan-abr , 2004.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. A. Fundamentos de metodologia científica. 5ª edição. São Paulo: Atlas, 2003.
- MELLO, H. B. D. **Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília**. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública, v.11, n.1, p.121. 1959.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1993.
- MERCADANTE, O. A. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Opas/Fiocruz, 2002.
- MINAYO, M. C. D. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. 2007. (Saúde em Debate)

- NEGRI, B.. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Editora Sobravime, 2002.
- NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. **Imprevidência Social**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.
- PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: D. Czeresnia e C. M. D. Freitas (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.161-174.
- PASCHE, D. F. e HENNINGTON, É. A. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde. In: A. Castro e M. Malo (Org.). **SUS ressignificando a promoção da Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p.19-40. (Saúde em Debate)
- PINTO, V. G. **Características do subsistema público federal de prestação dos serviços em odontologia**. São Paulo, 1977. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal: Odontologia social e preventiva**. São Paulo: Santos, 1989.
- PINTO, V. G . **A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil**. Brasília, 1992. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- PINHEIRO, M. E. A. et al. **Diagnóstico de Saúde da Região Administrativa I do Distrito Federal**. Brasília - DF, 1989. 89 p. Monografia (Especialização) - Centro Acadêmico de Desenvolvimento em Administração da Saúde.
- ROSENTHAL, Elias. A odontologia no Brasil até 1900. In: ROSENTHAL, Elias (Org.). **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos, 2001.

- TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.7, p. 10-23, 2004.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p. 223-238, mai-ago, 2007.
- VOLPATO, L. E. R. & SCATENA, J.H.. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, a partir do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.2, p. 47-55, abr-jun, 2006.
- WEYNE, S. C. . A construção do paradigma de promoção de saúde -um desafio para novas gerações. In: **ABOPREV - Promoção de Saúde Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- ZANETTI, C. **As marcas de mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro, 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ZANETTI,C.H.G., NARVAI,P., TOLEDO J.P.G.. **Saúde Bucal: um Desafio à Democratização do Setor e ao Bem Estar Social** .Viçosa, Mimeo, 1992.

ANEXOS

Tabela 3 - Cobertura de primeira consulta odontológica programática por ano segundo Região/UF, 2000 - 2006

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média
Brasil	12,34	12,56	13,02	13,19	12,46	11,67	12,28	12,50
Região Norte	10,73	12,17	13,09	12,94	11,97	10,75	11,99	11,95
.. Rondônia	7,87	8,57	8,19	6,88	8,84	6,81	6,55	7,67
.. Acre	7,62	8,37	5,59	9,87	11,81	11,18	10,59	9,29
.. Amazonas	11,89	12,25	11,70	12,23	12,17	13,65	12,54	12,35
.. Roraima	21,34	22,02	20,65	21,49	22,83	13,54	14,35	19,46
.. Pará	10,50	12,74	15,10	14,78	12,89	11,40	13,96	13,05
.. Amapá	7,03	7,90	7,07	7,70	6,93	4,72	9,41	7,25
.. Tocantins	12,60	14,00	15,60	13,30	9,35	6,44	7,64	11,28
Região Nordeste	11,81	11,60	13,44	13,50	12,95	11,48	14,55	12,76
.. Maranhão	9,89	9,53	12,16	13,52	12,44	13,44	17,98	12,71
.. Piauí	14,36	14,05	16,65	14,98	14,72	11,49	13,02	14,18
.. Ceará	11,75	11,60	13,15	13,93	11,66	9,54	10,55	11,74
.. Rio Grande do Norte	23,52	21,97	24,49	21,56	21,52	19,83	22,49	22,20
.. Paraíba	12,97	13,37	15,10	13,62	14,89	15,55	15,19	14,38
.. Pernambuco	11,14	11,49	12,34	11,45	11,26	10,67	13,79	11,73
.. Alagoas	13,90	13,17	15,05	14,17	15,20	13,95	16,21	14,52
.. Sergipe	14,71	17,04	20,49	21,79	16,29	13,35	17,19	17,27
.. Bahia	8,87	8,29	10,01	11,09	11,23	8,54	13,53	10,22
Região Sudeste	12,50	12,59	12,13	12,46	11,57	11,35	10,57	11,88
.. Minas Gerais	14,59	14,67	15,05	14,37	13,92	11,99	13,00	13,94
.. Espírito Santo	8,80	9,09	9,53	9,30	8,86	9,18	10,43	9,31
.. Rio de Janeiro	13,36	13,09	11,37	11,43	11,18	11,56	9,66	11,66
.. São Paulo	11,47	11,69	11,23	12,20	10,82	11,15	9,77	11,19
Região Sul	13,08	13,53	13,58	14,24	13,90	12,94	13,46	13,53
.. Paraná	13,76	14,22	14,99	16,53	16,90	15,40	15,21	15,29
.. Santa Catarina	18,21	18,94	17,16	17,20	17,07	13,15	16,71	16,92
.. Rio Grande do Sul	9,74	10,01	10,34	10,51	9,38	10,51	10,02	10,07
Região Centro-Oeste	13,77	14,54	15,54	14,56	13,43	12,76	11,70	13,76
.. Mato Grosso do Sul	10,96	14,29	16,76	18,41	16,37	16,33	13,29	15,20
.. Mato Grosso	23,17	22,62	21,15	17,29	15,20	12,46	11,28	17,60
.. Goiás	11,35	11,93	14,28	13,13	11,96	11,98	13,46	12,58
.. Distrito Federal	11,07	11,27	10,56	10,89	11,97	11,52	6,42	10,529

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Tabela 4 - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais por ano segundo Região/UF, 2000-2006

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média
Brasil	0,55	0,54	0,57	0,55	0,53	0,55	0,58	0,55
Região Norte	0,35	0,44	0,52	0,51	0,45	0,5	0,51	0,47
.. Rondônia	0,33	0,32	0,46	0,32	0,41	0,66	0,33	0,41
.. Acre	0,24	0,33	0,23	0,53	0,53	0,59	0,55	0,44
.. Amazonas	0,29	0,33	0,39	0,45	0,41	0,46	0,51	0,41
.. Roraima	0,28	0,43	0,42	0,39	0,38	0,28	0,35	0,36
.. Pará	0,36	0,51	0,63	0,58	0,48	0,51	0,55	0,52
.. Amapá	0,18	0,17	0,12	0,16	0,17	0,16	0,15	0,16
.. Tocantins	0,57	0,65	0,69	0,63	0,56	0,55	0,73	0,63
Região Nordeste	0,43	0,39	0,46	0,46	0,45	0,49	0,56	0,46
.. Maranhão	0,45	0,35	0,43	0,46	0,44	0,52	0,61	0,47
.. Piauí	0,61	0,49	0,64	0,55	0,57	0,54	0,57	0,57
.. Ceará	0,52	0,45	0,5	0,49	0,45	0,46	0,53	0,49
.. Rio Grande do Norte	0,67	0,6	0,7	0,65	0,68	0,6	0,74	0,66
.. Paraíba	0,5	0,48	0,53	0,5	0,53	0,62	0,71	0,55
.. Pernambuco	0,41	0,36	0,42	0,42	0,44	0,48	0,47	0,43
.. Alagoas	0,49	0,46	0,51	0,54	0,54	0,52	0,58	0,52
.. Sergipe	0,5	0,51	0,68	0,68	0,63	0,78	0,75	0,65
.. Bahia	0,25	0,27	0,34	0,35	0,34	0,37	0,5	0,35
Região Sudeste	0,61	0,59	0,6	0,58	0,56	0,56	0,57	0,58
.. Minas Gerais	0,87	0,81	0,83	0,74	0,7	0,66	0,66	0,75
.. Espírito Santo	0,5	0,53	0,62	0,7	0,67	0,79	0,89	0,67
.. Rio de Janeiro	0,58	0,54	0,5	0,5	0,53	0,51	0,5	0,52
.. São Paulo	0,51	0,51	0,53	0,53	0,5	0,52	0,52	0,52
Região Sul	0,71	0,71	0,68	0,68	0,66	0,65	0,68	0,68
.. Paraná	1,02	0,97	1	1	0,94	0,92	1	0,98
.. Santa Catarina	0,85	0,92	0,72	0,76	0,75	0,68	0,75	0,77
.. Rio Grande do Sul	0,36	0,36	0,35	0,34	0,34	0,37	0,34	0,35
Região Centro-Oeste	0,53	0,54	0,57	0,55	0,51	0,54	0,56	0,54
.. Mato Grosso do Sul	0,48	0,5	0,58	0,63	0,68	0,74	0,75	0,63
.. Mato Grosso	0,8	0,76	0,7	0,65	0,55	0,6	0,49	0,65
.. Goiás	0,5	0,53	0,62	0,56	0,52	0,54	0,62	0,56
.. Distrito Federal	0,33	0,3	0,31	0,29	0,28	0,28	0,29	0,3

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Tabela 5 - Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais por ano segundo Região/UF, 2000-2006

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média
Brasil	5,42	6,11	6,65	7,13	7,91	8,34	7,32	7,02
Região Norte	6,88	7,72	8,46	8,5	9,77	9,26	8,08	8,47
.. Rondônia	4,3	5,84	5,78	3,51	2,63	1,71	3,28	3,64
.. Acre	4,2	3,39	5,1	3,14	4,18	4,22	3,74	3,92
.. Amazonas	2,87	2,45	3,05	3,03	4,98	6,62	7,07	4,66
.. Roraima	5,02	2,96	3,06	4,28	0,97	0,79	22,04	6,38
.. Pará	10,27	11,16	11,98	12,4	14,71	14,03	9,92	12,15
.. Amapá	14,78	13,02	6,16	21,12	14,26	13,7	14,21	14,37
.. Tocantins	0,69	0,82	0,95	1,14	2,59	2,11	3,09	1,68
Região Nordeste	5,77	6,26	5,94	6,26	7,06	7,12	6,45	6,43
.. Maranhão	4,19	5,95	5,05	5,12	5,44	4,13	4,04	4,75
.. Piauí	6,2	7,35	5,99	5,8	6,31	7,25	5,16	6,26
.. Ceará	6,62	7,58	9,06	10,35	12,55	13,85	11,08	10,24
.. Rio Grande do Norte	3,92	3,57	5,42	5,19	4,94	7,99	7,56	5,6
.. Paraíba	4,47	6,85	6,23	8,12	8,01	6,33	6,98	6,74
.. Pernambuco	4,01	4,58	4,8	5,31	5,74	6,1	6,64	5,4
.. Alagoas	2,77	3,81	4,61	4,18	4,05	5,16	4,51	4,2
.. Sergipe	15,51	8,17	2,13	2,01	2,49	3,74	4,02	5
.. Bahia	7,36	7,35	6,05	5,82	7,46	5,94	5,3	6,32
Região Sudeste	5,78	6,89	7,61	8,49	9,26	9,85	8,87	8,12
.. Minas Gerais	4,32	4,9	5,65	6,64	7,22	8,24	7,31	6,25
.. Espírito Santo	3,55	4,73	5,54	5,18	6,55	8,42	8,17	6,4
.. Rio de Janeiro	6,48	8,03	9,59	11,19	11,45	11,93	12,41	10,16
.. São Paulo	6,82	8,08	8,5	9,04	9,97	10,19	8,55	8,77
Região Sul	3,89	3,74	4,42	4,69	5,09	5,73	4,58	4,59
.. Paraná	3,2	3,22	3,58	3,61	3,57	3,92	3,32	3,49
.. Santa Catarina	5,44	4,63	6,46	7,2	7,83	9,55	7,23	6,84
.. Rio Grande do Sul	3,75	3,85	4,37	4,57	5,65	5,96	4,8	4,73
Região Centro-Oeste	4,97	5,32	6,31	5,93	7,26	8,25	6,99	6,48
.. Mato Grosso do Sul	6,56	9,61	9,78	9,79	9,56	9,39	7,33	8,9
.. Mato Grosso	4,19	3,7	5,27	4,57	4,9	6,14	4,05	4,68
.. Goiás	4,54	4,14	5,17	4,55	6,99	8,4	7,69	6,05
.. Distrito Federal	6,5	7,73	7,93	7,39	8,35	9,93	8,35	8,03

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Tabela 6 - Razão entre procedimentos odontológicos coletivos por ano segundo Região/UF, 2000-2005

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Média
Brasil	0,16	0,18	0,2	0,17	0,17	0,15	0,17
Região Norte	0,02	0,02	0,06	0,03	0,05	0,03	0,03
.. Rondônia	0,02	0,05	0,28	0,04	0,05	0,04	0,08
.. Acre	0	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02	0,02
.. Amazonas	0	0,01	0,02	0,02	0,05	0,04	0,02
.. Roraima	0	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01
.. Pará	0,02	0,02	0,05	0,03	0,04	0,02	0,03
.. Amapá	0,02	0,04	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03
.. Tocantins	0,02	0,02	0,04	0,03	0,11	0,1	0,05
Região Nordeste	0,06	0,08	0,11	0,09	0,09	0,06	0,08
.. Maranhão	0,03	0,05	0,07	0,07	0,06	0,05	0,05
.. Piauí	0,03	0,04	0,04	0,04	0,05	0,03	0,04
.. Ceará	0,1	0,16	0,26	0,2	0,18	0,12	0,17
.. Rio Grande do Norte	0,01	0,02	0,03	0,02	0,04	0,04	0,03
.. Paraíba	0,02	0,02	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02
.. Pernambuco	0,1	0,07	0,07	0,06	0,06	0,05	0,07
.. Alagoas	0,14	0,22	0,23	0,2	0,2	0,16	0,19
.. Sergipe	0,06	0,08	0,12	0,12	0,12	0,08	0,1
.. Bahia	0,03	0,06	0,08	0,07	0,06	0,03	0,05
Região Sudeste	0,25	0,28	0,26	0,25	0,26	0,24	0,26
.. Minas Gerais	0,4	0,45	0,38	0,32	0,32	0,25	0,35
.. Espírito Santo	0,1	0,2	0,18	0,21	0,24	0,23	0,19
.. Rio de Janeiro	0,02	0,02	0,02	0,05	0,09	0,1	0,05
.. São Paulo	0,27	0,29	0,3	0,3	0,29	0,29	0,29
Região Sul	0,23	0,26	0,29	0,22	0,22	0,17	0,23
.. Paraná	0,3	0,3	0,32	0,28	0,27	0,24	0,29
.. Santa Catarina	0,4	0,41	0,42	0,3	0,29	0,15	0,32
.. Rio Grande do Sul	0,07	0,12	0,17	0,13	0,14	0,09	0,12
Região Centro-Oeste	0,22	0,19	0,23	0,19	0,17	0,12	0,19
.. Mato Grosso do Sul	0,44	0,43	0,5	0,49	0,47	0,38	0,45
.. Mato Grosso	0,19	0,19	0,16	0,14	0,14	0,07	0,15
.. Goiás	0,21	0,16	0,23	0,16	0,12	0,09	0,16
.. Distrito Federal	0,05	0,02	0,03	0,03	0,01	0,01	0,03

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Tabela 7 - Proporção de exodontias em relação às ações básicas individuais, 2000 a 2005

Região/UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Média
Brasil	9,76	9,32	8,74	8,25	7,75	7,28	8,53
Região Norte	13,91	12,05	10,64	10,44	9,8	8,99	10,82
.. Rondônia	12,66	14,86	9,19	11,62	7,62	6,93	10,2
.. Acre	37,05	26,96	23,85	12,99	13,35	16,21	18,95
.. Amazonas	14,7	14,72	11,78	10,27	11,05	10,36	11,86
.. Roraima	7,6	7,26	5,52	7,92	7,81	9,15	7,43
.. Pará	12,86	10,33	10,07	10,09	9,31	7,89	9,97
.. Amapá	32,37	28,26	31,77	18,86	17,2	17,35	24,02
.. Tocantins	11,05	9,71	10,07	10,22	9,4	8,5	9,87
Região Nordeste	16,79	16,26	14,47	13,26	12,28	11,17	13,98
.. Maranhão	10,28	11,32	10,68	9,26	9,49	9,39	10
.. Piauí	15,08	15,27	14,14	11,79	10,36	8,67	12,65
.. Ceará	14,52	14,47	13,11	13,53	13,81	12,08	13,62
.. Rio Grande do Norte	18,54	17,14	14,95	13,82	11,02	8,36	13,9
.. Paraíba	22,15	20,77	17,73	16,18	15,02	12,71	17,25
.. Pernambuco	18,23	18,02	15,24	14,02	12,2	11,84	14,81
.. Alagoas	16,24	16,48	14,53	13,79	12,68	13	14,39
.. Sergipe	17,61	15,29	14,17	12,22	10,83	9,22	12,96
.. Bahia	20,17	17,36	15,79	14,09	13,12	12,81	15,36
Região Sudeste	6,44	6,34	5,9	5,76	5,52	5,43	5,91
.. Minas Gerais	6,67	6,52	6,47	6,31	6,19	6,11	6,4
.. Espírito Santo	8,4	7,51	6,51	6,98	4,52	4,15	6,18
.. Rio de Janeiro	7	7,63	6,94	6,43	5,74	5,62	6,57
.. São Paulo	5,84	5,58	5,05	5	5,09	5,1	5,27
Região Sul	8,39	7,76	7,78	7,16	6,56	6,26	7,35
.. Paraná	6,62	6,32	6,1	5,76	5,67	5,43	5,99
.. Santa Catarina	7,66	6,81	7,93	6,88	6,56	6,09	7,02
.. Rio Grande do Sul	14,06	12,74	12,13	11,41	8,85	8,49	11,3
Região Centro-Oeste	11,14	10,98	8,82	8,07	7,87	7,43	9,04
.. Mato Grosso do Sul	10,33	9,47	8,25	7,51	6,7	6,06	7,82
.. Mato Grosso	15,31	17,15	11,89	10,1	10,48	11,06	12,96
.. Goiás	9,43	8,22	7,64	7,59	7,2	6,64	7,75
.. Distrito Federal	6,35	6,52	7,25	6,03	7,49	7,12	6,79

Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Tabela 8 - População Residente no Distrito Federal por ano segundo faixa etária, 2000-2006

Faixa Etária	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL	2.051.146	2.097.450	2.145.838	2.189.792	2.233.614	2.333.109	2.383.784
Menor 1 ano	41.314	42.247	43.221	44.107	44.989	46.993	48.014
1 a 4 anos	160.213	163.830	167.609	171.043	174.467	182.236	186.195
5 a 9 anos	190.877	195.187	199.689	203.779	207.857	217.117	221.832
10 a 14 anos	190.675	194.979	199.478	203.563	207.637	216.886	221.598
15 a 19 anos	225.337	230.424	235.740	240.569	245.383	256.313	261.881
20 a 29 anos	436.638	446.495	456.795	466.152	475.481	496.661	507.448
30 a 39 anos	338.183	345.817	353.796	361.042	368.267	384.671	393.026
40 a 49 anos	227.407	232.540	237.905	242.778	247.637	258.668	264.286
50 a 59 anos	130.864	133.818	136.905	139.710	142.505	148.854	152.086
60 a 69 anos	69.091	70.651	72.281	73.761	75.237	78.589	80.295
70 a 79 anos	29.825	30.498	31.202	31.841	32.478	33.925	34.662
80 anos e mais	10.722	10.964	11.217	11.447	11.676	12.196	12.461

Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.