



**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ**  
**DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**



**SÉRGIO SPEZZIA**

**UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

**MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

**PATO BRANCO**

**2014**

**SÉRGIO SPEZZIA**



**UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA OS  
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista na Pós Graduação em Gestão Pública, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR – *Câmpus* Pato Branco.

Orientadora: Profa. Ma. Larissa de Lima Trindade

**PATO BRANCO**

**2014**



## TERMO DE APROVAÇÃO

Uma Análise das Políticas Públicas Voltadas para os Serviços de Saúde Bucal no  
Brasil

Por

**Sérgio Spezzia**

Esta monografia foi apresentada às 09:20 hs. do dia **18 de outubro de 2014** como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, *Câmpus* Pato Branco. O candidato foi argüido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho **aprovado**.

---

Profa. Ma. Larissa de Lima Trindade  
UTFPR – *Câmpus* Pato Branco  
(orientadora)

---

Profa. Dra. Denise Rauber  
UTFPR – *Câmpus* Pato Branco

---

Profa. Dra. Priscila Rubbo  
UTFPR – *Câmpus* Pato Branco

## RESUMO

SPEZZIA, Sérgio. Uma Análise das Políticas Públicas Voltadas para os Serviços de Saúde Bucal no Brasil. Ano 2014. 43 páginas. Monografia (Especialização Gestão Pública). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, ano 2014.

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de ações do poder público, ou seja, regras e procedimentos que auxiliam nas relações entre poder público e sociedade e que visam solucionar problemas da coletividade. O objetivo do presente trabalho foi o de analisar as políticas públicas voltadas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil, identificando evidências na literatura acerca da percepção dos pacientes e dos profissionais sobre a eficiência e eficácia dessas políticas. Para isso foi realizada uma pesquisa de cunho bibliográfico nas seguintes bases de dados: Pubmed, Scopus, Lilacs, Google Acadêmico. Além disso, buscou-se demonstrar a evolução das legislações, em âmbito nacional, que tratavam acerca da temática pesquisada. Os resultados demonstraram que o processo de atendimento odontológico precisa ser melhorado, instaurando-se políticas públicas compatíveis com a nossa realidade e que a satisfação do usuário deve ser a principal meta de todo serviço assistencial de saúde. Além disso, averigou-se que o governo nos últimos vinte anos procurou empreender políticas públicas voltadas para o incremento da atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde, principalmente, visando reduzir gastos futuros e promover tratamentos de caráter preventivo para evitar que desenvolvam-se situações clínicas que requeiram tratamentos de maior complexidade. Observa-se que muito ainda falta a ser complementado em termos da adoção de políticas públicas para o setor de saúde bucal, a ponto de fornecer subsídios que possam cobrir a demanda. Todo o esforço empreendido pelo governo, até então, mostra-se insuficiente e o que mais se tem praticado paliativamente é o direcionamento dos recursos, optando-se por realizar alguns atendimentos odontológicos, deixando de lado outros. Além disso, falta a estruturação de políticas que permitam a destinação de verba orçamentária que seja destinada especificamente para a saúde bucal.

**Palavras-Chave:** Administração de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Eficiência Organizacional. Avaliação de Eficácia-Efetividade de Intervenções.

## **ABSTRACT**

SPEZZIA, Sérgio. An Analysis of Public Policies Aimed at the Dental Health Services in Brazil. 2014. 43 pages. Monografia (Especialização em Gestão Pública). Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2014.

Public policies can be defined as a set of actions of government, ie, rules and procedures that assist in the relations between government and society and aimed at solving problems of the community. The aim of this study was to analyze facing public oral health services in Brazil public policies, identifying evidence in the literature about the perceptions of patients and professionals on the efficiency and effectiveness of these policies. For a survey of this nature was conducted in bibliographic following databases: PubMed, Scopus, Lilacs, Google Scholar. In addition, we sought to demonstrate the evolution of the laws at the national level, dealing about the topic researched. The results demonstrate that the process of dental care needs to be improved, establishing public policy is consistent with our reality and that user satisfaction should be the main goal of every health care service. Also, if averigou that the government in the last twenty years he sought to undertake public policies to increase the primary care in the Basic Health Units, mainly to reduce future spending and promote preventive treatments to avoid developing for clinical situations requiring more complex treatments. It is observed that much remains to be completed in terms of the adoption of public policies for the sector oral health to the point of providing subsidies that could cover the demand. Every effort undertaken by the government, so far, has proved insufficient and what else has been practicing palliative is the targeting of resources, choosing to perform some dental care, leaving aside others. Furthermore, lack of structuring policies that allow the allocation of budget funds that is specifically designed for oral health.

**Keywords:** Health Services Administration. Primary Health Care. Efficiency, Organizational. Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Aspectos do Sistema de Saúde no Brasil Relacionados aos Serviços de Odontologia.....	13
2.1.1 Políticas Públicas no Serviço Público Odontológico.....	15
2.2. Setor de Saúde Público e o Privado.....	18
2.3 O Papel do Gestor Público.....	22
2.4 Política Nacional de Saúde Odontológica.....	25
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>28</b>
3.1 LOCAL DA PESQUISA OU LOCAL DE ESTUDO .....	28
3.2 TIPO DE PESQUISA E TÉCNICAS DA PESQUISA .....	28
3.3 COLETA DOS DADOS .....	28
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente são muitos os problemas relacionados com a saúde pública brasileira, dentre eles destacam-se os problemas relacionados aos serviços de assistência a saúde odontológicos. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado, conforme destaca Ferreira, 2010. Todos somos frutos do passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos (POLIGNANO, 2005).

O serviço público odontológico, na maioria das vezes está focado nos municípios brasileiros em ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos têm acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores (MOREIRA ET AL., 2005).

Outro aspecto que tem importância extremada e que tem implicações específicas acerca do tema é a falta de recursos destinados a assistência de saúde pública odontológica. Na saúde bucal não existe uma porcentagem de verba que é específica do todo da parte da saúde. Na maioria das discussões, devido ao fato, envolvendo tanto Congresso como a Conferência Nacional de Saúde, buscou-se ter um repasse fixo para a saúde bucal (MOIMAZ ET AL., 2008). Expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados para essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender imediatamente todas as potenciais necessidades da população. Para fazer frente a esse desafio, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias. As primeiras metas propostas como mudanças foram os atendimentos de crianças, gestantes e em caráter de urgência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2000, e o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico (NAKAGAWA, 2011).

Dessa forma, nesse estudo foram analisadas as políticas públicas empregadas na saúde bucal brasileira, o contexto evolutivo atual e a elaboração de medidas, visando aprimoramento da administração pública no setor para melhoria do atendimento.

A prestação de serviços públicos de saúde bucal em nosso país, mostra-se até então, carente de recursos para suprir a demanda, pouco se incrementou em

termos de elaboração e implementação de políticas públicas para melhora no setor (BRASIL, 1988, 1989).

A cargo dos nossos legisladores, medidas visando efetividade das políticas públicas voltadas para o setor odontológico na prática são necessárias e tem caráter de urgência para surtir mudanças. Nesse sentido, surge o seguinte questionamento de pesquisa: quais são as políticas públicas vigentes voltadas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil?

Para responder ao problema de pesquisa foi realizada uma revisão bibliográfica, buscando-se traçar a configuração atual presente no Brasil relacionada a disponibilidade de recursos para o setor saúde odontológico, procurou-se, também identificar se existe correspondência positiva para alcançar-se êxito na prática.

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

Levando-se em consideração a insuficiência existente na elaboração de políticas públicas voltadas para os serviços públicos de saúde bucal, com o intuito de propiciar esclarecimentos para resolução futura dos problemas apresentados, essa investigação pode contribuir, repassando informações que tenderão a ser úteis, evitando-se dessa forma, que os mesmos erros de antes sejam cometidos, visando que em contrapartida, medidas efetivas sejam adotadas (SILVA & FERNANDES, 2001; NARVAI, 2011).

Nesse contexto, este estudo contribuirá para demonstrar aos leitores e gestores públicos, as percepções de usuários e profissionais da área de saúde bucal a respeito do modelo de gestão pública praticada no Brasil, bem como irá demonstrar a evolução deste modelo.

As políticas públicas voltadas para a saúde bucal merecem ser amplamente discutidas e comentadas, na tentativa de se alcançar meios que permitam canalizar recursos orçamentários para o setor, visando amplitude imediata, equidade e universalidade dos atendimentos.

Essas políticas públicas são importantes no Brasil para alavancar meios que possibilitem cobrir a grande demanda reprimida que existe por atendimentos a nível de atenção secundária e terciária em âmbito odontológico. A assistência pública odontológica em nosso país tem se restringido a atenção primária e aos serviços básicos, sem se preocupar em abranger os atendimentos especializados e de maior complexidade. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou o crescimento da oferta de serviços básicos da atenção primária

(primeiro nível de atenção a saúde bucal), não existindo adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (BRASIL, 2004).

Na impossibilidade de implementar atendimento público odontológico, visando abrangência global, políticas públicas encontraram algumas dificuldades na sua elaboração e buscaram o direcionamento preferencial de recursos com metas prioritárias, optando-se por instituir a seletividade nos atendimentos prestados, procurando-se prestar assistência aos mais necessitados. Essas políticas empregadas pelo Estado são políticas compensatórias (OLIVEIRA & SALIBA, 2005).

Na atualidade, políticas públicas voltadas para a saúde bucal tem sido importantes para o Brasil, procurando abranger de certa forma, determinada parcela dos mais necessitados. A instituição do Programa Brasil Sorridente em 2003, a exemplo, tentava mudar a atenção a saúde bucal, com melhoria da organização do sistema de saúde como um todo. Procurou-se investir no incremento da atenção primária, destinando maiores recursos para a área para propiciar atendimento de forma integral, humanizadora e acolhedora, incluindo-se o cirurgião dentista no Programa Saúde da Família e promovendo tratamento de cunho preventivo para evitar-se encaminhamento futuro do paciente para tratamentos com maior complexidade a nível secundário e terciário, onde o governo carece de recursos na amplitude de cobertura (BRASIL, 2004a).

## **1.2. OBJETIVO GERAL**

Analisar as políticas públicas voltadas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil, identificando evidências na literatura de como ocorre a percepção dos pacientes e dos profissionais sobre a eficiência e eficácia dessas políticas governamentais.

### **1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar de forma sintética a evolução das políticas públicas elaboradas, no intuito de promover ações para melhoria da saúde bucal da população, destacando o público-alvo que é beneficiado atualmente em nosso país;

- Analisar a percepção dos pacientes com o serviço ofertado através de levantamento bibliográfico, no intuito de se obter um retrato atualizado de como procede o atendimento odontológico, tentando identificar alterações ou eventuais incrementos no setor saúde bucal;

- Avaliar as dificuldades dos pacientes e dos profissionais para a solução dos seus problemas, enfocando a efetividade e a eficácia das políticas públicas vigentes.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As políticas públicas constam de um conjunto de ações do poder público e fazem parte de um aglomerado de regras e procedimentos que auxiliam nas relações entre o poder governamental e a sociedade. Elas visam solucionar problemas da coletividade. Por intermediarem ações entre Estado e sociedade, são formuladas em documentos que orientam ações que compreendem aplicação de recursos públicos (TEIXEIRA, 2002).

A fragmentação é um aspecto bastante comum nas políticas públicas no Brasil. Embora as demandas da sociedade impliquem a articulação e a interação de diferentes setores, essas acabam não ocorrendo, pois cada setor fica responsável pela sua parte na política, gerando uma competição interburocrática. Sabe-se que algumas políticas públicas podem necessitar que esforços nas áreas de saúde, educação e assistência social, sejam integrados (RUAS, 2012).

Este tipo de competição, juntamente com a descontinuidade administrativa, que causa muito frequentemente interrupção, abandono ou substituição das estratégias, também são considerados irregularidades e são responsáveis por emperrar as políticas públicas no país. Como resultado dessa irregularidade, temos o desperdício de recursos pela ineficácia das políticas públicas (RUAS, 2012).

Existe necessidade da formação de profissionais em Políticas Públicas e Gestão, considerando o momento social por que passa nosso país, com cobranças pela sociedade por melhores resultados no uso do recurso público e, também, em obediência ao princípio constitucional da eficiência da administração pública (CHRISPINO ET AL., 2012).

Existe consenso de que o Brasil atual alcançou certa estabilidade econômica, expressa especialmente pelo controle da inflação e pela disciplina fiscal. Esses parâmetros adotados devem ser mantidos pelos governos subsequentes, tal qual ocorreu pelos governos anteriores, como uma cultura amplamente disseminada na administração pública e na sociedade (OLIVEIRA, 2005).

Esta estabilidade possibilitou melhores condições, havendo forte influência da Lei de Responsabilidade Fiscal instituída no ano de 2000 (BRASIL, 2005), que definiu limites aos gastos públicos; da Lei de Acesso a Informação de 2011 (BRASIL, 2011), que indica, como paradigma, a informação pública como regra e o sigilo como exceção; da difusão da transparência pública, por meio eletrônico, que

está permitindo que os gastos públicos sejam acompanhados pelos cidadãos, incluindo-se ainda a democracia participativa, manifesta sob forma de conselhos de acompanhamento. Houve também ação direta da sociedade, o que desencadeou, por exemplo, a Lei da Ficha Limpa de 2010 (PAZZAGLINI FILHO, 2014). Nesse contexto, parcela mais organizada e melhor aparelhada, cognitivamente, da população passou a acompanhar e criticar outros pontos, que compõem o universo da gestão pública brasileira. Desfeito o confusãoção que envolvia o processo decisório dos agentes públicos, foi possível perceber o que e o quanto havia por fazer, bem como as diversas possibilidades para o como fazer.

Surgem, nesse período, os exercícios iniciais de cobrança, quanto à eficácia e a eficiência no uso do dinheiro público, baseados principalmente nas notícias de mal uso de recursos públicos veiculadas por jornais, revistas, rádios, TV e internet. A indignação expressa em repúdio, em torno dos sucessivos episódios de corrupção também influenciou os ânimos. Sabe-se que a má gestão e a corrupção, envolvem os três poderes da República (Executivo, Legislativo e Judiciário) e os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), fato que gera incontáveis preocupações (CHRISPINO ET AL., 2012).

A presença desse sentimento social contribuiu para que os legisladores, por intermédio da emenda constitucional (EC) no. 19 de 1998 (BRASIL, 1998), introduzissem mais um princípio constitucional dentre aqueles que se referem à administração pública. Estes princípios constitucionais estão explícitos no artigo 37 da constituição federal de 1988 e são eles os da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade. A estes, a EC-19/1998 acrescentou o princípio da eficiência, denominado de qualidade do serviço prestado pela administração pública no projeto da emenda. Segundo Carvalho Filho (2001), com a inclusão, pretendeu o governo conferir direitos aos usuários dos diversos serviços prestados pela administração, ou por seus delegados, e estabelecer obrigações efetivas aos prestadores. Não é difícil perceber que, a inserção desse princípio revela o descontentamento da sociedade, diante de sua antiga impotência para lutar contra a deficiente prestação de serviços públicos, que incontáveis prejuízos já causou aos usuários.

Moreira Neto (2009) faz considerações acerca desse princípio, o que deve possibilitar melhor atendimento das finalidades previstas em lei. Conforme citado pelo autor, as qualidades intrínsecas de excelência são numerosas e diferenciadas, o que solicita parâmetros objetivos que permitam aferição dos resultados alcançados pela ação administrativa. Observa que entendida a eficiência administrativa, como

melhor realização possível da gestão dos interesses públicos, posta em termos de plena satisfação dos administrados com os menores custos para a sociedade, ela se apresenta, simultaneamente como um atributo técnico da administração, como exigência ética a ser atendida, no sentido weberiano de resultados, coroando a relação, como característica jurídica de boa administração dos interesses públicos (MOREIRA NETO, 2009).

Em síntese, se a eficiência foi alçada a nível do Princípio Constitucional da Administração Pública decorre que, sem maiores questões, a Eficiência Administrativa passa a dever e fazer da Administração em todos os níveis um direito do cidadão.

## **2.1 Aspectos do Sistema de Saúde no Brasil Relacionados aos Serviços de Odontologia**

A crise do sistema de saúde brasileiro está presente no nosso cotidiano, podendo ser constatada através de fatos conhecidos e divulgados pela imprensa. Para analisar a realidade atualmente existente, faz-se necessário conhecer os determinantes históricos envolvidos neste contexto (FERREIRA, 2010).

Todos somos frutos do passado e da nossa história. O setor saúde também sofreu as influências históricas de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo dos anos (POLIGNANO, 2005).

A multiplicação das funções econômicas do governo, executadas pela administração indireta proferida pelas autarquias, empresas públicas e fundações, tanto a nível federal quanto estadual, têm influenciado fortemente no crescimento das despesas públicas.

A população e a renda per capita são também importantes fatores a serem considerados, pois exercem efeito direto sobre o volume de produção de bens e serviços públicos. Logicamente, aumento no número de habitantes implica mais serviços de segurança, escolas, ampliação dos serviços assistenciais e de saúde.

A nova ordem global para a Administração Pública determina a necessidade crescente do ajuste das despesas públicas, com o intuito de possibilitar efetiva arrecadação do Estado e estabilização financeira nas contas públicas.

A atual recessão econômica aponta para a busca eminente de soluções plausíveis a nível de eficiência da máquina administrativa na gestão de seus recursos. O Estado no desempenho do seu papel, obriga-se a demonstrar sua

capacidade de gerência, a ponto de propiciar soluções para a sociedade (PERES JR. ET AL., 1997).

Na saúde bucal não existe uma porcentagem de verba que é específica do todo da parte da saúde. Na maioria das discussões, devido ao fato, envolvendo tanto Congresso como a Conferência Nacional de Saúde, buscou-se ter um repasse fixo para a saúde bucal (MOIMAZ ET AL., 2008).

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. A demora na procura ao atendimento somada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a exodontia (extração dentária), perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião dentista com atuação apenas clínica (BARROS & BERTOLDI, 2002).

Segundo descrito nas Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo – SP em 2009, por décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência à criança unicamente, fossem estas escolares ou não, através de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária. Atividades preventivas, quando realizadas nas escolas, limitavam-se a um método, o bochecho com solução fluorada.

A prestação de serviços públicos de saúde bucal 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, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Tal constatação caracterizava a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), concluído pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca havia ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente (COSTA ET AL., 2006).

Entretanto, expandir o atendimento público odontológico para além do tradicional grupo materno-infantil tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados para essa finalidade, apesar de crescentes, não são suficientes para atender imediatamente todas as potenciais necessidades

da população. Para fazer frente a esse desafio, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias (ANTUNES & NARVAI, 2010).

As primeiras metas propostas como mudanças foram os atendimentos de crianças, gestantes e em caráter de urgência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2000, e o estabelecimento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico (NAKAGAWA, 2011).

A ESF possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, e os CEOs ampliaram a oferta de atendimentos com maior complexidade, dentre eles: procedimentos protéticos, endodônticos e radiológicos (FRAZÃO & NARVAI, 2009).

### **2.1.1. Políticas Públicas no Serviço Público Odontológico**

No mais, o serviço público odontológico não se limita ao atendimento clínico, mas inclui a atuação na comunidade, realizando levantamentos epidemiológicos, ações preventivas e de educação em saúde, além de serviços para grupos com necessidades diferenciadas, o que pode ser entendido como promoção de saúde bucal (FRAZÃO & NARVAI, 2009).

Na impossibilidade de implantar o atendimento público odontológico com amplitude imediata e efetivamente universal, foram estabelecidos alvos prioritários para o direcionamento preferencial de recursos, como o tratamento de crianças e gestantes, e a atenção especializada em prótese dentária, endodontia e radiologia odontológica. Além disso, a prioridade do atendimento de urgência é princípio consagrado tanto dos serviços públicos como privados (CRUZ, 2010).

O serviço público odontológico também atribuiu prioridade para a promoção da saúde, por meio da expansão da atenção primária, da educação em saúde, de ações preventivas e levantamentos epidemiológicos. Essa política ainda está em fase de expansão, mas já há indicações favoráveis quanto a seu efeito de redução das desigualdades em saúde bucal (FRAZÃO & NARVAI, 2009).

O grave problema da desigualdade e distribuição de renda no Brasil é público e notório. Precisa haver ainda políticas sociais que promovam a equidade.

O Estado almeja minimizar as desigualdades sociais com políticas compensatórias, que tem como objetivo atender primeiro aos mais necessitados. Na disputa entre universalismo e seletividade se opta pela segunda, pois o primeiro

trata da mesma maneira casos diferentes. A equidade aconselha a não aplicar a mesma solução em situações distintas (OLIVEIRA & SALIBA, 2005).

O monitoramento das desigualdades de saúde é importante tarefa da saúde pública, inserida no campo das práticas comumente identificadas de modo mais amplo como vigilância em saúde. Como o Brasil é um país marcado por desigualdades no acesso e utilização dos serviços odontológicos, é importante conhecer as condições sociais associadas aos indicadores de atenção básica em saúde bucal, visando à implementação de políticas públicas para promover saúde e buscar a equidade (ANTUNES & NARVAI, 2010).

Em 2006, novas portarias foram editadas e novos indicadores foram incluídos, acompanhando as modificações e necessidades previstas pelo Pactos pela Saúde: Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS); Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (FISCHER, 2008).

O poder público é o responsável pela formulação e implantação de políticas, e tem efetiva responsabilidade para com o cidadão, onde espera-se que haja garantia efetiva e constante avanço do bem-estar social, nas suas várias dimensões. A efetivação dos direitos de cidadania, entre os quais o direito ao acesso a saúde bucal, por meio de políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, está garantida pela Constituição “Cidadã” de 1988 (BRASIL, 1988).

A assistência odontológica pública no Brasil têm-se restringido quase que completamente aos serviços básicos com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (BRASIL, 2004).

A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica. Com a expansão do conceito de atenção básica, e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção (MAGALHÃES Jr. ET AL., 2002; BRASIL, 2004a).

A assistência à saúde no Brasil é realizada tanto pelo serviço público quanto pelo privado (SANTOS, 2009).

A administração na área da saúde está saindo da predominância de sua atuação pública, caminhando cada vez mais para a esfera privada. Devido a isso, considera-se necessário melhorar os processos de gestão no que tange a sua eficiência e qualidade, uma vez que a competitividade passa a ser um fator de destaque na sobrevivência dessas organizações. Portanto, o mercado de trabalho dos profissionais da área de Odontologia é acirrado. A amplitude da competitividade passa a se constituir em um fator a ser levado em consideração. A competitividade ocorre sob dimensões da qualidade da atuação profissional relacionada ao exercício da Odontologia e compõem todos os processos que abrangem a dimensão da gestão, englobando, a infraestrutura, inovação, atendimento ao cliente no pré e pós-venda, preços, e questões relacionadas à estrutura administrativa de um negócio (ROBLES, 2001).

A oferta de bens e serviços de saúde é uma das mais complexas tarefas presentes no mundo moderno. Por outro lado, existem limitações na capacidade de produzir bens e serviços na mesma proporção da demanda. Várias limitações são aceitas, como as barreiras tecnológicas ou a falta dos recursos financeiros (SANTANA, 1997).

O modelo de financiamento da saúde do Brasil mescla recursos públicos e privados, estes que contam com subvenções diretas e indiretas do Estado. Em outras palavras, as ações e serviços de saúde implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, tais como: recursos das contribuições sociais dos empregados sobre a folha de pagamento, dos patrões sobre a folha, sobre o faturamento e sobre o lucro; e por parte dos recursos dos concursos prognósticos (loto, sena, supersena), todos fazendo parte no orçamento da seguridade social. Esses recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares (COHN & ELIAS, 1999; CORREIA, 2000; BRASIL, 2003; BRASIL, 2005; ANDRADE & FERREIRA, 2006). É fundamental reconhecer que os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde podem ser melhorados com a instituição de planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população.

As macro políticas no setor saúde não tem privilegiado a questão dos modelos assistenciais, isto é, das formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde (MENDES, 1993; PAIM, 1994).

No sistema de saúde brasileiro, atualmente, ocorre disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista, que tem ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e o modelo assistencial sanitarista com campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, ao lado dos esforços de construção de modelos alternativos (AROUCA, 1988).

Existe preocupação inerente de cunho mundial, pelo fato de que os gastos com saúde estão crescendo acima da taxa de inflação. Tal evidência ocasionou que algumas empresas diminuíssem os benefícios oferecidos a seus empregados, como, planos de saúde e alterassem suas estratégias de oferta de serviços de saúde, no intuito de reduzirem custos. Nesse contexto, a oferta de Odontologia está crescendo nas empresas, mas o co-pagamento pelos funcionários para obtenção desse benefício tem aumentado também (FOCHESATTO, 2002).

No Brasil, cuja história é permeada pelas crises econômicas, e que tem um enorme contingente de pessoas desprovidas de recursos financeiros, frequentemente a oferta de alguns serviços é maior do que a procura. Esse quadro marcou a atividade odontológica por muito tempo, quando coexistia grande número de clínicas e unidades odontológicas e uma fraca demanda pelos serviços prestados pelos profissionais da área. Para diminuir a ociosidade das unidades odontológicas, foram propostos os planos de sistemas de pagamento por terceiros, cujo objetivo final é o financiamento da assistência odontológica. O objetivo de financiamento não é diminuir o valor dos honorários profissionais, mas financiá-los, promovendo a melhor distribuição dos serviços voltados à manutenção da saúde bucal (SEIXAS, 2001).

## **2.2. Setor de Saúde Público e o Privado**

Conforme Osório (2005), os setores públicos e privados apresentam aproximações, pois existe uma tendência, no primeiro, em incorporar normas técnicas típicas do setor público e, no segundo, em preocupar-se com o quesito da produtividade, típico do setor privado. Segundo ele, para se falar em eficiência e qualidade da gestão pública é necessário que haja a consolidação de uma máquina

administrativa estável e bem estruturada. Dentro desse contexto, percebe-se que os gestores públicos, além de obedecerem aos princípios gerais que norteiam o seu trabalho, devem preocupar-se com o desenvolvimento de um planejamento estratégico adequado, já que o ato de planejar estrategicamente deve ser uma prática utilizada por todas as organizações públicas, pois é um poderoso instrumento que visa sistematizar objetivos para um longo prazo e, no caso de possíveis eventualidades nos ambientes externo e interno, propor alternativas para garantir a excelência da organização. Diferentemente das organizações privadas, que efetivamente apresentam maior flexibilidade e empreendedorismo, as organizações públicas são mais rígidas, realizando somente aquilo que é permitido em lei. No entanto, as práticas administrativas podem variar de acordo com cada administração, aproximando-se, neste ponto, das empresas privadas, afinal, as rotinas são praticamente idênticas, e prevalecem em ambas a racionalização, a especialização e o treinamento. Não basta que a gestão esteja voltada apenas para a eficiência, eficácia e produtividade; é necessário, antes de tudo, que a sua base administrativa esteja bem estruturada e qualificada, apta a corresponder aos anseios da sociedade a ponto de cuidar das pessoas.

Para Boff, (2001, p. 96), “cuidar das pessoas, implica em ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele”. Na verdade, o acolhimento, dentre todos estes itens anteriormente citados é a válvula mestra em se tratando de prática assistencial de saúde, tanto em nível de atendimento público como privado para que se tenha bom andamento dos serviços prestados.

Sabe-se nesse contexto, que unir o público e o privado para fazer governança pública traz consigo melhorias e é portanto, salutar.

Nesses moldes, profissionais graduados em cursos da área da saúde, como Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, entre outros, estão sujeitos a serem gestores de suas próprias organizações.

Ceccim e Feuerwerker (2004) abordam que a formação dos profissionais da área de saúde deveria ser concebida através do que eles denominam de ensino, gestão, atenção e controle social. Para eles essa concepção permitiria que a área da saúde avançasse qualitativamente no atendimento da população. Para transformar a organização de serviços e dos processos formativos, seria necessário um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras.

O problema na saúde entre formação e gestão de organizações é notório, mas o setor da saúde pública parece que já está despertando para o problema há mais tempo. Muitas iniciativas do setor propiciaram o desenvolvimento de um certo pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação (CECCIM & FEUERWEKER, 2004).

Essa discussão evidencia que a formação do profissional de saúde precisa ser repensada, visto que em ambos os setores público e privado, ele é exposto a atividades que envolvem conhecimentos relativos à gestão, e ainda, que sua atuação em algumas situações é fragilizada pela ausência desse tipo de formação, prejudicando a si e também a comunidade em que está inserido.

Atualmente, o cirurgião-dentista no processo social de produção atua das seguintes formas: como trabalhador autônomo, como consultor, como participante de uma sociedade, como empregado e como servidor público. Alguns optam por uma carreira acadêmica, outros trabalham como empresários, outros trabalham como servidores públicos fora da área odontológica. Essa variação vai depender de oportunidades e dos anseios de cada qual.

Neste aspecto, relembremos que as ações de promoção de saúde bucal estão inseridas em um conceito amplo de saúde que excede a dimensão técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal as demais práticas de saúde coletiva. A educação em saúde compreende ações que visam a apropriação sobre o processo saúde doença e possibilitam ao usuário mudar hábitos, apoiando-os na conquista de sua autonomia (RODRIGUES ET AL., 2007). Pode-se afirmar que os parâmetros envolvidos naquilo que a CF 1998 define como “dever do estado e direito de todo cidadão” se dá 74% no âmbito do SUS e 26% ocorre por conta do chamado Sistema Suplementar de Saúde, que é composto por empresas privadas, conhecidas como convênios. Resumindo, um em cada quatro brasileiros não confia no atendimento médico-odontológico dado por instituições públicas e opta por um sistema privado.

Nos últimos quarenta anos, o conceito de assistência à saúde passou por uma mudança radical, mudando tanto quanto a sociedade. O compromisso estabelecido com a qualidade de vida e a tecnologia no final do século passado, levou ao surgimento de diversas operadoras de planos de saúde (BRASIL, 1998).

A assistência odontológica suplementar faz parte do setor de saúde suplementar e refere-se a toda prática odontológica não financiada diretamente pelo Estado e/ou intermediada por órgãos públicos e entidades públicas e privadas (BRASIL, 1998).

A prática odontológica puramente autônoma está em processo de transformação. Existe uma corrente de mudanças no setor público e outra no setor privado. No setor público, procede o interesse de ampliação dos serviços odontológicos na área preventiva. No setor privado, existe uma tendência de crescimento dos serviços intermediários por entidades públicas ou privadas. O fator determinante nessas duas correntes é o baixo poder aquisitivo apresentado pela população (SANTOS, 2006).

A contratação de dentistas na rede pública de saúde teve efeitos corporativos para o exercício profissional da Odontologia, em função do aumento das oportunidades de emprego. Embora a atuação no serviço público e o exercício privado da Odontologia não sejam atividades conflitantes, muitos dos dentistas contratados pela rede pública mantêm atuação em consultórios dentários privados. Portanto, a dinamização dos serviços públicos de saúde bucal atenuou a preponderância do modelo hegemônico da prática privada da Odontologia (ANTUNES & NARVAI, 2010).

A questão qualidade no atendimento da saúde pública vem sendo questionada. Estruturas físicas impróprias, falta de equipamentos nos hospitais públicos, más condições de higiene, descaso com os pacientes, dificuldades na marcação de consultas, que são marcadas com prazos longos, dentre outros. Faz-se necessário um ajuste entre a norma e o exercício da cidadania. No ato da prestação do serviço têm-se servidores públicos desatenciosos, desrespeitosos e descorteses. Ocorre que esse comportamento se torna cada vez mais intolerável por parte dos cidadãos, exigindo-se mais humanização no atendimento (MONTEIRO, 1991; MILLET, 1997).

Conforme dados do Ministério da Saúde de 2004, a assistência odontológica pública no Brasil, têm-se restringido quase que exclusivamente aos serviços básicos, estes que tem apresentado grande demanda e que não comporta esse quadro. A nível do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos (BRASIL, 2004a). É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde. A expansão da rede assistencial de atenção secundária e terciária não foi condizente e não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de atenção básica (VIEIRA, 2010).

A proposta do Ministério da Saúde para a Atenção de Saúde Bucal envolve a expansão do conceito de atenção básica e o aumento da oferta para diversos procedimentos novos. O que requer investimentos que propiciem acesso fidedigno aos níveis secundário e terciário de atenção (BRASIL, 2004a).

Em relação à complexidade das ações a serem desenvolvidas, cada vez mais se faz necessária a sua ampliação no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade, com a dinamização do processo de referência e contra-referência. A atenção básica é realizada na rede de Unidade Básica de Saúde (UBS), o primeiro nível de atenção à saúde bucal.

As ações especializadas ou de maior grau de complexidade devem ser resolvidas em centros de especialidades odontológicas (CEOs) ou em unidades com estrutura para desenvolver este tipo de ação (LIMA, 2010).

O processo de construção do SUS contém intrínsecos episódios acerca da elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central foi o da racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (BRASIL, 2006).

### **2.3. O Papel do Gestor Público**

O gestor tem a competência de executar os instrumentos de gestão financeira do SUS, abrangendo as funções de planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde, com sistemas de informação orientados para a sua transparência, expresso em leis e atos normativos, que garantam o compromisso dos mesmos com a manutenção de fontes estáveis, e que possibilitem o controle social sobre todas as etapas como é demonstrado a seguir: planejamento (agenda de saúde, plano de saúde, Plano Plurianual — PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias — LDO); orçamento (LOA — Lei Orçamentária Anual compatível com o planejamento); execução orçamentária e financeira (fundo de saúde); acompanhamento e fiscalização (relatório de gestão, Conselho de Saúde, controle social) (BRASIL, 2003).

O repasse financiamento ocorre mediante elaboração do Plano Plurianual (PPA) e da agenda de saúde. O PPA é elaborado no primeiro ano de mandato do governante e encaminhado para a aprovação do Poder Legislativo até 31 de agosto, para vigor nos 2o, 3o e 4o anos do seu mandato, e no 1o do mandato do seu

sucessor. O PPA contém as metas de governo e toma por base a agenda de saúde e as metas plurianuais contidas nos planos de saúde. É com base no PPA que é elaborada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), contendo as orientações para a preparação do orçamento (BRASIL, 2003).

A verba disponibilizada para saúde bucal é gasta para custeio de material. As verbas específicas dos programas da saúde da família são verbas escassas e engessadas, porque tem que ser gastas com materiais. A área odontológica parece não dar prejuízo, porque principalmente atende a procedimentos coletivos, e eles são muito bem pagos para o município e, é prevenção. Prevenção não se gasta com ela (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003).

Conforme abordado no Manual do SUS (2003), os gastos com o atendimento das necessidades da área de saúde pública devem observar as diretrizes e princípios do SUS e ser destinados às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito, além de estar em conformidade com objetivos e metas explicitados nos respectivos planos de saúde. Cada nível de gestão do SUS deve ser fiscalizado acerca daquilo que faz efetiva e diretamente na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Para efeito de cumprimento dos limites constitucionais, as despesas com saúde não devem ser confundidas com as relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde (BRASIL, 2003).

O coordenador de saúde bucal não tem conhecimento de quanto passa para a área odontológica, o que representa um grande problema e que deve ser solucionado, pois fica mais difícil de ele cobrar, discutir com o gestor (MOIMAZ ET AL., 2008).

Os anseios do setor saúde bucal são voltados para que se tivesse porcentagem fixa estabelecida para a área. Além disso, almeja-se melhorar os salários, uma vez que os salários para o dentista também estão muito baixos, com raras exceções. Por isso defende-se que o coordenador de saúde bucal deveria ter uma formação primeiro em saúde pública, para entender melhor tudo o que se passa.

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), alguns problemas ocorrem com os gestores municipais, como falta de operacionalização, devido inexistência de estrutura das prefeituras e capacidade técnica para prover a administração (BRASIL, 2003).

Identificam-se dificuldades em superar obstáculos concretos, indicando a incapacidade dos homens públicos em cargos eletivos ou mesmo evidenciando a

burocracia estatal, estagnada no que tange a alcançar sucesso na formulação, execução, acompanhamento e avaliação de políticas públicas.

A sociedade espera daqueles que foram alçados às funções de homens públicos, a identificação de problemas e as definições de ações que permitam sua superação. A essa ação de governo na busca de solução de problemas públicos ou de execução de direitos, chama-se políticas públicas.

O repasse financeiro é realizado do Ministério da Saúde para o município, através do Fundo Municipal de Saúde por número de habitantes, o que é chamado PAB (piso de atenção básica). Os atendimentos especializados, que constituem verba em separado para alguns programas, como: saúde da família, e o saúde bucal no PSF, e alguns outros incentivos são pagos à parte.

O PAB consiste nos recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de atenção básica à saúde. Ele é composto de uma parte fixa de recursos (PAB-fixo) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PAB-variável), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção. Os recursos correspondentes à parte fixa são obtidos pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município e são transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais correspondentes. Porém, na realidade, o valor dessa transferência per capita varia de R\$ 10 a R\$ 18. A implantação do PAB traz como principal mecanismo a transferência regular e automática, o que se traduz em um repasse federal feito diretamente aos municípios, o que dissocia a produção do faturamento, característica central do sistema de financiamento anterior (MALAMED & COSTA, 2003).

Existem inúmeras dificuldades na realização completa dos planos plurianuais previstos. Ocorre dificuldade de se estabelecer orçamento com verba específica destinada para a saúde bucal. Além disso, existe demora no repasse e escassez de verba foi relatada pelos gestores. Faz-se necessário comprometimento e acompanhamento de gestores e técnicos em todas as etapas do processo de repasse e aplicação do recurso financeiro.

A atenção integral à saúde inicia-se pela organização do processo laboral na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde (CECÍLIO & MERHY 2003).

À atenção básica compete assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso e

monitorar a evolução da reabilitação, assim como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento.

A UBS é uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas por equipe multiprofissional e destina-se fundamentalmente a suprir a atenção primária de saúde. É fundamental que a saúde bucal esteja inserida na UBS. Nas UBS são desenvolvidas ações do nível primário de atenção e de assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda tendo, como campo de intervenção, o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente. Elas desenvolvem processos educativos com a população através de grupos comunitários, enfocando aspectos da melhoria de saúde e qualidade de vida. Além disso, deve garantir a resolutividade tecnológica, assegurando referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema, quando necessário (BRASIL, 2003).

#### **2.4. Política Nacional de Saúde Odontológica**

Nas duas últimas décadas não houve política nacional odontológica efetiva, apenas algumas experiências isoladas no setor saúde bucal, ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas.

Após a PNAD-1998, houve importante consolidação da política pública de saúde bucal no Brasil (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com o Programa Brasil Sorridente (PBS). O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visaram garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal com intuito de aprimorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2004). A Portaria Interministerial no. 1646 de 05 de agosto de 2014 instituiu o componente GraduaCEO – Brasil Sorridente para compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal, existe o intencionalismo por se estabelecer ampliação e qualificação da assistência, visando garantir o atendimento odontológico de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde, tais como o pronto atendimento, o pronto socorro e os hospitais (BRASIL, 2004a).

O principal objetivo preterido foi a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por intermédio do SUS.

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da atenção básica em saúde bucal, principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF, a ampliação e qualificação da atenção especializada, especialmente com a implantação de CEOs e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, contando com a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. O PBS articula ainda outras ações intraministeriais e interministeriais.

A implementação da PNSB, intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios básicos do SUS (BRASIL, 2004).

A PNSB, formulada e lançada na agenda política brasileira em 2004, pretendeu viabilizar a oferta da atenção secundária por meio dos CEOs. Os CEOs são estabelecimentos especializados em saúde bucal, com ênfase no diagnóstico do câncer bucal, empreendo procedimentos que abrangem periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais (BRASIL, 2004).

As diretrizes da PNSB visam ao acesso universal e à integralidade da atenção à saúde bucal.

São Diretrizes da PNSB quanto as condições de trabalho: para assegurar a plena utilização da capacidade instalada da rede de serviços, propõe-se o desenvolvimento de políticas de suprimento de instrumentos e material de consumo e de conservação, manutenção e reposição dos equipamentos odontológicos, de forma a garantir condições adequadas de trabalho. É indispensável, neste contexto, respeitar as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária (BRASIL, 2004a).

Além dessas, as diretrizes englobam ainda, garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adstrita (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Nas últimas décadas, duas importantes intervenções em saúde bucal foram expandidas em todo o país, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, inclusive no âmbito da saúde bucal. Procedeu-se a fluoretação da água de abastecimento público e ao atendimento odontológico na rede pública do SUS, condutas que superaram a restrição histórica dessa modalidade assistencial ao grupo materno-infantil, notadamente aos escolares (ANTUNES & NARVAI, 2010).

A política de saúde bucal em curso no Brasil no início da segunda década do século XXI é bem-sucedida sob vários aspectos. No primeiro mandato Lula (2003-2006) foi que a PNSB se consolidou no âmbito do SUS e produziu resultados marcantes. Nunca antes na história deste país, tantos recursos públicos foram investidos na PNSB (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

Atualmente os serviços de atenção à saúde buscam realizar o atendimento de forma integral, humanizada e acolhedora, incluindo-se a modalidade de atendimento odontológico, o modelo de atenção odontológica vem sofrendo mudanças significativas, assumindo enfoque mais holístico. O paciente deixou de ser visto apenas como um dente e passou a ser evidenciado como um ser em sua totalidade (BRASIL, 2004).

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

#### **3.1. LOCAL DA PESQUISA OU LOCAL DO ESTUDO**

Foi realizada uma análise das políticas públicas que são voltadas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil em âmbito federal, estadual e municipal, identificando evidências na literatura de como ocorre a percepção dos pacientes e dos profissionais sobre a eficiência e eficácia dessas políticas governamentais. Para tanto foram considerados estudos já publicados, envolvendo a população em geral atendida pelos serviços de saúde bucal públicos e os profissionais de odontologia que são responsáveis pela demanda.

#### **3.2. TIPO DE PESQUISA**

A pesquisa desenvolvida teve cunho de pesquisa qualitativa quanto à abordagem e à natureza caracteriza-se como pesquisa básica e de revisão. Na pesquisa qualitativa, busca-se obter compreensão de como funciona ou opera determinado grupo social ou organização, entre outros. Não existe empenho em se analisar dados com representatividade numérica. Busca-se a explicação do porquê dos fatos, sugerindo em seguida o que pode ser feito, no entanto, valores numéricos não são levados em consideração ou quantificados (MINAYO, 2001).

Relacionado ao objeto de pesquisa, realizou-se uma pesquisa de cunho bibliográfico e no que tange aos objetivos foi desenvolvida uma pesquisa exploratória. Na pesquisa bibliográfica, fez-se busca por referências teóricas já publicadas, envolvendo o que já foi estudado sobre determinado assunto. Sabe-se que esta pesquisa faz parte do início de todo trabalho científico em elaboração. (FONSECA, 2002).

#### **3.3. COLETA DOS DADOS**

O levantamento dos dados para a pesquisa levou em consideração os estudos publicados e que constam nas bases de dados bibliográficas, ou seja, partiu de uma análise de dados secundários.

Foi realizada revisão bibliográfica com busca nas bases de dados: Pubmed, Scopus, Lilacs e Google Acadêmico através do levantamento de estudos, envolvendo como procede a elaboração e a implementação de medidas, visando políticas públicas para os serviços públicos de saúde bucal no Brasil, identificando

evidências na literatura de como ocorre a percepção dos pacientes e dos profissionais sobre a eficiência e eficácia dessas políticas governamentais. Além disso, buscou-se estudos, com a finalidade de revisar de forma sintética a evolução das políticas públicas elaboradas em âmbito nacional, no intuito de promover ações para melhoria da saúde bucal da população, destacando o público-alvo que é beneficiado atualmente em nosso país.

Foram levados em consideração em especial estudos que analisaram à luz de um levantamento de dados secundários, a visão dos pacientes relacionada aos serviços públicos ofertados, no intuito de se obter um retrato atualizado de como procede o atendimento odontológico, tentando identificar alterações ou eventuais incrementos no setor saúde bucal, concomitantemente e complementando. O mesmo levantamento foi realizado para levantar as percepções dos profissionais da área pesquisada.

Como critérios de inclusão dos artigos selecionados, considerou-se artigos em português e inglês dos anos de 2007 a 2013, envolvendo periódicos nacionais e internacionais. Foi levado em consideração esse período de 2007 a 2013 para efetuar a busca, no intuito de considerar para a pesquisa, apenas os artigos mais recentes e atualizados publicados na literatura, correspondendo aos trabalhos publicados nos últimos cinco anos. Também fizeram parte do referencial teórico livros, monografias, dissertações e teses de doutorado sobre o assunto.

Os critérios de exclusão foram: artigos em outros idiomas, fora do período de coleta, e artigos que não abordavam claramente a prestação de serviços públicos de odontologia, mas sim de outras áreas da saúde.

### **3.4. ANÁLISE DOS DADOS**

Por intermédio de leitura seletiva e analítica dos estudos levantados foram selecionados os pontos com os principais elementos de argumentação teórica, envolvendo o contexto em pesquisa.

A análise realizada procurou delinear uma base conceitual de tal maneira que pudesse ser transcrita, complementando-se entre si, de modo a permitir consultas futuras bastante especificadas acerca deste conteúdo.

Os artigos foram separados em 3 categorias para serem analisados: artigos que abordavam a evolução da política pública pesquisada; artigos que destacavam a percepção dos usuários destas políticas e artigos que destacavam a eficácia e a efetividade das políticas públicas de saúde bucal.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE BUCAL**

Durante longos anos tivemos marginalizadas as práticas voltadas para a determinação de medidas que pudessem suprir as deficiências presentes no setor odontológico, devido a esse fato, prevaleceu a burocracia na prática dos atendimentos à população, o que dificultou bastante em termos de acessibilidade. As diretrizes das políticas públicas que vigoravam, garantiam tratamento de caráter parcial ou emergencial, apenas para pequena parcela da população. Os serviços públicos odontológicos caracterizavam-se por abrangência de casos com baixa complexidade (BARROS & BERTOLDI, 2002).

Relacionado as políticas de saúde bucal firmadas, vimos surgir na década de 1950, a Odontologia Sanitária, onde havia preocupação em responsabilizar o dentista sanitarista pelo diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde oral, devendo este manter sempre controle relativo entre as atividades desenvolvidas nas várias áreas de saúde pública e a importância inerente dos problemas apresentados. Sucederam-se a Odontologia Preventiva nos anos 60-70 e nos anos 70 a Odontologia Simplificada ou Comunitária. Os vários modelos assistenciais passados e presentes no Brasil, envolvendo Odontologia Sanitária, Simplificada e Sistema Integral imprimiram definições e marcaram os trabalhos em saúde oral. Apesar da existência desses modelos, predominou em nosso país o sistema incremental com atenção voltada para o atendimento dos escolares de 7 a 14 anos de idade (NARVAI, 2002).

No âmbito da saúde bucal, destacou-se a iniciativa salutar do Programa de Reorientação da Assistência Odontológica de 1982, que, concomitantemente com as Ações Integradas de Saúde, originou vários programas de saúde bucal a nível estadual e municipal (FADUL, 1978). A princípio apenas alguns estados e municípios foram beneficiados, no entanto, a meta era ampliar a cobertura para todos estados e municípios a posteriori. Foi a promulgação da Constituição Federal de 1988, entretanto, que apontou soluções pertinentes ao caos experimentado pelas políticas públicas de saúde que haviam (GAVI, 2012).

A falta de recursos para suprir a demanda dos pacientes vem assumindo resultados catastróficos. O governo em contrapartida e paliativamente, até então,

resolveu adotar medidas que visavam cobrir apenas algumas carências de atendimento, priorizando algumas áreas e desmeretizando outras (BRASIL 2004; 2004c).

Inexiste adoção de metas governamentais que visem propiciar investimento na saúde bucal, relatos demonstram dificuldade de se conseguir uma verba específica para a saúde bucal, além de evidenciarem prioridade para aplicação de verba voltada à prevenção e a compra de materiais (BRASIL 2004; 2004c).

Nos últimos vinte anos, procurou-se angariar meios para expandir essencialmente, duas intervenções de saúde bucal (fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do SUS), partindo-se do princípio da universalização das ações e serviços de saúde, incluindo também a saúde bucal (ANTUNES & NARVAI, 2010).

Procurou-se empreender efetivamente políticas públicas voltadas para o incremento da atenção primária nas UBS principalmente, visando reduzir gastos futuros e promover tratamentos de caráter preventivo para evitar que desenvolvam-se situações clínicas que requeiram tratamentos de maior complexidade (CZERESNIA, 2003).

Até o presente momento em nosso país, temos certa estagnação no que tange ao aspecto evolutivo das políticas públicas em termos de saúde bucal, se analisarmos que existe uma realidade bastante distante da que necessita-se, em vistas dos recursos e dos meios deficitários que estão presentes e que sempre estiveram, em maior ou em menor grau.

#### **4.2. VISÃO DOS PACIENTES QUANTO AOS SERVIÇOS PRESTADOS**

Segundo Serapioni (1999), a avaliação da qualidade de um produto, é constituída por dois elementos, o com caráter objetivo e o subjetivo. O elemento objetivo está relacionado com os elementos físicos do produto e o componente subjetivo à satisfação do usuário, do ponto de vista da sua percepção e das suas expectativas. Convém frisar, entretanto que quando o produto em avaliação é a prestação de um serviço, a qualidade do mesmo se traduz à satisfação do cliente em uma determinada situação analisada em particular. Uma forma viável para se analisar as mudanças que necessitam ser empreendidas, verificando conjuntamente a qualidade da atenção à saúde, é por meio da percepção, avaliação e do grau de satisfação do usuário, este que é o principal interessado pelo serviço público de saúde prestado. Encontra-se na literatura, base consensual voltada para a

importância que tem o papel desempenhado pelo usuário na avaliação dos serviços de saúde (KLOETZEL ET AL., 1998).

No Brasil, os anos de 1990 foram representativos quanto ao estabelecimento de medidas de avaliação da satisfação de usuários, em termos da expansão dos programas de qualidade no setor empresarial com sua implantação nos serviços de saúde (MENDES, 2003).

Aproximadamente trinta milhões de pessoas nunca foram ao cirurgião dentista, apesar de o SUS ter sido estruturado há 20 anos. Existe uma grande demanda populacional sem acesso aos benefícios desse sistema. Advindo disso, as faculdades de Odontologia ganharam destaque no que tange a melhorar o acesso da população a atenção em saúde bucal de forma gratuita e universal. Os estudos sobre a satisfação do usuário são importantes, por poderem contribuir para o planejamento de medidas visando a superação das limitações detectadas com base nas informações sorvidas (IBGE, 2000).

Conforme Ferreira et al. (2004), o medo com severidade do tratamento dentário é um fator que pode comprometer desfavoravelmente a relação entre o profissional de Odontologia e o usuário.

Foi aventado na busca bibliográfica efetuada que o tempo gasto para terminar o tratamento em faculdades normalmente, é o fator mais criticado pelos pacientes, que por vezes acabam abandonando o tratamento por terem de deixar seus filhos no lar ou com vizinhos, ou por terem de perder inúmeros dias de trabalho, acarretando nos prejuízos causados pelo absenteísmo. Os usuários, no entanto, em sua maioria sentem-se satisfeitos com o serviço, fato que foi confirmado em outros estudos (LEÃO & DIAS, 2001; MINAS, 2002; ELKIND ET AL., 2006).

Uma avaliação positiva de serviços sob a ótica dos usuários foi o resultado predominantemente encontrado em outros estudos (FERNANDES, 2002; BOTTAN ET AL., 2006). Além disso, o receio de cessação do atendimento (ANDRADE & FERREIRA, 2006), o sentimento de gratidão do usuário pelo serviço gratuito prestado (TRAVERSO-YÉPEZ & MORAIS, 2004; VAITSMAN & ANDRADE, 2005), a impossibilidade de acesso a outro serviço, ou a proximidade do posto à sua residência constituem fatores que explicariam tal avaliação por pacientes dos serviços públicos de atenção à saúde (TRAVERSO-YÉPEZ & MORAIS, 2004).

A realização de novas pesquisas, envolvendo a satisfação do usuário deveriam ser feitas, no intuito de colaborar na detecção de parâmetros de melhoria dos serviços e também na implementação de ações em prol de uma assistência de qualidade, humana e com resolutividade.

A avaliação compartilhada constitui um instrumento dinâmico de transformação por ser processo capaz de abrigar as vozes dos diferentes atores sociais envolvidos, advindo disso é fundamental que se conheça como os usuários avaliam ações e serviços que recebem para reorganizar as práticas profissionais e intervir sobre as formas de organização dos serviços, almejando aperfeiçoamento. Essa manifestação de cidadania intrínseca, visa surtir efeito de alguma forma e sugerir mudanças aos legisladores (BOTTAN ET AL., 2006).

#### **4.3. CARACTERIZAÇÃO DA EFETIVIDADE E EFICÁCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE BUCAL**

No setor de saúde bucal coletiva, inúmeros estudos têm versado sobre a associação entre agravos bucais de saúde e condição social. Estudos realizados individualmente demonstram que os fatores de risco sociais, como: baixa escolaridade materna e baixa renda familiar, constituem fatores predisponentes ao desenvolvimento da cárie dentária e de outras doenças (PERES ET AL., 2000). Em estudos ecológicos esta relação também está presente, e agravos bucais tem influência de desigualdades sociodemográficas e geográficas, sugerindo a ocorrência de iniquidades em saúde bucal (ANTUNES ET AL., 2004; BALDANI ET AL., 2004). As iniquidades tem repercussão também no acesso e na utilização dos serviços de saúde, que são observadas em estudos internacionais (HJERN ET AL., 2001; NGUYEN ET AL., 2005) e em nosso país (FERNANDES & PERES, 2005; JUNQUEIRA ET AL., 2006).

Watt e Fuller (1999) afirmaram que para melhorar a saúde bucal da população e reduzir as iniquidades, é crucial que o profissional de saúde bucal seja um participante ativo como membro na implementação de políticas para essa área. Em qualquer política de saúde bucal, portanto, faz-se presente a questão dos recursos humanos.

O Brasil é um país caracteristicamente em que ocorrem desigualdades no acesso e utilização dos serviços odontológicos, por isso faz-se importante tomar consciência das condições sociais coadjuvadas aos indicadores de atenção básica em saúde bucal, visando à implementação de políticas públicas, visando promover saúde e gerar a equidade (BARROS & BERTOLDI, 2002). O monitoramento das desigualdades de saúde constitui tarefa salutar de saúde pública. Vasta literatura descreve e explora analiticamente as diferenças nos indicadores de morbidade e

mortalidade entre os estratos socioeconômicos, raciais e de sexo, em diferentes momentos e territórios.

Em vistas dos quadros sociais e epidemiológicos brasileiros, firmando-se que a qualidade de vida possa ser medida, utilizando-se de indicadores ligados à instrução, renda e desigualdade em sua distribuição, dentre outros, as políticas públicas devem ser direcionadas para a promoção da saúde. Suas estratégias devem focar na criação de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e capacidade dos indivíduos, o que demanda uma abordagem intersetorial em conjunto com ações e serviços na área da saúde (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003).

Segundo Feijó (1998, p.40) - no caso do Brasil:

se almejarmos uma melhoria no grau de desigualdade da renda via políticas públicas, por que não avaliar a que preço podemos obtê-los? Diversas maneiras poderiam ser utilizadas neste intento. No curto prazo, a distribuição da renda poderia ser afetada por instrumentos de política fiscal, no médio prazo, pela revisão da legislação sobre os direitos de propriedade; e no longo prazo pela redistribuição do capital humano via educação. Os instrumentos estão disponíveis, no entanto, é preciso que sejam examinados, em cada caso, os seus custos, bem como, é claro, a viabilidade política de utilizá-los. (FEIJÓ, 1998, P. 40).

O motivo das reformas administrativas preconizadas pelo Estado brasileiro tem sido o de garantir mecanismos necessários ao aumento da eficiência, da eficácia e da efetividade da administração pública (BRESSER-PEREIRA, 1996; SPINK, 1998; MOORE, 2002).

Os programas de saúde visam com base em prioridades eleitas, conforme critérios como magnitude, vulnerabilidade, transcendência, combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas baseadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. Essas ações são a parte mais visível das atividades de trabalho nas unidades básicas (CAMPOS, 2003).

Sob o enfoque da ciência administrativa, procede a verificação dos conceitos de eficiência, eficácia e de efetividade (CHIAVENATO, 1994).

Segundo Chiavenato (1994), eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. A eficiência representa uma relação entre custos e benefícios e está voltada para a melhor maneira ou método pelo qual as coisas devem ser feitas ou executadas, com a finalidade de que os recursos sejam disponibilizados da maneira mais racional possível. Na eficiência inexistente preocupação com os fins, ocorre preocupação apenas com os meios. É a eficácia que se preocupa com os

fins, visando atingir os objetivos. O comportamento eficiente cumpre o prometido com foco no problema. A eficácia comumente vai um pouco mais além.

Conforme ressalta Torres (2004), efetividade é o mais complexo dos três conceitos, em que a preocupação principal consiste em averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações estatais, deixando claro que alguns setores são beneficiados em detrimento de outros atores sociais. Essa constatação da necessidade e oportunidade deve ser a mais democrática, transparente e responsável possível, buscando sensibilizar a população com ideais de cidadania, para que esta busque a implementação de políticas públicas. Este conceito não se relaciona estritamente com a ideia de eficiência, que tem uma conotação econômica muito forte. A efetividade congrega o positivo que existe na eficiência e na eficácia. A efetividade relaciona-se com o impacto propiciado pela ação no todo. Será efetiva aquela ação que em seu resultado global e mais estratégico, tiver algum impacto positivo.

Os conceitos de efetividade, eficiência e eficácia desempenham papel importante e estão intrínsecos em muitos momentos da prática odontológica, requerendo atenção especial quando da elaboração das políticas públicas de saúde bucal. Necessita-se para tanto de eficiência e eficácia da gestão pública. Algumas situações do cotidiano deixam clara essa associação. Na XI Conferência Nacional de Saúde, abordou-se a necessidade de órgãos governamentais através de políticas públicas voltadas para a saúde bucal, incentivarem a formação de atendentes de consultório dentário (ACD) e de técnicos de higiene dental (THD) com vistas à composição da equipe de saúde para uma prática melhor produtiva, eficaz e eficiente, priorizando a qualidade dos serviços e a amplificação do acesso da população ao atendimento odontológico (BRASIL, 2000). A eficiência da tecnologia de fluoretação das águas é uma das principais razões que justificam o seu emprego, em todo o globo e também no Brasil (FRIAS ET AL., 2006).

## 5. CONCLUSÕES

Existem na atualidade políticas públicas compensatórias voltadas para sanar o atendimento público odontológico e com finalidade de atingir metas prioritárias, optando pela seletividade dos atendimentos prestados e por beneficiar os pacientes mais carentes ou necessitados.

Uma forma encontrada pelo governo com a finalidade de amplificar a abrangência dos atendimentos foi investir e incrementar a atenção primária ou a atenção básica.

A PNSB trouxe consigo o Programa Brasil Sorridente em 2004, estabelecendo um marco em termos de atenção em saúde bucal, pretendendo viabilizar a oferta da atenção secundária de saúde.

A área de saúde bucal carece de política específica que delinear e direcione verba específica para incremento dos atendimentos de saúde no setor.

No que tange ao objetivo de levantar as políticas públicas de saúde bucal, este trabalho identificou que atualmente as políticas utilizadas ainda detêm certo teor de estagnação, no que tange ao seu aspecto não evolutivo. Existe ainda, uma realidade bastante distante da que necessita-se em termos de recursos orçamentários.

A falta de meios para suprir a demanda dos pacientes para tratamento dentário fez com que o governo adotasse medidas paliativas apenas, priorizando alguns tipos de atendimentos em detrimento de outros.

Nos últimos vinte anos, as políticas visaram a fluoretação da água de abastecimento público e o incremento do atendimento odontológico empreendido pela rede pública no SUS. Além disso, ocorreu preocupação pública e se estabeleceu medidas com adoção de algumas políticas públicas, visando evitar o desenvolvimento de complicações clínicas e tratamentos de maior complexidade, porventura mais custosos para os cofres públicos. A ideia foi a de prover recursos para a atenção primária prestada nas UBSs, principalmente com enfoque preventivo.

No que se refere a percepção dos usuários, observa-se que estes em sua grande maioria não tiveram suas opiniões consideradas por nunca terem procurado o atendimento de um cirurgião dentista, apesar de o SUS oferecer atendimento odontológico gratuito já a bastante tempo.

Como o atendimento público odontológico, por vezes, mostra-se desfavorável e dificultoso, uma alternativa posta em prática pelos usuários foi procurar

atendimento dentário nas faculdades de Odontologia. Na percepção dos usuários, o tempo gasto para o tratamento, bem como o absenteísmo que tal fato acarreta para pacientes, acompanhantes e familiares tem representatividade negativa.

Muitos pacientes veem-se gratos pelos serviços públicos odontológicos prestados, dada a extrema dificuldade para conseguirem seus atendimentos e também por temerem a cessação do serviço prestado. Tudo isso pelas condições sócio-econômicas precárias e pela impossibilidade de conseguirem para si próprios outro tipo de atendimento.

Relacionado as dificuldades dos pacientes para a solução dos seus problemas, o agravo da sua condição social e a iniquidade é fator preponderante. As desigualdades sociais agem nesse contexto, promovendo uma barreira no acesso aos serviços odontológicos, portanto, políticas públicas devem criar condições favoráveis para propiciar meios de desenvolvimento de sua saúde.

Muitas políticas administrativas em vigência, visam obter aumento da eficiência, eficácia e da efetividade da administração pública. Os programas de saúde, por sua vez, tem prioridade voltada para medidas de eficácia, efetividade e eficiência comprovadas.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, K.L.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário. **Ciênc saúde coletiva**, v.11, p. 123-30, 2006.
- ANTUNES, J.L.; NARVAI, P.C.; NUGENT, Z.J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, n. 1, p. 41-8, 2004.
- ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saúde Pública**, vol. 44, n. 2, p. 360-5, 2010.
- AROUCA, A.S.S. Implementação da reforma sanitária através do SUDS. **Saúde em Debate**, n. 14, p. 49-54, 1988.
- BALDANI, M.H.; VASCONCELOS, A.G.G.; ANTUNES, J.L.F. Associação do Índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 143-52, 2004.
- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-17, 2002.
- BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. 7<sup>a</sup>. Ed. Petrópolis Vozes, 2001.
- BOTTAN, E.R.; SPERB, R.A.L.; TELLES, O.S.; URIARTE, N.M. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. **Rev ABENO**, v. 6, p.128-33, 2006.
- BRASIL. Constituição. **Constituição: República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico. 1988, 292p.
- \_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional 19 de 04 de junho de 1998**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc19htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc19htm) Acessado em 24 de setembro de 2014.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Divisão Nacional de Saúde Bucal. 1989. Disponível em <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal/publicacoes/>. Acesso em 24 de outubro de 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **XI Conferência Nacional de Saúde. Relatório final**. Brasília; 2000.
- \_\_\_\_\_. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde, 2003. 66p.
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico Série A**. Normas e Manuais Técnicos. 3<sup>a</sup>. ed. Revista e ampliada: Ed MS. Brasília – DF, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, p. 2-7, 2004a.
- \_\_\_\_\_. LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL (2000). **Lei Complementar no. 101 de 04 de maio de 2000**. 4<sup>a</sup>. Reimpr. - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005. 80 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Editora MS. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

\_\_\_\_\_. CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. **Acesso à Informação Pública: Uma Introdução à Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011**. Brasília, 2011.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Texto para Discussão n. 9. Brasília: MARE/ENAP, 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-77, 2000.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CARVALHO FILHO, J. S. **Manual de direito administrativo**. 8. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A., organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Abrasco, p. 197-210, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, 14(1): 41-65, 2004.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na Empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-76.

CHRISPINO, A.; BAYMA, F.; REZENDE, F.P. Análise e proposta de formação de educadores e administradores em políticas públicas. **Ensaio: aval pol publ Educ**, v. 20, n. 76, p. 555-86, 2012.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 73p.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social ? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2000. 36p.

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 (Opas), 2006. 67p.

CRUZ, D.F. **A organização do cuidado em saúde bucal de cidades da primeira macroregional de saúde da Paraíba**. [Dissertação de mestrado]: João Pessoa. Universidade Federal da Paraíba, 2010.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M., organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

ELKIND A.; BLINKHORN, F.A.; MACKIE, I.C.; TICKLE, M.; DUXBURY, J.T.; BLINKHORN, A.S. Service quality implications of dental undergraduate outreach teaching for primary care trusts in England, UK. **Community Dent Health**, v. 23, n. 2, p. 75-9, 2006.

FADUL, W.: Minha política nacional de saúde. **Saúde em Debate** 1978. 7/8:66-76.

FEIJÓ, O.G. **Psicologia para o Esporte**. Rio de Janeiro: Ed. Shape, 1998.

- FERNANDES, L.M.A.G. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal.** [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2002.
- FERNANDES, L.S.; PERES, M.A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 930-6, 2005.
- FERREIRA, C.M.; GURGEL-FILHO, E.D.; VALVERDE, G.B.; MOURA, E.H.; DEUS, G.; COUTINHO-FILHO, T. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. **RBPS**, v. 17, n. 2, p. 51-5, 2004.
- FERREIRA, M.C.L. **Práticas de cura: como alternativas de populares da comunidade nazaré.** Trabalho de conclusão do curso de licenciatura em Antropologia Aplicada. Quito: Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, 2010.
- FISCHER, T.K. **Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no sul do Brasil.** [Dissertação de mestrado]: Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.
- FOCHESATTO, S. A. **Os Planos de Incentivos e Recompensas Com Recompensas Como Fatores de Motivação: Estudo de Caso nas Duas Maiores Empresas do Ramo Metal Mecânico de Caxias do Sul.** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.
- FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, vol. 33, n. 81, p.64-71, 2009.
- FRIAS, A. C. et al. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso: município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1237-46, 2006.
- GAVI, R.S. et al. Evolução das políticas públicas de saúde bucal: de 1930 a 2010. **Rev Bras Pesq Saúde**, v. 14, n. 2, p. 71-7, 2012.
- HJERN, A.; GRINDEFJORD, M.; SUNDBERG, H.; ROSEN, M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, n. 3, p. 167-74, 2001.
- IBGE 2000. **Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 96 p, 2000.
- JUNQUEIRA, S.R.; ARAÚJO, M.E.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 15, n. 4, p. 41-53, 2006.
- KLOETZEL, K.; BERTONI, A.M.; IRAZOQUI, M.C.; CAMPOS, V.P.G.; SANTOS, R.N. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I- A satisfação do usuário. **Cad Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 623-8, 1998.
- LEÃO, A.T.T.; DIAS, K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. **Rev Bras Odontol Saude Colet**, v. 2, n. 1, p.40-6, 2001.
- LIMA, A. C. S. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.5, p. 991-1002, 2010.
- MAGALHÃES, JR. et al. **Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.** Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002.
- MALAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC – ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1993.
- MENDES, V.L.P.S. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: a questão de cidadania. **Rev Baiana Enferm**, v. 18, n. 1,2, p. 97-110, 2003.
- MILET, E. B. **Qualidade em Serviços: princípio para gestão contemporânea das organizações**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.
- MINAS, R. P. **O paciente no contexto do ensino**. [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG; 2002.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MOIMAZ, S.A.S.; GARBINI, C.A.S.; GARBINI, A.J.I.; FERREIRA, N.F.; GONÇALVES, P.E. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. **Rev Adm Publ FGV**, vol. 42, n. 6, p. 1125-35, 2008.
- MONTEIRO, J. A. **Qualidade Total no Serviço Público**. Brasília: QA&T, 1991.
- MOORE, M. H. **Criando valor público: gestão estratégica no governo**. Rio de Janeiro: Uniletras; Brasília: ENAP, 2002.
- MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, vol. 21, p. 1665-75, 2005.
- MOREIRA NETO, D. F. **Curso de direito administrativo**. 15. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2009.
- NAKAGAWA, M.C.S. **Avaliação das práticas em serviço odontológico na estratégia saúde da família**. Londrina, 2011. [Dissertação de mestrado]. Londrina. Universidade Estadual de Londrina.
- NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. 2ª. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002, 108 p.
- NARVAI, P.C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. v. 5, n. 3, 2011.
- NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 2008.
- NGUYEN, L.; HAKKINEN, U.; ROSENQVIST, G. Determinants of dental service utilization among results: the case of Finland. **Health Care Manag Sci**, v. 8, n. 4, p. 335-45, 2005.
- OLIVEIRA, L. G. S. Prefácio. In: CAVALCANTI, B. S.; RUEDINGER, M. A.; SOBREIRA, R. (Org.). **Desenvolvimento e construção nacional: políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.
- OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N.A. **Atenção odontológica no programa de saúde de Campos dos Goytacazes**. Rio de Janeiro 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500030) Acesso em 15 de fevereiro de 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica**. Orgs. Costa, J.F.R.; Chagas, L.D.; Silvestre, R.M., Brasília, 2006, 67 pgs.
- OSÓRIO, M. F. Novos rumos da gestão pública brasileira: dificuldades teóricas ou operacionais? Salvador: **Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado**, 2005.
- PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*, 4ª. Ed., Medsi: Rio de Janeiro, 1994, p. 455-66.
- PAZZAGLINI FILHO, M. **Lei de Inelegibilidade Comentada: Legislação e Jurisprudência Atualizadas Leis da Ficha Limpa e da Minirreforma Eleitoral**. 1ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2014.

- PEREZ JR., J. H.; PESTANA, A. O.; FRANCO, S. P. C. **Controladoria de Gestão: Teoria e Prática**. 2ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- PERES, K.G.; BASTOS, J.R.M.; LATORRE, M.R.D.O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 402-8, 2000.
- POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão, 2005**. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude no brasil.rtf>
- ROBLES, L. P. **Operadoras em Saúde Bucal em Busca da Excelência na Prestação de Serviços**. Premio SINOG de Odontologia, São Paulo, 2001.
- RODRIGUES, A. A. A. O.; MATOS, P. E. S. O SUS como espaço de aprendizagem: Oficina de educação em saúde bucal realizada com os agentes comunitários de saúde no município de Jequié- BA. **Rev ABENO**, v. 7; n. 2, p. 151, 2007.
- RUAS, M.G. **Políticas Públicas**. Ministério da Educação. Departamento de Ciências da Administração. UFSC. Florianópolis, 2 ed., 2012.
- SANTANA, J.P. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**: Brasília: OPAS – Organização Mundial da Saúde, 1997.
- SANTOS, F. P. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. [Tese de doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.
- SANTOS, I. S. **O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Elementos para a Regulação da Cobertura Duplicada**. [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.
- SEIXAS, M.M. **Os princípios da administração na odontologia empresarial: procurando definir padrões de qualidade. 2001**. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- SERAPIONI, M. Avaliação de qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para superação da polarização entre visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 23, p. 81-92, 1999.
- SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**, 35:349-55, 2001.
- SPINK, P. **Possibilidades técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa**. In: BRESSER-PEREIRA, L. C., SPINK, Peter (orgs.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- TEIXEIRA, E.C. **O papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**, 2002. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a\\_pdf/03\\_aatr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf) Acessado em 16 de junho de 2014.
- TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciênc saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 379-91, 2003.
- TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p. 80-8, 2004.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, p. 599-612, 2005.
- VIEIRA, J.M.R. **Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso do município de Manaus-AM, Brasil**. [Tese de doutorado]: Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

WATT, R.G.; FULLER, S.S. Oral health promotion – *opportunity knocks*. **British Dental Journal**, v. 186, n. 1, p. 3-6, 1999.