

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CESUMAR - UNICESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**ENSAIOS SOBRE A SAÚDE BUCAL NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E
PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS**

PATRICIA DOMINGOS NORO DA SILVA MARTINS
CÁSSIA KELLY FAVORETO COSTA
ELY MITIE MASSUDA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ
2014

CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR- UNICESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**ENSAIOS SOBRE A SAÚDE BUCAL NO BRASIL: POLÍTICAS PÚBLICAS E
PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Centro Universitário Cesumar
(Unicesumar), como requisito à obtenção
do título de Mestre em Promoção da
Saúde.

MARINGÁ
FEVEREIRO DE 2014

Martins, Patricia Domingos Noro da Silva

Ensaio sobre a saúde bucal no Brasil: Políticas públicas e produção ambulatorial do SUS/Patrícia Domingos Noro da Silva Martins.

Maringá, 2014
90p. 33cm

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Cesumar.
Área de Concentração: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Cássia Kely Favoretto Costa e Co-orientadora: Prof.^a Dra. Ely Mitie Massuda

1Envelhecimento; 2. Políticas Públicas; 3. SUS; 4. Saúde Bucal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Elisabeth Noro e Wilson Noro, por acreditarem e investirem no meu sonho.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida.

À minha família pela paciência, carinho, dedicação, amor incondicional e apoio em todos os momentos.

Ao meu esposo pela compreensão, de mesmo longe, me apoiar, ajudar nas traduções e cuidar de mim a todo instante.

À primeira igreja Batista de Maringá pelas orações e palavras de incentivo.

À minha orientadora Profa. Dra. Cássia Kely Favoretto Costa pela paciência, apoio, competência, dedicação e por não desistir de mim.

À minha co-orientadora Prof.^a Dra. Ely Mitie Massuda que enriqueceu esta pesquisa com sua experiência, profissionalismo e amor à docência.

Aos demais amigos, colegas de profissão, professores que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse concluído.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 8 |
| INTRODUÇÃO | 9 |
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL | 14 |
| 2.1 Períodos antes de 1930 | 14 |
| 2.2 Períodos de 1930 até 1964 | 16 |
| 2.3 Períodos de 1964 até 1985 | 18 |
| 2.4 Períodos de 1985 até 1989 | 20 |
| 2.5 Períodos de 1989 até os dias atuais..... | 22 |
| 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| 4 REFERÊNCIAS..... | 27 |
| SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS: ANÁLISE PARA AS CIDADES DE MÉDIO-GRANDE PORTE DO ESTADO DO PARANÁ..... | 36 |
| 1 INTRODUÇÃO | 37 |
| 2 MATERIAL E MÉTODO | 40 |
| 3 RESULTADOS | 41 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 49 |
| CONCLUSÃO | 52 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Participação relativa (%) dos procedimentos ambulatoriais do SUS em saúde bucal – Nível Atenção Básica, Paraná – 2008 até 2012..... | 42 |
|--|----|

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** . Produção ambulatorial total do SUS em saúde bucal (número de atendimentos) – Nível de atenção básica e especializada, Paraná – 2008-2012.....43
- Tabela 2.** Procedimentos odontológicos coletivos (número de atendimentos) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.....66
- Tabela 3.** Procedimentos odontológicos individuais preventivos (número de atendimentos) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.....66
- Tabela 4.** Procedimentos odontológicos em dentística básica (número de atendimentos) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.....67
- Tabela 5.** Procedimentos odontológicos em cirurgia básica (atendimentos/100 habitantes) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.....67

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta por uma introdução e dois artigos científicos, sendo que o artigo 1 refere-se da caracterização histórica, político e econômica das políticas de saúde geral e bucal no Brasil. Já no artigo 2 , é apresentada uma análise da produção ambulatorial do SUS em saúde bucal nas cidades de médio-grande porte no estado do Paraná.

Primeiro artigo - Autores: Patricia Domingos Noro da Silva Martins, Cássia Kely Favoreto Costa e Ely Mitie Massuda. O título do artigo é “Saúde bucal e as políticas públicas de saúde no Brasil”. Este estudo será submetido à Revista de Políticas Públicas – RPP, cujos qualis é B1 na interdisciplinar.

Segundo artigo - Autores: Patricia Domingos Noro da Silva Martins, Cássia Kely Favoreto Costa e Ely Mitie Massuda. O artigo está intitulado por “Saúde bucal na atenção primária do SUS: análise para cidades de médio-grande porte do estado do Paraná”, o qual será submetido à revista Epidemiologia e Serviços de Saúde. O qualis dessa revista é B2 na interdisciplinar.

Em consonância com as regras do Programa de Pós-graduação e promoção da Saúde desta instituição, os artigos foram redigidos de acordo com as normas da ABNT. Destaca-se que os artigos serão colocados nas normas das revistas destacadas antes do processo de submissão.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação apresenta dois artigos sobre a saúde bucal no Brasil, sendo este tema tratado sob os seguintes enfoques: i) políticas públicas de saúde geral e bucal no país (Artigo 1) e ii) produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) no setor de saúde bucal em cidades de médio-grande porte no estado do Paraná (Artigo 2).

A saúde bucal refere-se à ausência de dor crônica na boca e na região facial, incluindo deformações no palato, lábios, tumores, inflamações, cáries e perdas de dentes e outras doenças que afetam a boca ou a cavidade oral (WHO, 2003).

A história da saúde bucal no Brasil tem origem em um modelo assistencial e exclusivo, uma vez que somente as gestantes e as crianças tinham atendimento preferencial nos serviços públicos ofertados. Buscava-se prevenir as cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até 12 anos, excluindo-se assim os dentes decíduos. Como esta oferta era escassa, a prática curativa e mutiladora era a única opção de atendimento disponível à população geral (NICKEL, 2008; FRAZÃO, 2009; KUSMA, 2011).

Segundo Maia (2010) e Kornis (2011), até os anos 2000, havia uma grande deficiência na oferta de atenção a saúde bucal no Brasil. Os serviços de maior complexidade eram praticamente inexistentes e havia uma limitação em termos de legislação e incentivos governamentais. Para tentar analisar a verdadeira situação desse setor naquele momento, o Ministério da Saúde desenvolveu um estudo sobre as condições de saúde bucal da população brasileira utilizando o índice CPO-D¹ (Dentes cariados, perdidos e obturados). O CPO-D auxiliou na formulação de programas de saúde bucal, indicando as condições da população estudada. (BRASIL, 2003; 2004; KORNIS, 2011).

No período recente, o sistema de saúde bucal no Brasil está estruturado para atender a atenção primária, secundária e terciária. Além disso, existem os setores responsáveis pela prevenção e promoção da saúde da população nesse setor. Contudo, as disparidades econômicas, regionais, culturais e sociais do país geram

¹ O índice CPO-D é obtido dividindo-se o número total de dentes cariados, perdidos e obturados, em crianças residentes examinadas, de 12 anos de idade pela quantidade total de crianças residentes de 12 anos em um determinado local, no ano considerado. Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: muito baixo (1,1), baixo (2,6), Moderado (4,4), alto (6,5) e muito alto (6,6 e mais).

um desequilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços odontológicos no país (MAIA, 2010).

Nesse contexto, o objetivo do primeiro artigo foi caracterizar as políticas de saúde geral e bucal no Brasil, destacando os principais fatos históricos, políticos, econômicos e sociais existentes antes de 1930 até os dias atuais. Como metodologia foi utilizada a revisão bibliográfica por meio de livros e artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Buscou-se assim, uma melhor compreensão dos fatos estilizados que contribuíram para a estruturação da atual política de saúde bucal no país. As questões chaves que nortearam o artigo foram as seguintes: quais foram as principais ações de políticas públicas, geral e bucal, que ocorreram no país ao longo da história? Como essas ações influenciaram a formação da atual estrutura do setor de saúde bucal e a qualidade de vida da população?

O enfoque central do segundo artigo foi analisar a atenção odontológica nas cidades de médio-grande porte do Paraná, sendo elas: Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel e Ponta Grossa. Para isso foi construída uma série histórica anual (2008-2012) da produção ambulatorial do SUS, enfocando a atenção básica e a especializada. A análise estatística descritiva foi utilizada como método empírico. A pergunta a ser respondida foi a seguinte: No período atual, quais são as principais diferenças regionais em termos de procedimentos ambulatoriais odontológicos básicos do SUS apresentadas pelas cidades de médio-grande porte do estado do Paraná?

Essa dissertação está estruturada em quatro capítulos. O primeiro refere-se a esta introdução geral; o capítulo 2 (ou Artigo 1) trata-se da caracterização histórica, político e econômica das políticas de saúde geral e bucal no Brasil. No capítulo 3 (Artigo 2) é apresentada uma análise da produção ambulatorial básica do SUS em saúde bucal nas cidades de médio-grande porte no estado do Paraná. Por fim, no capítulo 4 são feitas as conclusões, tendo por base os resultados obtidos nos capítulos anteriores.

ARTIGO 1:

Título: Saúde bucal e as políticas públicas de saúde no Brasil

Revista: Revista de Políticas Públicas – RPP

Site: <http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/> 2

² Normas da Revista de Políticas Públicas – RPP no Anexo A.

SAÚDE BUCAL NO BRASIL: ANÁLISE SOB O CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIOECONÔMICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Patrícia Domingos Noro da Silva Martins³

Cássia Kely Favoretto Costa⁴

Ely Mitie Massuda⁵

RESUMO

O objetivo do artigo foi caracterizar as políticas públicas de saúde bucal no Brasil, sob uma perspectiva histórica e socioeconômica, desde antes de 1930 até o período atual. Foi realizada uma revisão da literatura, de caráter exploratório, descritivo e comparativo dos principais fatos históricos e socioeconômicos relacionados à saúde bucal nesse período. Buscou-se assim compreender o processo de construção da atual Política Nacional de Saúde Bucal no país, identificando as principais ações e estratégias desenvolvidas pelos governos de cada período e seus desdobramentos na formulação da política. Levantamentos epidemiológicos realizados em 1986 e 1996 apontaram a necessidade de ações governamentais para a prevenção, promoção e educação em saúde bucal, as quais tiveram início com o Programa Brasil Sorridente, em 2004. O histórico mutilador na odontologia trouxe o desafio aos governos federais, estaduais e municipais de erradicar as disparidades regionais existentes em termos de atendimento nos distintos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Concluiu-se que existe ainda no país a necessidade de ações públicas que minimizem essas diferenças e busquem a melhoria na qualidade da saúde bucal da população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Saúde Pública. Políticas Governamentais. Economia da Saúde.

ORAL HEALTH IN BRAZIL: AN ANALYSIS UNDER THE HISTORICAL AND SOCIO-ECONOMIC CONTEXT OF PUBLIC POLICY

ABSTRACT

The purpose of the article was to characterize the public dental health policies in Brazil, from a historical and socioeconomic perspective, from before 1930 to the current period. A literature review, exploratory, descriptive and comparative major historical and socioeconomic facts related to oral health in this period was performed. So we sought to understand the process of construction of the current National Oral Health Policy in the country by identifying key actions and strategies developed by the governments of each period and its developments in policy formulation. Epidemiological surveys conducted in 1986 and 1996 indicated the need for government action for prevention, promotion and oral health education, which began with the Smiling Brazil Program in 2004. The mutilating history in dentistry brought the challenge to federal, state and local governments to eradicate regional disparities in terms of different levels of care in primary care, secondary and tertiary. It was concluded that the country still exists the need for public action to minimize these differences and seek to improve the quality of oral health of the population.

KEY-WORDS: Dentistry. Public Health. Governmental policies. Health Economics

³ Graduada em Odontologia pela UEM. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do UniCesumar –Centro Universitário Cesumar. E-mail: patynoro@hotmail.com.

⁴ Doutora em Economia Aplicada pela UFRGS. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do UniCesumar –Centro Universitário Cesumar. E-mail: cfavoretto@hotmail.com.

⁵ Doutora em Ciências pela USP. E-mail: elymitie@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde bucal são classificadas como uma resposta social do Estado às condições de vida de uma população. Estas políticas estão relacionadas à oferta e a gestão de bens e serviços nesse setor e no meio envolvente. Abrange também questões relativas ao poder e ao estabelecimento de regras, planos e programas de prevenção, vigilância e promoção da saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A saúde bucal pode ser definida como ausência de dor crônica na boca e na região facial; câncer oral ou de garganta; inflamações orais; deformações congênitas (por exemplo, fendas labiais e palatais); doenças periodontais; cáries, perdas de dentes e outras doenças que afetam a boca ou a cavidade oral (ROSA, 1992; LI; KOLLTVEIT; OLSEN, 2000; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2003; BRASIL, 2006b; MYLONAS *et al.*; 2007). A saúde bucal está relacionada a ações públicas direcionadas à saúde geral dos indivíduos, uma vez que se refere ao cuidado geral e estético da estrutura dentária de cada um deles.

No Brasil, antes de 1930 até os anos 2000, não havia uma oferta de serviços públicos que tratassem doenças bucais de maior complexidade. O sistema era classificado como de prevenção e voltado para os mais jovens. As medidas preventivas estavam direcionadas as questões de cáries em molares permanentes de crianças, as quais eram acompanhadas até 12 anos com exclusão dos dentes decíduos (NARVAI, 1994; MAIA; KORNIS, 2010; LUCENA; PUCCA JUNIOR; SOUSA, 2011).

Para diagnosticar a realidade da saúde bucal no país antes dos anos 2000, foram realizados dois estudos epidemiológicos nos anos de 1986 e 1996. Estas pesquisas apontaram a precariedade da saúde bucal em cada momento analisado e indicaram a necessidade da oferta de serviços odontológicos especializados no Brasil (BRASIL, 2006a; 2006b). Em 2003, outro estudo nesse setor foi realizado pelo Ministério da Saúde, confirmando a demanda por esses serviços (BRASIL, 2004a; 2006b; KORNIS, 2011).

Nesta linha de ação, em 2004, o Ministério da Saúde apresentou as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) ou Programa Brasil Sorridente. O objetivo foi minimizar as desigualdades no atendimento à população na área odontológica, enfatizando assim a importância da Atenção Básica, Especializada e

da Saúde da Família no setor (BRASIL, 2000; LUCENA; PUCCA JUNIOR; SOUSA, 2011).

O objetivo deste artigo foi caracterizar as políticas públicas de saúde bucal no Brasil, desde antes de 1930 até os dias atuais, destacando a sua relação com a saúde geral e o contexto histórico e socioeconômico do país em cada período. Buscou-se assim compreender o processo de construção da atual Política Nacional de Saúde Bucal, identificando as principais ações e estratégias desenvolvidas pelos governos de cada época e seus desdobramentos na sua formulação e desenvolvimento.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Nesta seção foi realizada uma caracterização das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, sendo dividida nos seguintes períodos: a) antes de 1930; b) 1930-1964; c) 1964-1985; d) 1985 – 1989; e e) 1989 – período atual. Foi realizada revisão da literatura, de caráter retrospectivo, descritivo, exploratório e comparativo dos principais fatos históricos e socioeconômicos relacionados à saúde geral e bucal em cada momento.

2.1 Períodos antes de 1930

No período entre 1500 e 1685, a economia brasileira passou pelo ciclo do pau-brasil (1500-1530) e da cana de açúcar (1530-1685), direcionados ao mercado externo.

As políticas de saúde bucal, entre 1500 e 1530, eram praticamente inexistentes, não havia mão de obra especializada e nem recursos materiais para o tratamento das dores de dentes. Os índios, principais indivíduos que habitavam o país naquele período, usavam ervas, raízes, rezas e rituais praticados para aliviar as dores (SILVA; SALES-PERES, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008; FAUSTO, 2012).

No período entre 1530 e 1685, a cárie dental se tornou uma doença comum na população, devido à oferta abundante de açúcar. A falta de cuidados com a saúde da boca também era prevalente na maioria dos indivíduos, o que gerou dentes perdidos, dores e sofrimento para eles (CAIXETA, 2008). Neste mesmo período, os mestres cirurgiões e barbeiros portugueses chegaram ao Brasil para substituir as ações curandeiras indígenas por suas técnicas cirúrgicas que sangravam e tiravam os dentes. Esta função só era possível se o mestre portasse um documento do cirurgião-Mor da corte de Portugal chamado de Carta de Ofício (SANTOS, 1985; SILVA; SALES-PERES, 2007; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Em 17 de junho de 1782, foi criada a junta do Proto-Medicato (constituída por deputados, médicos e cirurgiões), responsável pela avaliação e expedição de cartas de autorização para os barbeiros e sangradores atuarem no setor bucal. Estas categorias deveriam ser fiscalizadas durante dois anos em suas atividades por profissionais mais experientes. Após este período, pagavam uma taxa para serem avaliados e se fossem aprovados, recebiam suas licenças (CALADO, 2002).

Em 1820, houve a chegada ao Brasil do dentista francês Eugenio Guertin. Na história da saúde bucal, esse fato é considerado como um marco pelas ações desenvolvidas por esse profissional, sendo elas: colocação de próteses, coroas metálicas; obturação de dentes com ouro e chumbo; limpeza e extração dos dentes. Depois de Eugenio, vários dentistas franceses chegaram ao país entre 1820 e 1840, os quais passaram a exercer o serviço da odontologia (NARVAI; FRAZÃO, 2008). A partir de 1840, dentistas americanos chegaram ao país apresentando instrumentais odontológicos mais sofisticados e conhecimentos na área de prótese (SILVA; SALES-PERES, 2007). Observa-se que estes fatos foram um avanço na política de saúde bucal, pois novos tipos de tratamento dos dentes estavam sendo ofertados à população e não apenas a técnica mutiladora existente nos anos anteriores.

A profissão de dentista no Brasil foi normatizada por meio do Decreto nº 1.754, de 14 de maio de 1856. Este decreto determinou que os candidatos a receberem o título de dentista deveriam realizar exames nas faculdades de medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro (CARVALHO, 2003).

Nesta sequência histórica da saúde bucal, foi criado o curso de odontologia nas faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, por meio do Decreto nº 9.311, de 25 de outubro de 1884, promulgado pelo imperador Dom Pedro II. Esse fato marcou a descentralização do atendimento da odontologia à classe médica,

formando dentistas que deveriam ser capacitados a instituírem uma saúde bucal de melhor qualidade e ações públicas que atendessem parcialmente as necessidades da população (CALADO, 2002; RONCALLI, 2004; SILVA; SALES-PERES, 2007).

Em 1889, quando foi proclamada a República no Brasil, o café já se constituía o principal produto da economia agroexportadora do país, observando-se o domínio das elites agrárias dos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro. (CUNHA; CUNHA, 1998).

A população brasileira nesse período enfrentava não apenas problemas com a saúde bucal. A situação da saúde geral era preocupante, devido a existência de epidemias como febre amarela, varíola, peste, cólera, entre outras doenças, causadas pela falta de saneamento básico e investimento público no setor (CUNHA; CUNHA, 1998; RONCALLI, 2004).

Em 1823 foi criada a Lei Eloy Chaves, que garantia os direitos dos trabalhadores urbanos. Formaram-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), visando fornecer ao contribuinte, benefícios de acordo com as contribuições: assistência médica, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes (RONCALLI, 2004).

Nesse contexto, antes de 1930, as políticas públicas de saúde bucal e geral, quando existentes, representaram os espaços de produção ligados aos ciclos econômicos. Apesar de a produção ocorrer no espaço não urbano, a atenção à saúde esteve orientada ao espaço urbano, *locus* da circulação das mercadorias rumo ao mercado externo (LACERDA *et al.*; 2003). Os serviços de saúde bucal ficavam restritos ao setor privado que atendia a quem podia pagar por essa assistência. A maioria da população contava somente com os serviços dos cirurgiões barbeiros e sangradores, apesar da profissão de dentista já ter sido legalizada no país.

De forma geral, o aspecto que se ressalta no período está no fato que o enfoque das políticas públicas não foi social, mas sim econômico. O principal desafio dos governantes foi ofertar serviços de assistência odontológica à população, restrita ao setor privado.

2.2 Períodos de 1930 até 1964

Na economia brasileira, o modelo agroexportador baseado no café entra em crise com a Grande Depressão de 1929. O fato associado a problemas de ordem política estimulou o avanço da industrialização brasileira cujo processo inicial já se iniciara nas décadas finais do século XIX.

O período entre 1930 a 1945 foi caracterizado pela ditadura militar de Getúlio Vargas. Nessa época, a indústria substituiu o modelo agroexportador. O processo de industrialização e consequente surgimento da massa trabalhadora urbana reorientaram a ênfase das políticas de saúde, inclusive bucal para essa classe (SOUZA, 2008).

Distúrbios de ordem política associados a problemas econômicos culminaram no suicídio de Vargas em 1954. Foi substituído pelo vice-presidente Café Filho. Em 1956, foi eleito Juscelino Kubistchek que implanta o Plano de Metas (1956-1960) dando continuidade ao processo de industrialização (LACERDA *et al.*; 2003; SOUZA, 2008; CORSI, 2010).

Entre 1930 e 1964, ocorreu efetivamente uma intervenção estatal na assistência à saúde, evidenciada pelos seguintes fatos: a) criação do Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio e do Ministério da Educação e da Saúde; b) desenvolvimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) - substituíram as CAP's; d) criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942; e) criação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1943; e) consolidação da Política Nacional em Saúde, entre 1945 e 1950, a qual foi impulsionada pelo Plano Salte - plano econômico lançado pelo presidente Eurico Gaspar Dutra; c) ocorrência da 1ª, 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNSB) no Brasil, nos anos de 1941, 1950 e 1963, respectivamente (BRASIL, 1986; CUNHA; CUNHA, 1998; SARETTA, 2002; RONCALLI, 2004; CONNAS, 2009; FAUSTO, 2012; POLIGNANO, 2013).

No que se refere a saúde bucal, na década de 50, foi criada uma rede de atendimento odontológico na forma de sistema incremental, cujo objetivo foi o atendimento a população brasileira de forma preventiva e curativa, quebrando a hegemonia dos consultórios particulares, a principal assistência odontológica no período. Esse sistema foi direcionado aos escolares com idade entre 6 e 14 anos. Na área da prevenção, esse modelo iniciou o processo de fluoretação das águas de abastecimento (ZANETTI *et al.*; 1996; JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008; NICKEL *et al.*, 2008; LUCENA; PUCCA JUNIOR; SOUSA, 2011).

Pode-se afirmar que até a década de 50 e início dos anos 60, as ações realizadas por cada governo se caracterizaram como um marco do serviço público em odontologia. Verificou-se o início de uma nova forma do governo de visualizar a saúde bucal, por meio da prevenção, mas ainda de forma tímida e limitada.

2.3 Períodos de 1964 até 1985

Em 1964, foi instaurada a ditadura militar no Brasil que se estendeu até a metade da década de 1980. O período militar iniciou um processo de mudança na saúde pública no Brasil, dando início às bases para a formação do SUS (SOUZA, 2008).

Ocorreu, em 1967, no governo de Castello Branco (1967-1974), a 4ª Conferência Nacional de Saúde, que diferentemente das conferências anteriores, discutiu-se especificamente o tema sobre recursos humanos em saúde. Em agosto de 1973, no governo Médici (1965-1974), ocorreu a 5ª Conferência Nacional de Saúde cujo principal objetivo foi impulsionar o movimento da reforma sanitária no Brasil. O principal resultado foi a constituição do sistema nacional de saúde instituída pela lei 6.229, de 1975. Por meio deste sistema, o governo buscou elaborar uma política nacional de saúde (CONNAS, 2009).

Entre 1968 e 1973 ocorreu o que ficou conhecido como “milagre econômico” devido às elevadas taxas de crescimento do país. Contudo, o período também foi marcado pelo agravamento das questões sociais e da desigualdade de renda na economia (LACERDA *et al.*, 2003; SOUZA, 2008).

Foi durante do governo de Ernesto Geisel (1974-1979) que ocorreu a proposta de distensão política. Mas, em termos sociais registrou-se crescente empobrecimento da população devido às políticas econômicas adotadas. Por consequência, as epidemias de poliomielite e meningite surgiram aumentando a taxa de mortalidade e morbidade da população. (BERTOLLI, 2011; RONCALLI, 2004).

Na saúde bucal, em 1974, o governo estabeleceu fluoretação nos sistemas públicos de abastecimento de água e aplicação tópica de flúor em escolas, por meio da lei nº 6.050, de 24 de maio (RONCALLI, 2000; JUNQUEIRA; PANNUTI; RODE, 2008).

Em agosto de 1977, ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde que basicamente discutiu a situação das grandes endemias, a interiorização dos serviços de saúde e a formação da política nacional no setor (BRASIL, 2006b; CONNAS, 2009).

O marco do período militar foi o movimento da Reforma Sanitária que se articulou e modificou a estrutura da saúde no Brasil. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), fundado em 1976, impulsionou as reformas (TEIXEIRA, 1987; SOUZA, 2008).

Destaca-se que em consonância com essas ações de saúde no Brasil, ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. Resultou desse encontro a carta de Alma-Ata, dirigida a todos os governos buscando a promoção de saúde como a nova ordem econômica internacional. Considerada a primeira declaração internacional que enfatizou a atenção primária em saúde numa perspectiva interdisciplinar, envolvendo a participação social na gestão e a educação na saúde voltada para a prevenção e proteção, a proposta influenciou, posteriormente, os caminhos da saúde pública no Brasil e no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; STARFIELD, 2004).

No final dos anos 70, foi instituído um novo programa na saúde bucal denominado de Odontologia Integral ou Incremental Modificado, com as seguintes características: promoção e prevenção da saúde bucal com enfoque coletivo e educacional, abordagem e participação da comunidade, simplificação da prática odontológica e formação das equipes odontológicas com a incorporação de pessoal auxiliar, sendo composta pelo cirurgião-dentista, técnico de higienização dentária e auxiliar de consultório odontológico (ZANETTI, 1996; ANTUNES; PERES, 2006).

Em 1980, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde centrada na atenção básica, em virtude das ações propostas na declaração de Alma-Ata. Foi a primeira conferência na qual os serviços em odontologia e saúde bucal no país foram destacados (BRASIL, 2004a; CONNAS, 2009).

João Baptista de Oliveira Figueiredo foi o último militar a governar o país (1979-1985) em um período marcado pela inflação, recessão da economia, crise da dívida externa e crise fiscal do Estado (LACERDA et al., 2003).

O período de 1964 até 1985 foi caracterizado por grandes mudanças na área econômica e política com a ditadura militar e a desaceleração da economia mundial

após os choques do petróleo ocorridos em 1973 e 1979. Ocorreram diversas conquistas na saúde geral, com as conferências realizadas, destacando-se a Declaração de Alma Ata. A história da saúde bucal no Brasil foi modificada nesta época com a obrigatoriedade do flúor tópico em escolares e nas redes de abastecimento de água, marcando assim um grande avanço do quadro caótico de cárie que existia no país nas décadas anteriores.

2.4 Períodos de 1985 até 1989

Em 1985 os civis retomam o governo do país através de eleição indireta (SOUZA, 2008). O período que se estende de 1985 à 1989 foi caracterizado por vários planos econômicos de estabilização (Plano Cruzado, Cruzado II, Bresser e Verão), cujo objetivo era combater a alta inflação. Os insucessos destes planos somados à crise da dívida externa e fiscal do Estado culminaram em profunda recessão econômica (SOUZA, 2008).

No final da década de 80, criou-se no setor odontológico, o Programa Inversão da Atenção (PIA) que substituiu o Sistema Incremental, provocando mudança do foco curativo para o controle e adequação do meio bucal, dentro dos modelos assistenciais na área de odontologia no Brasil. O novo programa era desenvolvido em três fases: a) estabilização do meio bucal, para melhor resultado dos métodos preventivos; b) reabilitação, por meio de tratamento restaurador definitivo, e c) declínio, quando a doença é tratada e há prevenção para que ela não volte a se instalar (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

A grande mudança trazida programa PIA foi o controle epidemiológico da cárie e o conceito desta como uma doença infectocontagiosa. No entanto, essa ação continuou sendo restrita, destinada a alguns grupos como creches, empresas, escolares, entre outros (ZANETTI *et al.*, 1996; OLIVEIRA *et al.*, 1999; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Outro modelo criado no setor de saúde bucal nesse período foi da Atenção Precoce. O conceito de cárie como doença infecto contagiosa, despertou o interesse para a prevenção ainda na primeira infância (faixa etária de 0 a 30 meses), a população esta não foi incluída no Sistema Incremental. A Atenção Precoce foi um

avanço na prevenção na primeira infância, mas continuou sendo um modelo excludente, que só atendia uma parcela da população, deixando a maioria ainda sem atendimento e acesso à promoção e educação em saúde bucal (GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Em outubro de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada como o auge do movimento sanitário brasileiro e um marco para a criação de um sistema único de saúde, universal descentralizado e integral. Foi estabelecida a saúde como um direito de todos e dever do Estado (FRANÇA, 1998; CONNAS, 2009).

Em 1986 ocorreu também a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Trouxe à discussão aspectos relevantes das condições da atenção odontológica da população e afirmou esta área como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo. Um dos principais resultados da 1ª CNSB foi a criação, no Ministério da Saúde, da área técnica de saúde bucal. Essa área realizou o primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal, em 1986, com abrangência em todas as regiões do país, denominado, Brasil Zona Urbana. O estudo revelou a realidade da saúde bucal no país, induzindo a mudança do modelo de assistência odontológica individual para coletiva (BRASIL, 1986; VACCAREZZA; FUGGA, FERREIRA, 2010; NARVAI, 2011).

Após a 1ª CNSB, alguns programas no setor de saúde bucal no Brasil foram criados, entre eles: o Programa Nacional de Controle de Cárie Dental com o Uso de selantes e Flúor (PNCCSF) e o Programa Nacional de Prevenção da Cárie dental. Eles estavam organizados de forma centralizada e vertical, apresentando como objetivos suplantarem as deliberações da 1ª CNSB; uma vez que o governo não havia colocado em prática a proposta de inserção da saúde bucal no programa nacional de saúde (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

No contexto histórico, destaca-se a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988. Esta contém em seus artigos as seguintes deliberações da 8ª CNS: a) saúde como um direito de todos e um dever do Estado b) criação de um sistema único de saúde - SUS; c) gestão descentralizada do SUS, com comando único em cada esfera do governo e d) participação da comunidade nas decisões relativas à saúde (BRASIL, 1988; SOUZA, 2008).

Em termos de saúde pública, pode-se considerar que a criação do SUS, foi um marco histórico para o Brasil. O governo passa a fornecer os serviços básicos de

saúde e a população pleitear seus direitos. Contudo, ainda as ações referentes à saúde bucal no SUS não estavam definidas e concretizadas.

2.5 Períodos de 1989 até os dias atuais

Segundo Averbug (1999) e Souza (2008), a década de 90 foi caracterizada pela abertura comercial, que teve início no governo de Fernando Collor (1990-1992), continuidade no governo Itamar Franco (1993-1994) até o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Nesta década, a economia sofre expressivas mudanças, entre as quais: negociação da dívida externa, estabilização da moeda, e abertura comercial. Apesar da queda da inflação ocorrida neste período, houve uma deterioração da renda prejudicando ainda mais a população mais pobre. Este período engloba os governos Lula e atualmente, da presidente Dilma Rouseff. (LACERDA *et al.*, 2003).

Destaca-se que as crises financeiras do início dos anos 90 marcaram os primeiros anos de funcionamento do SUS, gerando um sistema de qualidade baixa e pouco desenvolvimento. Contudo, na segunda metade da década de 90, o orçamento público aumentou e novas ações concretas começaram a ser desenvolvidas, por exemplo, maior regulação e intervenção no mercado; controle das despesas públicas e dos programas de qualidade e redução das desigualdades regionais a partir dos maiores investimentos realizados (NEGRI, 2002; SOUZA, 2008).

Nesta linha do tempo, tem-se a II Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 1993, quando foram estabelecidas estratégias políticas para a saúde bucal, reconhecendo-a como direito de cidadania e também foram propostos mecanismos de financiamento do setor e controle social por meio dos conselhos de saúde (FRAZÃO; NARVAI, 2009; PUCCA JUNIOR *et al.*; 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), centrado no atendimento do núcleo-familiar. O programa possibilitou maior acesso da população aos serviços ofertados pelo SUS através da atenção básica. Essa ação governamental mudou o modelo de hospital-cêntrico enfatizando a prevenção e promoção da saúde (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

O PSF se revela como um avanço para a atenção básica no Brasil, constituindo importante fator para o atendimento da população de forma hierarquizada, baseado na atenção primária, secundária e terciária. Contribuiu de forma decisiva para a consolidação do SUS (NARVAI, 2001; GARCIA, 2013).

Na trajetória da saúde bucal é importante destacar a Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b), que criou os mecanismos de incentivos para o financiamento de ações nesse setor e a inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Além disso, foi definido que atuação desses trabalhadores voltava-se para a reorganização do modelo de atenção e para a expansão do acesso da população as medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Em termos de atendimento, estabeleceu-se que a relação de equipes de saúde bucal (ESB) por equipes de saúde da família (ESF) seria de uma ESB para duas ESF (BRASIL, 2000a; SOUZA; RONCALLI, 2007). O fato contribuiu para a melhoria dos índices epidemiológicos do setor. Em abril de 1999, o projeto Brasil Sorridente (SB) 2000, “Condições de saúde bucal da população brasileira”, foi proposto pelo Ministério da Saúde, visando avaliar as condições da população. Os principais problemas analisados foram cárie dental, doença periodontal, edentulismo, má-oclusão e fluorose. Já em 2001, iniciou-se o estudo-piloto em duas cidades brasileiras, Diadema (SP) e Canela (RS), que futuramente dariam a base metodológica para o projeto SB 2003 (RONCALLI, 2000).

Em 06 de março de 2001, o Ministério da Saúde implementou a Portaria nº 267, que regulamentou as normas e as diretrizes para a inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF, a partir de duas modalidades: a) modalidade I, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), e b) modalidade II, formada por um CD, um ASB e um técnico em Saúde Bucal-TSB (BRASIL, 2001).

A questão da inserção das ESB no PSF apresentou avanços com a Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003, onde houve a permissão para implantar o número necessário de equipes de saúde bucal nos municípios, conforme avaliação do gestor municipal. A única restrição imposta referiu-se à quantidade que não poderia superar a de equipes de saúde da família existente e seguir a lógica de organização do programa (BRASIL, 2003; SOUZA; RONCALLI, 2007). A partir dessas medidas, pode-se afirmar que a saúde bucal foi inserida de forma integral na atenção básica brasileira, com ações de promoção, prevenção, o que contribuiu para a melhoria das condições de saúde bucal da população.

A confirmação e efetivação do projeto piloto SB Brasil 2000 ocorreu com o levantamento epidemiológico realizado em 2003, denominado de “Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal na população”. O objetivo deste projeto foi produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população e subsidiar o planejamento e avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS (BRASIL, 2004a).

A partir dos resultados do SB Brasil 2003, o Ministério da Saúde lançou o Brasil Sorridente, em 17 de março de 2004, a primeira política nacional voltada à saúde bucal na história do país. O objetivo central do programa foi fazer com que o maior número possível de brasileiros tivesse acesso aos tratamentos odontológicos. Para isso o governo investiu na expansão das equipes de saúde bucal e nos incentivos institucionais e financeiros para melhor desempenho do sistema (BRASIL, 2004a).

No marco regulatório das políticas de saúde bucal, a Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004, incluiu os procedimentos de moldagem e entrega da prótese total na atenção básica, indicando a necessidade de suporte para uma rede especializada de serviços odontológicos. Além disso, concederam-se incentivos adicionais para cada equipe de saúde bucal já implantada como, por exemplo, compra de materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses (BRASIL, 2004b).

Na questão dos incentivos, destaca-se que, em 14 de julho de 2004, foi implantada a Portaria nº 1.434 que estabeleceu um crescimento nos incentivos financeiros ofertados as Equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal. O objetivo foi melhorar o acesso aos serviços de saúde, diminuir desigualdades regionais e aumentar a cobertura da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2004c). Esse fato foi um marco na questão do financiamento das ações nesse setor.

Em conjunto com o lançamento do Brasil Sorridente (2004), ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, onde a saúde bucal das populações foi considerada como indicador de qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

Nesse período, foram criados também os Centros de Especialidades Odontológica-CEO (Portaria nº 1571, de 29 de julho de 2004) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias-LRPD (Portaria nº 1572, de 29 de julho de 2004) que potencializaram a alteração do modelo assistencial, incorporando este setor aos preceitos estruturantes do SUS (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d; FRAZÃO;

NARVAI, 2009; PUCCA JUNNIOR *et al.*, 2009; LUCENA; PUCCA JUNIOR; SOUZA, 2011). A partir desses programas foi possível minimizar a escassez de atendimento especializado no país.

Dessa forma, a criação dos CEO's e do LRPD's pode ser considerada como um avanço da saúde bucal no Brasil, pois o governo passou a realizar procedimentos especializados que não eram oferecidos na rede básica de saúde, como diagnóstico em câncer bucal, atendimento a pacientes com necessidades especiais, periodontia especializada, endodontia e cirurgia oral oferta de prótese, entre outros serviços (BRASIL, 2006a; LUCENA; PUCCA JUNIOR; SOUZA, 2011).

Em 2005, o Ministério da Saúde, possibilitou ao cirurgião dentista a emissão da autorização de internação hospitalar-AIH, e instituiu uma Política Nacional de Atenção Oncológica, possibilitando o tratamento do câncer na rede pública de saúde. Criou também a atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia-CACON (BRASIL, 2006b).

Entre 2006 e 2010, ocorreram diversas ações importantes para a saúde bucal, entre elas: a) publicação da Portaria nº 648, em 2006, que marcou as ações de saúde bucal na atenção básica (BRASIL, 2006c); b) Lei Federal nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamentou as profissões de auxiliar e técnico em saúde bucal, caracterizando um avanço na assistência básica odontológica (BRASIL, 2008) e c) realização, em 2010, da pesquisa sobre as condições da saúde bucal no Brasil, denominada de SB BRASIL 2010. Esse estudo avaliou o impacto do Brasil Sorridente e planejou ações de saúde bucal para os anos seguintes, objetivando a prevenção e tratamento, tanto em nível nacional como municipal (BRASIL, 2010).

Nessa linha de ações, o Ministério da Saúde organizou a atual Política Nacional de Saúde Bucal, apresentada na Figura 1. Ela está dividida nos seguintes níveis de atenção: a) básica, sendo formada pelas equipes de saúde bucal do Programa Estratégia Saúde da Família e as unidades odontológicas móveis; b) especializada, estruturada pelos centros especializados odontológicos e os laboratórios regionais de prótese dentária; c) terciária, onde atuam o cirurgião dentista autorizando a internação hospitalar em casos graves; os tratamentos odontológicos para pacientes com deficiência e a atenção odontológica no credenciamento de CACON (Centros de Alta Complexidade em Oncologia) e UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia).

Outra subdivisão da política nacional de saúde bucal está relacionada aos setores de promoção e prevenção, atuando na fluoretação das águas de abastecimento público e na distribuição de kits de higiene bucal nas escolas (LUCENA; PUCCA JUNIOR; SOUZA, 2011). Destaca-se também, a área de reestruturação e qualificação, onde ocorre a doação de equipamentos odontológicos e incentivos à pesquisa em saúde bucal coletiva, além de ações de qualificação profissional e científica, vigilância e monitoramento (BRASIL, 2013).

Neste contexto, observa-se que a saúde pública no Brasil cresceu progressivamente desde a criação do SUS com a constituição de 1988, e diversos foram os avanços nas áreas de atenção do sistema. Associado a ela, está a saúde bucal, que teve seu quadro modificado, principalmente com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal-Brasil Sorridente, em 2004. A assistência odontológica no Brasil deixou de ter um quadro meramente curativo e mutilador, para investir em promoção, educação, prevenção e atendimento especializado. Porém, ainda no período atual, existem disparidades na oferta de serviços odontológicos, devido, principalmente, as diferenças sociais e econômicas que prevalecem no país, bem como a forma de distribuição dos mecanismos de institucionais e financeiros para cada região.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na história da saúde bucal no Brasil, as ações públicas foram adotadas no sentido de abandonar a prática curativa e mutiladora para implantação de uma odontologia preventiva e especializada. Associado a essa transformação, surgiu o desafio do atendimento universal e com equidade, promoção da educação em saúde bucal e a informação completa sobre programas odontológicos oferecidos à população.

Desde a implantação do programa Brasil Sorridente, o governo tem investindo em qualificação do quadro profissional, na estrutura física de clínicas e consultórios públicos, abrangendo a odontologia de forma integral desde o atendimento básico até a alta complexidade. Diversas ações foram direcionadas para melhorar o acesso aos serviços prestados; para atender as demandas por serviços especializados;

para prevenir doenças bucais e promover a saúde bucal da população. Ocorreram também melhorias nas estratégias gerenciais, administrativas e operacionais no setor, destacando-se os incentivos institucionais e financeiros das equipes de saúde da família.

No entanto, atualmente, alguns desafios estão presentes nas ações de políticas públicas, tais como: a falta de informação sobre os tipos e qualidades de serviços odontológicos ofertados; demanda reprimida que ocasiona filas e longos tempos de espera; falta de profissionais especializados por causa da concentração desses nas grandes capitais e problemas ainda de gestão.

Apesar dos desafios ainda existentes, pode-se concluir que a saúde bucal no Brasil apresentou avanços significativos no contexto histórico e socioeconômico, proporcionando a melhoria contínua dos sistemas e dos serviços oferecidos e, por conseguinte, uma melhor qualidade de saúde bucal e geral à população.

4 REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.

AVERBURG, A. **Abertura e Integração Comercial Brasileira na Década de 90**. 1999. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/livro/eco90_02.pdf>. Acesso em: 11 Set. 2013.

BARROS, E. L. **Os governos militares**. São Paulo: Contexto, 1998.

BENCHIMOL, J. Epidemias. **Rev. Digital de Apoio Ao Estudante Pré Universitário**, v. 5, n.1, p.1-3, jan. 2010.

BERTOLLI-FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2011.

BRASIL. Governo Federal. **Constituição do Brasil**. Rio de Janeiro: 1934.

BRASIL. Governo Federal. **Constituição do Brasil**. Rio de Janeiro: 1937.

BRASIL. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**, Rio de Janeiro: CNSB; 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2000.

BRASIL. **Portaria GMS nº 267, de 06 de março de 2001**. Define as diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.434, de 14 de julho de 2004**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº74, de 20 de janeiro de 2004**. Diário Oficial União Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1571 de 29 de julho de 2004**. Diário Oficial da União Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1572 de 29 de julho de 2004**. Diário Oficial da União Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 743, de 20 de dezembro de 2005**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**: envelhecimento e saúde da Pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Cadernos de Atenção Básica n.17. Série A. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.889**. 2008. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2008/11889.htm>>. Acesso em: 24 dez. 2008

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1032 de 5 de maio de 2010**. Diário Oficial da União Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1464 de 24 de junho de 2011**. Diário Oficial da União Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apresentação**. 2013. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/evento/1EncontroCeoSf/?folder=MQ>>. Acesso em: 17dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: 08 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**: Trajetória histórica. Capacitação Para Conselheiros de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2001.

CAIXETA, F. C. T. A. Da responsabilidade civil do cirurgião-dentista. In: **Âmbito Jurídico**, v.11, n.1, p. 1-5, set. 2008.

CALADO, G. S. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família: principais avanços e desafios**. 2002. 122f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde): Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2002.

CAMARGO, J. M. Do “milagre econômico” à “marcha forçada”. In: PIRES, M. C. **Economia Brasileira**. São Paulo: Saraiva. 2003. p.193-206

CARVALHO, C. L. Dentistas práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Tese de Doutorado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

CONNAS. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **As conferências nacionais de saúde**: evolução e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CORSI, F. L. As estratégias de desenvolvimento (1945-1960). In: PIRES, M. C. **Economia Brasileira**. São Paulo: Saraiva. 2010. p.95-138.

CRUZ, A. L. G.; AMBROZIO, A. M. H.; PUGA, F. P.; SOUSA, F. L.; NASCIMENTO, M. M. **Economia Brasileira**. Conquista dos últimos dez anos e perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro: BNDES. 2013.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L. M. **Cadernos de Saúde**. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED. 1998, p. 11-26

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 14. ed. São Paulo: Edusp, 2012.

FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Rev. Serviço Público**, v.49, n.3, p.85-100, 1998.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p.64-71, out. 2009.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v.6, n.29, p.83-86, jan./fev. 2003.

JUNQUEIRA, S. R.; PANNUTI, C. M.; RODE, S. M.. Oral Health In Brazil: PartI:Public Oraç HEIth Policies. **Braz Oral Res**. v.1, n. 22, p.8-17, jun. 2008.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. P. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, v.21, n.1, p. p.197-215, jan. 2011.

LACERDA, A. C.; BOCHI, J. H.; REGO, J. M.; BORGES, M. A.; MARQUES, R. M. A **Economia brasileira**. São Paulo: Saraiva; 2003.

LUCENA, E. H.G.; PUCCA-JÚNIOR, G. A.; SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus-actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p.53-63, jun. 2011.

MAIA, L. S.; KORNI, G. E. M.. A reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos incentivos federais: A experiência Fluminense. **Aps**, v. 13, n. 1, p.84-95, mar. 2010.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção primária a saúde**. Disponível em: <www.epsv.fiocruz.br>. Acesso em: 10 out. 2013.

MYLONAS, A. I. H.; TZERBOS, F.; MIHALAKI, M. Vertebral abscess of odontogenic origin. **J. Of Crenio-maxillofacial Surgery**, v. 35, n.1, p.63-67, out. 2006.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1994.

CARPEL, P. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1, p. 141-147 jun. 2006.

CARPEL, P.; FRAZÃO, P. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CARPEL, P. Avanços e desafios da política Nacional de saúde Bucal no Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p.21-34, jul. 2011.

CARPEL, P. **Saúde bucal no PSF**: SUS ou SUSF. Disponível em <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel8.htm>> Acesso em set. 2013.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**: avanços e limites. 2002. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf>. Acesso em: 11 Dez. 2013.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos Assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 24, p.241-246, fev. 2008.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B.; COSTA, I. C. C.; MORAES, E.; SALIBA, N. A. **Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil**: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-13.

_____. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados Primários em saúde. 1978. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: 10 out. 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.1S, p.73-78, jun. 2006.

PIRES, M. C. O governo Figueiredo e a crise da dívida (1979-1985). In: PIRES, M. C. **Economia Brasileira**. São Paulo: Saraiva. 2003. 219-239p.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf>. Acesso em: 15 dez. 2013

PUCCA-JUNIOR, G. A.; COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. Oral Health Policies in Brazil. **Braz. Oral Res.** v.23, n.1, p.9-16, jan. 2009.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva**. 2000. 154f. Tese (Doutorado em Odontologia): Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba; 2000.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ArtMed; 2004. 28-49p.

ROSA, A. G. F.; FERNANDEZ, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v.26, n.1, p.155-160, 1992.

SAMPAIO, R. A. M. A **Constituição de 1937 a partir de sua retrospectiva e consequente progresso**. 2012. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/>>. Acesso em: 17 nov. 2013

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. Dados. **Rev. Ciências Sociais**, v.28, n.2, p.193-210, jun. 1985.

SARETTA, F. O Governo Dutra na transição capitalista no Brasil. In: SZMRECSÁNYI, T.; SUZIGAN, W. **História econômica do Brasil contemporâneo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 99-118p.

SILVA, R. H. A.; SALES-PERES, A. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia. Clín. Científ.** v.6, n.1, p.7-11, jan/mar., 2007.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família; uma avaliação do modelo assistencial. **Cad.Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2727-2239, out. 2007.

TEIXEIRA, S. M. F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Rev. Adm. Pública**, v.4, n.1, p.94-115, jan. 1987.

WHO. World Health Organization. **The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva: WHO; 2003.

VACCAREZZA, G. F.; FUGA, R. L.; FERREIRA, S. R. P. Saúde Bucal e qualidade de vida dos idosos. **Rev. Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 2, n. 22, p.134-137, abr. 2010.

XIAOJING LI, K. M. KOLLTVEIT, L. Tronstad and Ingar Olsen Clin. **Microbiol Rev.** V.13, n.4, p.547-549, 2000.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. Umbelina. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Divulg Saúde Debate**, v. 13, n.1, p.18-35, 1996.

ARTIGO 2:

Título: Saúde bucal na atenção primária do SUS: análise para as cidades de médio-grande porte do estado do Paraná

Revista: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

SITE: <http://scielo.iec.pa.gov.br/revistas/ess/pinstruc.htm>⁶

⁶ Normas da Revista de Políticas Públicas – RPP no Anexo A.

SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS: ANÁLISE PARA AS CIDADES DE MÉDIO-GRANDE PORTE DO ESTADO DO PARANÁ

Patricia Domingos Noro da Silva Martins¹
Cássia Kely Favoretto Costa²
Ely Mitie Massuda³

RESUMO

O objetivo do artigo foi analisar o comportamento da saúde bucal na atenção básica do SUS em municípios de médio-grande porte do estado do Paraná (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta-Grossa e Cascavel), entre 2008 e 2012. Para isso foram coletadas informações do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS). O quantidade de atendimentos na atenção básica deste setor foram organizados em 4 categorias: procedimentos coletivos, individuais preventivos, dentística e cirurgia básica. A estatística descritiva foi usada na análise dos dados. De acordo com os resultados, a produção ambulatorial nas cinco maiores cidades do Paraná corresponde ao que é esperado com a inserção da saúde bucal no PSF; diminuição dos procedimentos invasivos e uma constância nos procedimentos preventivos. Conclui-se que a assistência em saúde bucal nas cinco maiores cidades no Paraná tem correspondido ao objetivo da atenção básica que é o crescimento na prevenção, promoção e reabilitação da saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Produção Ambulatorial. Atenção básica. Promoção da Saúde.

ORAL HEALTH IN PRIMARY CARE OF SUS: ANALYSIS FOR THE CITIES OF MEDIUM-LARGE PARANÁ STATE

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the behavior of oral health in primary care in the NHS in municipalities medium - large of the state of Paraná (Curitiba , Londrina , Maringa, Ponta Grossa - and Rattlesnake), between 2008 and 2012 . For this information was collected from the database of the Outpatient Information System (CIS) of the Unified Health System (SUS). The amount of care in primary health care this sector were organized into 4 categories: preventive collective, individual procedures, basic dentistry and surgery. Descriptive statistics were used in data analysis. According to the results, the outpatient treatment in the five largest cities of Paraná corresponds to what is expected with the inclusion of oral health in the PSF; We conclude that oral health care in the five largest cities in Paraná has matched the goal of primary care that is growing in prevention, promotion and rehabilitation of oral health reduction in invasive procedures and a constancy in preventive procedures.

KEY-WORDS: Dentistry. Ambulatory production. Primary care. Health Promotion

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a saúde bucal no Brasil foi sempre delegada ao segundo plano, ou seja, não havia no país uma política pública direta aplicada ao setor de odontologia. O princípio da universalização das ações e serviços de saúde não alcançavam esse setor.¹⁻²

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolviam ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas aos serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social.³⁻⁴

Antes da Política de Saúde Bucal no Brasil, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas na área de saúde bucal. Não havia uma política nacional para o setor. Era um modelo centrado na família, ou seja, o modelo de corte materno infantil centralizado nas gestantes e crianças.⁵⁻⁶

O marco inicial de mudança do sistema de saúde bucal ocorreu na X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1996, que em seu relatório final cita que todas as esferas de gestão; federal, estadual e municipal devem implementar ações de atenção integral à saúde bucal, garantindo a população o atendimento e a manutenção de acordo com as necessidades locais.⁷⁻⁸

No entanto, somente no ano 2000, houve de fato a inserção da saúde bucal na atenção básica, por meio da Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro, que cria o incentivo para incorporação da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da

Família (PSF). Neste mesmo ano, teve início o Projeto SB 2000 para avaliar as condições de saúde bucal da população brasileira. Segundo Souza e Roncalli⁹, após a publicação desta portaria a construção da atenção básica no SUS teve uma participação importante da saúde bucal.

Em 2001, a Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, regulamentou as ações das Equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família. Por sua vez, em 2003, foi concluído o levantamento epidemiológico de saúde bucal e divulgado o Relatório Descritivo do Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população.¹⁰

O cuidado em saúde bucal deixou de estar centralizado no dentista para estar nas mãos de uma equipe de trabalho que tenha relacionamento com os usuários e participe, de forma ativa, da gestão dos serviços de prevenção, promoção recuperação e reabilitação em saúde bucal.⁹

Dentro de uma nova conjuntura e contexto político, foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, que investiu recursos financeiros na expansão das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. O governo federal definiu essa área como uma de suas prioridades. Esse programa foi apresentado oficialmente como expressão de uma política subsetorial. consubstanciada no documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal¹¹, definida no âmbito do Governo Lula (2003-2006), logo após sua posse e integrada ao Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil, objeto da Portaria nº 2.607/04, de 10 de dezembro de 2004, do Ministério da Saúde.

Em 2006, editou-se a Portaria nº 648, de 28 de março, que regulamentou a Atenção Básica (ou Primária) e definiu as ações de saúde bucal nesse nível de atenção. Foi lançado o Pacto pela Saúde que adotou dois indicadores para a saúde

bucal (Primeira Consulta Programática e Procedimentos Coletivos), com o objetivo de organizar o acesso aos serviços e subsidiar o planejamento das ações.¹²

No período recente, a Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil é dividida em três níveis de atenção: a) primária, que é a atenção básica, formada pelas equipes de saúde bucal-estratégia saúde da família e as unidades odontológicas móveis; b) secundária, que constitui a rede de especialidades de média complexidade, sendo formada pelos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias (LRPD's) e c) terciária, que corresponde aos procedimentos de alta complexidade incluindo a rede hospitalar onde o cirurgião-dentista pode autorizar a liberação de internação hospitalar, além de tratamentos para pacientes com deficiência e tratamento em oncologia.¹³

Segundo Brasil¹⁴, a inserção das equipes de saúde bucal no PSF do estado do Paraná ampliou de forma significativa o acesso da população aos serviços odontológicos. A equipe, além de medidas curativas, atua com a prevenção analisando os pacientes como um todo, isto é, enfocam desde a dieta até a escovação supervisionada desses indivíduos.

Entre 2008 e 2012, a atenção básica nos municípios de Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel, isto é, as cidades de médio-grande porte do Paraná, contaram com um total de 1050 equipes de saúde bucal, sendo 432 na modalidade I, composta por 1 cirurgião dentista e 1 auxiliar de saúde bucal e 618 na modalidade II, constituída por 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 técnico em saúde bucal¹⁵⁻¹⁶.

Nesse contexto, analisar o comportamento da saúde bucal no Paraná, principalmente nesses municípios de médio-grande porte do estado (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel), torna-se relevante para compreender

a situação da odontologia básica nessas cidades. Além disso, fornecer subsídios para o desenvolvimento de ações públicas que busquem a melhoria no atendimento e na qualidade da saúde bucal da população.

Diante do exposto, o objetivo do artigo foi analisar o comportamento da saúde bucal na atenção básica do SUS em municípios de médio-grande porte do estado do Paraná, entre 2008 e 2012.

2 MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa desenvolvida tem caráter quantitativo, analítico, descritivo, comparativo e exploratório. Para caracterizar a atenção odontológica (nível básico) nos cinco municípios de médio-grande porte do Paraná (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel) foram coletados dados da produção ambulatorial básica do SUS desse setor. A fonte de informações foi o Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS, disponível em: www.datasus.gov.br. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2013, abrangendo os anos de 2008 até 2012.

Os procedimentos odontológicos na atenção primária (ou básica) foram classificados em 4 grandes grupos, conforme a tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA-SUS:

- 1) Procedimentos coletivos: refere-se ao conjunto de procedimentos de prevenção, promoção em saúde bucal, de baixa complexidade, ou seja, não havendo necessidade de aparelhagem odontológica, feita em grupo, como

por exemplo; evidenciação de placa, aplicação tópica de flúor, higiene supervisionada, ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica.

- 2) Procedimentos individuais preventivos: trata-se da primeira consulta com o profissional, neste item foram agrupados: aplicação de carióstático e selante por dente, aplicação tópica de flúor, evidenciação de placa bacteriana e selamento provisório de cavidade dentária.
- 3) Dentística básica: corresponde à restauração de dentes decíduos e permanentes, capeamento pulpar, direto e indireto.
- 4) Cirurgia básica: corresponde a exodontia de dentes decíduos e permanentes.

Destaca-se que os dados foram organizados para o nível de atenção básica, por localidade, por período e por procedimentos de acordo com os 4 grupos de especialidades. Na análise estatística dos dados foi usada a distribuição de frequência simples, cálculo de média e variação percentual. Nas estimações foi usado o programa SAS (*Statistical Analysis Softwar*), versão 9.3.

3 RESULTADOS

Nesta seção estão apresentados os resultados das estimações para o Paraná e para os cinco municípios de médio-grande porte do estado, destacando as seguintes especialidades da atenção básica: procedimentos odontológicos coletivos, individuais preventivos, dentística e cirurgia básica.

No Paraná, como mostra a Tabela 1, entre 2008 e 2012, foi realizado um total de 131.048.493 procedimentos odontológicos no nível de atenção básica e 18.526.879, na especializada. Em média, cada nível realizou 26.209.699 e

3.705.376 atendimentos, respectivamente. A participação mais significativa na atenção básica foi do ano de 2011, com 24,90% do total de procedimentos e a menor, em 2009, com 17,29%. Na atenção especializada, 2010 foi o período de maior destaque (25,68%) e 2008, o menor (15,07%).

No Gráfico 1 observa-se que os procedimentos coletivos nesse setor apresentaram o maior destaque em cada ano, com participações de 50,25% em 2008; 44,68% em 2009; 47,17% em 2010; 45,42% em 2011, e 50,61% em 2012. Em segundo lugar, destacam-se os atendimentos individuais preventivos. A menor participação foi para a cirurgia básica, com 3,58%; 5,12%; 3,08%; 3,29% e 3,18% em cada ano, respectivamente.

Tabela 1. Produção ambulatorial total do SUS em saúde bucal (número de atendimentos) - Nível de atenção básica e especializada, Paraná – 2008-2012.

| Ano | Atenção Básica | | Atenção Especializada | |
|--------------------------|----------------|--------|-----------------------|--------|
| | Nº | % | Nº | % |
| 2008 | 23.551.005 | 17,97 | 2.791.387 | 15,07 |
| 2009 | 22.661.681 | 17,29 | 3.201.130 | 17,28 |
| 2010 | 24.685.642 | 18,84 | 4.758.425 | 25,68 |
| 2011 | 32.629.523 | 24,90 | 4.502.861 | 24,30 |
| 2012 | 27.520.642 | 21,00 | 3.273.076 | 17,67 |
| Total | 131.048.493 | 100,00 | 18.526.879 | 100,00 |
| Média (2008-2012) | 26.209.699 | | 3.705.376 | |

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (2014).

A série da produção ambulatorial de saúde bucal no nível de atenção primária em Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Curitiba, conforme as categorias agrupadas (procedimentos coletivos, individual preventivo, dentística e cirurgia básica) demonstrou uma grande variabilidade entre 2008 e 2012 (Tabelas 2, 3, 4 e 5).

Conforme Tabela 2, entre 2008 e 2010, o número total de atendimentos odontológicos coletivos nos municípios de médio-grande porte do Paraná passou de aproximadamente, 2,6 milhões em 2008 para 2,9 milhões de procedimentos em

2012 (variação de 12,30%). Em 2008, Curitiba e Ponta Grossa apresentaram os maiores percentuais, correspondendo a 63,61% e 18,24%. Já a menor participação foi de Cascavel (5,73%). Em 2009, essa tendência foi mantida. Nos anos de 2010 e 2011, Curitiba e Ponta Grossa se mantiveram nas mesmas posições. Cascavel, por sua vez, passou a ocupar o em terceiro lugar no número de atendimentos odontológicos coletivos nesses dois anos. Destaca-se a cidade de Maringá em 2012 que ocupou o primeiro lugar no número de procedimentos realizados (37,88%), seguida de Curitiba (30,63%) e Ponta Grossa (15,53%).

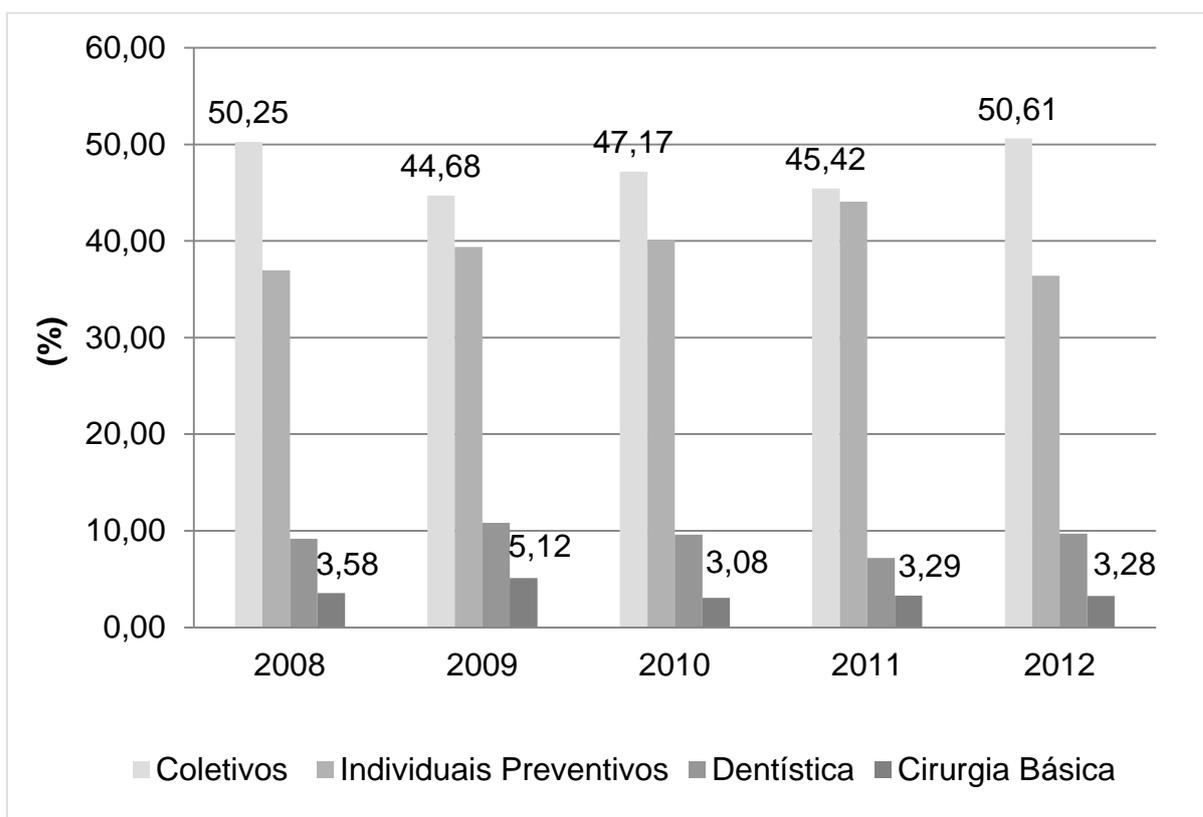


Figura 1. Participação relativa (%) dos procedimentos ambulatoriais do SUS em saúde bucal – Nível Atenção Básica, Paraná – 2008 até 2012

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (2014).

No quesito procedimentos odontológicos individuais preventivos (Tabela 3), os municípios de Curitiba e Londrina vem se destacando perante os demais. Em 2008, os dois municípios somaram 66,88% do total dos procedimentos correspondentes nas cinco cidades analisadas, mantendo esse percentual superior as outras cidades durante os anos de 2009 (69,87%), 2010 (67,67%), 2011 (69,44%) e 2012 (68,64%). Cascavel, Maringá e Ponta Grossa somaram menos da metade do

percentual das 5 cidades, sustentando-se assim durante todo o período de 2008 a 2012.

Na Tabela 4, o número total de atendimentos em dentística básica nos cinco municípios analisados decresceu de 640.877 em 2008 para 472.024, em 2012 – variação de 26,3%. O município de Curitiba se destaca, em primeiro lugar, no número de atendimentos nesse procedimento, passando de 259.912 em 2008 para 260.056, em 2012 (crescimento de 0,06% no período). Cascavel foi o município com o menor número de atendimento perante os outros municípios entre 2008 e 2012.

Por sua vez, no item procedimentos odontológicos em cirurgias básicas (Tabela 5), a cidade de Curitiba se destaca novamente, mantendo assim ao longo dos cinco anos. Em 2008, a capital representava 54,40% dos atendimentos e em 2012, 59,41% do total dos atendimentos das cinco maiores cidades do Paraná. A participação de Maringá foi a menor, com 6,26% dos atendimentos em 2008 chegando em 2012 com 7,42 %.

Tabela 2. Procedimentos odontológicos coletivos (número de atendimentos) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.

| Local | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|--------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | Nº | % |
| Cascavel | 152.253 | 5,73 | 66.158 | 2,68 | 253.201 | 9,07 | 422.346 | 14,79 | 297.594 | 9,98 |
| Curitiba | 1.689.606 | 63,61 | 1.678.363 | 68,03 | 1.630.236 | 58,39 | 1.585.041 | 55,49 | 913.739 | 30,63 |
| Londrina | 141.472 | 5,33 | 111.983 | 4,54 | 149.020 | 5,34 | 188.387 | 6,60 | 178.166 | 5,97 |
| Maringá | 188.261 | 7,09 | 80.666 | 3,27 | 204.861 | 7,34 | 221.784 | 7,76 | 1.130.008 | 37,88 |
| Ponta Grossa | 484.490 | 18,24 | 530.096 | 21,49 | 554.856 | 19,87 | 438.864 | 15,36 | 463.243 | 15,53 |
| Total | 2.656.082 | 100,00 | 2.467.266 | 100,00 | 2.792.174 | 100,00 | 2.856.422 | 100,00 | 2.982.750 | 100,00 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (2014). Elaboração dos autores.

Tabela 3. Procedimentos odontológicos individuais preventivos (número de atendimentos) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.

| Local | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|--------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|
| | Nº | % |
| Cascavel | 197.765 | 7,13 | 185.594 | 6,47 | 255.272 | 8,54 | 207.764 | 6,78 | 215.895 | 7,91 |
| Curitiba | 1.258.037 | 45,36 | 1.373.795 | 47,88 | 1.390.286 | 46,51 | 1.474.511 | 48,09 | 1.202.975 | 44,08 |
| Londrina | 596.749 | 21,52 | 630.856 | 21,99 | 632.337 | 21,16 | 654.529 | 21,35 | 670.419 | 24,56 |
| Maringá | 331.256 | 11,94 | 354.920 | 12,37 | 332.333 | 11,12 | 314.242 | 10,25 | 329.000 | 12,05 |
| Ponta Grossa | 389.551 | 14,05 | 323.869 | 11,29 | 378.704 | 12,67 | 415.122 | 13,54 | 311.089 | 11,40 |
| Total | 2.773.358 | 100,00 | 2.869.034 | 100,00 | 2.988.932 | 100,00 | 3.066.168 | 100,00 | 2.729.378 | 100,00 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (2014). Elaboração dos autores.

Tabela 4. Procedimentos odontológicos em dentística básica (número de atendimentos)- Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.

| Local | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | Nº | % |
| Cascavel | 58.006 | 9,05 | 48.188 | 10,44 | 50.403 | 9,95 | 51.266 | 10,68 | 59.314 | 12,57 |
| Curitiba | 259.912 | 40,56 | 243.330 | 52,70 | 264.948 | 52,29 | 262.260 | 54,66 | 260.056 | 55,09 |
| Londrina | 68.357 | 10,67 | 58.963 | 12,77 | 58.860 | 11,62 | 55.095 | 11,48 | 47.774 | 10,12 |
| Maringá | 51.444 | 8,03 | 47.479 | 10,28 | 68.560 | 13,53 | 49.046 | 10,22 | 45.675 | 9,68 |
| Ponta Grossa | 203.158 | 31,70 | 63.756 | 13,81 | 63.950 | 12,62 | 62.133 | 12,95 | 59.205 | 12,54 |
| Total | 640.877 | 100,00 | 461.716 | 100,00 | 506.721 | 100,00 | 479.800 | 100,00 | 472.024 | 100,00 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (2014). Elaboração dos autores.

Tabela 5. Procedimentos odontológicos em cirurgia básica (atendimentos/100 habitantes) - Cidades de Médio-Grande Porte do Estado do Paraná, 2008 até 2012.

| Cidade | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|--------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | Nº | % |
| Cascavel | 8.794 | 7,18 | 7.788 | 7,03 | 41.162 | 28,23 | 7.556 | 7,06 | 8.656 | 7,90 |
| Curitiba | 66.618 | 54,40 | 62.629 | 56,55 | 63.557 | 43,58 | 60.418 | 56,45 | 65.083 | 59,41 |
| Londrina | 15.276 | 12,48 | 14.135 | 12,76 | 13.694 | 9,39 | 13.763 | 12,86 | 11.646 | 10,63 |
| Maringá | 7.663 | 6,26 | 7.458 | 6,73 | 10.022 | 6,87 | 7.730 | 7,22 | 8.131 | 7,42 |
| Ponta Grossa | 24.098 | 19,68 | 18.738 | 16,92 | 17.397 | 11,93 | 17.570 | 16,41 | 16.025 | 14,63 |
| Total | 122.449 | 100,00 | 110.748 | 100,00 | 145.832 | 100,00 | 107.037 | 100,00 | 109.541 | 100,00 |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS (2014). Elaboração dos autores.

4 DISCUSSÃO

Analisando o comportamento da saúde bucal na atenção básica no Paraná no período entre 2008 e 2012, verifica-se que existe uma oscilação na produção ambulatorial em saúde básica no total do estado (Tabela 1), ocorrendo uma queda entre os anos de 2008 e 2009, um pequeno crescimento até o ano 2011 e depois voltando a decrescer, em 2012.

Comportamento semelhante é observado em relação aos procedimentos odontológicos coletivos nos cinco maiores municípios do estado (Curitiba, Londrina, Maringá; Cascavel e Ponta Grossa). Um decréscimo entre os anos de 2008 e 2009 e um pequeno crescimento que se mantém até 2012. Estas variações podem ter ocorrido devido às oscilações no número de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), que variam com os anos dependendo da demanda do município, a carga horária de trabalho que pode ser modificada ou se as equipes respondem aos requisitos estabelecidos pela Portaria nº 267, de 06 de março de 2001.^{13,15}

Ao analisar as especialidades da atenção básica, observou-se o aumento dos procedimentos individuais preventivos entre 2008 e 2011. Nesse período houve aumento da demanda. Por sua vez, esses procedimentos preventivos tendem a diminuir depois de um período de investimentos, conforme ocorre em 2012. A prevenção em saúde bucal por meio das ações de educação em saúde que as equipes de saúde bucal fazem nos espaços próprios do PSF, gera um cuidado e uma conscientização maior da população em relação a saúde da boca de cada um, diminuindo assim a procura constante por esses procedimentos.^{15,17}

No que se refere aos dados em dentística básica, que se trata da restauração de dentes decíduos e permanentes, capeamento pulpar, direto e indireto, verificou-se uma diminuição no número total deste procedimento entre 2008 e 2012. Esse fato está relacionado à diminuição do índice CPO-D no Paraná. Segundo Brasil¹⁸ e Brasil¹⁴, a fluoretação das águas de abastecimento público é a principal medida de saúde bucal coletiva para diminuição deste índice. No Paraná, esse processo ocorre desde 1958, sendo Curitiba a primeira cidade a receber esse benefício. Entre 1958 até 2012, o índice CPO-D em crianças de 6 a 12 anos apresentou redução de aproximadamente 75%. No estado, além da fluoretação das águas, existe o decreto estadual nº 3.046, de 10 de outubro de 1980, que estabelece a obrigatoriedade de bochechos com flúor em escolares de 7 a 15 anos. Isso deve ter contribuído ainda mais com a redução de cárie e a diminuição da procura por procedimentos invasivos de dentística no estado, inclusive nos municípios analisados nesta pesquisa.

Quanto à cirurgia básica, que corresponde às extrações de dentes permanentes e decíduos, o resultado esperado era uma redução do número desses procedimentos no período analisado. De acordo com dados do SIA/SUS, a inserção das equipes de saúde bucal na atenção básica diminuiu o número das extrações, devido ao investimento, em prevenção, promoção e reabilitação em saúde bucal.⁸ O constante número de extrações que se mantém é devido aos dentes decíduos que não são trocados naturalmente e necessitam de intervenção profissional.

A interação entre a Atenção Básica, o programa Saúde da Família e o Brasil Sorridente, têm proporcionado a saúde bucal uma maior qualificação e extensão nas ações de promoção da saúde.¹⁷ A partir dos dados ambulatoriais dos municípios analisados, foi possível observar que os procedimentos relacionados à prevenção tendem sempre a apresentar um crescimento. Esse comportamento está

relacionado às campanhas e ações eficientes de políticas públicas em saúde bucal desenvolvidas no Estado.

Portanto, a análise da saúde bucal nos municípios de médio-grande porte do Paraná proposto neste artigo pode indicar que estão ocorrendo melhorias na oferta de atendimentos básicos à população. O SUS, a partir disso, pode coordenar e organizar ainda mais suas decisões operacionais e administrativas nesse setor e assim, fornecer uma melhor qualidade de saúde bucal as populações destas cidades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo buscou analisar o comportamento da saúde bucal na atenção primária do SUS nas cidades de médio-grande porte do Paraná, entre 2008 e 2012. De acordo com os resultados, observaram-se diferenças significativas, principalmente, nos procedimentos coletivos e preventivos individuais, que são ações promovidas pela secretaria municipal de saúde de cada município, variando de acordo com a necessidade populacional e os recursos para se promover essas ações.

Com a inserção das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família, houve uma diminuição nos procedimentos invasivos como dentística e cirurgia básica. É importante que esse fato sempre ocorra, demonstrando assim, o crescimento da assistência em saúde bucal básica nesses municípios analisados.

Portanto, no período recente, a odontologia vem sendo baseada em evidências, ou seja, os gestores de políticas públicas e profissionais de saúde utilizam as suas diretrizes, normas e práticas em evidências científicas com relação

à segurança, eficácia e eficiência nesse setor. A adoção desse instrumento de pesquisa pode contribuir para a eliminação de barreiras desnecessárias ao atendimento e, com isso, gerar a prestação de um serviço com melhor qualidade, bem como fornecer aos gestores importantes informações para tomada de decisões e direcionamento de ações.

REFERÊNCIAS

1. Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
2. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Silva RHA, Sales P. Arsênio Odontologia: Um breve histórico. *Odontologia. Clín.- Científ.* 2007; 6(10):7-11.
4. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos Assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 2(24):241-246.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Pucca-Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM. Oral Health Policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009; 23(1):9-16.
7. Linhares LL. Caracterização do modelo de atenção 'a saúde bucal do município de Porto alegre (RS), utilizando o sistema de informações ambulatoriais do sistema único de saúde. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde Disponível em < <http://www.datasus.gov.br>. > Acesso em: Out. 2013.
9. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família; uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(11):2727-39.
10. Brasil. Portaria GMS nº 2607, de 10 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Brasil. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Lucena EHG, Pucca-Júnior GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Tempus-actas de Saúde Coletiva 2011; 5(3):53-63.
14. Brasil. Secretaria Estadual da Saúde do Paraná. Saúde Bucal. 2014. [citado em 2014 jan 20]. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br>.
15. Brasil. Portaria GMS nº 267, de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde do. 10ª Conferência Nacional de Saúde. 2013. [citado em 2014 jan 20]. Disponível em: portal.saude.gov.br Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública 2011; 5(28):9-19.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB 2010. 2010 [citado em 2010 jan 20]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>.

CONCLUSÃO

O propósito desta pesquisa foi abordar o tema saúde bucal no Brasil, buscando, em primeiro lugar, compreender a trajetória histórica, política e econômica das políticas públicas de saúde geral e bucal e como este comportamento influenciou o sistema da assistência odontológica na rede pública atual. Na segunda etapa, objetivou-se (empiricamente) analisar essa realidade para os municípios de médio-grande porte do estado do Paraná, utilizando-se dados da produção ambulatorial básica do SUS nesse setor.

No Artigo 1 foi feita uma caracterização histórica da saúde geral e bucal desde antes de 1930 até os dias atuais, através de uma revisão de literatura onde foram estudados textos de diversos autores concernentes ao assunto. Verificou-se que apesar do passado mutilador, excludente e elitista que a saúde bucal vivenciou, no período recente é possível vivenciar uma assistência odontológica de referência na atenção básica e na especializada. Porém, esta realidade ainda não é uniforme, pois em diferentes regiões do Brasil os serviços prestados são escassos e a demanda reprimida só aumenta. Concluiu-se que, apesar dos avanços obtidos no setor, ainda existe uma necessidade de diminuir as disparidades existentes entre a oferta e a demanda no setor destacado.

A principal contribuição do artigo 1 foi observar e compreender que, em cada período da história do Brasil, ocorreram ações públicas de melhorias da assistência odontológica a partir das necessidades da população. Entendeu-se que medidas de prevenção e promoção da saúde bucal devem ser adotadas ainda mais no país, uma vez que estas reduzem as demandas por serviços de média e alta complexidade.

As pesquisas que abordam a história da saúde bucal, bem como seus avanços e desafios ainda são limitados no país. Sugere-se como pesquisas futuras, utilizar não só publicações, mas entrevistas com profissionais especializados que poderão enriquecer o conteúdo histórico.

O Artigo 2 teve como objetivo analisar a produção ambulatorial básica do SUS no setor de saúde bucal dos municípios de médio-grande porte do Paraná. Foram coletados dados da produção ambulatorial e dos gastos do SUS com os atendimentos em saúde bucal, utilizando como fonte de informações o Sistema

Ambulatorial do SUS (SIA-SUS). Foi aplicada a estatística descritiva (distribuição de frequência simples e relativa). Os resultados obtidos foram coerentes com o esperado, ou seja, a inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família diminuiu os procedimentos invasivos e mantiveram-se numa constante os procedimentos preventivos ao longo dos cinco anos analisados.

A principal contribuição deste artigo foi apresentar o panorama atual da saúde bucal básica nos municípios analisados, demonstrando a gestão do SUS em termos de atendimentos à população. Contudo, ocorreram limitações na pesquisa, pois para os municípios de pequeno porte no Paraná havia escassez de dados sobre a produção ambulatorial e os gastos com saúde bucal do SUS. Como pesquisa futura, sugere-se analisar a produção ambulatorial e os gastos em saúde bucal nos três níveis atenção (primária, secundária e terciária), realizando uma comparação entre os estados e regiões brasileiras.

Portanto, os artigos apresentados nessa dissertação buscam contribuir com as pesquisas já desenvolvidas na área de saúde bucal à nível nacional e internacional. De forma geral, as ações públicas foram evoluindo de forma a obter a atual Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, regido pelos princípios do SUS. Porém, muito ainda precisa ser feito para que as desigualdades, inerentes de um país com dimensões continentais, possam ser diminuídas, através de investimentos governamentais, gestão eficiente e comprometida com a saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-74.htm>>. Acesso em: 19 Dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p.64-71, 2009.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis**, v.21, n.1, p.197-215, jan. 2011.

KUSMA, S. Z.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, n. 28, p.9-19, jul. 2011.

MAIA, L. S.; KORNI, G. E. M. A reorganização da Atenção à Saúde Bucal frente aos incentivos federais: A experiência Fluminense. **Aps**, v. 13, n. 1, p.84-95, mar. 2010.

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos Assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 24, p.241-246, fev. 2008.

WHO. World Health Organization. **Continuous improvement of oral health in the 21st century**: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva: WHO; 2003.

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA DE POLITICAS PÚBLICAS – RPP

NORMAS PARA ELABORAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

REVISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS - RPP

Os trabalhos a serem aceitos pela RPP abrangem as seguintes categorias: • Artigos: com até 20 (vinte) laudas, devem resultar de pesquisa teórica (bibliográfica ou documental), de pesquisa de natureza empírica e relatos de experiência. Devem debater ou fazer indicações para o aprofundamento e reflexão de questões relacionadas ao dossiê temático de cada número da RPP ou de outros temas atinentes ao campo das Políticas Públicas. • Ensaio: texto, com até 20 (vinte) laudas, de caráter opinativo ou que apresentem reflexão para aprofundamento de questões afetas ao dossiê temático do volume correspondente da RPP. • Resenhas: texto comentado e crítico, de até 5 (cinco) laudas, de livro relacionado ao dossiê temático do volume correspondente da RPP com orientações quanto ao conteúdo e contribuições potenciais da obra. Todos os trabalhos devem ser cadastrados e submetidos à RPP acompanhados de Declaração de Responsabilidade (modelo disponível no site). Os trabalhos devem ser apresentados em papel formato A-4 e digitados com utilização de editores Word for Windows Versão 6.0 ou 7.0, com uso de: a) Fonte arial, corpo 12, para o texto e corpo 10 para o resumo, abstract, citações de mais de três linhas e notas; b) Espaçamento entre linhas 1,5 (um e meio) para o texto, excetuando-se as citações de mais de três linhas, notas de rodapé, referências, resumo e abstract que devem ser digitados em espaço simples; c) Utilizar margens esquerda e superior de 3 cm; direita e inferior de 2 cm, d) Utilizar recuo de 2 cm da margem esquerda para parágrafos e 4 cm para citações de mais de três linhas.

Os artigos e ensaios não deverão ultrapassar 20 laudas, trazendo, na primeira página, as seguintes informações: a) Como garantia de anonimato no processo de avaliação, os artigos devem ser apresentados da seguinte maneira: ter uma folha de rosto,

separada das demais, onde deverá constar o título, nome do autor, profissão, vínculo institucional e título acadêmico, endereço, telefone e e-mail; b) Na primeira página do texto, deve conter o título do trabalho em versal (maiúscula), negrito e alinhado à esquerda e RESUMO de, até, 150 palavras em português, acompanhado das PALAVRAS-CHAVE que identifiquem o conteúdo do trabalho. Em seguida, deve vir o título em inglês, em versal (maiúscula), negrito e justificado, o ABSTRACT e as KEYWORDS. Os textos do Resumo e do Abstract devem ser ajustados a margem, sem parágrafos. O subtítulo, se houver, deve vir em redondo (minúscula), sem negrito; c) O corpo do trabalho deve começar com a INTRODUÇÃO, seguida das demais seções que constituem o desenvolvimento, enunciadas por títulos digitados em versal (maiúsculas), em negrito e com numeração, ajustados à margem esquerda. A CONCLUSÃO também deve ser antecedida por um indicativo (algarismo) ajustado à margem esquerda. Por fim, devem vir as REFERÊNCIAS (em versal sem negrito) seguidas das NOTAS com comentários e informações referentes ao texto d) Os títulos das seções secundárias, também ajustados à margem esquerda, deverão ser digitados com letras minúsculas, em negrito, com o mesmo corpo do texto, exceto a inicial e os nomes próprios que devem ser maiúsculas; e) Os títulos das demais seções (terciárias, quaternárias etc.) deverão ser digitados utilizando outros recursos, tais como: redondo (minúsculas) ou itálico, em corpo menor que

o do texto. Deve-se deixar um espaço duplo entre os parágrafos que se seguem aos títulos das seções.

No caso de os trabalhos conterem tabelas, gráficos e ilustrações, as mesmas devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, conforme o tipo específico das mesmas (quadros, fotos, plantas, etc.). As tabelas devem ser encimadas pelo título antecedido da palavra “Tabela” seguida do número correspondente. As ilustrações (quadros, fotos, plantas, organogramas, etc.) devem ter o título antecedido da palavra indicativa do tipo de ilustração e o número da mesma, colocados, entretanto,

abaixo da ilustração. Cabe à RPP garantir a padronização de tabelas, gráficos e ilustrações. Quando a tabela e/ou ilustração for transcrita de alguma obra, dever-se-á, abaixo da mesma, indicar a fonte. O sistema de chamada deverá ser o autor-data, devendo-se no texto indicar junto a cada citação, direta ou indireta, o sobrenome de cada autor pessoal ou nome de entidade responsável, seguido do ano da publicação do documento e da (s) página (s) da citação, separados entre si, por vírgula, podendo estar tudo entre parênteses ou, caso o sobrenome do autor faça parte da sentença, deve ficar fora deles. Neste último caso, o sobrenome do autor deverá estar só com a inicial em letras maiúsculas, e quando estiver dentro dos parênteses deverá estar em caixa alta. Tratando-se de dois autores, quando fora dos parênteses, deverão ser ligados pela conjunção “e”, mas estando dentro dos parênteses serão separados entre si, por ponto e vírgula, como na referência. Quando houver três autores, é semelhante. No caso de mais de três, fora dos parênteses, deverá colocar-se o sobrenome do 1º, seguido da expressão “e outros”. Estando dentro dos parênteses, dever-se-á, após o sobrenome do 1º, utilizar-se a expressão latina “et al”. As citações indicadas nos trabalhos devem ser pelo sobrenome do autor, seguido da data da publicação e da página consultada, de modo que, quando o nome do autor fizer parte da sentença, somente a data e a página aparecem entre parênteses. Ex.: Silva (1997, p. 32). Quando o nome do autor não estiver incluído na sentença, este é indicado no final da frase entre parênteses. Ex: (SILVA, 1997, p. 78). Quando o trabalho citado pertencer a dois autores, o sobrenome dos dois é indicado separadamente, utilizando o ponto e vírgula. Ex.: (SILVA; COSTA, 1997, p. 34). Quando se tratar de trabalho de mais de três autores, o sobrenome do primeiro é indicado seguido da expressão et al. (Ex.: FERNANDES et al., 1998, p. 3). Quando se tratar de trabalho sem autoria, a chamada é feita pela primeira palavra do título, em maiúsculas, seguida de reticências, data e página. Ex.: (COMUNIDADE..., 1997, p. 89). As citações e referências devem ser elaboradas de conformidade com o disposto na NBR 10520, da ABNT, de agosto de 2002, devendo todo autor citado no texto, constar das REFERÊNCIAS, dispostos em ordem alfabética, pelo sobrenome do primeiro autor. Figuras, tabelas e fotos devem ser bem nítidas, apresentadas em alta definição, somente em preto e branco, devendo constar do original.

Se as ilustrações enviadas já tiverem sido publicadas, deve ser mencionada a fonte e apresentada a permissão para reprodução.

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

ISSN *impresso* 1679-4974

ISSN *online* 2237-9622

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

- [Escopo e política](#)
- [Modalidades de manuscrito](#)
- [Responsabilidade dos autores](#)
- [Critérios de autoria](#)
- [Fontes de financiamento](#)
- [Conflito de interesses](#)
- [Ética na pesquisa envolvendo seres humanos](#)
- [Agradecimentos](#)
- [Direito de reprodução](#)
- [Preparo dos manuscritos para submissão](#)
- [Formato dos manuscritos](#)
- [Tabelas e Figuras](#)
- [Uso de siglas](#)
- [Submissão](#)
- [Análise e aceitação dos manuscritos](#)
- [Prova de prelo](#)
- [Anexo I](#)
- [Anexo II](#)
- [Anexo III](#)

Escopo e política

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico e acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editada pela Coordenadora-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/SVS/MS). Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. Também está prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação técnico-científica e considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), conhecido como Normas de Vancouver.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde* segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

Modalidades de manuscrito

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo. O modelo da Declaração de Responsabilidade está disponível ao final destas Instruções (Anexo I).

Critérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria deve estar fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; e (iii) aprovação final da versão a ser publicada. Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte institucional ou privado para a realização do estudo. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses aparentes ou não capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira a que qualquer um pode estar sujeito, razão porque os autores devem-nos reconhecer e revelar, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeter seu manuscrito para publicação.

ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm); e resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado, será necessária a

indicação do número de registro.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus Agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo "... a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho".

Direito de reprodução

Os manuscritos publicados pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde* são de sua propriedade. Sua reprodução total ou parcial por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida somente mediante autorização expressa do editor geral da revista ou, por sua delegação, de seu editor executivo. Após a decisão final de aceitação do manuscrito para publicação, os autores deverão enviar, em formato PDF, o Termo de Cessão de Direitos assinado por cada um dos autores, cujo modelo se encontra ao final destas Instruções ([Anexo II](#)).

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem-se orientar pelo documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, conhecido como Normas de Vancouver, disponível no idioma inglês, em <http://www.icmje.org> e em sua tradução para o português, em <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a02.pdf> (edição da *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15(1):7-34).

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha-padrão A 4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de texto de página de página.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rostro

- a) **título do manuscrito**, em português e inglês;
- b) **título resumido**, para referência no cabeçalho das páginas;
- c) **nome completo dos autores e das instituições a que pertencem**;
- d) **endereço eletrônico de todos os autores**;
- e) **endereço completo e endereço eletrônico**, números de fax e de telefones do autor correspondente;

f) informa~~ção~~ sobre monografia, disserta~~ção~~ ou tese que originou o manuscrito, com as respectivas institui~~ções~~ de ensino envolvidas, se pertinente; e

g) **créditos a órgãos financiadores da pesquisa**, se pertinente.

Resumo

Parágrafo único, de at~~é~~ 150 palavras, estruturado com as seguintes se~~ções~~: Objetivo; Me~~todos~~; Resultados; e Conclus~~ão~~.

Palavras-chave

Três a cinco, selecionadas a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informa~~ção~~ em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexa~~ção~~ e recupera~~ção~~ de documentos científicos (disponíveis em <http://decs.bvs.br>); e

Abstract

Vers~~ão~~ em inglês do Resumo, contendo as seguintes se~~ções~~: Objectives; Methods; Results; e Conclusion; e

Keywords

Vers~~ão~~ em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa dever~~ão~~ apresentar as seguintes se~~ções~~, nesta ordem: Introdu~~ção~~; Me~~todos~~; Resultados; Discuss~~ão~~; e Refer~~ências~~. Tabelas e figuras ser~~ão~~ referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado. Eis as defini~~ções~~ e conte~~údos~~ dessas se~~ções~~:

Introdu~~ção~~ apresenta~~ção~~ do problema, justificativa e objetivo do estudo, nesta ordem.

Me~~todos~~ descri~~ção~~ dos me~~todos~~ empregados, incluindo, quando pertinente, cál~~culo~~ do tamanho da amostra, amostragem, procedimentos de coleta dos dados, procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as **Considera~~ções~~ éticas** pertinentes; pesquisas clínicas devem apresentar número de identifica~~ção~~ em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organiza~~ção~~ Mundial da Sa~~úde~~ e pelo ICMJE.

Resultados ex~~posi~~ção dos resultados alcan~~çados~~, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instru~~ções~~).

Discuss~~ão~~ coment~~ários~~ sobre os resultados, suas implica~~ções~~ e limita~~ções~~; confronta~~ção~~ do estudo com outras publica~~ções~~ de relev~~ância~~ para o tema e, no ú~~ltimo~~ parágrafo da se~~ção~~, as conclus~~ões~~.

Agradecimentos ap~~ós~~ a discuss~~ão~~ devem-se limitar ao m~~ínimo~~ indispens~~ável~~.

Contribui~~ção~~ dos autores parágrafo descritivo da contribui~~ção~~ de cada um dos autores.

Refer~~ências~~ – para cita~~ção~~ das refer~~ências~~ no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem

parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados em si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (Ex.: 7,10-16); após a seção Contribuição dos autores, as referências serão listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al para os demais; títulos de periódicos deverão ser grafados sob forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e meta-análise, não há limite de citações e o manuscrito fica condicionado ao limite de laudas definidas nestas Instruções; o formato das Referências deve seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em www.icmje.org), com adaptações definidas pelos editores conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Lima IP, Mota ELA. Avaliação do impacto de uma intervenção para a melhoria da notificação da causa básica de óbitos no estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011;20(3):297-305.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

- Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Anais de congresso

8. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 142.

Capítulos de livros

9. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

10. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

- Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

Portarias e Leis

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

12. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

Documentos eletrônicos

13. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011; 20(4):93-107 [acessado em 06 fev. 2012]. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

14. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

Teses e dissertações

15. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

16. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum *software* para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e Figuras

Figuras e as tabelas devem ser enviadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto. Os títulos das tabelas e figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, serão traduzidas em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, de preferência, no formato-padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem-se apresentar nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) e suas diversas tonalidades.

Uso de siglas Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com maiúsculas (Ex: DOU; USP; OIT). Em sua primeira aparição no texto, acrônimos desconhecidos serão escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes serão escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais serão escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (Ex: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, serão escritas apenas com a inicial maiúscula (Ex: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente, serão escritas como foram criadas (Ex: CNPq; UnB). Para siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (Ex: UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)

Submissão

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via e-mail, para o seguinte endereço eletrônico: submissao.ress@saude.gov.br. Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: ress.svs@gmail.com.

Juntamente com o arquivo do manuscrito, os autores devem providenciar o envio da Declaração de Responsabilidade, assinada por cada um deles, digitalizada em formato PDF.

Para se assegurar da adequação do formato do manuscrito as recomendações do núcleo editorial da *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, contempladas nestas Instruções, sugere-se aos autores conferir a lista de itens apresentada ao final deste documento ([Anexo III](#)).

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cujos assuntos se enquadrem no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados. Após a avaliação dos editores, os manuscritos serão enviados para avaliação "cega" (não identificada) por, ao menos, dois revisores especialistas (*peer reviewers*). Os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas para os quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

A partir dos pareceres recebidos, os editores poderão considerar o manuscrito: (i) Aceitável para publicação; (ii) Aceitável, condicionado a reformulação; ou (iii) Não aceitável. A

comunicação com o autor principal acontecerá pelo endereço eletrônico informado por ele. Os trabalhos aceitos para publica o, porém condicionados a reformula o, serão enviados aos autores com prazo definido para devolu o do manuscrito reformulado   secret ria executiva da revista. Uma vez aprovado para publica o, se todavia for identificada a necessidade de pequenas corre es e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de o fazer. Finalmente, a decisão definitiva pela publica o do manuscrito será condicionada   aprova o final do Comitê Editorial da *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Nessa ocasião, nova reformula o poderá ser solicitada pelo Comitê aos autores, os quais terão prazo adicional para o reenvio do trabalho reformulado.

Prova de prelo

Após a aprova o do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar   secret ria executiva da revista sua autoriza o para publica o do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de d vidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instru es, os autores devem entrar em contato com os editores da revista por meio do endereço eletrônico: revista.svs@saude.gov.br

Endereço para correspondência

Coordena o-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS
Epidemiologia e Serviços de Saúde
SCS, Quadra 4, Bloco A, Edf. Principal, 5  andar, Asa Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70304-000
Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8397
Telefax: (61) 3213-8404
E-mail: revista.svs@saude.gov.br

Anexo I

Declara o de Responsabilidade

Declara o de Responsabilidade Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito) submetido   *Epidemiologia e Serviços de Saúde*: revista do Sistema  nico de Saúde do Brasil, declaram:

1. Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido   publica o em outro periódico, seja no formato impresso ou eletrônico;
2. Houve participa o efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;
3. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;
4. Não há qualquer conflito de interesse dos autores em rela o a este manuscrito (ou existem conflitos de interesses dos autores em rela o a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever, nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declara o de Responsabilidade deve ser assinada por cada um dos autores do manuscrito).

Anexo II Termo de Cessão de Direitos

Este documento será enviado à revista, assinado por todos os autores, desde que aprovada a publicação do manuscrito na revista. A seguir, o modelo:

Declaro que, uma vez aceito o manuscrito (título do manuscrito) e autorizada sua publicação pela *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, concordo que os respectivos direitos autorais serão de propriedade exclusiva da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Qualquer reprodução de seu conteúdo, total ou parcial, em meio impresso ou eletrônico, necessitará de solicitação prévia, a ser encaminhada à Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, para obtenção da autorização expressa de seu Editor Geral.

(registrar o local, data e nome; o Termo de Cessão de Direitos deve ser assinado por cada um dos autores do manuscrito).

Anexo III lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaçamento duplo.
2. Folha-de-rosto:
 - a. Modalidade do manuscrito;
 - b. Título do manuscrito, em português e inglês;
 - c. Título resumido, em português;
 - d. Nomes e instituição de afiliação e e-mail de cada um dos autores;
 - e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;
 - f. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; e

g. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicar o nome da instituição de ensino e o ano de defesa.

3. Resumo em português e *Abstract* em inglês, para todos os tipos de manuscritos exceto cartas; e especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado objetivo, métodos, resultados e conclusão.

4. Palavras-chave/*Key words*, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.

5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.

6. Parágrafo contendo a contribuição de cada autor.

7. Tabelas e figuras para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJ (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Anúncia das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

[\[Home\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Instruções aos autores\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2013 Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços / Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde

SCS, Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal,
5º andar, Asa Sul, Brasília-DF
CEP: 70304-0000
+55 61 3213-8387 / +55 61 3213-8397
Fax: +55 61 3213-8404

revista.svs@saude.gov.br