

**National policy and local context: an analysis of oral healthcare policy in a Brazilian state capital**

**| Política nacional e contexto local: a implementação da política de saúde bucal em uma capital brasileira**

**ABSTRACT | Introduction:** *The development of oral healthcare in Brazil has been characterized for decades by the design of models or programs to reverse social exclusion and lack of access of the underprivileged to dental services.*

**Objective:** *To analyse the implementation of oral care programs in the municipality of Vitória, Brazil vis a vis national oral health policies.*

**Methods:** *A variety of methodological strategies was used, such as bibliographic review, document analysis, analysis of secondary databases and semi-structured interviews. Results:* *The recent history of oral health policy in Brazil covers a wide-ranging configuration, with the setting up of public dental health clinics as a primary strategy to broaden public access to specialised care. Developments in public dental health care in Vitória seem to have undergone different stages: a pre-SUS (the Brazilian National Health System) period, followed by an emphasis on municipalization, which was strengthened by the introduction of Sorria, a municipal dental care program, and, more recently, the alignment with Brasil Sorridente, a national dental care program. Conclusion:* *Public dental care in Vitória has benefited from the integration with of the nationwide Brasil Sorridente, which helped to expand existing services and facilities and broadened the local focus with a renewed emphasis on primary care.*

**Keywords |** *Oral Health, Public Policies, Integrality in Health National Oral Health Policy, Centre of Dental Specialities.*

**RESUMO | Introdução:** A política de saúde bucal do Brasil apresentou mudanças expressivas nos anos 2000, induzidas pela esfera federal, que se expressam de forma diferenciada nos municípios, em face das diferentes trajetórias e contextos locais de implementação. **Objetivo:** Analisar a política de saúde bucal na perspectiva da integralidade, considerando as diretrizes nacionais e a sua implementação no município de Vitória, no Espírito Santo. **Métodos:** A pesquisa baseou-se no referencial de análise de políticas públicas e consistiu em um estudo de caso que compreendeu as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e entrevistas semiestruturadas.

**Resultados:** Identificou-se que a política de saúde bucal no Brasil no período recente expressa uma configuração abrangente, que apresenta o Centro de Especialidades Odontológicas como principal estratégia para ampliar o acesso da população ao atendimento especializado. A análise da trajetória histórica da política de saúde bucal no município de Vitória revelou quatro períodos com características distintas, em termos da condução da política, da organização do sistema de saúde e do modelo de atenção: o período pré-SUS, o de ênfase na municipalização, o de predomínio do Programa Sorria Vitória e o de influência do Brasil Sorridente.

**Conclusão:** A integralidade da atenção à saúde bucal no município de Vitória foi favorecida no período de influência do Brasil Sorridente, pelo desenho abrangente da política nacional e pela expansão de serviços municipais de vários tipos, com destaque para a atenção básica e a atenção especializada ambulatorial.

**Palavras-chave |** Saúde Bucal, Políticas Públicas, Integralidade em Saúde Política Nacional de Saúde Bucal; Centro de Especialidades Odontológicas.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

A trajetória histórica da saúde bucal no Brasil revela que esta área caracterizou-se durante décadas pela implantação de modelos ou programas delimitados a fim de reverter o quadro de exclusão social no acesso aos serviços odontológicos<sup>1-4</sup>.

Nas décadas de 1980 e 1990, quando houve uma inflexão importante, configurada pelo movimento da reforma sanitária e pelo início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos atores da área odontológica se articularam em movimentos, conferências e encontros para construir propostas que visavam alterar o quadro da saúde bucal brasileira e inserir o tema na agenda governamental federal<sup>1,5</sup>.

No entanto, nos dez primeiros anos de implantação do SUS, a saúde bucal não teve destaque na política nacional de saúde. Somente em 2000, o Ministério da Saúde abriu uma nova perspectiva para a área, ao estabelecer um incentivo financeiro para a reorganização da atenção prestada nos municípios por meio de equipes de saúde bucal articuladas à Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>1,6-9</sup>.

A mudança de governo em 2003 foi decisiva para que a política de saúde bucal ganhasse destaque na agenda governamental federal. Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que tem como meta principal ampliar e qualificar a atenção básica e reorganizar a atenção na área, buscando assegurar atendimento em todos os níveis e proporcionar acesso a todas as faixas etárias<sup>1,5,10</sup>.

Entre as estratégias propostas para assegurar o atendimento integral em Saúde Bucal, destacam-se a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) – considerados dispositivos centrais dessa política – e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Dado o contexto recente da política de saúde no Brasil, marcado pela forte indução nacional e grande diversidade municipal, justifica-se o exame das relações entre diretrizes nacionais da política de saúde e as condições efetivas de sua implementação local, o que requer a realização de estudos de caso.

As inflexões recentes na política nacional de saúde bucal, com adoção de um novo desenho orientado pela integralidade da atenção e a proposição de novas diretrizes

e serviços para dar conta desse princípio, suscitam questões importantes. Dado que essa política é fortemente induzida pela esfera federal e executada nos municípios, como se expressam as relações entre as diretrizes nacionais da política e as condições de sua formulação e implementação municipal em face das peculiaridades do contexto local? Como a diretriz da integralidade anunciada no desenho nacional da política se traduz na organização local da atenção em saúde bucal?

A realização de estudos de implementação se justifica pelos seguintes motivos: a relevância da saúde bucal e seu reconhecimento como problema de saúde pública no Brasil; os desafios para a organização dessa política, que não logrou posição de destaque na agenda nacional da saúde até 2000; as inflexões na política brasileira a partir de 2003, com priorização da saúde bucal e sua expansão em todo o país; e o contexto da política no Brasil, marcado pela forte indução nacional e grande diversidade local, que torna necessária a realização de estudos de caso municipais.

O município de Vitória, a capital do estado do Espírito Santo, com 327.801 habitantes, historicamente já apresentava estratégias de organização da saúde bucal prévias ao lançamento da PNSB de 2004. Este artigo tem como objetivo analisar a política de saúde bucal na perspectiva da integralidade, considerando as diretrizes nacionais e a sua implementação no município de Vitória.

## MÉTODOS |

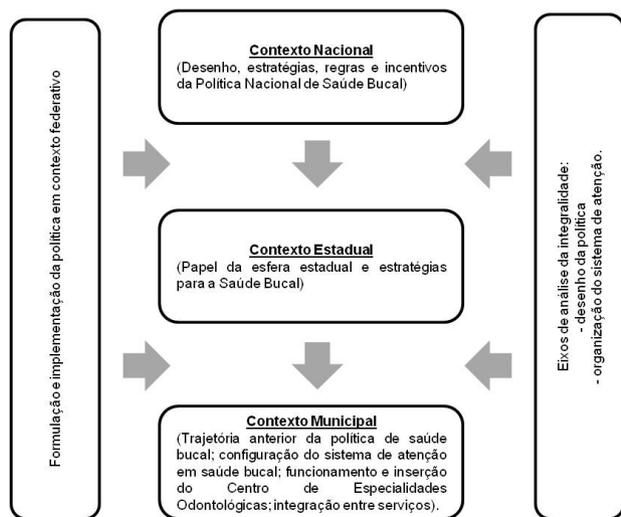
A pesquisa teve caráter eminentemente qualitativo, consistindo em um estudo de caso de implementação de uma política específica – a política de saúde bucal – com destaque para uma de suas estratégias – o CEO – na perspectiva da integralidade em saúde, no município de Vitória, no Espírito Santo. O estudo de caso é justificado pela sua possibilidade de retratar uma realidade local<sup>11</sup>.

O estudo fundamentou-se, em primeiro lugar, nas contribuições da literatura de análise de políticas públicas, particularmente na referente à implementação de políticas<sup>12</sup>. A fase de implementação da política consiste em pôr em prática uma determinada solução, envolve uma série de sistemas de administração pública, gerenciais, decisórios e mobiliza diversos atores e interesses, principalmente em uma política complexa como a da saúde<sup>13</sup>.

Em segundo lugar, a pesquisa fundamentou-se nos estudos sobre integralidade, considerando dois sentidos ou eixos principais desta: o desenho da política e a organização da rede<sup>14,15</sup>. Uma política pautada pela integralidade apresenta um desenho amplo, que compreende um conjunto de ações e estratégias diversificadas visando suprir as necessidades da população, integrando as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação<sup>14</sup>. Além disso, deve prever mecanismos de financiamento e de articulação entre áreas da política pública. Quanto à dimensão da organização dos serviços de saúde, a integralidade relaciona-se à garantia de acesso a todos os níveis de atenção, bem como a articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais<sup>15</sup>.

As principais categorias de análise da pesquisa foram: a configuração e implementação da política de saúde bucal no município e sua relação com diretrizes nacionais e estratégias estaduais; a estrutura e funcionamento do CEO e a integração entre serviços e níveis de atenção. A Figura 1 sintetiza o referencial analítico da pesquisa.

Figura 1 - Síntese do referencial de análise da pesquisa



Fonte: Elaboração dos autores.

O estudo compreendeu as seguintes estratégias metodológicas: análise de documentos e portarias federais (obtidos nos sites Saúde Legis, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde), documentos estaduais e municipais, análise de dados primários (fornecidos pelas secretarias de saúde) e secundários (obtidos da Sala Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde ou do Datasus)

e realização de 22 entrevistas semiestruturadas. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados segundo os critérios ‘cargo/função ocupada’ e ‘período de atuação na política ou na atenção à saúde bucal’ no município de Vitória, distribuindo-se da seguinte forma: coordenador estadual de saúde bucal (1); coordenador municipal de saúde bucal (1); ex-coordenadoras municipais de saúde bucal (4); diretoras do CEO (2); diretoras das outras unidades especializadas do município (2); cirurgiões-dentistas do CEO (12).

As entrevistas, realizadas de junho a outubro de 2010, compreenderam questões relacionadas à história da saúde bucal no município, estratégias prioritárias desta política e sua relação com as demais áreas e políticas de saúde do município, atores envolvidos na formulação e implementação, avanços e dificuldades da política. Envolveram ainda perguntas relacionadas ao funcionamento do CEO, tais como organização dos fluxos, articulação na rede de serviços, formas de acesso e adoção de protocolos clínicos nas diversas especialidades.

Na apresentação dos resultados, visando evitar a identificação dos sujeitos, os entrevistados são identificados somente pelo grande grupo ao qual pertencem: coordenadores, ex-coordenadores de saúde bucal do estado e do município, gerentes dos CEOs e das unidades especializadas (coordenador); e cirurgiões-dentistas do CEO (cirurgião-dentista).

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático<sup>16</sup> considerando-se as categorias de análise definidas na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de pesquisa responsável sob o número 214/09.

## RESULTADOS |

### Trajетória da política municipal de saúde bucal

A análise da trajetória da política de saúde bucal no município de Vitória permitiu identificar quatro períodos principais, com características distintas em termos da condução da política, da organização do sistema de saúde e do modelo de atenção: o período pré-SUS (1950-1988), o período de ênfase na municipalização (1989-1994),

o período de predomínio do Programa Sorria Vitória (1995-2003) e o período de influência do Brasil Sorridente (2004-2010).

O período pré-SUS caracterizou-se pelo aumento gradual da oferta de serviços, com a construção de unidades de saúde, contratação de profissionais de saúde bucal e início da fluoretação das águas de abastecimento público. O modelo de atenção à saúde bucal baseava-se na prática imediatista e curativista<sup>17</sup>, com ênfase no atendimento a uma faixa etária específica (escolares), sem implicar mudança no estado de saúde do conjunto dos cidadãos, expressando o modelo predominante na área no Brasil.

O período de 1989 a 1994, denominado de ênfase na municipalização, foi marcado por muitas transformações para que a esfera municipal pudesse assumir efetivamente a gestão do sistema de saúde. O município passou por uma divisão em regiões<sup>18</sup>, houve a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, investimentos em infraestrutura e em capacitação no intuito de oferecer condições para o aumento da cobertura.

Durante esse período, houve descontentamentos com o modelo de atenção vigente até então. A assistência odontológica voltou-se mais para prevenção, implantaram-se os procedimentos coletivos em saúde bucal e iniciou-se o atendimento ao paciente adulto nas unidades de saúde. Mesmo assim, permanecia a baixa cobertura das ações de saúde bucal, o predomínio da atenção individual e a limitada incorporação do conceito de promoção de saúde, que não se traduziam em modificações nos indicadores de saúde bucal<sup>17</sup>.

Ressalte-se que propostas relevantes para a modificação do modelo de atenção em saúde bucal – como a incorporação de profissionais de nível técnico – não puderam ser sistematicamente implementadas, devido à resistência dos cirurgiões-dentistas e dos conselhos de classe ou à escassez de profissionais qualificados. Assim, apesar da existência de decisão política, da disponibilidade de recursos financeiros e dos investimentos em estrutura, a implementação do modelo ora designado como ‘odontologia integral’ foi prejudicada. Nesse sentido, ressalte-se a importância de considerar as relações de poder e os interesses dos vários atores envolvidos na implementação das políticas, com destaque para os profissionais de saúde.

No período de predomínio do Programa Sorria Vitória (1995-2003), o município adotou a territorialização como estratégia para avançar na reestruturação do sistema e do modelo de atenção à saúde. Buscou-se articular ações educativas, preventivas e curativas, além de incorporar ações intersetoriais, por meio da integração com a Secretaria de Estado da Educação e com o programa de atenção integral à mulher. Em que pese a adoção de um enfoque de atenção baseado na integralidade, o Sorria Vitória restringia-se a faixas etárias específicas, com destaque para as crianças até 14 anos e as gestantes.

Apesar das dificuldades – como ausência de técnicos de higiene dental para compor as equipes e restrito apoio da Secretaria de Estado da Educação –, o programa proporcionou mudanças no índice CPO-D e a diminuição dos percentuais de crianças com necessidades clínicas comprovadas para tratamento<sup>19</sup>. Esse programa norteou a atenção à saúde bucal no município por vários anos, permanecendo na agenda política local. A saúde bucal apresentou avanços, favorecidos pelo apoio político dos gestores municipais.

O período de influência do Brasil Sorridente (2004-2010) caracteriza-se por mudanças efetivas na política de saúde bucal no município de Vitória, sob influência das transformações na política nacional. A partir de 2004, iniciou-se a inserção das equipes de saúde bucal na ESF e, em 2005, inaugurou-se um CEO no município. Com isso, ampliou-se o acesso às ações básicas e especializadas na área de saúde bucal, para os diversos grupos da população. O CEO se configurou como um importante instrumento para a consolidação da política de saúde bucal. Nesse período, observa-se um fortalecimento da perspectiva da integralidade no que concerne ao desenho da política e à organização da rede de serviços no município.

O Quadro 1 resume as principais características dos quatro períodos da política de saúde bucal na cidade de Vitória, explicitando suas relações com o contexto mais amplo do sistema de saúde nacional e local. O contexto estadual não é apresentado no quadro, porque, nos quatro períodos, a atuação da esfera estadual foi frágil e de restrita influência sobre a política de saúde bucal local.

Quadro 1 - Síntese da evolução da Política de Saúde Bucal no município de Vitória – 1950 a 2010

Evolução da Política de Saúde Bucal no município de Vitória				
Variáveis	Período Pré-SUS (1950-1988)	Período de ênfase na municipalização (1989 - 1994)	Período de predomínio do Programa Sorria Vitória (1995 - 2003)	Período de influência do Brasil Sorridente (2004 - 2010)
Contexto Nacional do Sistema de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anos 50 a 70 - Medicina previdenciária e saúde pública.</li> <li>1974 - Fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil.</li> <li>Anos 70 e 80 - Movimento de Reforma Sanitária.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1986 - VIII CNS e I CNSB.</li> </ul> </li> <li>1º Levantamento Epidemiológico de SB.</li> <li>1988 - Constituição Federal.</li> <li>Modelo predominante na SB - incremental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1990 - Implantação do SUS.</li> <li>Regulamentação do SUS pela NOB/1991 (responsabilização pelos municípios das ações e serviços) e NOB/1993 (estabeleceu três condições da gestão municipal).</li> <li>Período marcado pela municipalização, descentralização das ações e serviços de saúde e pela disseminação dos conselhos de saúde em todo o Brasil.</li> <li>1993 - II CNSB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Normatização do SUS pela NOB/96 - Incentivos ao PACS e PSF.</li> <li>1998 - Instituição do PAB.</li> <li>2000 - MS estabelece financiamento para as equipes de saúde bucal.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>2001 - Inclusão das ESBs na ESF. Normatização pela NOAS/2001 - Inclusão na saúde bucal de um elenco de procedimentos na atenção básica e na média complexidade (endodontia).</li> </ul> </li> <li>NOAS/2002 - Redefine procedimentos de média complexidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal.</li> <li>2006 - Pacto da Saúde e blocos de financiamento - estabelecimento de acordos entre gestores por meio da assinatura de termos de compromisso de gestão; reorganização do financiamento por meio da transferência de recursos, de acordo com o nível de atenção à saúde e o tipo de serviço.</li> </ul>
Contexto do Sistema de Saúde Municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anos 50 e 60 - SB vinculada à Divisão de Saúde e Bem Estar Social.</li> <li>1978 - Estruturação da Secretaria Municipal de Saúde composta pelo Departamento Médico-Odontológico e Social e o Departamento de Saúde Pública. Divisão Odontológica com mais autonomia e verbas para ampliação de serviços.</li> <li>1987 - Integração no Programa AIS - Ações Integradas de Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1989 - Municipalização da saúde.</li> <li>Em 1990 - regulamentação do Modelo Assistencial de Saúde do ES. Realização do 1º concurso público.</li> <li>1991 - Criação do Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde e I Conferência Municipal de Saúde.</li> <li>1992 - Divisão do município em sete regiões.</li> <li>1993 - Reforma Administrativa da SEMUS. A saúde bucal passou a integrar o Departamento de Administração em Saúde.</li> <li>1994 - Habilitação na Gestão Incipiente (NOB/93).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1995 - Territorialização pela Implantação dos SILOS.</li> <li>1998 - Habilitação na Gestão Plena da AB (NOB/SUS 01/96). Início da implantação da ESF.</li> <li>2000 - Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>2002 - Criação do Departamento de Assistência à Saúde: divisão das ações em atenção básica, especializada e hospitalar, de urgência e emergência.</li> </ul> </li> <li>2003 - Habilitação na Gestão da Atenção Básica Ampliada (NOAS/2002).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2006 - Reestruturação da SEMUS.</li> <li>2007 - Realização de concurso público.</li> <li>2008 - Vigência do Pacto pela Saúde, responsabilidade: média e alta complexidade. Implantação do Sistema de regulação.</li> <li>2009 - Investimentos em infraestrutura. Rede de serviços organizada para dar acesso aos indivíduos na atenção básica, especializada, urgência e emergência, assistência farmacêutica e laboratorial.</li> </ul>

\*Continua

Quadro 1 - Síntese da evolução da Política de Saúde Bucal no município de Vitória – 1950 a 2010

\* Continuação

<p><b>Modelo de Atenção Preponderante</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anos 50 e 70 - Baseado em cuidados imediatistas e curativos, com destaque para a exodontia.</li> <li>• Anos 80 - Predomínio do modelo incremental, (nas creches e escolas, em crianças de 6 a 14 anos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1990 - Insatisfação com o modelo vigente - incremental. Clientela escolar passou a ser referenciada para a UBS.</li> <li>• Tentativa de mudança do modelo com a consolidação da odontologia integral, marcado pela grande resistência dos profissionais e entidades de classe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantação do Programa Sorria Vitória - Limitação: população de 0 a 14 anos e gestantes.</li> <li>• Preocupação em mudar o modelo de atenção para o atendimento integral, dificultando inexistência de referência às especialidades, exceto a endodontia de forma limitada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo voltado para o atendimento integral ao indivíduo, com referência e contrarreferência às especialidades.</li> <li>• Mudança no modelo de atenção de grupos prioritários para saúde da família.</li> </ul>
<p><b>Oferta de Serviços de Saúde Bucal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações de educação em saúde nas comunidades realizadas pelo serviço social por meio de estagiários da UFES.</li> <li>• Oferta de serviços à população caracterizada pela livre demanda.</li> <li>• Atendimento às crianças de 6 a 14 anos - escolas e creches, (modelo incremental).</li> <li>• Na década de 1980 - atendimento odontológico realizado em 16 das 20 unidades de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1990 - Estruturação do atendimento ao adulto por meio dos grupos prioritários (hipertensos e diabéticos).</li> <li>• Atendimento prioritário à criança nas escolas, com referência para as unidades de saúde.</li> <li>• Em 1992 - oferta de atendimento clínico à criança e ao adulto nas unidades de saúde, com realização de ações educativas e de prevenção.</li> <li>• 1993 - Implantação dos procedimentos coletivos em saúde bucal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações de educação em saúde e procedimentos preventivos e curativos realizados nas escolas e UBS com prioridade para crianças e gestantes.</li> <li>• Adultos atendidos nas UBS por meio de grupos prioritários</li> <li>• Atendimento das urgências odontológicas com a inauguração da Policlínica São Pedro.</li> <li>• Atendimento à especialidade - endodontia.</li> <li>• Oferta de serviço de radiologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2004 - Inserção das ESBs na ESF.</li> <li>• Aumento no número de ESBs no período.</li> <li>• 2005 - Implantação do CEO.</li> <li>• Atendimento às especialidades em outras duas unidades.</li> <li>• Implantação do serviço de urgência odontológica</li> <li>• Ampliação da oferta de serviços básicos de SB em horários noturnos.</li> <li>• Ampliação do número de agendamentos por turno de trabalho.</li> </ul>
<p><b>Recursos Humanos em Saúde Bucal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número elevado de contratações de profissionais de odontologia.</li> <li>• Número de cirurgiões-dentistas: década de 50 - 4 CDs.</li> <li>• Ao final da década de 80 - 46 CDs; 27 ACDs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1991 - Contratação de CDs clínicos e odontopediatras e ACD por meio de concurso público.</li> <li>• 1992 - Curso de Especialização em Saúde Pública para profissionais. Capacitação dos profissionais de odontologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação de profissionais da odontologia e de educadores, auxiliares de serviços gerais e voluntários das comunidades para atuarem no Programa Sorria Vitória.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2004 - Capacitações para os profissionais de odontologia atuarem nas ESBs. Realização de cursos para todos os profissionais da rede em urgência/emergência odontológica.</li> </ul>
<p><b>Marcos Gerais da Política Local</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1979 – 1º Levantamento Epidemiológico.</li> <li>• 1982 - Fluoretação das águas de abastecimento público no município.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1990 - Levantamento Epidemiológico em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos nas escolas estaduais e municipais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1996 - Levantamento Epidemiológico.</li> <li>• 1998 - Monitoramento do controle de flúor nas águas de abastecimento público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2004 - I Fórum Municipal de Saúde Bucal Coletiva.</li> <li>• 2005 - Inauguração do CEO.</li> <li>• 2009 - VI CMS</li> </ul>

### Configuração da saúde bucal no município e inserção do Centro de Especialidades Odontológicas

Segundo documentos oficiais e relatos dos entrevistados, o SUS no município de Vitória foi estruturado para proporcionar o atendimento integral à população, com oferta de serviços nos vários níveis de atenção e compreendendo várias portas de entrada para atendimento (unidades de saúde, centros de referência, pronto atendimentos, etc.). Definiram-se como eixos estruturantes a Vigilância em Saúde e a ESF<sup>20</sup>.

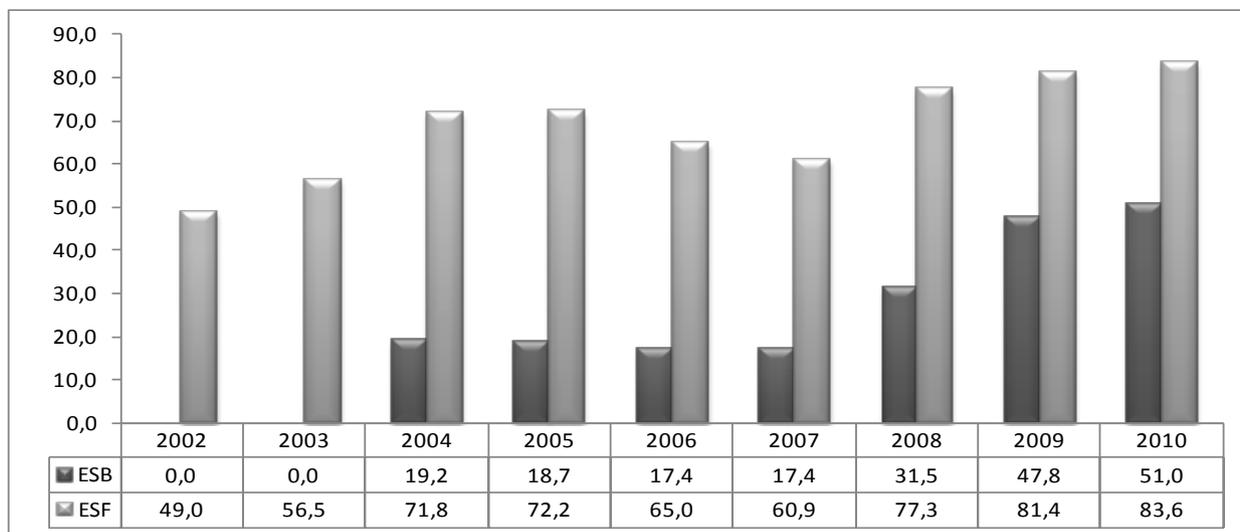
A rede de saúde do município dispõe de 47 equipes de saúde bucal e 77 equipes de saúde da família, proporcionando uma abrangência populacional estimada de 51 % e 84 %, respectivamente. Os anos de 2006 e 2007 apresentaram a mesma abrangência populacional estimada, pois não foi implantada nenhuma equipe nesse período, podendo-se considerar, entre as razões, a mudança de governo. Em 2008 esse quantitativo voltou a aumentar, pois foram implantadas 29 equipes de saúde bucal. Esse crescimento manteve-se nos anos seguintes (Figura 2).

A implantação do CEO no município representou um importante avanço ao proporcionar o acesso ao atendimento especializado e favorecer a continuidade da atenção. Mesmo assim, ainda persistem dificuldades quanto ao acesso, já que o município apresenta um único CEO implantado há aproximadamente nove anos e um LRPD.

Na análise das especialidades do CEO, observaram-se especificidades relacionadas ao número de profissionais, taxas de absenteísmo, demandas reprimidas, processo de trabalho e produção.

Todas as especialidades odontológicas apresentaram um alto índice de absenteísmo no ano de 2010, variando de 20 % a 42 %. Tal fato pode estar relacionado ao precário monitoramento das filas de espera, que não são revisitadas constantemente para detectar a situação dos usuários. As especialidades que apresentaram a maior fila de espera para atendimento foram a endodontia e a cirurgia buco-maxilo-facial (CBMF) (Tabela 1).

Figura 2 - Abrangência populacional das equipes de saúde da família e das equipes de saúde bucal no município de Vitória, Espírito Santo, 2002 a 2010



**Fonte:** Cálculo realizado pelos autores a partir do número de equipes de saúde bucal adquiridos no sítio do Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica e de dados populacionais do IBGE. Para cálculo da abrangência populacional estimada, multiplicou-se o número de equipes por 3.450 pessoas, parâmetro adotado pelas normas federais a partir de 2003. Portanto tais dados podem diferir dos apresentados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, que manteve o parâmetro adotado anterior de 6.900 pessoas até setembro de 2010.

Tabela 1 - Índice de absenteísmo e filas de espera no CEO, por especialidades. Vitória, julho a dezembro de 2010.

Especialidade	% de faltas às consultas agendadas	Número de pessoas
Prótese dentária	22,2%	75
Periodontia	22,8%	
Periodontia – retorno	20,1%	
Endodontia	33,3%	1037
Endodontia – retorno	33,9%	
Portadores de necessidades especiais	41,7%	
Portadores de necessidades especiais – retorno	28,5%	
Cirurgia bico maxilo/ Diagnóstico oral	26,2%	
Cirurgia bico maxilo/ Diagnóstico oral – retorno	14,8%	

**Fonte:** Elaboraões dos autores a partir de dados obtidos do Sistema de Regulação no município.

A periodontia não apresenta fila de espera, o que tem gerado preocupação nos dirigentes, já que esses pacientes podem não estar sendo captados ou não conseguindo ter acesso nas unidades. Outra hipótese levantada é que essa baixa demanda se deva ao curso de capacitação oferecido pelos profissionais da periodontia para os cirurgiões-dentistas da atenção básica. Segundo entrevistados, tal curso teria propiciado maior aproximação entre os profissionais dos dois níveis e proporcionado uma melhora expressiva nos critérios de encaminhamento ao CEO.

O CEO tem apresentado baixa produção, principalmente nas especialidades de CBMF e de prótese, que não conseguem atingir as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. No caso da primeira, entre os motivos relatados pelos entrevistados estão a longa fila de espera para atendimento, o absenteísmo e o número reduzido de profissionais. Já na especialidade de prótese, problemas no processo de trabalho constituem a principal causa da baixa produção. Uma das maiores dificuldades é com relação ao LRPD, cuja produção não tem sido compatível com os atendimentos realizados pelos cirurgiões-dentistas que atuam na referida especialidade. Outros problemas relacionados à prótese dizem respeito à limitada oferta diante da demanda e à não confecção de próteses parciais removíveis (só se fornecem próteses totais), o que limita

a integralidade da atenção. O paciente que necessita de prótese parcial precisa buscá-la no setor privado. Segundo uma das entrevistadas:

*Nós só fazemos prótese total. E existe uma demanda muito grande para fazer PPR, que é a prótese parcial. [...] a gente fica com um problema funcional, que você entrega uma prótese total superior e o paciente só tem quatro dentes inferiores, que ele não vai tirar, porque não há necessidade. [...] a prótese que eu fiz perde a função, porque ela não tem estabilidade. [...] a gente encaminha e diz para o paciente que ele tem que tentar resolver sozinho, fazer em particular, [...]. Mas a maioria dos pacientes não tem condições de pagar esse tipo de trabalho (Cirurgião-dentista 12).*

Os fluxos entre a atenção básica e a especializada no município apresentam-se em tese bem definidos, com a adoção de mecanismos de regulação, tais como fichas de encaminhamento (referência e contrarreferência), protocolos clínicos e a central de regulação. Entretanto, observou-se na fala dos entrevistados que a integração entre esses dois níveis se limita ao preenchimento de formulários. Na prática, eles funcionam de forma estanque, como “peças soltas” dentro do sistema<sup>21</sup>, conforme relatado por alguns profissionais:

*A lacuna em acbo que é esse distanciamento da atenção básica, que isso acaba criando uma visão da atenção básica não realista com relação à gente (Cirurgião-dentista 6).*

*Eu sinto como se fosse uma coisa totalmente isolada. [...] Eu não vejo articulação nenhuma (Cirurgião-dentista 2).*

Os problemas de integração também podem ser observados no retorno dos pacientes à atenção básica. A utilização das guias de contrarreferência é inadequada, pois elas não voltam para o setor odontológico que encaminhou o paciente. Observou-se insuficiente responsabilização e vínculo dos serviços com os pacientes, inclusive na atenção básica. O atendimento ocorre de forma fragmentada em cada nível:

*A equipe de referência da secretaria com a regulação tem ido, tem feito reuniões e orientado, mas, mesmo assim, não tem sido suficiente. A impressão que a gente tem é essa mesmo: a equipe [de saúde bucal], depois que ela faz esse atendimento e encaminha para a especialidade, ela não se sente mais responsável por esse usuário (Coordenadora 7).*

Com relação aos protocolos clínicos, segundo os profissionais do CEO, os cirurgiões-dentistas da atenção básica não conseguiram incorporar a importância dos protocolos. Muitos encaminhamentos ainda são realizados de maneira incorreta, com guias de referência incompletas, má adequação bucal e solicitação de procedimentos que poderiam ser resolvidos na atenção básica. Isso gera um tempo operatório maior, muitas vezes com necessidade de retorno do paciente para adequação bucal.

Assim, realizaram-se capacitações para os profissionais da atenção básica nas especialidades de periodontia e cirurgia oral menor com o objetivo de mostrar a importância dos protocolos e a competência de cada um dos níveis de atenção. Segundo afirma uma entrevistada:

*[...] Uma coisa que foi muito legal nessa capacitação que a gente fez, que o melhor de tudo não foi o conhecimento técnico que eles adquiriram. Eu acho que foi a aproximação... Ele saber qual a dificuldade que eu tenho aqui quando ele manda o paciente fora do protocolo, e eu saber a dificuldade que ele tem lá (Cirurgião-dentista 6).*

A fala da profissional evidencia a importância de maior integração entre os serviços e a necessidade de realização de cursos de capacitação frequentes em todas as especialidades, proporcionando momentos de interação entre os profissionais da rede básica e os da especializada.

Em síntese, apesar de formalmente o sistema de saúde municipal estar orientado para proporcionar o atendimento integral, ainda persistem problemas relacionados ao baixo acesso à atenção básica e à especializada, a limitações no processo de trabalho das equipes de saúde bucal e das especialidades, à baixa produção e as dificuldades de integração entre a atenção básica e a especializada.

## DISCUSSÃO |

A saúde bucal, após décadas de lutas políticas dos profissionais da área, passou a ocupar um lugar de destaque na agenda federal para a saúde com a mudança do governo nacional em 2003. O contexto de transição abriu uma “janela de oportunidade”<sup>22</sup>, ou seja, um momento propício para que o problema da saúde bucal entrasse na agenda governamental federal<sup>1,5</sup>.

A análise da política de saúde bucal no município de Vitória permitiu constatar que esta capital, nas últimas décadas, tem passado por transformações para melhorar seu sistema de saúde. Em vários momentos, houve iniciativas de mudanças no modelo de atenção, influenciadas pelo contexto e pela política nacional, reiterando o peso do Executivo Federal na indução de políticas de saúde no caso brasileiro.

No entanto, o estudo também evidenciou que a política municipal apresentou algumas características e experiências próprias, como foi o caso do Programa Sorria Vitória, predominante entre 1995 e 2003, que trouxe modificações ao modelo de atenção e propiciou melhorias nos indicadores de saúde bucal do município. O peso de tal Programa contribuiu para postergar a implementação de equipes de saúde bucal vinculadas à ESF, apesar da forte indução federal a partir de 2001. Evidencia-se, nesse sentido, a relevância da trajetória anterior da política<sup>23</sup>, visto que as escolhas locais prévias relativas à organização da saúde bucal – priorização do atendimento a gestantes e a escolares, valorização do espaço da escola para captação – adiaram a adoção de outros caminhos. Somente a partir de 2004, essas equipes começaram a ser implantadas, já no contexto do Brasil Sorridente, em que a priorização dessa política pelo governo federal e a expansão do seu escopo no território nacional ficaram evidentes.

Portanto, no caso estudado, evidenciou-se a combinação de forte influência nacional com especificidades da política e do sistema de saúde local, expressando o dinamismo da implementação de políticas no contexto federativo brasileiro. Nesse sentido, outro aspecto a ser mencionado é a fragilidade da participação da esfera estadual na definição de políticas para a área de saúde bucal nos diversos momentos identificados.

A análise da trajetória da saúde bucal no município permitiu identificar diversos atores que favoreceram a implementação da saúde bucal e outros que se mostraram resistentes em alguns momentos. No primeiro grupo, cabe destacar os gestores municipais (prefeitos e secretários de saúde), o Ministério da Saúde, as equipes técnicas da área de saúde bucal no município, os movimentos sociais e o Ministério Público. Já os conselhos de classe dos cirurgiões-dentistas mantiveram, durante décadas, posição contrária à inserção do pessoal auxiliar no atendimento. Tal situação se alterou após a inclusão das Equipes de Saúde Bucal na ESF, o que enfatiza a organização dos serviços de saúde por meio do trabalho em equipe e a incorporação do pessoal auxiliar.

O estudo de Soares e Paim<sup>24</sup> sobre a implementação da política de saúde bucal na cidade de Salvador entre 2004 e 2007 apresentou entraves relacionados com a política de recursos humanos, com a ausência de autonomia financeira da Secretaria Municipal de Saúde e, principalmente, a falta de apoio do gestor municipal (prefeito), diferentemente do município de Vitória. Tais questões, associadas à ausência de um projeto de saúde bucal consistente, apresentaram-se como barreiras para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador.

## CONCLUSÃO |

Os resultados deste estudo sugerem que a formulação da PNSB de 2004 favoreceu avanços substantivos na política de saúde bucal no município de Vitória. A incorporação das equipes de saúde bucal na ESF e a implantação do CEO configuraram-se como importantes estratégias para a ampliação do acesso ao atendimento odontológico e garantia da integralidade da atenção.

A análise da atenção à saúde bucal no município de Vitória permite afirmar que o período de influência do Brasil Sorridente (2004-2010) apresentou condições mais favoráveis para o fortalecimento da perspectiva da integralidade na atenção à saúde bucal do que os momentos anteriores, pelo fato de essa diretriz estar fortemente presente na política nacional, por meio de um desenho mais abrangente desta política e da expansão de serviços de vários tipos, com destaque para a atenção básica e a atenção especializada ambulatorial.

Destaque-se nesse sentido que a implantação do CEO representou um avanço, ao ampliar o acesso ao atendimento especializado no município e favorecer a continuidade da atenção, fatores fundamentais para o princípio da integralidade.

Por outro lado, a análise da implementação da política e da configuração do sistema de atenção em saúde bucal no município revela limitações importantes a serem equacionadas.

Algumas limitações identificadas foram: a oferta de serviços ainda insuficiente, dado que o município apresenta um único CEO para atender toda a demanda; a ausência de oferta de alguns procedimentos, tais como a prótese parcial removível; as longas filas de espera; o alto índice de absenteísmo e a baixa produção dos serviços. Além

disso, a integração entre os serviços da atenção básica e da especializada demonstrou fragilidades, com escassez de mecanismos de coordenação e comunicação entre eles, apesar de existir uma definição formal de fluxos entre os dois níveis.

Os resultados das pesquisas recentes sugerem ainda a necessidade de novos estudos que analisem as complexas relações entre condicionantes nacionais, estratégias estaduais e especificidades dos contextos locais na implementação de políticas de saúde bucal no cenário federativo brasileiro. A configuração dessas relações pode favorecer ou dificultar o acesso da população aos serviços, segundo uma lógica pautada pela universalidade e integralidade da atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS |

1. Narvai PC. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2011; 5(3):21-34.
2. Moysés SJ. Políticas de atenção à saúde bucal: o cenário internacional e o Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 609-33.
3. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2):241-6.
4. Narvai PC. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
5. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. 2009; 33(81):64-71.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 6 de março de 2001. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2000.

8. Lorena Sobrinho JE, Espírito Santo ACG. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Saúde Soc* [Internet]. 2013; 22(4):994-1000 [citado em 2014 Out 11]. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400003>>.
9. Nóbrega CBC, Hoffmann RHS, Pereira AC, Meneghim MC. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia [Internet]. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Suppl 1):1763-72 [citado em 2014 Out 11]. Disponível em: URL: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700088>>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. São Paulo: Bookman; 2010.
12. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. 3rd ed. Canada: Oxford University Press; 2009.
13. Viana AL, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, org. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 59-87.
14. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.
15. Pinheiro R, Ferla AA, Silva Júnior AG. Integralidade na atenção à saúde da população. In: Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 269-84.
16. Bardin L. Análise de Conteúdo. Portugal: Edições 70 LDA; 2009.
17. Beltrame SM, Silva FJD. A saúde bucal no município de Vitória: um resgate histórico. Vitória, 2000. 5f. Mimeo. Digitado.
18. Bisi CR, Pimentel DS, Figueiredo FS, Oliveira HB, Costa JAA, Silva LAV et al. Estado e Políticas Públicas [monografia]. Vitória: Secretaria Estadual de Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública; Universidade Federal do Espírito Santo; 1997.
19. Nonato GS, Ghil IE, Ferreira JT, Santos MI, Sartori SR, Torres WL. Mudança de paradigma em Odontologia [monografia]. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 1998.
20. Vitória. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde; 2009.
21. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde da pirâmide ao círculo: uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(3):469-78.
22. Kingdon JW. Agendas, alternatives and public policies. 2nd ed. New York: Longman; 2002.
23. Pierson P. Politics in time. History, institutions and social analysis. Princeton: Princeton University Press; 2004.
24. Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):966-74.

*Correspondência para/ Reprint request to:*

**Priscilla Caran Contarato**

*Avenida João Batista Parra 775, apto 1002*

*Praia do Suá, Vitória - Espírito Santo, Brasil*

*CEP: 29052-123*

*E-mail para contato: [priscillacontarato@gmail.com](mailto:priscillacontarato@gmail.com)*

Submetido em: 21/06/2014

Aceito em: 03/10/2014