

**Stella Simão Tavares**

**Análise comparativa entre as deliberações da 3ª  
Conferência Nacional de Saúde Bucal e a implantação do  
Brasil Sorridente**

**Brasília  
2019**



Stella Simão Tavares

Análise comparativa entre as deliberações da 3ª  
Conferência Nacional de Saúde Bucal e a implantação do Brasil  
Sorridente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Odontologia da Faculdade de  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,  
como requisito parcial para a conclusão do curso  
de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Jr.

Co-orientador: Profª. Drª. Cristine Miron Stefani

Brasília  
2019



Dedico este trabalho ao meu querido tio Ewaldo por sempre me  
presentear com livros e pelo amor incalculável.



## **AGRADECIMENTOS**

**Agradeço à minha mãe por me entender como ninguém e me ajudar a superar qualquer desafio.**

**Ao meu pai por ter me ensinado o significado de responsabilidade e honestidade. Se tenho orgulho de quem eu sou hoje, grande parte é por você.**

**Agradeço a minha avó Dolores, meu avô Jacques, minhas tias Marlene, Merinha e Cláudia, tio Ewaldo, minha irmã Mariana e ao outro pai Carlos por me proporcionarem a melhor infância do mundo.**

**Agradeço aos meus amigos queridos e minha psicóloga Juracy pela força e por me auxiliarem a ser cada dia melhor.**

**Agradeço ao Professor Pucca, renomado orientador, pela paciência em me ensinar uma temática que tanto enchia meus olhos, mas a qual eu tinha pouquíssima experiência e ao meu primo Andrei pelas grandes ajudas neste trabalho.**

**Agradeço a todas as duplas e professores que eu tive em clínica pelos ensinamentos cotidianos e à UnB, meu orgulho diário.**





## EPÍGRAFE

“No soy pobre, soy sobrio, liviano de equipaje, vivir con lo justo  
para que las cosas no me roben la libertad”.

*José Pepe Mujica*





## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

1ª CNSB – 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

2ª CNSB – 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

3ª CNSB – 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IES – Instituições de Ensino Superior

PAB – Piso de Atenção Básica

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMAQ-CEO – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SB – Saúde Bucal

SUS – Sistema Único de Saúde

THB – Técnico em Higiene Bucal

TSB – Técnico em Saúde Bucal

## RESUMO

TAVARES, Stella Simão. Análise comparativa entre as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a implantação do Brasil Sorridente. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

As condições bucais não afetam o indivíduo apenas fisicamente, mas também de forma psicossocial, tornando a saúde bucal um determinante social. A Política Nacional de Saúde Bucal surge para abranger a área em sua complexidade. O presente estudo objetiva comparar as principais deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986 com a implantação da PNSB. Fez-se uma avaliação processual a partir de documentos provenientes do PubMed, Scielo, GoogleScholar e Ministério da Saúde referente ao período entre 2003 e 2014. O repasse anual em saúde bucal aumentou de 83 milhões, em 2003, para 916 milhões em 2014. As Equipes de Saúde Bucal, no mesmo período, cresceram de 6 mil para 24 mil. CEOs passaram de 336, em 2005, para 1030 em 2014. Em 2008, 76,3% dos municípios possuíam água fluoretada. Até 2014, 2 mil laboratórios levaram a uma produção anual de 600 mil próteses. O sistema permite cobertura de 100% das comunidades indígenas tendo a escovação supervisionada, em relação a outros procedimentos, passando de 1,2%, em 2004, para 23,3%, em 2013, enquanto as exodontias caíram de 24,3% - no mesmo ano - para 3,8% em 2011. A PNSB se mostrou coerente às deliberações da 3ªCNSB, trazendo resultados impactantes, contudo ajustes importantes são necessários.

Palavras-Chave: Política de saúde; Saúde bucal; Assistência odontológica; Fluoretação.

## ABSTRACT

TAVARES, Stella Simão. Comparative analysis between the deliberations of the 3rd National Oral Health Conference and the implantation of *Brasil Sorridente*. 2019. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Abstract: Oral conditions do not affect the individual only physically, but also in a psychosocial way, making oral health a social determinant. The National Oral Health Policy arises to cover the area in its complexity. The present study aims to compare the main deliberations of the 3rd National Oral Health Conference of 1986 with the implementation of the NOHP. A procedural evaluation was made from documents from PubMed, Scielo, GoogleScholar and the Ministry of Health for the period between 2003 and 2014. The annual passthrough in oral health increased from 83 million in 2003 to 916 million in 2014. Oral Health Teams, in the same period, grew from 6 thousand to 24 thousand. CEOs increased from 336 in 2005 to 1030 in 2014. In 2008, 76.3% of the municipalities had fluoridated water. By 2014, 2,000 laboratories led to an annual production of 600,000 prostheses. The system allows coverage of 100% of the indigenous communities, with brushing supervised in relation to other procedures, from 1.2% in 2004 to 23.3% in 2013, while the exports decreased from 24.3% in the same year - to 3.8% in 2011. The NOHP was consistent with the deliberations of the 3rd NOHC, bringing impressive results, but important adjustments are necessary.

Key words: Health policy; Oral health; Dental care; Fluoridation.



## SUMÁRIO

<b>Artigo Científico</b> .....	18
<i>Folha de Título</i> .....	20
<i>Resumo</i> .....	21
<i>Abstract</i> .....	22
<i>Introdução</i> .....	22
<i>Materiais e Métodos</i> .....	25
<i>Ciclo de Políticas Públicas</i> .....	26
<i>Avaliação de Processo</i> .....	27
<i>Resgate Histórico</i> .....	28
<i>O Processo de Construção das Conferências Nacionais de Saúde Bucal</i> .....	30
<i>A Política Pública</i> .....	32
<i>Percepção e Definição de problemas</i> .....	32
1. <i>Educação e construção da cidadania</i> .....	33
2. <i>Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal</i> ....	33
3. <i>Formação e Trabalho em Saúde Bucal</i> .....	34
4. <i>Financiamento e Organização de Atenção em Saúde Bucal</i> .....	34
<i>Formação da Agenda de Governo Decisória</i> .....	35
<i>Resultados</i> .....	36
<i>Formação de Frentes da Política</i> .....	36
<i>Implementação da Política</i> .....	39
<i>Monitoramento e Avaliação das Ações</i> .....	44
<i>Discussão</i> .....	45
<i>Considerações Finais</i> .....	48
<i>Referências</i> .....	49
<i>Anexos</i> .....	60
<i>Normas da Revista</i> .....	60





## ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

TAVARES, Stella Simão; STEFANI, Cristine Miron; PUCCA-Jr, Gilberto Alfredo. Análise comparativa entre as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a implantação do Brasil Sorridente. Apresentado sob as normas de publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva.



## FOLHA DE TÍTULO

Análise comparativa entre as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a implantação do Brasil Sorridente

Comparative analysis between the deliberations of the 3rd National Oral Health Conference and the implantation of *Brasil Sorridente*

Stella Simão Tavares<sup>1</sup>  
Cristine Miron Stefani<sup>2</sup>  
Gilberto Alfredo Pucca Jr.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>2</sup> Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília.

<sup>3</sup> Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília.

Correspondência: Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Jr.  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília – DF  
E-mail: gilberto.puccajr@gmail.com / Telefone: (61) 98103-2489

## RESUMO

Análise comparativa entre as principais deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a implantação do Brasil Sorridente

### Resumo

As condições bucais não afetam o indivíduo apenas fisicamente, mas também de forma psicossocial, tornando a saúde bucal um determinante social. A Política Nacional de Saúde Bucal surge para abranger a área em sua complexidade. O presente estudo objetiva comparar as principais deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986 com a implantação da PNSB. Fez-se uma avaliação processual a partir de documentos provenientes do PubMed, Scielo, GoogleScholar e Ministério da Saúde referente ao período entre 2003 e 2014. O repasse anual em saúde bucal aumentou de 83 milhões, em 2003, para 916 milhões em 2014. As Equipes de Saúde Bucal, no mesmo período, cresceram de 6 mil para 24 mil. CEOs passaram de 336, em 2005, para 1030 em 2014. Em 2008, 76,3% dos municípios possuíam água fluoretada. Até 2014, 2 mil laboratórios levaram a uma produção anual de 600 mil próteses. O sistema permite cobertura de 100% das comunidades indígenas tendo a escovação supervisionada, em relação a outros procedimentos, passando de 1,2%, em 2004, para 23,3%, em 2013, enquanto as exodontias caíram de 24,3% - no mesmo ano - para 3,8% em 2011. A PNSB se mostrou coerente às deliberações da 3ªCNSB, trazendo resultados impactantes, contudo ajustes importantes são necessários.

Palavras-chave: Política de saúde; Saúde bucal; Assistência odontológica; Fluoretação.

## ABSTRACT

Comparative analysis between the deliberations of the 3rd National Oral Health Conference and the implantation of *Brasil Sorridente*

Abstract: Oral conditions do not affect the individual only physically, but also in a psychosocial way, making oral health a social determinant. The National Oral Health Policy arises to cover the area in its complexity. The present study aims to compare the main deliberations of the 3rd National Oral Health Conference of 1986 with the implementation of the NOHP. A procedural evaluation was made from documents from PubMed, Scielo, GoogleScholar and the Ministry of Health for the period between 2003 and 2014. The annual passthrough in oral health increased from 83 million in 2003 to 916 million in 2014. Oral Health Teams, in the same period, grew from 6 thousand to 24 thousand. CEOs increased from 336 in 2005 to 1030 in 2014. In 2008, 76.3% of the municipalities had fluoridated water. By 2014, 2,000 laboratories led to an annual production of 600,000 prostheses. The system allows coverage of 100% of the indigenous communities, with brushing supervised in relation to other procedures, from 1.2% in 2004 to 23.3% in 2013, while the exports decreased from 24.3% in the same year - to 3.8% in 2011. The NOHP was consistent with the deliberations of the 3rd NOHC, bringing impressive results, but important adjustments are necessary.

Key words: Health policy; Oral health; Dental care; Fluoridation.



## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a saúde obteve novo conceito para expressar sua real complexidade. Deixando de ser designada como “ausência de doença”, tem o entendimento agora perpassado por fatores socioeconômicos até chegar ao termo qualidade de vida<sup>1</sup>.

Quando analisada a área da odontologia, constatou-se que a situação referente a estruturas como gengiva e dentes não afeta o indivíduo apenas fisicamente, mas também de forma psicossocial<sup>1</sup>, influenciando em sua relação com os demais. Neste cenário, conclui-se que a Saúde Bucal deve ocupar um patamar significativo como determinante social<sup>2</sup>.

Confirmando o caráter social atual da saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) aparece como agente responsável por toda a área sanitária nacional. Tendo como foco a democracia e direitos sociais, possui uma diretriz referente à organização de forma descentralizada<sup>3</sup>, ou seja, ao Controle Social. Para o cumprimento dela, devem ser realizadas Conferências<sup>1</sup> e Conselhos de Saúde de tempos em tempos.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) aconteceu em 1986 na forma de Conferência Temática da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)<sup>3</sup>. Surgiu como uma imensurável conquista por evidenciar, pela primeira vez, a situação da saúde bucal do país e planejar rumos inclusivos da Odontologia no SUS<sup>2</sup>. Apesar dos avanços do setor nos anos seguintes, somente em 2004, com a 3ªCNSB, uma Política Nacional específica sobre Saúde Bucal, apelidada de Brasil Sorridente, foi apresentada com o objetivo de superar problemas e desigualdades trazidas pelo atendimento odontológico historicamente hegemônico no país<sup>4</sup>.

Levando em conta a falta de estudos e análises em nível nacional sobre a Política supracitada, o presente trabalho tem



como objetivo comparar as principais deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal com a posterior implantação do Brasil Sorridente. Por meio de uma avaliação de processo, vem a analisar a formulação da política, sua participação social e a mensurar sua efetividade na saúde bucal brasileira.

A pesquisa tomou como quadro referencial o Ciclo de Políticas Públicas e dividiu-se em três partes. A primeira é composta por sua caracterização, instrumentos e percurso metodológico; A segunda parte, pelo Resgate Histórico, com as etapas Percepção e Definição de Problemas e Formação da Agenda Decisória do Governo. E, por fim, a terceira com os Resultados - Formação de Frentes da Política, Implementação e Avaliação - Discussão e Considerações Finais.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo utilizou documentos primários e secundários provenientes das bases de dados PubMed e Scielo e dos sites GoogleScholar e Ministério da Saúde. O critério de inclusão usado foi o artigo possuir informações sobre o histórico e implantação do Brasil Sorridente para que a questão “*As principais diretrizes e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) correspondem aos quatro eixos deliberados na 3ªCNSB?*” fosse respondida. O período de análise escolhido foi o entre os anos de 2003 e 2014 em detrimento à coleta de dados mais atuais pela suspensão da página do Brasil Sorridente no site Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2019.

Dentro de seu objetivo, esta pesquisa foi classificada como exploratória por familiarizar o pesquisador e o leitor com o tema, para posterior construção de questões importantes para a condução da pesquisa<sup>5</sup>. Foi realizada abordagem qualitativa dos

dados para permitir a avaliação e discussão sobre o processo de implantação da política em toda sua complexidade<sup>6</sup>. E, por fim, com o intuito de pesquisar os princípios de Integralidade e Intersetorialidade da PNSB, de forma completa e sob a luz das Conferências de Saúde, elegeu-se o Ciclo de Políticas Públicas como modelo e quadro referencial (Quadro1).

Quadro1 - Quadro Resumo

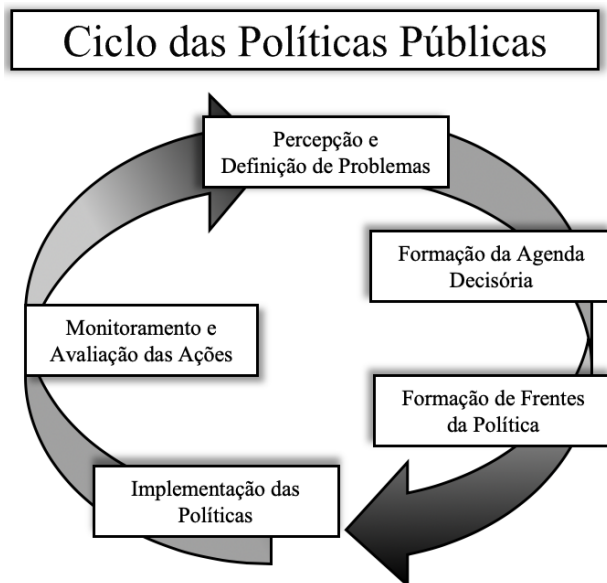
<b>Tipo de pesquisa</b>	<b>Procedimentos Técnicos</b>	<b>Abordagem quanto ao problema</b>
Exploratória	Bibliográfica Documental Ciclo de Políticas Públicas	Qualitativa

Fonte: Autoria própria, 2019.

## CICLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Ciclo de Políticas Públicas é um modelo tradicional que visa explicar uma política expondo em estágios seu desenvolvimento. Por não ser linear, possibilita ilustrar as influências, o (re)definir de decisões e as reações mútuas a que uma política é submetida<sup>7</sup>. Essa descrição detalhada dos componentes de um programa é essencial para avaliar sua execução<sup>8</sup> e, por esse motivo, esse estudo a utiliza como estrutura para a avaliação de processo. Divide-se em cinco fases principais: 1) Percepção e Definição de Problemas; 2) Formação da Agenda Decisória; 3) Formação de Frentes da Política; 4) Implementação das Políticas; e 5) Monitoramento e Avaliação das Ações<sup>9</sup>. Cada fase será explicada mais adiante junto à exposição da temática.

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Raeder, 2014<sup>9</sup>. Adaptado pelos autores.

## AVALIAÇÃO DE PROCESSO

Balizando-se nos critérios de aceitabilidade pretendidos, a avaliação processual ou de processo tem como objetivo, durante a implantação, estimular uma reforma paralela da política, a qual precisa manter-se atualizada para garantir a meta visada ou melhores resultados. É de caráter formativo por introduzir mudanças, mas deve manter a neutralidade para que não seja confundida com uma ferramenta de gerenciamento<sup>7,10</sup>. A transparência e sistemática empregadas a uma avaliação de processo possibilitam a detecção de fatores positivos e de problemas na elaboração ou implementação<sup>10</sup>. Os resultados a serem encontrados propiciam maior facilidade no controle dos

recursos aplicados, uma gestão mais eficaz e uma reestruturação da política, caso necessária<sup>8</sup>.

Esse tipo de avaliação difere de outros no histórico brasileiro, pois tem como foco principal a modulação da política, enquanto o crescimento e a globalização ficam como consequência<sup>11,12</sup>.

## **RESGATE HISTÓRICO**

O século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, foi marcado pela ressignificação de diversas áreas. A saúde e a educação, por exemplo, foram vistas pela primeira vez como fatores de extrema relevância na definição político-econômica de um país<sup>3</sup>. Apesar de todas as mudanças em âmbito internacional, o Brasil via-se estagnado em uma ditadura<sup>12,13</sup>. A saúde nacional mantinha o modelo assistencialista que adotara desde 1923<sup>3</sup>. Baseada no curativismo, atendia uma demanda espontânea, a qual podia pagar pelo serviço seguindo o então nomeado sistema Médico Assistencial Privatista. De forma concomitante, surgiam as Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs), que prestavam serviços médicos e farmacêuticos para trabalhadores do setor privado e para seus dependentes. Em conclusão, a maioria da população não tinha acesso à saúde e dependia basicamente de instituições filantrópicas<sup>13</sup>.

O descontentamento geral diante do viés corrupto e privatista do autoritarismo impulsionou movimentos a favor da descentralização das políticas públicas de saúde, tornando a área uma das que mais incorporou mecanismos de participação popular após o término da ditadura<sup>16</sup>. Nesse cenário, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) manifestou-se como um grande marco histórico. Indo muito além do seu campo de nomenclatura, vinha com a criação de um sistema de saúde focado na democracia e direitos sociais<sup>17,18</sup> e com a elucidação de como os ideais dele seriam integrados ao sistema institucional brasileiro<sup>13,19,20</sup>. Suas

diretrizes foram legitimadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e depois, formalizadas na Assembleia Constituinte<sup>17</sup>.

A intensa pressão popular no processo de descentralização da saúde foi decisiva para a aprovação das propostas da 8ª CNS no Congresso<sup>16</sup>. Pouco após a promulgação da Constituição federal, o SUS foi regulamentado pela lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde)<sup>21</sup>. Fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações e serviços<sup>21</sup> e tendo como diretrizes a organização de forma descentralizada e a participação da comunidade<sup>3</sup>, era o único sistema de saúde já implementado em um país com mais de 100 milhões de habitantes.

Para estabelecer nesse sistema o Controle Social, isto é, mecanismos que estabeleçam a ordem social<sup>22</sup> a partir de um embasamento legal<sup>1</sup>, foram realizados Conferências e Conselhos de Saúde<sup>19</sup>. As primeiras funcionam como espaços de debates quadrienais de natureza consultiva para a formulação das diretrizes políticas junto à população<sup>1,23</sup> que, por sua vez, contam com Conselhos - órgãos deliberativos e fiscalizadores<sup>24,25</sup> compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários<sup>3</sup> - para a execução das ações na esfera de governo correspondente<sup>26</sup>. Ainda no mesmo contexto, temos as chamadas Conferências Temáticas, que são responsáveis por temas específicos<sup>3</sup> como, por exemplo, a Conferência Nacional de Saúde Bucal, a qual nasceu junto com a 8ª CNS.

## O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE BUCAL

Em 1986, a 1ª CNSB deu atenção pela primeira vez à deprimente situação do país e definiu a Saúde Bucal como um determinante social, político e econômico, estando intimamente relacionada com as condições de vida do indivíduo. Nesse cenário, o ideal de incluir a Odontologia no SUS surgiu<sup>1</sup>, contudo, sem um plano concreto<sup>2</sup>. Em 1993, a 2ª CNSB analisou o modelo odontológico e o caracterizou como individualista e inerte à realidade epidemiológica e social brasileira, além de mutilador e ineficaz<sup>27</sup>. A necessidade de reconhecer “a saúde bucal como direito de cidadania” foi enfim legitimada. A reestruturação seria feita em vários campos como: Recursos humanos; Ações a nível comunitário e integral; Meios de informação e controle social; E tecnologia. Ao final, diretrizes e estratégias políticas foram redigidas e o surgimento de um novo modelo de atenção em saúde bucal se expressou na atenção básica<sup>1</sup>.

Apesar das barreiras vencidas nas duas primeiras CNSB, o Brasil ainda mostrava resultados insatisfatórios de acordo com o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003. Os programas existentes eram, em sua maioria, voltados para crianças e gestantes; os tratamentos, de baixa complexidade e limitados a ações curativas e mutiladoras. Esse último fato era devido principalmente ao difícil acesso à odontologia. Então, quando as pessoas procuravam ajuda, já estavam em situações irreversíveis e de dor<sup>6</sup>. Em conclusão, a saúde bucal não tomava como base os princípios do SUS e muito menos possuía uma política específica estruturada.

Com o objetivo de superar o déficit e as desigualdades trazidas pelo atendimento odontológico historicamente hegemônico<sup>28</sup>, a Política Nacional de Saúde Bucal – O Brasil

Sorridente – foi desenvolvida pelo Governo Federal<sup>3</sup> como resultado das deliberações da Reforma Sanitária<sup>29</sup>, da 1ª e 2ª CNSB<sup>30</sup> e dos congressos e encontros de Odontologia e de Saúde Coletiva<sup>31</sup>. Apresentou-se como um conjunto de medidas, as quais, por meio da reorganização, ampliação e qualificação de ações visariam garantir acesso integral à saúde bucal pelo cidadão, ou seja, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Os principais programas eram: a implementação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; ampliação e qualificação de Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios de Próteses Dentárias e da Política de Fluoretação das águas; Brasil Sorridente Indígena; Programa Saúde na Escola; e Plano Nacional para Pessoas com Deficiência<sup>30</sup>.

O documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” foi conduzido e efetivado pela 3ªCNSB a fim de concretizar as reivindicações relacionadas à saúde bucal brasileira. É de grande valia expor que esse marco só foi possível diante da janela de oportunidade criada na troca de mandato presidencial em 2002. O governo, que antes havia vetado vários itens relacionados ao financiamento e à participação da comunidade, novamente abria espaço para as políticas públicas que defendiam os princípios da Reforma Sanitária, entre elas, a de saúde bucal. A conferência foi aberta em 29 de julho de 2004, concluindo-se com 298 propostas aprovadas por 883 delegados, resultado de 27 conferências estaduais e 2.542 municipais. O tema central “*Acesso e qualidade superando a exclusão social*” foi debatido na vertente de quatro grandes eixos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal para melhor organização e criação da política<sup>30</sup>.

## A POLÍTICA PÚBLICA

A Política Nacional de Saúde Bucal surgiu como uma política pública do tipo regulatória por vir com o objetivo de criar preceitos, fundamentados nos princípios do SUS, a serem seguidos por políticas redistributivas e distributivas<sup>15</sup>. Pode-se denominar Política Pública como um conjunto de ações e programas que o governo decide por em vigor<sup>32</sup> a fim de solucionar um dado problema na sociedade e diminuir a desigualdade dentro desta. Seus seguimentos devem ser formulados de forma sistemática para que seja possível a organização do projeto; e suas diversas etapas, avaliadas para assegurar o controle social. Como exposto no Ciclo de Políticas Públicas, para sua elaboração, o primeiro passo deve ser a definição da problemática.

## PERCEPÇÃO E DEFINIÇÃO DE PROBLEMAS

A primeira fase da construção de uma Política Pública é a da identificação de um problema, o qual normalmente é causado pelo excesso ou falta de algo.

A ideia de incluir a Odontologia no SUS surgiu durante a 1ª CNSB, quando a saúde bucal foi definida como um determinante social. Apesar de ganhos significativos decorrentes das duas primeiras conferências, era necessário ser mudado o modelo odontológico mutilador e inerte em relação à realidade social brasileira e fazer com que a saúde bucal deixasse de ser um pequeno subsetor da atenção básica através da criação de uma Política Pública exclusiva. A Política Nacional de Saúde Bucal veio como um conjunto de medidas, as quais, por meio da reorganização, ampliação e qualificação de ações em saúde bucal visariam garantir acesso integral à saúde bucal.



Para melhor expor problemas e definir medidas e programas, a 3ª CNSB se pautou em quatro grandes eixos:

## 1. EDUCAÇÃO E CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

A ineficiência do Estado quanto ao acesso ao atendimento e à qualidade do serviço se devia principalmente à falta de Intersetorialidade e Integralidade da política pública, a qual não estava sendo abordada dentro de sua complexidade<sup>1</sup>. O primeiro termo se refere a setores variados agindo juntos, nesse caso, em prol da saúde bucal; e o segundo, a ações que visam o entendimento e cuidado do homem como um todo. É papel da educação conscientizar a população em relação ao direito à saúde e torná-la um agente participativo de mudança<sup>1</sup>.

Ainda nesse eixo, foi exposta a problemática relacionada ao principal exemplo de intersetorialidade e ação preventiva em saúde bucal, a fluoretação dos recursos hídricos. Apesar do programa ter sido implementado em 1974 pela Lei Federal nº 6.050/74<sup>33</sup>, apenas 40% da população era coberta pelo sistema<sup>34,35</sup>, tendo como a mais recorrente desculpa a falta de recursos para sua implementação, justificativa incoerente, pois o flúor possuía baixo custo<sup>36</sup>. Era necessário que o programa garantisse ampliação da vigilância nas redes de fluoretação<sup>30</sup>.

## 2. CONTROLE SOCIAL, GESTÃO PARTICIPATIVA E SAÚDE BUCAL

A criação de um eixo sobre esse tema era de grande importância tanto pela natureza do evento, uma Conferência de Saúde Bucal, quanto pela quantidade de programas de saúde a serem implementados, o que demandava muita fiscalização<sup>1</sup>. A ênfase no Controle Social e o debate por uma Gestão participativa vieram como ferramentas democráticas para materializar medidas provisórias e deliberações já legitimadas<sup>3</sup>.

### 3. FORMAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

A falta de debate com os organismos de gestão e a autonomização do Ministério da Educação em relação à formação do profissional da saúde eram as principais causas para o baixo comprometimento dos servidores em relação ao SUS e seu controle social<sup>1</sup>. Tanto a graduação quanto a pós tendiam a criar vertentes para que o especialista se adentrasse em sua área para seguir um modelo mercantilista e alienado da realidade nacional<sup>1</sup>. As instituições ligadas ao SUS e às redes de ensino superior em sua maioria não seguiam a Lei nº 8.080/90, que *“dispõe sobre a obrigatoriedade das instituições públicas e privadas de ensino superior e os serviços de saúde promoverem, de maneira articulada, as atividades de ensino, pesquisa e extensão nos diversos níveis de atenção à saúde da população”*<sup>21</sup>. O resultado disso foi a piora na qualidade de serviços, dificuldade nas práticas integrais e diminuição de estudos gerados sobre o sistema pelos alunos<sup>37</sup>.

No campo do trabalho em si, os servidores se encontravam em situação precária e a gestão do próprio sistema se mostrava obsoleta, pois, com o grande avanço da descentralização, se fez necessária uma nova articulação do sistema<sup>1</sup>.

### 4. FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Uma das maiores dificuldades encontradas na criação do SUS foi fazer com que o modelo econômico do país fornecesse o montante necessário para sua implementação<sup>1,38</sup> e que o fizesse de maneira regular<sup>1</sup>. O Piso de Atenção Básica (PAB) fixo surgiu como um importante mecanismo de financiamento do SUS, mas logo passou a não ser mais efetivo, não atendendo equitativamente a demanda do país<sup>1</sup>. Era necessário o planejamento de medidas que capacitem maior agilidade no funcionamento do SUS de modo a tornar o seu financiamento

flexível<sup>1</sup>; assegurar sua relação com gestores; e garantir instrumentos de informação<sup>3</sup> e manutenção de todas as suas etapas por meio de um processo transparente e claro junto ao controle social, com a fiscalização dos cidadãos<sup>1</sup>.

A forma que a Atenção em Saúde Bucal se organizava era pouco eficiente, de baixa cobertura e difícil acesso. As limitações encontradas resultavam em um tratamento mutilador da população. Assegurar o direito à saúde se mantinha como desafio presente ao SUS. Devia-se avaliar a demanda a partir do diagnóstico local e levar em conta suas diversidades étnicas e culturais. Por fim, o cuidado com o paciente deveria ser integral proporcionar vínculo com o profissional<sup>1</sup>.

## FORMAÇÃO DA AGENDA DE GOVERNO DECISÓRIA

A agenda decisória é o conjunto de problemas os quais o governo decide tratar. Para serem escolhidos não dependem apenas de sua gravidade, mas da interação de três fluxos principais: Fluxo de problemas, questões a serem solucionadas; Fluxo de Alternativas, viabilidade técnica de resolução<sup>9</sup>; e Fluxo político, o clima governamental em si. Essa junção confere condições favoráveis para idealização de um projeto. Ainda, se o problema vier acompanhado de dados quantitativos, ganha uma atenção a mais entre debates políticos e a comunidade<sup>39</sup>.

O fenômeno citado acima apareceu no início da PNSB, quando o histórico de congressos e conferências anteriores e o levantamento do SB-Brasil 2003 evidenciaram a grande relevância relacionada à saúde bucal e soluções foram propostas. Contudo, apesar das reivindicações, a efetivação da agenda só aconteceu com a abertura dada pelo governo, conformando enfim a janela de oportunidade necessária<sup>9</sup>.

## RESULTADOS

### FORMAÇÃO DE FRENTES DA POLÍTICA

Momento de definição do objetivo da Política, ou seja, de diálogo entre intenções e ações<sup>39</sup>. Nela, especialistas entram em jogo para apresentar detalhadamente as diretrizes antes premeditadas na fase de formação da agenda e para definir os recursos e o prazo da ação da política.

Se tratando da PNSB, o processo contou com a participação de ministros, delegados e da própria população e tomou como base a avaliação de dados epidemiológicos e o entendimento da demanda nacional. O Quadro 2 a seguir mostra os programas deliberados na 3ª CNSB e gerados na Política Nacional de Saúde Bucal.

Quadro 2 – Programas do Brasil Sorridente referentes a cada eixo.

Eixos	Programas	Ações
1º Eixo	Alteração no processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal	Criação em 2003. Aumento do financiamento; Inclusão das carreiras Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB). Sendo a Modalidade II diferenciada da I pela presença do TSB.
	Unidade Odontológica Móvel (UOM)	Criação em 2009. Possibilidade de implantar rede de atendimento odontológico móvel de acordo com as rotas de ensino, demanda e cronologia da ação <sup>1,40</sup> .
	Fluoretação	Ampliação do programa de Fluoretação; Garantia de ampliação e vigilância através da criação de sistemas fiscais como as CECOLs.

	Programa Saúde na Escola	Criação em 2010. Conscientização acerca da importância de ter hábitos saudáveis e práticas de autocuidado; Reconhecimento de fatores de risco em estágios iniciais; Realização de ações promotoras e preventivas em saúde bucal; Acesso à informação possibilitando que alunos e funcionários estejam integrados no projeto <sup>41</sup> .
2º Eixo	Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB)	Criação em 2011. Vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, visa ampliar a participação da população e potencializar as Comissões do CNS <sup>42</sup> .
3º Eixo	Regulamentação do Técnico em Saúde Bucal	Criação em 2008. Renomeação do Técnico em Higiene Dental para Técnico em Saúde Bucal junto sua incorporação à ESB, sendo ele promotor de um aumento considerável na utilidade das equipes. Permissão para que ele trabalhe ainda em CEOs, hospitais, cursos e palestras <sup>43</sup> .
	Residência em Cirurgia Buco-Maxilofacial e Multiprofissional	Criação em 2005. Aumento da qualificação dos profissionais da atenção secundária e terciária pela implantação de residências credenciadas junto ao SUS. Pós-graduações que demandam um período integral de dois a três anos de serviço.
	GraduaCEO	Criação em 2014. Prestação de ações e serviços à rede pública pelas Instituições de Ensino Superior (IES) de modo a ampliar e melhorar a oferta em todos os níveis de atenção em saúde bucal, fornecer conhecimento prático e engajar os alunos quanto ao SUS <sup>44,45</sup> .
4º Eixo	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)	Criação em 2004. Possibilitar reabilitação protética por meio de laboratórios credenciados pelo governo; Monitorar produção e coleta de dados sobre as próteses confeccionadas na rede pública <sup>46,47,48</sup> .

Assistência Hospitalar	Criação em 2005. Autorização para Internação Hospitalar – AIH e instituição da Política Nacional de Atenção Oncológica no âmbito da odontologia, para que o paciente diagnosticado com câncer tenha tratamento de qualidade assegurado.
Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	Criação em 2004. Nível secundário de saúde bucal. Ambulatórios que oferecem atendimento obrigatório em endodontia, periodontia, diagnóstico com ênfase no câncer bucal, cirurgia oral menor, assistência de pessoas com necessidades especiais e opcional, em ortodontia e implante. Se dividem em tipo I, II e III dependendo do número de cadeiras <sup>46,50</sup> .
Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	ANO Incentivo aos CEOs para aderirem à RCPD, sendo mantida como porta de entrada do sistema à atenção básica <sup>51</sup> .
PmaQ-AB e PmaQ-CEO	Subprogramas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade lançados em 2011 e 2013 respectivamente. Avaliação do acesso e da qualidade dos programas implementados pelo SUS, garantindo um padrão independente da área de cobertura <sup>52,53</sup> .
Saúde Bucal para comunidades indígenas (Brasil Sorridente Indígena)	Criação em 2011. Garantia ao direito à saúde pelas populações; Capacitação de profissionais sobre questões culturais; Possibilidade de atendimento em aldeias <sup>54</sup> .
A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte	Criação em 2004. Garantia de atendimento odontológico de urgência e emergência em hospitais com até 30 leitos; Aumento da capacitação e eficiência hospitalar <sup>55</sup> .

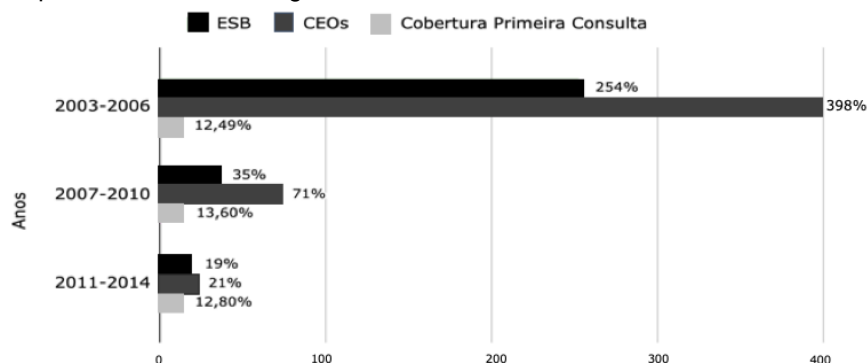
	Centros Colaboradores em Vigilância em Saúde Bucal (CECOL)	Criação em 2007. Realização de pesquisas e coleta de dados; Monitoramento de ações na área da saúde bucal por meio das universidades UNB, USP, UFMG, UFPE, UEG e PUC-Curitiba <sup>56,57</sup> .
--	--	--

Fonte: Autoria própria, 2019.

## IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA

Fase da prática em si, a qual o planejamento é transformado em ato pela administração pública a partir do direcionamento de todos os recursos (financeiros, materiais e humanos). Nela, não só a potencialidade da política fica mais aparente<sup>39</sup>, mas também os problemas referentes à organização.

Gráfico 1 - % do Crescimento de Equipes de Saúde Bucal, Centro de Especialidades Odontológicas e Cobertura da Primeira Consulta.

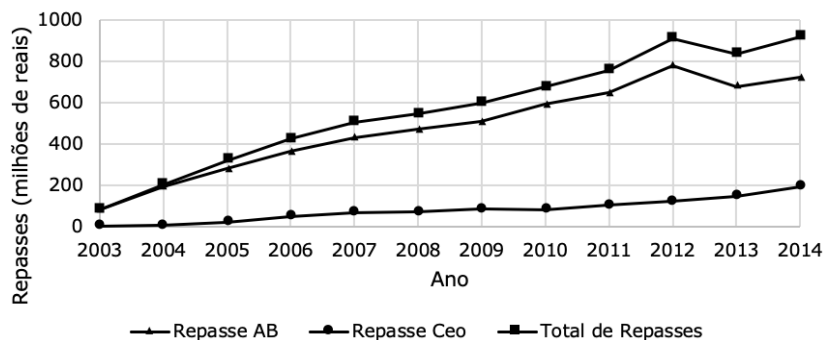


Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Chaves SCL et al., 2017<sup>59</sup>. Adaptado pelos autores.

Estudos mostram que o número de ESB nas ESF aumentaram de 141,% de 2002 para 2005. Pode-se ver 2005 com 10.285 ESB e uma cobertura de 3.436 municípios<sup>29</sup> e 2010 já com 22.424 equipes, em 4.903 municípios<sup>57</sup>. A população atendida em 2002 teve um crescimento de 204% até 2014, tendo uma cobertura de primeira consulta odontológica de 12,46%, 13,6% e 12,8% nos períodos de 2003-2006, 2007-2010 e 2010-2014 respectivamente (Gráfico 1).

Em 2003, a modalidade I de ESB recebia um incentivo de R\$15.600 e a modalidade II, R\$19.200. Desde o ano de 2013, passaram a receber R\$26.760 e R\$35.760, nessa ordem, e R\$ 7.000 por cada consultório completo, o que se mantém até hoje<sup>29,61</sup>.

Gráfico 2 - Repasse anual para Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas no período de 2003 a 2014.



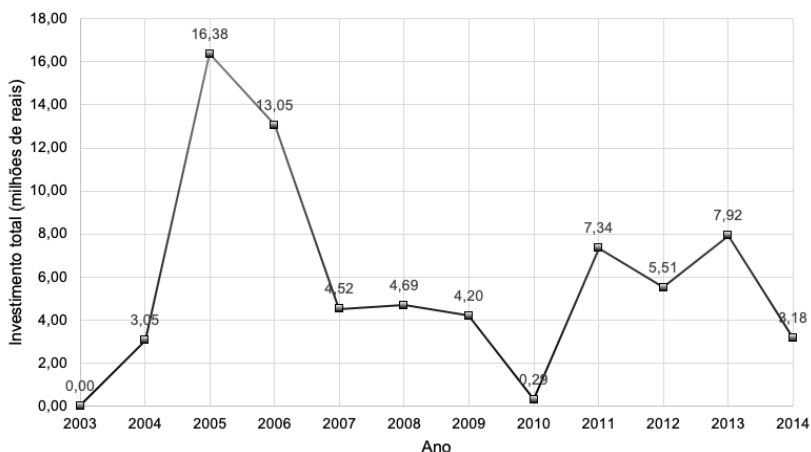
Fonte: Chaves SCL et al., 2017<sup>59</sup>; Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Adaptado pelos autores.



Como pode-se verificar no Gráfico 2, o repasse da Atenção Básica começou com R\$81.522.276,62 em 2003, teve maior valor em 2012, com R\$779.014.555,00 e fechou 2014 com R\$721.771.074,00. Enquanto os CEOs tiveram o primeiro repasse de 1.894.337,19 e o último e maior de R\$191.080.408,62. Os investimentos nos dois tipos de atenção se mostraram bem irregulares, sendo o maior valor, em 2005, de 16.380.000,00 e fechando em R\$3.180.000,00 em 2014<sup>59</sup> (Gráfico 3).

Em 2011, eram 51 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) em 15 estados, espalhadas principalmente em locais de difícil acesso como assentamentos e povoados indígenas com capacidade de atender 350 pessoas. Em 2013, o país já contava com 302 UOMs. O custeio mensal para cada uma é de R\$4.680 e R\$3.500 para sua implantação<sup>57,62</sup>.

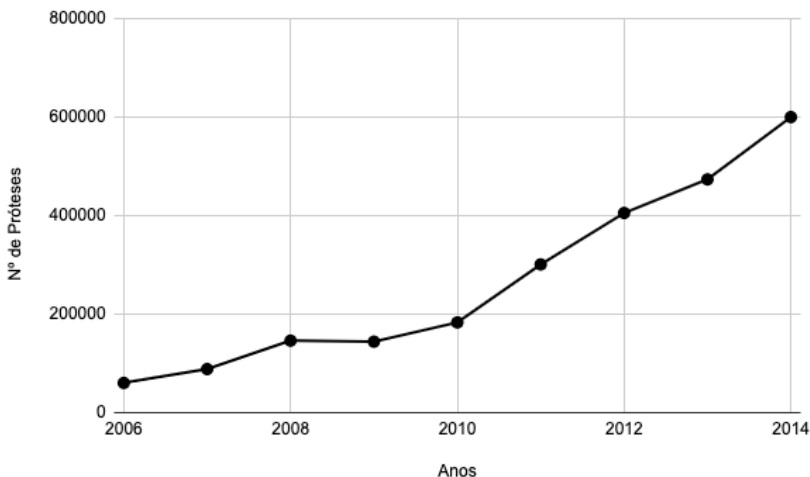
Gráfico 3 - Investimento anual destinada à Saúde Bucal.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Chaves SCL et al., 2017<sup>59</sup>. Alterado pelos autores.

Em relação à cobertura de fluoretação no Brasil, teve-se um aumento de 8,6% entre 2000 e 2008, chegando a uma cobertura de 76,3% de municípios<sup>63</sup> e 100 milhões de pessoas. Nessa pesquisa, foram analisados 5558 municípios, sendo que o número atual é de 5570. Ainda em 2008, foi observado que a maioria dos municípios (62,7%) não estavam cadastrados ou não alimentavam o sistema SISAGUA<sup>64</sup>. Rio de Janeiro e São Paulo e as regiões Norte e Nordeste mostravam a menor contribuição de dados. De 2003 a 2010 foram implantados 603 sistemas de fluoretação com cobertura para mais 5,2 milhões de pessoas. Considerando a ativa modificação demográfica, estipula-se, nesse período, um alcance na fluoretação de águas de 14 mil novas pessoas por dia<sup>57</sup>.

Gráfico 4 - Produção anual de Próteses no período de 2006 a 2014.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Datasus.

Em 2010, foi vista uma redução na necessidade de próteses em 50% para adolescentes e em 70% para adultos<sup>58</sup>. Nessa época, havia 676 Laboratórios de Prótese implantados no SUS e, em 2011, esse número chegou a 1995. Os municípios recebiam um repasse de R\$5mil em até 50 próteses confeccionadas; R\$15mil, se até 150 e R\$ 20mil para as quantidades maiores<sup>65</sup>. Em 2012, o repasse passou a ser de R\$ 150 por prótese, um aumento de 400%, em relação aos anos até 2009. Em 2013, o incentivo chegou a R\$22.500 para a maior produção. A produção anual de próteses começou com 60.286 unidades em 2006 e chegou a 600.196 em 2014<sup>66</sup> (Gráfico 4).

Em 2005, 400 Centros de Especialidades Odontológicas já tinham sido instalados<sup>29</sup>; Em 2006, eram 498 com um número de 7,3 milhões de ações especializadas em odontologia realizadas, um aumento de 19,6% em relação a 2002; 2007 contava com 613 CEOs, sendo a maioria de tipo II (58,2%) e os tipo I e III em 34,4% e 7,4% respectivamente<sup>60</sup>. O Datasus mostrou que em 2014 eram 1030 centros (aumento de 15,3% em relação a 2010) com 3.700.00 em tratamentos odontológicos de média e alta complexidade realizados. Em 2006, o incentivo de implantação era de R\$ 40.000, 50.000 e 80.000 e custeio de R\$ 6.600, 8.800, e 15.400 para as respectivas modalidades de CEOs I, II e III<sup>61</sup>.

Em 2014, o Brasil Sorridente Indígena possuía 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), 351 Polos Base e 424 dentistas. Nessa perspectiva, a cobertura do programa seria de 100%<sup>67,54</sup>. Em âmbito nacional, entre 2010 e 2013, a média de tratamentos odontológicos concluídos foi de 40%, e em 2014 esse valor subiu para 52,7%, indicando que mais da metade dos indígenas tiveram seu tratamento concluído. Esse ano marcou 606.277 atendimentos odontológicos para uma população de 666.238 indígenas<sup>66</sup>. Uma avaliação realizada no Parque Xingu em relação ao número de exodontias feitas mostra

uma diminuição na porcentagem de 24,3% para 3,8% nos anos 2004 e 2011, enquanto a cobertura de escovação dental supervisionada cresceu de 1,2 para 23,3% no período entre 2004 e 2013<sup>67</sup>.

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

Etapa que expõe significativamente o desempenho e os resultados do projeto. Tem o objetivo de deliberar quais serão as próximas metas do programa ou se o projeto deve continuar<sup>9</sup>.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, junto a gestores municipais e estaduais, formulou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PmaQ)<sup>69</sup> para viabilizar maior acesso e qualidade aos programas do SUS através de uma avaliação de desempenho nos três níveis de governo. Por meio das suas subcategorias, PmaQ-AB e PmaQ-CEO, tem o intuito de expor os resultados alcançados para que haja transparência do processo desde a sua gestão, e, após as devidas mensurações, auxiliar próximas tomadas de decisão<sup>70</sup>.

Para uma equipe aderir ao PmaQ, ela deve seguir as regras do programa e diretrizes organizantes do processo de trabalho é implementado na forma de um modelo cíclico de 4 fases<sup>48</sup>. Elas são, respectivamente: Adesão, Desenvolvimento de ações, Avaliação externa da qualidade e do acesso e Reconstrução, uma reiniciação com base nos novos referenciais. Até o ano de 2014, o PmaQ-AB tinha participado do 1º e 2º ciclo e o PmaQ-CEO, do 2º ciclo, pois foi quando houve a possibilidade de os CEOs entrarem no programa<sup>68</sup>.

Em relação ao PmaQ, em 2013, os valores de componente de qualidade da Atenção Especializada por tipo de CEO eram 20% para a Adesão do Programa, 20% para Desempenho mediano ou abaixo da média, 60% para acima da média e 100% para os muito acima da média, sendo o valor total R\$ 8.250 para CEO I; R\$ 11.000, CEO II; e R\$19.250, CEO III. O

PmaQ passou por dois ciclos até o ano de 2014<sup>65</sup>. A avaliação da atenção Básica no 1º ciclo mostrou que a adesão foi de 12.436 ESBs e no 2º foi atingido um nível de 89% de equipes. Enquanto os CEOs participaram com 860 centros (87% do total) apenas no 2º ciclo<sup>68</sup> (Quadro 3).

Quadro 3- Demonstrativo da adesão de Atenção Básica no primeiro e segundo ciclo do PMAQ-AB

<b>Tipo de Equipe</b>	<b>Adesão ao 1º ciclo</b>	<b>Adesão ao 2º ciclo</b>	<b>% de Esquipes participantes entre o total do país no período</b>
<b>ESB</b>	12.436	19.898	89%
<b>CEO</b>	-	860	87%

Fonte: Pinto et al., 2014<sup>68</sup>. Adaptado pelos autores.

## DISCUSSÃO

Quando analisados os repasses à atenção básica e aos CEOs, pode-se observar que eles são crescentes no período de 2003-2014, com a AB recebendo maior volume e tendo como o único episódio de recaída 2013. Isso ocorreu possivelmente pela modificação na forma de coleta de dados, tendo sua subsequente regularização após capacitação do sistema. Os valores de investimento são referentes ao capital dado para implantação de cada programa e se deve às diferentes demandas anuais dos municípios.

Os repasses referentes à Saúde Bucal comumente são postos em segundo plano quando comparado o montante total dado ao SUS<sup>3</sup>. Entende-se que o setor financeiro da saúde bucal precisa ser flexibilizado entre as esferas de governo para que a resposta do sistema seja mais rápida e eficiente. Mudanças vistas nos estados como Rio Grande do Sul<sup>57</sup>, com a inserção dos incentivos estaduais, precisam ser difundidas pelo resto do país.

Apesar de em 2010, no SB-Brasil, o país ter saído da condição mundial de prevalência de cárie de média para baixa<sup>58</sup>, o aumento da cobertura de primeira consulta não foi significativo em relação aos repasses crescentes na AB e nos CEOs no período de 2003 a 2014<sup>58</sup>. Isso leva a crer que o problema esteja relacionado à falta informações sobre as formas de acesso ao sistema público de saúde. O assunto exige maior enfoque nas próximas pesquisas<sup>59</sup>.

Além dos benefícios trazidos à população, conforme são implantadas equipes de saúde bucal, os empregos gerados e os equipamentos e materiais comprados geram uma circulação de capital significante na área da odontologia<sup>29</sup>. Nos primeiros anos do programa criado em 2000<sup>29</sup>, as ESB eram sobrecarregadas pelo grande volume de demanda, chegando a ter 6.900 pacientes cada<sup>61</sup>. Como consequência, os atendimentos voltavam a ser curativistas em vez de gerar vínculos, como visa a ideologia do SUS. Com a inserção do TSB, em 2003, a produtividade das equipes mostrou enorme diferencial. Apesar desse fato, apenas 8,3% das equipes eram de Modalidade II até 2010<sup>29</sup>. Sendo a principal causa a falta de clareza por parte da rede em relação à função expandida do TSB, o que faz com que o programa perca potencial transformador<sup>57</sup>. Outro problema é que desde 2005 o valor de implantação para as modalidades de ESB não se alterou. O setor financeiro na área de saúde bucal não foi atualizado em relação às mudanças econômicas anuais do país e, com isso, pode-se supor que como consequência houve uma diminuição da qualidade de serviço.

Quando fluoretada a água, o ganho não vêm apenas no campo da saúde bucal. Esse sistema é também visa a qualificação e a vigilância das bases de tratamento e distribuição de água<sup>57</sup>. Apesar de o Brasil ser o segundo país com maior cobertura de flúor no mundo, perdendo apenas para o Estados Unidos, um dos maiores problemas da área é a desigualdade ao

acesso. Até 2011, as regiões sudeste e sul tinham alta cobertura enquanto, por exemplo, o estado do Amapá não tinha nenhum município alcançado<sup>57</sup>. Além disso, deve ser levado em conta que quando se fala em um estudo sobre “cobertura”, ele se refere à capacidade do sistema, não necessariamente ao número de pessoas que estão sendo assistidas. Apesar da possível confusão em relação ao termo, ele é de grande relevância para futuros planejamentos, definição de grupos de risco, organização da demanda e do acesso de forma equitativa<sup>57</sup>.

Outras questões importantes são a falta de um sistema de consulta disponível à população e a omissão de dados, os quais deveriam ser repassados quatro vezes ao ano para o SISAGUA, por parte dos estados beneficiados que acabam tornando o sistema ineficiente para a avaliação do fluoreto nas redes de abastecimento de água<sup>64</sup>.

Em relação ao ensino superior, em 2005, o Ministério da Saúde direcionou uma verba de 1 milhão de reais para pesquisas em Saúde Bucal<sup>29</sup>, foi a primeira vez que a área teve um repasse exclusivo em aprimoramento. O GraduaCeo, por sua vez, se encontra em fase de implantação, pois o repasse do programa ainda não foi efetivado.

O SB-Brasil 2010 mostrou a menor prevalência de cárie e necessidade de próteses<sup>58</sup>. O apelo desde então é que haja um maior aprimoramento na reabilitação de idosos, os quais necessitam de mais atenção e, muitas vezes, procedimentos complexos. Os laboratórios devem ainda ser implantados seguindo uma lógica regional mais equitativa<sup>58</sup>, ou seja, de acordo com a necessidade local.

Sobre os CEOs, uma das dificuldades encontradas é a de desvincilhá-los da caracterização “atalho do SUS”<sup>57</sup>, que toma lugar das Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada no sistema de saúde. Quando ocorre esse equívoco, há sinonimização da odontologia do SUS com o CEO por parte da

população sobrecarga da atenção secundária e descaracterização da rede de atenção<sup>49</sup>. Deve-se verificar também que houve uma mudança no termo “ações especializadas em saúde bucal” para “tratamentos odontológicos de média e alta complexidade” no ano de 2010, o que incapacitou a avaliação dos anos em um mesmo gráfico.

No processo de descentralização da saúde, o tratamento aos povos indígenas exige uma maior atenção dos profissionais. Os locais são comumente de difícil acesso e a grande diferença cultural pode tornar a comunicação mais árdua<sup>54</sup>. Estudos epidemiológicos e a capacitação da equipe devem ser feitos previamente<sup>54</sup>. Os povos nativos têm direito à saúde integral, pois, apesar de fazerem parte de uma parcela ímpar da sociedade, são cidadãos e sofrem muita influência das grandes cidades, o que muitas vezes os traz malefícios<sup>54</sup>. Os resultados inversos para exodontias e escovação supervisionada atingidos na pesquisa efetuada no Parque Xingu mostram a significância relacionada às práticas de prevenção e ofertas de serviços por parte das universidades<sup>67</sup>, que já realizavam as principais ações pontuais nas comunidades antes do Brasil Sorridente Indígena ter se oficializado em 2011<sup>54</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil Sorridente foi a primeira Política Nacional de Saúde Bucal implantada no país. Ela trouxe mudanças essenciais na rede de organização de serviço, grandes avanços epidemiológicos e resultados impactantes.

Com este estudo pode-se dizer que a política foi coerente com o que foi preconizado nas conferências anteriores e na Reforma Sanitária, onde a maioria de suas frentes foram inicialmente debatidas, que a implantação do Brasil Sorridente



correspondeu às principais deliberações da 3ª Conferência de Saúde Bucal.

Apesar dos repasses se mostrarem crescentes, a política necessita, em todos os seus programas, que os ajustes financeiros sejam flexíveis, atualizados, contínuos e divididos entre as três esferas de governo. Além disso, a capacidade de cobertura se mostra grande, mas grande parte da população continua carente. O sistema precisa ainda de: planejamentos secundários para o efetivo acesso ao atendimento pelos indivíduos; aprimoração dos meios de informação à comunidade e dentro de si próprio para possibilitar rendimento máximo e intersectorialidade.

Ao falarmos de saúde bucal, estamos falando de inclusão social. Uma vez criada a PNSB, seu aprimoramento é possível; enquanto sua inexistência manteria o sistema inerte às necessidades da população. Por esse motivo, dentre outros, esta conquista democrática não deve ser diminuída pela falta de aporte financeiro, problemas de gestão e de governo que impactam, não só a saúde, mas todas as áreas de desenvolvimento no país.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília, 2004. 148p. [acesso fev 2019]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório Final. Brasília, 1986. 11p. [acesso fev 2019]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>.

3. Fernandes GF, Narvai PC. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde [Tese] 2011. 124p.
4. Mendes EV. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. Cadernos de Saúde Pública. 1986;2(4): p. 533–552.
5. Raupp FM, Beuren IM . Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In I. M. Beuren (Ed.), Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática, 2006 (3rd ed., pp. 76-97). São Paulo: Atlas.
6. Sanglard-oliveira CA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Atribuições dos Técnicos em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18(8): p.2453–61.
7. Carvalho SN. Avaliação de Programas Sociais: Balanço das experiências e contribuição para o debate. São Paulo em Perspectiva. 2003;17(3–4): p.85–97.
8. Costa F, Castanhar J. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. Revista de Administração Pública, 2003. [acesso fev 2019] Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6509/5093>.
9. Raeder S. Ciclo de Políticas: Uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. 2014. Perspectivas em Políticas Públicas | Belo Horizonte | Vol. VII | Nº13 p.121-146

10. Trevisan AP, Bellen HM. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção rap – rio de Janeiro 42(3):529-50, maio/Jun. 2008
  
11. Barcelar T. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. Políticas Públicas e Gestão Local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003.
  
12. Fleury S, organizador. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009a.
  
13. Côrtes SMV, organizador. Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
  
14. Pro-Odonto/Prevenção. Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva. Ciclo 5, Módulo 2. Sescad – Odontologia. 201. 167p. Porto Alegre
  
15. Noronha A. Conceitos básicos em Políticas Públicas no Brasil contemporâneo. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. 2005;(2): p.74-85.
  
16. Luz M. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano. Ciência & Saúde Coletiva. 2000;5(2) p.293-312.

17. Paim J. Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Editora Fiocruz; 2008. 356p.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986a.
19. Côrtes SMV. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. 2002;7:18-48.
20. Ferla AA, Jaeger ML. Controle social como processo: a participação da população na saúde e o orçamento participativo do estado do Rio Grande do Sul. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. *Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Casa/Escola de Saúde Pública; 2002.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990a; Seção 1:018055
22. Correa SV, organizador. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez; 2005.
23. Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. P.229-47.
24. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):15-39.

25. Pinheiro MC, Westphal MF, Akerman M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):449-58.
  
26. Brasil, Ministério da Saúde. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 dez 1990b; Seção 99.438.
  
27. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 2a Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
  
28. Trino AJ. Integralidade com expectativa de qualidade de vida: o papel da saúde bucal coletiva na saúde suplementar. In: Macau M. *Saúde bucal coletiva: implementando idéias...concebendo integralidade*. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 46-55.
  
29. Pucca-Jr GA. Política Nacional de Saúde Bucal como demanda Social. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1) p. 243-246.
  
30. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal*. 2004. [acesso fev 2019]. Disponível em:[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/cisb/doc/politica\\_nacional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf)

31. Manfredini MA. Saúde bucal coletiva e cidadania: construção social do campo das políticas e da produção dos sentidos. In: Macau M. Saúde bucal coletiva: implementando idéias... concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p.17-30.
32. Peters BG. American Public Policy. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.
33. Brasil. Lei nº 6.050, de 24 de Maio de 1974 Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Diário Oficial da União. 27 mai 1974a. Seção 1, pp.602.
34. Frias AC, Narvai PC, Araújo ME, Zilbovicius C, Antunes JLF. Custo da fluoretação das águas de abastecimento público, estudo de caso – município de São Paulo, Brasil, período de 1985-2003. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1237-46.
35. Bleischer L, Frota FHS. Fluoretação da água: uma questão de política pública – o caso do estado do Ceará. Cienc Saúde Coletiva. 2006;11(1):71-8.
36. Narvai PC. Fluoretação das águas: razões para prosseguir. São Paulo: FUNDAP/SES-SP; 1997.
37. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Cienc Saúde Coletiva. 2010;15(3):757-62.

38. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Santo ACGE, Souza IMC, Duarte-Neto PJ, Silva KSB. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional n 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Publica. 2009;25(12): p.2612-20.
39. Cavalcanti F. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. 27 ago 2011. [acessado fev 2019]. Disponível em: <http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?author=7>
40. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.371, de 7 de outubro de 2009 Portaria GM/MS nº. 1.645, de 2 de outubro de 2015 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
41. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal Caderno Cadernos Temático do PSE, Promoção da Saúde Bucal.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 178 p. : il.
43. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2015). Manual do TSB e ASB. Volume 1. São Paulo, 37.p
44. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal (n.d.) Nota Técnica: Minuta de Portaria – Institui o GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE.

45. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/ME nº. 1.646, de 5 de agosto de 2014 - Institui o Componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, para compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS).
46. Brasil, Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº. 599, de 23 de março de 2006 - Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.
47. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal (n.d.). Nota Técnica: Credenciamento e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Brasília.
48. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2015). Monitoramento da produção de próteses dentárias. Brasília, 65p.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº. 743, de 22 de dezembro de 2003. – Estabelece na assisnência hospitalar a emissão do laudo estrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico cirurgião-dentista e enfermeiro(a) obstetra.
50. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Passo a passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. (2016) Brasília.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 793, de 24 de abril de 2012 – Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde.



52. Brasil Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no. 1.645, de 2 de outubro de 2015 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 261, de 21 de fevereiro de 2013 – Intitui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) como estratégia de qualificação dos serviços especializados de saúde bucal.
54. Bertanha W. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2012.16(1), p.105-112.
55. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.044, de 01 de junho de 2004 – Institui conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
56. Centro Colaborador do Ministério da Saúde Bucal. CECOL/USP [acesso fev 2019]. Disponível em: <http://www.cecol.fsp.br/paginas/mostrar/33> .
57. Narvai PC. Avanços e desafios dea Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Artigo Especial. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva.
58. Moysés S, Pucca-Jr GA, Paludetto Jr M, Moura L. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013;47(supl 3). p. 161-167.

59. Chaves S. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017. 22(6). p.1791-1803.
  
60. Goes PSA et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2012. Rio de Janeiro, 28 Sup:S81-S89.
  
61. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. 2006. Brasília. 74p.
  
62. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Unidades Móveis Odontológicas (2017). [acesso fev 2019] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2010/12/programa-brasil-sorridente-ganha-mais-51-unidades-moveis> .
  
63. Frazão P, Narvai PC. Fluoretação da água em cidades brasileiras na primeira década do século XXI. *Rev Saúde Pública* 2017. 51:47.
  
64. Frazão P, Soares C, Fernandes G, Marques R, Navai PC. (2013) Fluoretação da água e insuficiências no sistema de informação da política de vigilância à saúde. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. (67)2 p.94-100.

65. Maia LS: Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. 2008. 213 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
66. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Relatório de Gestão de Exercício de 2014. Brasília, 2015.
67. Lemos P et al. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. Cadernos de Saúde Pública. 2018, 34(4).
68. Pinto H, Sousa A, Ferla A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. Saúde em Debate. 2014;38.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades odontológicas (PMAQ-CEO), 2015.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Manual Intrutivo PmaQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. 2015. 2ª edição. Brasília, DF.

## ANEXOS

### NORMAS DA REVISTA

#### Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). f. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

#### Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

#### Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para

reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente

a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do



campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução

(300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical

exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a

agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### Outros trabalhos publicados

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### Material eletrônico

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT,

Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.